

Volume 4, Issue 2, June 2018

JOURNAL OF THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

PUBLIC HEALTH

PANORAMA

Том 4, выпуск 2, июнь 2018 г.

ЖУРНАЛ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ

ПАНОРАМА

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Countries at the Centre

EVIPNet Europe: implementation of knowledge translation tools – five member countries' experience *Belarus: how international policy recommendations can be transferred and adapted to national contexts* National rehabilitation programme in Tajikistan – towards the achievement of universal health coverage *What is the WHO Small Countries Initiative?*

В центре внимания – страны

EVIPNet-Европа: использование инструментов для практического применения знаний – опыт пяти государств-членов *Беларусь: адаптация международных рекомендаций в отношении политики к местному контексту* Национальная программа реабилитации в Таджикистане: на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения *Что такое Инициатива ВОЗ для малых стран?*



ABOUT US

Public Health Panorama is a peer-reviewed, bilingual (English–Russian), open-access journal published by the WHO Regional Office for Europe. It aims to disseminate good practices and new insights in public health from the 53 Member States in the Region. The mission of Public Health Panorama is to contribute to improving health in the Region by publishing timely and reliable research, and providing evidence, information and data for public health decision-making. One of the key innovations is its publication in both the English and Russian languages, allowing different parts of the Region to come together and share their knowledge.

JOURNAL SECRETARIAT

World Health Organization Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eupanorama@who.int;
Website: www.euro.who.int/en/panorama;

DISCLAIMER

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for the damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication.

ISSN 2412-544X

© World Health Organization 2018

Some rights reserved. All articles published in this issue are licensed under a [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

EDITORIAL TEAM

Editorial advisers: Roza Ádány (Hungary); Manfred Green (Israel); Anna Korotkova (Russian Federation); Maksut Kulzhanov (Kazakhstan); Catherine Law (UK); Ruta Nadisauskiene (Lithuania); Tomris Türmen (Turkey).

Editorial board: Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Anna Korotkova; Monika Danuta Kosinska; Gunta Lazdāne; Marco Martuzzi; Anna Cichowska Myrup; Dorit Nitzan; Ihor Perehinets; Pavel Ursu; Elena Varavikova.

Editorial secretariat: Sarah Coghill; Ashley Craig; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Maria Greenblat; Justyna Horne; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Ludmila Kotchoubeeva; Elena Labtsova; Andrei Reshetov; Ekaterina Smirnova; Claudia Stein; Leo Vita-Finzi; Nataliya Vorobyova, Dmytro Vozniuk, Stuart Wright.

This issue of *Public Health Panorama* was produced with the financial assistance of the Ministry of Health of the Russian Federation.

О НАС

«Панорама общественного здравоохранения» – это рецензируемый научный, двуязычный (выходит на английском и русском языках) и общедоступный журнал, выпускаемый Европейским региональным бюро ВОЗ. Его целью является распространение информации о примерах лучшей практики и новых идеях в сфере общественного здравоохранения из 53 государств-членов Региона. Миссия журнала – способствовать укреплению здоровья в Регионе, публикуя своевременные и надежные результаты исследований, представляя факты, информацию и данные для принятия решений в сфере общественного здравоохранения. Одной из ключевых инноваций стала публикация статей одновременно на английском и русском языках, что объединяет разные части Региона и дает им возможность обмениваться знаниями.

СЕКРЕТАРИАТ ЖУРНАЛА

Европейское региональное бюро ВОЗ
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: eupanorama@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int/ru/panorama

ОГРАНИЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения 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 некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Упомянутые авторы несут личную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации.

ISSN 2412-544X

© Всемирная организация здравоохранения 2018

Отдельные авторские права защищены. Все статьи данного выпуска опубликованы на условиях лицензии [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

Советники редактора: Roza Adany (Венгрия); Manfred Green (Израиль); Анна Короткова (Российская Федерация); Максют Кульжанов (Казakhstan); Catherine Law (Соединенное Королевство); Ruta Nadisauskiene (Литва); Tomris Turmen (Турция).

Редакционный совет: Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Анна Короткова; Monika Danuta Kosinska; Gunta Lazdāne; Marco Martuzzi; Anna Cichowska Myrup; Dorit Nitzan; Ihor Perehinets; Pavel Ursu, Елена Варавикова.

Секретариат редакции: Sarah Coghill; Ashley Craig; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Maria Greenblat; Justyna Horne; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Ludmila Kotchoubeeva; Елена Лабцова; Andrei Reshetov; Екатерина Смирнова; Cristiana Salvi; Claudia Stein; Leo Vita-Finzi; Nataliya Vorobyova, Dmytro Vozniuk, Stuart Wright.

Этот выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» выпущен при финансовой поддержке министерства здравоохранения Российской Федерации.

IN THIS ISSUE

В ЭТОМ ВЫПУСКЕ

SERBIA
СЕРБИЯ

Providing health services to refugees and migrants in the context of limited financial and human resources 220

Предоставление услуг здравоохранения беженцам и мигрантам в условиях ограниченных финансовых и кадровых ресурсов 225

BELARUS
БЕЛАРУСЬ

Understanding NCD policy transfer through the multiple-streams framework 232

Взгляд на адаптацию политики в области НИЗ сквозь призму концептуальной модели политических потоков 240

HUNGARY
ВЕНГРИЯ

Institutionalization of health system performance assessment (HSPA) 250

Институционализация оценки эффективности систем здравоохранения (ОЭСЗ) 254

TURKMENISTAN
ТУРКМЕНИСТАН

The National TB Programme an example of a health programme well prepared to monitor the achievement of the SDGs 181

Национальная программа по ТБ как пример программы здравоохранения, хорошо подготовленной к мониторингу выполнения ЦУР 191

TAJIKISTAN
ТАДЖИКИСТАН

Establishment of a multisectoral national programme on rehabilitation 202

Создание многосекторальной национальной программы по реабилитации 210



IN THIS ISSUE

В ЭТОМ ВЫПУСКЕ



WHO Regional Office for Europe: WHO Representatives Retreat "Countries at the Centre", 5–9 February 2018.

Европейское региональное бюро ВОЗ: Выездное совещание Представителей ВОЗ «В центре внимания – страны», 5–9 февраля 2018 г.

CONTENTS

EDITORIAL

Making an impact at the country level..... 151

Zsuzsanna Jakab

PANORAMA PEOPLE

Interview with the Strategic Relations with Countries team 155

by Lucianne Licari

CASE STUDIES AND LESSONS LEARNT

Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe: success stories in knowledge translation 161

Julia Scarlett, Kristina Köhler, Marge Reinap, Angela Ciobanu, Marcela Tirdea, Vitaliy Koikov, Saltanat Yegeubayeva, Szabolcs Szigeti, Péter Mihalicza, Ledia Lazeri, Ilona Borbás, Balázs Babarczy, Paulina Karwowska, Andrzej Tolarczyk, Barbara Więckowska, Tanja Kuchenmüller

Strengthening implementation mechanisms for national tuberculosis control programme in Turkmenistan to achieve Sustainable Development Goals and End TB Strategy targets at the country level 181

Lale Chopanova, Vitalie Vremis, Myahri Durdyeva, Ayna Gashimova, Bahtygul Karriyeva, Ogtay Gozalov, Masoud Dara

Disability and rehabilitation in Tajikistan: development of a multisectoral national programme to leave no one behind 202

Satish Mishra, Sharon DeMuth, Sanjeev Sabharwal, Hugh G. Watts, Kirsten (Kiki) L. Lentz, Manfred Huber, Gayatri Kembhavi

Refugee and migrant health – improving access to health care for people in between 220

Zsafia Pusztai, Ivan Zivanov, Santino Severoni, Soorej Jose Puthoopparambil, Helena Vuksanovic, Sanja Gajica Stojkovic, Violeta Egic

POLICY AND PRACTICE

Accelerating the response to noncommunicable diseases in Belarus: the role of focusing events and policy entrepreneurs in enabling policy transfer.... 232

Andrei Famenka, Batyr Berdyklychev, Valiantsin Rusovich, Arnoldas Jurgutis

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

Как добиться положительных результатов на уровне стран 153

Zsuzsanna Jakab

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с сотрудниками Подразделения по стратегическим отношениям со странами в Региональном бюро ВОЗ..... 158

Lucianne Licari

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Сеть по вопросам использования научных данных при формировании политики (EVIPNet) в Европе: истории успеха в области практического применения знаний..... 170

Julia Scarlett, Kristina Köhler, Marge Reinap, Angela Ciobanu, Marcela Tirdea, Vitaliy Koikov, Saltanat Yegeubayeva, Szabolcs Szigeti, Péter Mihalicza, Ledia Lazeri, Ilona Borbás, Balázs Babarczy, Paulina Karwowska, Andrzej Tolarczyk, Barbara Więckowska, Tanja Kuchenmüller

Укрепление механизмов национальной программы по борьбе с туберкулезом в целях достижения Целей в области устойчивого развития и целей Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза на страновом уровне 190

Lale Chopanova, Vitalie Vremis, Myahri Durdyeva, Ayna Gashimova, Bahtygul Karriyeva, Ogtay Gozalov, Masoud Dara

Инвалидность и реабилитация в Таджикистане: разработка межотраслевой национальной программы для того, чтобы никто не был оставлен без внимания 210

Satish Mishra, Sharon DeMuth, Sanjeev Sabharwal, Hugh G. Watts, Kirsten (Kiki) L. Lentz, Manfred Huber, Gayatri Kembhavi

Здоровье беженцев и мигрантов: расширение доступа к услугам здравоохранения для лиц, оказавшихся в уязвимом и неопределенном положении 225

Zsafia Pusztai, Ivan Zivanov, Santino Severoni, Soorej Jose Puthoopparambil, Helena Vuksanovic, Sanja Gajica Stojkovic, Violeta Egic

Walking the talk: implementing HSPA in Hungary250

Szabolcs Szigeti, Péter Gaál, Tamás Evetovits, Ledia Lazeri,
Zsófia Pusztai

INFORMATION NOTE

**The WHO Regional Office for Europe Small
Countries Initiative – an introduction.....259**

Francesco Zambon, Leda Nemer

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

**Активизация мер по борьбе
с неинфекционными заболеваниями
в Беларуси: роль знаковых событий
и координаторов перемен в адаптации
международных стратегий..... 240**

Andrei Famenka, Batyr Berdyklychev, Valiantsin Rusovich,
Arnoldas Jurgutis

**От слов к делу: внедрение инструмента
Оценки эффективности систем
здравоохранения в Венгрии..... 254**

Szabolcs Szigeti, Péter Gaál, Tamás Evetovits, Ledia Lazeri,
Zsófia Pusztai

ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗАПИСКА

**Инициатива малых стран Европейского
регионального бюро ВОЗ. Введение 265**

Francesco Zambon, Leda Nemer

EDITORIAL

Making an impact at the country level

Zsuzsanna Jakab
WHO Regional Director for Europe



Overcoming the challenges of achieving universal health coverage and ensuring health security are among the key priorities to be addressed by all countries of the WHO European Region, and are two of the three main priorities of the WHO Director-General. In this era of sustainable development, the needs and expectations of health ministries are increasing. Requests for greater support in addressing the determinants of health reach WHO at all three levels of the Organization. To have an impact on these determinants, it is important that they are tackled upstream, which requires “whole-of-government” and “whole-of-society” approaches. This is a challenge for health ministries as it necessitates strong political commitment from heads of state, as well as strong leadership from other ministers in national cabinets, and the provision of both evidence and examples of good practice for embarking on policy dialogues for change.

These challenges have an impact on the way WHO works with, in and for countries. WHO is increasingly recognized as a key health partner, delivering guidance, policy advice and technical assistance to countries that are aiming to achieve positive changes that impact health.

One important element in delivering support to countries is a country presence, namely the country offices (COs) located mainly in the central and eastern part of the Region. Over the years, COs have played a central role in strengthening relations between countries and the WHO Regional Office for Europe by establishing close relations with national health ministries. The advocacy role of the COs has been crucial in promoting public

health policies and ensuring that evidence and information are available to support decision-making processes. The roles and responsibilities of COs have gradually evolved over the years from political, administrative and technical activities to leadership, health diplomacy, resource mobilization and coordination of partnerships. An effective country presence is without doubt essential for garnering trust and credibility, and more importantly for making a measurable impact on the health indicators of countries in the European Region.

WHO’s overall leadership in health and its work at the country level depend heavily on its main asset – the staff who work in the COs, and those in regional offices and headquarters who backstop the COs and the WHO representatives (WRs) in a coordinated, cross-divisional manner. Staff at the regional and global levels broker, coordinate and provide the evidence required for outcomes at the country level. Normative work, research and evidence required for policy-making continue to be important for driving policy at the country level, ensuring that human and financial resources are sufficient in countries and are aligned with achieving outcomes rather than outputs. However, the WRs and CO staff are vital to achieving impacts at the country level, not only as a result of the coordination of technical assistance that they provide, but also because they play other significant roles, such as convening policy dialogues on priority issues, coordinating development partners at the country level, managing health-related work within the United Nations family, and advocating for health through increased use of communications and social media. Health leadership and stewardship, negotiation skills and health diplomacy are

increasingly important skills required of WRs as countries strive to achieve universal health coverage and to implement the health agenda of the Sustainable Development Goals.

This special issue of *Public Health Panorama*, entitled “Countries at the Centre”, looks at achievements in some countries of the WHO European Region resulting from WHO’s support coordinated by the COs. This collection of articles provides the reader with examples of good practice and an overview of the progress made in some countries as a result of the effective policies and interventions promoted by our Organization and also clearly demonstrates the added value of WHO, which although “shy by design”, has strong and visible impacts. ■

ОТ РЕДАКЦИИ

Как добиться положительных результатов на уровне стран

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения и безопасность здоровья входят в число ключевых приоритетных задач, которые должны решать все страны Европейского региона ВОЗ. Они также являются двумя из трех основных приоритетных задач для нового Генерального директора ВОЗ. Сегодня, в эпоху устойчивого развития, растут потребности и ожидания со стороны министерств здравоохранения. Запросы о расширении поддержки в области воздействия на детерминанты здоровья поступают в Организацию на всех трех ее уровнях. Для того чтобы результативно воздействовать на эти детерминанты, важно работать с их первопричинами, что требует общегосударственного подхода и применения принципа участия всего общества. Это сложная задача для министерств здравоохранения, которым не только требуется высокая степень политической приверженности со стороны премьер-министров и глав правительств соответствующих стран, но также необходимо взять на себя роль лидеров по отношению к другим министрам в составе национальных кабинетов, предоставляя основные фактические данные и примеры передовой практики. От министерств здравоохранения также требуется вступить в политический диалог по вопросам преобразований.

Все это оказывает влияние на то, как ВОЗ работает со странами, в странах и для стран. Государства-члены все больше рассматривают ВОЗ как основного партнера, который предоставляет рекомендации, оказывает консультативную помощь по вопросам политики и техническую помощь

странам, стремящимся к достижению положительных изменений в интересах здоровья.

Важным элементом оказания поддержки странам является присутствие на страновом уровне, а именно – наличие страновых офисов, которые работают главным образом в центральной и восточной части Региона. На протяжении многих лет страновые офисы играли важнейшую роль в укреплении взаимоотношений между странами и Европейским региональным бюро ВОЗ благодаря установлению тесных связей с соответствующими министерствами здравоохранения. Просветительская и разъяснительная работа страновых офисов играет важнейшую роль в продвижении мер в сфере охраны общественного здоровья и обеспечения доступности информации и фактических данных в поддержку процесса принятия решений. Функции и обязанности страновых офисов с годами постепенно менялись, превращаясь из чисто политических, административных и технических в связанные с осуществлением лидерской роли, проведением дипломатии здравоохранения, мобилизацией ресурсов и координацией партнерской деятельности. Действенное присутствие в странах, без сомнения, значимо для завоевания доверия и, что еще более важно, для оказания ощутимого воздействия на показатели здоровья в странах Европейского региона.

Общая руководящая роль ВОЗ в сфере общественного здравоохранения и ее работа на страновом уровне в значительной степени зависят от ее основного актива – работников страновых офисов, а также региональных бюро

и штаб-квартиры, которые оказывают поддержку страновым офисам и представителям ВОЗ на согласованной межсекторальной основе. Сотрудники ВОЗ на региональном и глобальном уровне исполняют роль посредников, обеспечивают координацию и предоставляют фактические данные, необходимые для достижения конечных результатов на страновом уровне. Нормотворческая деятельность, исследования и фактические данные, требующиеся для разработки политики, не теряют своей важности при определении мер политики на страновом уровне, обеспечивая наличие в странах достаточных кадровых и финансовых ресурсов и ориентированность на достижение конечных, а не промежуточных результатов. Однако Представители ВОЗ и работники страновых офисов не только играют определяющую роль в обеспечении полезного воздействия на уровне стран благодаря координации и предоставляемой ими технической помощи, но также выполняют другие важные функции: проведение диалогов по приоритетным вопросам политики, координацию деятельности партнеров по развитию на страновом уровне, руководство работой в области охраны здоровья в системе Организации Объединенных Наций и освещение вопросов охраны здоровья посредством более активного использования средств коммуникации и социальных сетей. Лидерство и менеджмент в интересах здоровья, навыки проведения переговоров и дипломатия здравоохранения – эти навыки становятся все более важными для Представителей ВОЗ по мере того, как страны стремятся к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения и выполняют повестку дня в области здравоохранения в рамках Целей в области устойчивого развития.

В специальном выпуске Панорамы общественного здравоохранения, озаглавленном «В центре внимания – страны», рассматриваются достижения стран Европейского региона, которые стали возможными благодаря поддержке ВОЗ и координации со стороны страновых офисов. В статьях этого номера представлены примеры передовой практики и обзор прогресса, достигнутого в некоторых странах в результате эффективной политики мероприятий при содействии нашей организации, и четко продемонстрированы дополнительные преимущества, обеспечиваемые ВОЗ, которые не столь заметны на первый взгляд, но их значение говорит само за себя. ■

PANORAMA PEOPLE



SRC team: Lucianne Licari, Marija Kishman Hristovska, Caroline Bollars, Christian Peter Schweizer, Bahtygul Karriyeva, Gabriela Irene Fuentes Ceja.

Meet the Strategic Relations with Countries team

by Lucianne Licari
Director, Country Support and Communications

What is the role of Strategic Relations with Countries (SRC)?

The SRC team, based in the WHO Regional Office for Europe in Copenhagen, coordinates the country-specific work of the Regional Office and provides strategic guidance. At the same time, we keep countries up to date on WHO's work and its global and regional priorities, and so we act as a bridge between countries and the Organization.

The team is made up of strategic desk officers who work under the leadership of the Director of Country Support and Communications and the policy direction of the Regional Director, and in line with the Organization's country strategy, to ensure a coherent, tailored approach to the work of the Regional Office in and with countries.

How does SRC support WHO's country work in practice?

SRC works in a variety of ways to carry out its role. One of our core responsibilities is to assist Member States in developing

the formal tools used as the basis for collaboration between a country and WHO: country cooperation strategies (CCSs) and biennial collaborative agreements (BCAs). This enables us to ensure coherence between the individual CCSs and BCAs and regional priorities.

Working with all teams in the Regional Office and country offices, the SRC team shares knowledge and experience from countries with the rest of the Organization and is contributing to the establishment of an information hub that will ensure that staff can obtain up-to-date and accurate information on the Regional Office's country work.

The strategic desk officers of the SRC team act as the focal points for the countries allocated to them. This enables them to ensure that work in and with these countries is aligned with key strategic directions and regional country work priorities.

The strategic desk officers also contribute to the development of regional work plans and monitor the relevance and timeliness of Regional Office technical assistance to countries.

In addition, SRC prepares and publishes an information document on country performance, which provides up-to-date information on the Regional Office's country presence and on WHO's achievements and impact at country level.

What other activities does SRC carry out to strengthen relations between WHO and individual countries?

SRC liaises directly with ministries of health as well as via a network of national counterparts (NCs) and through country offices.

We regularly organize visits by health ministers to the Regional Office in Copenhagen for strategic discussions, as well as other high-level visits to and from Member States. At the same time, we assist the Regional Office and country offices in the preparation and management of major policy and technical events in countries, as required.

Another way of bringing countries and the Regional Office closer together is through country days that SRC coordinates and facilitates. Country days allow in-depth discussions to be held among national authorities and divisions of the Regional Office and WHO representatives (WRs), where applicable, on health issues specific to a country and the support that WHO can provide in tackling them.

Another aspect of our work is supporting the Regional Director, the Director-General and senior management of the Regional Office in their meetings with high-level national health authorities through the development of strategic, country-specific briefings.

Who are your main counterparts when working in countries?

SRC works directly with ministries of health as well as via the network of NCs and through country offices, of which there are currently 29 in the Region. All Member States, with or without a WHO country office, have appointed NCs.

If WHO has an office in a country, SRC works with and through that office. Each country office is led by a WR, who acts as technical adviser to the government, in particular on the development of health policies, governance, strategies and programmes. The WR also coordinates health activities supported by international agencies both within and outside the

United Nations system. A WR represents the WHO Director-General, Regional Director and the Organization as a whole in the country of his/her assignment.

One of our responsibilities is to help build the capacity and skills of the WR to help them carry out their work as effectively as possible. In some cases, they require training to boost their skills in one or more areas; but they also have valuable experiences to share with other WRs, and we provide forums to enable them to do so.

How does SRC build the capacity of WRs?

In various ways. For example, SRC organizes WR retreats, usually twice a year, which aim to build technical and managerial coherence and contribute to country offices delivering outcomes at country level in a consistent manner. During these retreats, the WRs can share best practices and learn about global and regional developments of relevance to their work.

We also ensure that the WRs are updated on new WHO regional and global initiatives and policies and inform them about innovative approaches and best practices in country work as applied by different country offices. This also includes experience from other regions, which is exchanged by SRC through the network of all regional country support units. In addition, the SRC team supports WRs in sharing relevant knowledge with other national stakeholders.

SRC organizes an induction programme at the Regional Office in Copenhagen for new WRs, which includes meetings and briefings with the SRC team and staff of technical divisions and the Division of Administration and Finance.

What about the NCs – what is their role?

NCs represent health ministries and are the formal counterparts for strategic cooperation with WHO. They are complemented by national technical focal points in specific programme areas. The system of NCs and national technical focal points was established by a Regional Committee decision in 2012, and much progress has been made since then in developing the network.

In countries with a WHO country office, the NC is responsible for country-level coordination of the BCA in close collaboration with the WR. In countries without a WHO country office, the NC plays a vital role in facilitating day-to-day liaison with the authorities on WHO-related issues, and on the development of a CCS if the Member State decides to have one.

SRC organizes regular virtual meetings with NCs with aim of updating them on the most important developments concerning cooperation with WHO and the work of WHO governing bodies, as well as briefing them on upcoming global or regional WHO events and initiatives.

How is SRC's work likely to develop in the future?

As you know, the World Health Assembly has just approved the Thirteenth General Programme of Work 2019–2023 (GPW 13). GPW 13 states that WHO will become more focused and effective in its country-based operations, engaging in policy dialogue, providing countries with strategic support and technical assistance, and coordinating service delivery, depending on the country's context. SRC's role in bridging countries and WHO technical programmes will therefore be crucial in implementing GPW 13.

Putting countries at the centre for WHO, as indicated in GPW 13, will also require more formal frameworks for collaboration, in other words the BCAs and the CCSs. There are currently seven CCSs in the WHO European Region, with Belgium, Cyprus, Italy, Malta, Portugal, the Russian Federation and Switzerland. Under the guidance of the Regional Director and through active engagement of its Member States, the Regional Office is committed to supporting the development of CCSs with its other Member States, and thus SRC's role in this regard will increase.

It will be more important than ever to ensure that WHO Member States have a full understanding of how WHO works at the national level. This is also vital for the continued implementation of the European Region's Health 2020 policy framework and for the longer-term process of reviewing and strengthening country work. Here again SRC, through the network of NCs, is playing a crucial role.

In order to deliver on GPW 13, a broader external engagement transformation agenda will also be required, led by the Director-General and the regional directors. That agenda aims to develop a new strategic and operational planning model to drive results in every country, tailored to each country's context. Among the priorities here is the need to ensure that CCSs drive GPW 13 priorities and support national strategic plans, and SRC will play an important role in boosting this bottom-up approach to planning, given its expertise and role in the CCS process. ■

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»



Сотрудники Подразделения по стратегическим отношениям со странами в Региональном бюро ВОЗ: Lucianne Licari, Marija Kishman Hristovska, Caroline Bollars, Christian Peter Schweizer, Bahtygul Karriyeva, Gabriela Irene Fuentes Ceja.

Интервью с сотрудниками Подразделения по стратегическим отношениям со странами в Региональном бюро ВОЗ

Lucianne Licari

Директор, Стратегические отношения со странами

Расскажите, какова роль Подразделения по стратегическим отношениям со странами в Региональном бюро ВОЗ?

Мы работаем в офисе Регионального бюро в Копенгагене, координируя страновые мероприятия Регионального бюро и осуществляя стратегическое руководство. Мы также постоянно информируем страны о работе ВОЗ и глобальных и региональных приоритетах Организации, являясь связующим звеном между государствами-членами и ВОЗ.

В нашем Подразделении работают сотрудники по стратегическим вопросам, которые в соответствии со страновой стратегией Организации обеспечивают адаптированные к нуждам государств-членов подходы к работе Регионального бюро в странах и со странами. Наша работа осуществляется под общим руководством директора подразделения

поддержки стран и коммуникации и в соответствии с общим политическим направлением, которое задает Региональный директор.

Как на практике Подразделение поддерживает работу ВОЗ в странах?

Мы работаем по целому ряду направлений. Одна из наших основных обязанностей – помогать государствам-членам в разработке официальных инструментов, на основе которых строится сотрудничество между странами и ВОЗ: стратегий странового сотрудничества (ССС) и двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС). Проведение подобной комплексной работы позволяет нам обеспечивать согласованность отдельных СССР и ДСС с региональными приоритетами.

Сотрудничая со всеми подразделениями Регионального бюро и страновыми офисами, мы делаем знания и опыт стран доступными для всей Организации и способствуем созданию своего рода информационного репозитория, в котором сотрудники смогут получать актуальную и достоверную информацию о работе, проводимой Региональным бюро в странах.

Каждый сотрудник по стратегическим вопросам отвечает за работу с определенной группой стран и является для стран «пунктом первого контакта» с ВОЗ. В его задачи входит обеспечение того, чтобы работа в странах и с ними была согласована со стратегическими направлениями и региональными приоритетами страновой работы.

Кроме того, сотрудники участвуют в разработке региональных рабочих планов и отслеживают то, насколько актуальной и своевременной является техническая поддержка, которую Региональное бюро оказывает странам.

В наши обязанности входит подготовка и публикация информационного документа о работе в странах, в котором содержится актуальная информация о страновом присутствии Регионального бюро, а также о результатах и полезном воздействии работы ВОЗ в странах.

Какие еще мероприятия осуществляет Подразделение в целях укрепления отношений с отдельными странами?

Мы работаем как напрямую с министерствами здравоохранения, так и при поддержке сети национальных ответственных представителей и страновых офисов.

Мы регулярно организуем визиты министров здравоохранения в Региональное бюро в Копенгагене для проведения стратегических дискуссий, а также другие визиты высокого уровня из стран и в страны. В то же время по мере необходимости мы помогаем Региональному бюро и страновым офисам в подготовке и проведении важных политических и технических мероприятий в странах.

Еще одним механизмом для сближения стран и Регионального бюро являются «страновые дни», которые координирует и организует наше Подразделение. «Страновые дни» позволяют провести всесторонние обсуждения с участием национальных руководящих структур, подразделений Регионального бюро и Представителей ВОЗ по актуальным для стран проблемам здравоохранения и вариантам поддержки, которую ВОЗ может оказать для их разрешения.

Другим аспектом нашей работы является разработка стратегических и страновых брифингов для оказания поддержки Региональному директору ВОЗ, Генеральному директору и руководителям высокого уровня Регионального бюро в подготовке и проведении их встреч с руководством национальных органов здравоохранения.

Кто является вашими основными партнерами при работе в странах?

Мы работаем напрямую с министерствами здравоохранения, а также осуществляем деятельность через сеть национальных ответственных представителей и страновые офисы, которых сегодня в Регионе насчитывается 29. Все государства-члены, вне зависимости от того, есть ли на их территории страновой офис ВОЗ, назначают своих национальных ответственных представителей.

Если у ВОЗ есть офис в стране, мы работаем через него и при его поддержке. Каждым страновым офисом руководит Представитель ВОЗ, который исполняет функцию технического советника для правительства, особенно по вопросам разработки политики здравоохранения, механизмов управления, стратегий и программ. Также Представитель ВОЗ координирует мероприятия в области здравоохранения, осуществляемые при поддержке международных агентств, принадлежащих и не принадлежащих к системе Организации Объединенных Наций. Представитель ВОЗ представляет Генерального директора ВОЗ, Регионального директора и Организацию в целом в закрепленной за ним/ней стране.

В наши задачи входит укрепление потенциала и навыков Представителей ВОЗ, помогая им наиболее результативно и эффективно выполнять свою работу. В некоторых случаях им может требоваться дополнительная подготовка для укрепления навыков в одной или нескольких областях. В то же время каждый Представитель ВОЗ обладает ценным опытом, и мы предоставляем возможность всем Представителям встречаться и обмениваться им.

Каким образом вы повышаете потенциал Представителей ВОЗ?

Самыми разными способами. Например, обычно дважды в год мы организуем выездное совещание Представителей ВОЗ, цель которого – обеспечить согласованность технической и административной работы и способствовать тому, чтобы страновые офисы слаженно достигали результатов. На таких совещаниях наши коллеги делятся примерами

эффективной практики и узнают о глобальных и региональных тенденциях, которые могут повлиять на их работу.

Также мы информируем Представителей ВОЗ о новых региональных и глобальных инициативах и стратегиях ВОЗ и рассказываем им о новаторских подходах и примерах эффективной работы на уровне стран, внедряемых различными страновыми офисами. Мы также информируем Представителей ВОЗ об опыте других регионов ВОЗ, которым представители регионов делятся в рамках сети всех подразделений страновой поддержки. Также мы помогаем нашим Представителям делиться актуальными знаниями с представителями других национальных заинтересованных сторон.

Наше Подразделение организует в Копенгагене специальную вводную программу для новых Представителей ВОЗ, включающую встречи и брифинги с техническими подразделениями и Административно-финансовым отделом.

Какова роль национальных ответственных представителей?

Они представляют министерства здравоохранения и являются официальными партнерами в области стратегического сотрудничества с ВОЗ. Их работа в отдельных программных областях дополняется деятельностью национальных технических координаторов. Сеть национальных ответственных представителей и национальных технических координаторов была создана на основании решения Регионального комитета в 2012 г., и с тех пор был достигнут значительный прогресс в ее развитии.

В странах, где есть офис ВОЗ, ответственные представители (в тесном сотрудничестве с Представителями ВОЗ) координируют работу в рамках ДСС на страновом уровне. В странах, в которых нет странового офиса ВОЗ, они играют важнейшую роль в поддержании текущих контактов с руководящими органами по вопросам, связанным с деятельностью ВОЗ, и по разработке ССС, если государство принимает решение о заключении подобного соглашения.

Наше Подразделение организует регулярные виртуальные совещания с национальными ответственными представителями, в ходе которых они узнают о развитии ситуации в области сотрудничества с ВОЗ и работы руководящих органов ВОЗ, а также получают информацию о предстоящих событиях и инициативах ВОЗ глобального или регионального уровня.

Как будет в дальнейшем развиваться деятельность Подразделения?

Как вы знаете, на недавней Всемирной ассамблее здравоохранения была утверждена Тринадцатая общая программа работы на 2019–2023 гг. (ОПР-13). Согласно положениям ОПР-13, ВОЗ станет более целенаправленной и эффективной в своей деятельности в странах, участвуя в политическом диалоге, предоставляя странам стратегическую поддержку и техническую помощь и координируя свою работу в зависимости от странового контекста. Таким образом роль нашего Подразделения в налаживании контактов между странами и техническими программами ВОЗ будет иметь важнейшее значение для реализации ОПР-13.

Главная роль в работе ВОЗ будет отводиться странам, как это предусматривается в ОПР-13. Это потребует расширения официальных механизмов сотрудничества – т. е., разработки новых ДСС и ССС. В настоящее время в Европейском регионе ВОЗ действуют семь ССС – с Бельгией, Италией, Кипром, Мальтой, Португалией, Российской Федерацией и Швейцарией. Под руководством Регионального директора и при активном участии государств-членов Региональное бюро будет предоставлять поддержку в разработке ССС с другими государствами-членами, и в этом процессе также возрастет роль нашего Подразделения.

Нам как никогда важно обеспечить полное понимание государствами-членами ВОЗ процессов работы Организации на национальном уровне. Это необходимо также для осуществления Европейской стратегии Здоровье-2020 и для процессов корректировки и оптимизации страновых мероприятий, ориентированных на более долгосрочную перспективу. И снова значительная роль здесь отводится нашему Подразделению и сети национальных ответственных представителей.

Для выполнения задач ОПР-13 также потребуется более широкая программа преобразований процессов сотрудничества со внешними партнерами, которая осуществляется под руководством Генерального директора и региональных директоров. Она нацелена на разработку новой модели стратегического и операционного планирования для повышения результативности работы в каждой стране с учетом ее местной специфики. В этой связи необходимо обеспечить соответствие задач ССС приоритетам ОПР-13 и предоставить странам поддержку в осуществлении национальных стратегических планов – и снова наше Подразделение будет играть в этих процессах важную роль, стимулируя реализацию подходов к планированию по принципу «снизу вверх» с учетом своего опыта и роли в процессах ССС. ■

CASE STUDY AND LESSONS LEARNT

Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe: success stories in knowledge translation

Julia Scarlett¹, Kristina Köhler², Marge Reinap³, Angela Ciobanu⁴, Marcela Tirdea⁵, Vitaliy Koikov⁶, Saltanat Yegeubayeva⁷, Szabolcs Szigeti⁸, Péter Mihalicza⁹, Ledia Lazeri⁸, Ilona Borbás¹⁰, Balázs Babarczy¹⁰, Paulina Karwowska¹¹, Andrzej Tolarczyk¹², Barbara Więckowska¹³, Tanja Kuchenmüller¹⁴

¹ Independent consultant, New York, United States of America

² Ministry of Social Affairs, Tallinn, Estonia

³ World Health Organization Country Office, Tallinn, Estonia

⁴ World Health Organization Country Office, Chisinau, Republic of Moldova

⁵ Ministry of Health, Labour and Social Protection, Chisinau, Republic of Moldova

⁶ Republican Center for Health Development, Astana, Kazakhstan

⁷ World Health Organization Country Office, Astana, Kazakhstan

⁸ World Health Organization Country Office, Budapest, Hungary

⁹ Semmelweis University Doctoral School, Budapest, Hungary

¹⁰ National Healthcare Service Center, Budapest, Hungary

¹¹ World Health Organization Country Office, Warsaw, Poland

¹² Ministry of Health, Warsaw, Poland

¹³ Warsaw School of Economics, Department of Social Insurance, Warsaw, Poland

¹⁴ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Tanja Kuchenmüller (email: kuchenmullert@who.int)

ABSTRACT

Introduction: Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) Europe was launched in 2012 by the WHO Regional Office for Europe as a capacity-building mechanism for knowledge translation (KT). The study presented here focuses on five EVIPNet Europe member countries and their experiences with implementing EVIPNet Europe, and how EVIPNet membership and tools benefited them in their endeavour to improve and institutionalize evidence-informed health policy-making.

Methods: This descriptive study used an embedded multiple case study methodology, primarily drawing upon author observations and a document review. Five EVIPNet Europe member countries – Estonia, Hungary, Kazakhstan, Poland and the Republic of Moldova – were selected because each was at a different stage of the EVIPNet Europe implementation and institutionalization process.

Results: Some countries started the implementation process by conducting a situation analysis (SA) in order to scope the local policy context, demonstrate a

need for KT, raise stakeholder awareness of evidence-informed policy-making, and plan their strategic next steps. Other countries took a different approach by first developing evidence briefs for policy (EBPs) combined with a policy dialogue (PD) to demonstrate to policy-makers a proof of concept for EVIPNet Europe and its tools. The varying experiences of the five countries illuminate how EVIPNet Europe membership increases KT capacity, helps to establish strong links and exchanges between stakeholders across the research-policy divide, and increases the use of high-quality, context-sensitive evidence in health policy-making.

Discussion: The experiences described here can thereby support the work of other EVIPNet member countries and foster reciprocal learning with non-member countries.

Keywords: KNOWLEDGE TRANSLATION, CAPACITY-BUILDING, EVIDENCE-INFORMED POLICY-MAKING, EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK (EVIPNET), EUROPE

INTRODUCTION

Evidence-informed policy-making (EIP) has been receiving increased international attention (1–3). As a key promoter of EIP, the World Health Organization (WHO) launched the global Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) in 2005 to strengthen national knowledge translation (KT) efforts and support national policy-makers, researchers and members of civil society in order to systematically and transparently use high-quality evidence in policy-making to improve health systems and the health of populations (4). Influenced by the successful implementation of EVIPNet in other regions, the WHO Regional Office for Europe established EVIPNet Europe in 2012 (5).

Operating under the WHO European Health Information Initiative (EHII) (6), EVIPNet Europe aims to increase and institutionalize capacity for KT; that is the exchange, synthesis and effective communication of reliable and relevant research results within countries and the Region (5). These efforts enable countries to work towards implementing Health 2020, the European policy framework (7), the Action Plan to Strengthen the Use of Evidence, Information and Research for Policy-making in the WHO European Region (8), and the global Sustainable Development Goals (9).

Since 2012, EVIPNet Europe, which initially focused its activities in the eastern part of the Region, has assisted 21 member countries in Central and Eastern Europe as well as Central Asia. Typically, the network's EVIPNet Europe Secretariat convenes national and regional training sessions to build country capacity and provide national stakeholders with general knowledge on EIP, along with the skills needed to plan, implement and evaluate KT activities in their local context. Table 1 provides an overview of the full scope of EVIPNet Europe's key strategic activities.

As outlined in Fig. 1, EVIPNet Europe encourages countries, as a first step, to conduct a collaborative situation analysis (SA) to assess their national EIP context and establish an EIP baseline, including the institutional and human capacity necessary to conduct EIP in a continuing, sustainable manner (5, 21). Based on the SA findings, countries then develop context-specific KT interventions and identify strategies to institutionalize EIP activities, including the creation of a multi-stakeholder country team, known as the KT platform (KTP), which leads all KT initiatives within the country. The platforms have proven to be a valuable mechanism for providing the infrastructure to link and sustain the interaction between the research-to-policy bridge in many countries (10–12).

TABLE 1. KEY STRATEGIC ACTIVITIES OF EVIPNET EUROPE

Supports KT networks	Assists countries establishing KT platforms (KTPs) to strengthen innovative health partnerships and create sustainable structures facilitating interaction among researchers, policy-makers and civil society in their respective countries in order to enhance EIP.
Strengthens KT capacity	Provides technical assistance, mentorships and exchanges, plus routine capacity building workshops, to improve the skill base of its network members.
Supports KT innovations	Facilitates the development of KT strategies and tools tailored to the needs and priorities of countries in the Region.
Catalyses KT at regional and national levels	Promotes awareness and fosters a commitment to improve the culture and practice of KT and EIP.

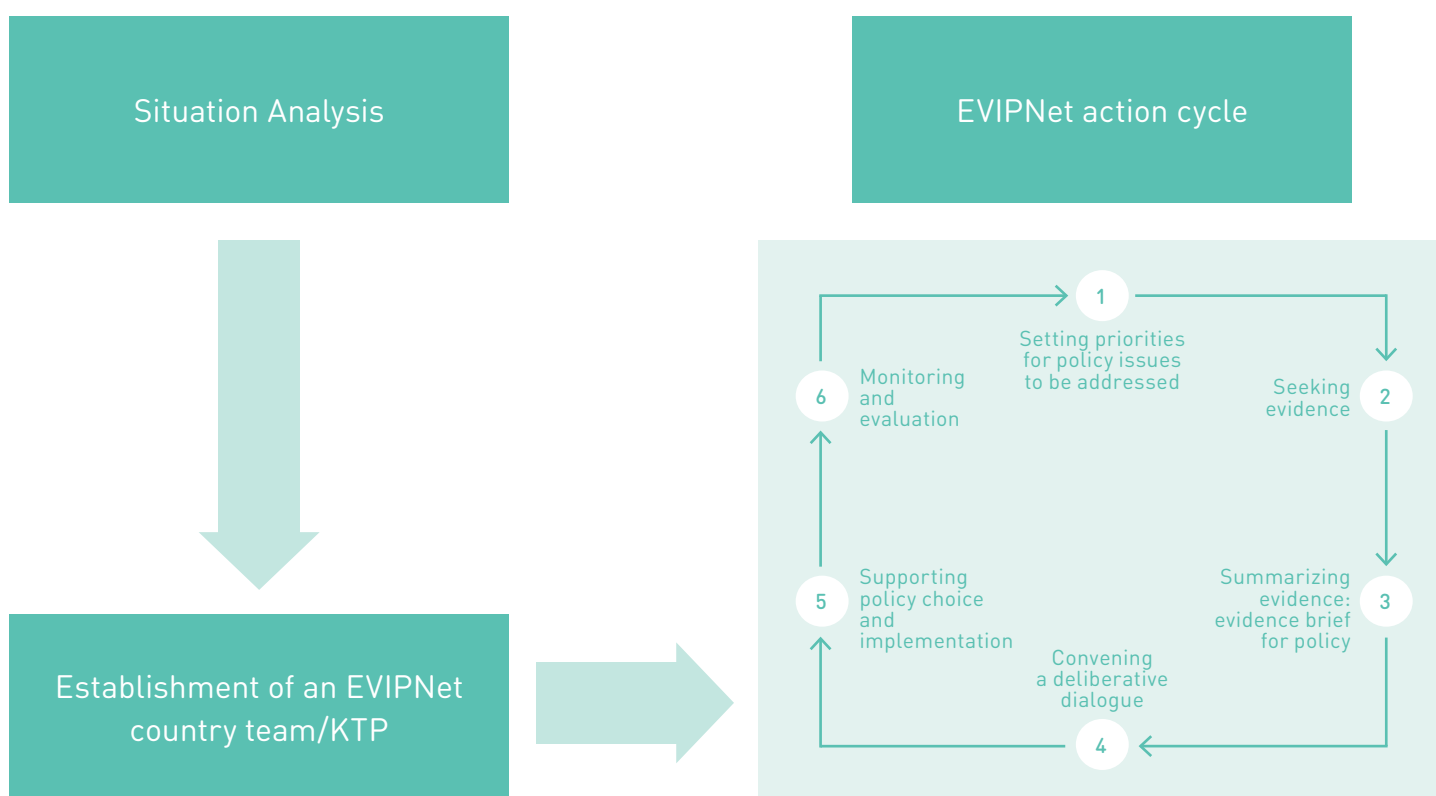
These EVIPNet country teams usually implement two specific KT activities to improve the policy-making process in a country: (i) the evidence brief for policy (EBP), an information-packaging mechanism that synthesizes the best available global and local evidence in a user-friendly format to address a priority policy issue; and (ii) deliberative policy dialogues (PDs), which bring key stakeholders together to discuss the evidence in relation to their experiences with the identified priority issue (5, 13, 14).

Although this is the general implementation framework, EVIPNet Europe recommends that member countries adopt an individualized approach to encourage the ownership of KT activities. This study focuses on five countries which presented their experiences with implementing EVIPNet Europe at the 2017 European Public Health Conference in Stockholm, Sweden (15). To facilitate lesson-learning across countries, this study aims to highlight how EVIPNet membership and tools benefit member countries in their endeavour to improve health policy-making and contribute to improved health systems and outcomes.

METHODS

A retrospective, descriptive study using an embedded multiple case study methodology (16) was conducted to learn about EVIPNet Europe based on the experiences of five EVIPNet Europe member countries – Estonia, Hungary, Kazakhstan, Poland and the Republic of Moldova – as the units of analysis. Such a methodology is typically used to examine a given phenomenon under real-world conditions (16). All of the selected countries were part of the network since its 2012 launch and are therefore more advanced in implementing and institutionalizing KT activities than other more recent network members. Each

FIG. 1. PATHWAY OF EVIPNET EUROPE COUNTRY ACTIONS



Source: EviNet 2012-2015 strategic plan: towards a world in which the best available research evidence informs health policy-making. Geneva: World Health Organization; 2012.

country case study highlights a different stage and/or aspect of implementing the EVIPNet Europe action pathway. Each is also representative of the network and its geographical and socio-political diversity; hence, their experiences highlight different insights and lessons learned for other EVIPNet countries within, and likely beyond, the Region.

This case study approach generates new understandings of the benefits gained from EVIPNet Europe membership across the EIP process. Each participating country was assessed by the country representatives, that is, national champions and/or WHO Country Office staff, who were directly involved in implementing EVIPNet Europe, based on a set of guiding questions. The knowledge these representatives acquired through first-hand experience puts them in a unique position to provide reflections based on their observations, which were used as the main data source for this study. The results are strengthened by the rich and otherwise hidden details that only those directly involved in the process can provide (17–18). Project-related documentation, including personal notes, official correspondence, meeting minutes and relevant KT products – such as SAs, EBPs and PDs – was also reviewed by the country representatives for each of their case studies.

RESULTS

Each country's experiences are presented below according to the progression of actions they undertook in relation to implementing the EVIPNet Europe action pathway. The first country case study, for the Republic of Moldova, provides general insights into the capacity-building opportunities offered by EVIPNet Europe. This is followed by two case studies in which countries have commenced the implementation of the action pathway by conducting – as recommended by the Regional Office – an SA: Kazakhstan reports on the findings of the assessment and how this study catalysed country commitment to institutionalize KT; and Hungary highlights how the SA can mobilize stakeholders to form stronger interdisciplinary national partnerships between researchers, policy-makers and other stakeholders, which is one of the key predictors of research uptake. The last two case studies focus on Estonia and Poland which, contrary to Kazakhstan and Hungary, immediately embarked on developing an EBP to provide, as a first step, a proof of concept to solicit country-wide commitment in view of establishing sustainable EIP structures.

REPUBLIC OF MOLDOVA

To build a strong foundation for implementing EVIPNet Europe, the Republic of Moldova first conducted an SA to assess

its national EIP context, actors, institutions and EIP procedures. Although the inclusion of research evidence was considered a valuable input and several EIP success stories were identified, the SA suggested a need to further strengthen systematic processes and build EIP capacity among stakeholders.

The process began with the Ministry of Health appointing its national EVIPNet Europe focal point to coordinate KT activities within the country. Under this leadership, an intersectoral working group was established to prepare an EBP on reducing alcohol consumption, one of the country's most pressing health issues. The EVIPNet Europe Secretariat provided multicountry and country-specific capacity-building opportunities, which increased the working group's ability to access, synthesize and apply evidence.

A first draft EBP was presented to key stakeholders at a deliberative consultation; they recommended that the EBP should redirect its focus to specifically amending alcohol control legislation. When developing this draft EBP, the working group encountered a range of systemic challenges, such as the weak EIP capacity of institutions, limited reliable local evidence, a lack of cooperation between policy-makers and the research community, and slow coordination between ministries. The EVIPNet Europe Secretariat then provided additional support in the form of close mentorship and coaching from the Knowledge to Policy (K2P) Center in Lebanon. This led to a revised EBP, which was discussed and fully supported by high-level stakeholders at a subsequent PD. As a result, the Parliament changed its alcohol control legislation: beer, which was previously categorized as food, is now legally recognized as an alcohol product. In addition, a unique policy window opened: the Prime Minister prioritized alcohol control activities and requested that the Ministry of Health, Labour and Social Protection and the Ministry of Interior prepare an action plan with immediate interventions directed towards reducing drunk-driving accidents. As a next step, the published EBP and PD report will be presented to Parliament so that all EBP policy options can be taken into consideration for possible legislative implementation. This example demonstrates how EVIPNet Europe membership helped the Republic of Moldova build capacity and increase awareness among key stakeholders of the overall importance of and need to strengthen EIP related to alcohol consumption in the country. The published EBP is now being used to support policy-makers in their endeavours to further strengthen alcohol control policies.

KAZAKHSTAN

The recent prioritization to have an effective health system in national legislation (19, 20) provided an opportunity to implement EVIPNet Europe in Kazakhstan. The country team began this process by conducting an SA in close collaboration with both the WHO Country Office in Kazakhstan and the WHO EVIPNet Europe Secretariat. The SA was conducted according to the EVIPNet Europe SA manual (21) and included: official publications, such as programme and strategic documents, reports, and data from the official websites of state authorities; results of a survey of key stakeholders; and semi-structured interviews with national EIP actors. The SA found that select mechanisms, such as a health technology assessment, national health information system and a national drug form, are being used to foster the use of evidence within the health system. Examples of EIP approaches currently being implemented in the country include: PDs between health researchers and policy-makers; the preparation of policy briefs; and workshops and round tables for researchers and public health workers aimed at emphasizing the importance of positively impacting health policy. Political support and commitment exist, and capable actors can be included in the KTP operation. The SA also found that EIP is not sufficiently embedded in the Kazakh national health system, and that many promising KT tools have not yet been implemented.

Here, the EVIPNet Europe Secretariat supported the country team in identifying its local needs, which helped it to develop a comprehensive roadmap for strengthening and institutionalizing EIP and soliciting the required political commitment and support. EVIPNet membership and tools, such as the EVIPNet Europe SA manual (21), benefited Kazakhstan with regards to identifying the policy context needed to institutionalize EIP. As a result, the country team can work to strategically develop and further institutionalize EVIPNet Europe by creating the KTP and scaling-up KT capacity-building efforts throughout the country. Key planned activities include appointing national team leaders to support and promote national KT efforts, and building relevant KT structures by establishing a multisectoral and multidisciplinary KTP, hosted by a consortium comprised of the Republican Center for Health Development and medical universities.

HUNGARY

To assess the EIP context and gain support for implementing EVIPNet Europe, Hungary also started by conducting an SA on its current use of EIP (22). Developing the SA was a collaborative process that involved a variety of stakeholders, such as researchers, policy-makers, mid-level managers and policy analysts. With the support of the EVIPNet Europe Secretariat,

the country team used the findings from the SA to identify two options for creating context-specific EIP structures. These involved creating a KTP either as:

1. an independent policy research unit hosted by an existing government agency overseen by the State Secretariat for Health Care; or as
2. a broader platform to facilitate the existing network of professional advisory boards of the State Secretariat for Health Care, currently operating in 60 clinical and one health policy fields supported by a KTP office placed in an existing government agency.

As recommended by EVIPNet Europe, the SA was shared with high-level health experts and managers with a view to identifying policy priorities, validating the SA findings and obtaining consensus on the organizational structure of the KTP.

The main outputs were: (i) identifying antimicrobial resistance (AMR) as a priority issue for KT; and (ii) testing option 2 – creating a KTP strategically located in, and for use by, the professional advisory boards and operationally backed by the National Healthcare Service Centre, a government agency. This option enabled the EVIPNet Europe country team to continue working on KT as an operative branch of the KTP: for example, by preparing an EBP on AMR and organizing a PD to discuss the EBP recommendations (23). Creating the KTP within an existing, well-functioning institution was beneficial for maximizing KT capacity and sustainability, and for enabling stakeholders to consult policy-makers and health professionals at the central and local levels.

The Hungarian experience demonstrates the importance of collaborative and partnership opportunities, one of the key predictors of overcoming the research–policy divide. Hungary's example shows how EVIPNet Europe membership and tools helped the country team to raise awareness, solicit buy-in from key stakeholders and establish strong links and exchanges between the researchers and policy-makers.

ESTONIA

Rather than first conducting an SA, Estonia chose to begin implementing EVIPNet Europe by developing an EBP (24). With their understanding of the local context, the country team determined that a technical product would more effectively demonstrate the need for EVIPNet Europe and thereby garner assistance from the Secretariat to build EIP structures (25). Based on the identified local needs, the team decided to focus on the consumption of sugar-sweetened beverages. A multi-stakeholder team of researchers and policy-makers was then

convened to develop the EBP. Technical assistance and distance coaching were provided by: a peer EVIPNet team from Chile with substantial expertise in EBP development; the WHO Country Office; the EVIPNet Europe Secretariat; as well as staff from the Nutrition, Physical Activity and Obesity Programme at the WHO Regional Office for Europe.

As a first step, the country team searched for systematic literature reviews, as recommended by the peer EVIPNet team. The reviews were assessed for quality and their key findings were extracted and synthesized; data from the reviews were complemented with local studies. This resulted in the identification of four context-specific EIP options: (i) regulation of food advertising; (ii) labelling of sugar-sweetened beverages and raising awareness about their detrimental effects on health; (iii) school interventions and nutrition policies; and (iv) taxing sugar-sweetened beverages, subsidizing other food groups and/or substituting alternative beverages.

All four EBP options have since influenced Estonian policy processes. For example, the Parliament proposed legislation in 2017 to introduce a tax on non-alcoholic, sweetened beverages, but the President did not announce it. Two other EBP policy options – the regulation of advertising and beverage labelling/raising awareness – were also included in a governmental policy paper on nutrition and physical activity, and which should be adopted by the government in 2018 (26). Finally, school-based intervention is expected to be integrated into the country's Public Health Act.

The Estonian approach to implementing EVIPNet Europe, with assistance from the EVIPNet Europe Secretariat and its partners, demonstrates that KT mechanisms – namely, the EBP and PD – help to strengthen the capacities of policy-makers to demand, appraise and use research evidence, while developing the researchers' knowledge about policy realities and their ability to provide timely, appropriate support. Furthermore, providing policy-makers with a synthesis of the best available research evidence – namely, the EBP – supports decision-making and participatory policy processes. In the Estonian example, a proof of concept increased stakeholder interest and enabled a commitment to maintaining and institutionalizing KT mechanisms. By starting to implement EVIPNet Europe through the development of an EBP rather than conducting an SA, Estonia's approach ultimately helped cement the perceived need among key stakeholders to establish sustainable policy-support structures that deliver the best available evidence in a user-friendly format for decision-making.

POLAND

As reported by the country team, Poland lacks a consistent, system-wide approach to primary health care. The Polish government's development of new legislation in 2016 to improve primary health care presented an opportunity to demonstrate to policy-makers the value of EVIPNet Europe and its KT tools for EIP. Similar to Estonia, Poland chose to begin implementing EVIPNet Europe by developing an EBP and related PD rather than conducting an SA. With guidance from the EVIPNet Europe Secretariat and the former coordinator of EVIPNet Global, a multidisciplinary team was created to develop an EBP on improving primary health care. As proposed in the EBP, the three policy options for improving primary health care were to:

1. develop a list of indicators for measuring the effectiveness of general practitioners;
2. modify how general practitioners are remunerated to include target-based incentives; or
3. promote the use of primary health care guidelines for disease prevention, health promotion, health education and disease treatment.

Poland's EBP presented the best available research evidence to promote quality in primary health care. The EBP was discussed at a deliberative PD that included all relevant national stakeholders, including decision-makers, practitioners and researchers. By creating a forum for exchanging views, the PD complemented the EBP's findings about the tacit knowledge of key stakeholders. Stakeholders were informed that the solutions identified in the PD would be used to support the ongoing development of Poland's Primary Health Care Legal Act, which was passed by the Polish Parliament in October 2017 (27).

For Poland, being a member of EVIPNet Europe and utilizing its KT mechanisms allowed the country team to demonstrate research validity through the EBP's high quality of academic work, which ultimately catalysed decision-making. The EBP provided a comprehensive background on primary health care while offering a set of policy options, and the EBP and PD together provided a set of complementary tools: the EBP identified relevant evidence, while the PD assessed the viability of proposed solutions by tapping into stakeholders' tacit knowledge. In this example, membership in EVIPNet Europe ultimately helped the Polish country team to increase the potential for EIP; in particular, the KT tools provided relevant information that helped national decision-makers implement evidence-informed changes in the primary health care sector.

DISCUSSION

This case study reports the experiences of five countries in implementing EVIPNet Europe at different stages of the EVIPNet Europe action pathway, and highlights how EVIPNet membership helps to strengthen national policy-making overall. As described by representatives from each country, the benefits of EVIPNet Europe membership included opportunities for knowledge-sharing and networking, capacity-building via skills training, supporting the establishment of multi-sectoral collaborations and partnerships, and encouraging autonomy in the implementation process. The specific approaches adopted by each of the countries arose from their individual policy contexts and varying support from local policy-makers.

While the EVIPNet Europe Secretariat had outlined a clear pathway for change and actions to be implemented by each EVIPNet Europe member, some countries took a different approach. Hungary, Kazakhstan and the Republic of Moldova conducted, as a first step, an SA of their national EIP context with an aim to institutionalize EIP structures, focused on capacity-building, identifying needs, and collaborating across the research-policy divide. Estonia and Poland took a more technical approach by first applying EBPs and PDs to garner support for EIP, and a prerequisite in these countries was to first demonstrate a proof of concept before conducting an SA and institutionalizing EIP efforts. As the WHO European Region is diverse in terms of cultures, history and development, there is a need to consider local factors and capabilities, rather than imposing blueprint approaches, when rolling out an initiative such as EVIPNet Europe.

This case study shows that EVIPNet Europe membership improved national policy-making processes in all five countries. In particular, EVIPNet Europe tools enabled the development of more participatory and inclusive policy processes that use whole-of-society/whole-of-government approaches, which in turn may improve accountability and transparency in national policy-making processes.

The case study contributes to the international KT literature and the learning of EVIPNet Global. It focuses on a niche because little evidence exists that addresses the benefits of being part of an EVIPNet network in view of implementing and institutionalizing KT activities. So far, only a few case studies have been conducted internationally (12, 28 – 31). Within the European Region, only Slovenia has published its experience of EVIPNet Europe membership (32, 33).

Methodologically, a limitation of selecting country team members to assess their own country was the risk of a reduction in objectivity, although their unique experience and involvement in the network's activities represented, at the same time, a wealth of insights and understanding. This multiple case study aims to provide early insights into EVIPNet Europe implementation and institutionalization, and should be considered as a structured reflection, contributing to formative evaluation (34), rather than as a formal evaluation. Future research efforts are needed to systematically evaluate EVIPNet Europe and its country work and to identify barriers and enablers to progress in view of strengthening and institutionalizing evidence-informed policy-making.

Evaluations of similar initiatives (35–37) have demonstrated the benefits of network membership for national EIP, which are comparable to those reported in this case study. Technical support from the WHO EVIPNet Europe Secretariat has been vital to fostering a better understanding of the value of evidence, collaboration between stakeholders, the adoption of EIP processes by decision-makers, and more efficient and professional policy-making. Similarly, multi-stakeholder initiatives, including PDs, have resulted in increased stakeholder awareness of evidence-informed policy-making, capacity and transparency in policy-making, and the adoption of new policies, as is also shown in the literature (14).

Although outcomes varied, the support of EVIPNet Europe enabled each country in this study to promote changes to policy-making. The five participating countries each made advances in implementing KT, and are now taking steps towards institutionalizing KT through a KTP, which in the literature is considered a key mechanism to advance and sustain KT and EIP at the country level (10, 38, 39).

Significantly, this case study highlights the important role of EVIPNet Europe in providing peer-support and mentoring opportunities between member countries; these efforts should be sustained. With the unanimous adoption of the Action Plan to Strengthen the Use of Evidence, Information and Research for Policy-making in the WHO European Region by all 53 WHO Member States of the Region in September 2016, new opportunities and region-wide commitment to EIP have risen. EVIPNet Europe is the key implementing mechanism in the Region to support countries in promoting the systematic uptake of health information and evidence in policy- and decision-making. As a result, new countries, including from the European Union and European Free Trade Association, are showing interest in joining the network. Such horizontal expansion needs to go along with a deepening of country activities, inter alia

through the establishment of sustainable KT infrastructure and a broadening of the portfolio of KT tools on the one hand; and, on the other hand, the strengthening of network ties between the member countries as well as with EVIPNet countries in other parts of the world to foster peer-learning and support.

Acknowledgements: The authors wish to thank Amy Clotworthy for her editorial work on several drafts of this manuscript, and Ramona Ludolph for having coordinated the organization of the EVIPNet Europe workshop at the European Public Health Conference 2017.

Sources of funding: WHO Regional Office for Europe.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. The Bamako Call to Action on Research for Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako, Mali, 17–19 November 2008; <http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf>, accessed 31 May 2018).
2. Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities, Mexico City, Mexico, 16–20 November 2004. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://www.who.int/rpc/summit/documents/summit_report_final2.pdf, accessed 31 May 2018).
3. Bridging the “Know–Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health, Geneva, Switzerland, 10–12 October 2006. Geneva: World Health Organization; 2006 (WHO/EIP/KMS/2006.2; <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf>, accessed 31 May 2018).
4. What is EVIPNet? WHO/Evidence-informed Policy Network [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/evidence/about/en/>, accessed 31 May 2018).
5. Conceptual background and case studies: introduction to EVIPNet Europe. EVIPNet Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/2017/conceptual-background-and-case-studies-introduction-to-evipnet-europe-2017>, accessed 31 May 2018).

6. European Health Information Initiative (EHII). In: WHO/Europe/ Data and evidence/European Health Information Initiative (EHII) [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-information-initiative-ehii>, accessed 31 May 2018).
7. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen; WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 31 May 2018).
8. Action plan to strengthen the use of evidence, information and research for policy-making in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (EUR/RC66/12; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6612-action-plan-to-strengthen-the-use-of-evidence,-information-and-research-for-policy-making-in-the-who-european-region>, accessed 31 May 2018).
9. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 31 May 2018).
10. El-Jardali F, Lavis J, Moat K, Pantoja T, Ataya N. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. *Heal Res Policy Syst.* 2014;12:2. doi:10.1186/1478-4505-12-2 (<https://europepmc.org/abstract/med/24438365>, accessed 31 May 2018).
11. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Assessing the influence of knowledge translation platforms on health system policy processes to achieve the health millennium development goals in Cameroon and Uganda: a comparative case study. *Health Policy Plan.* 2018;33(4):539–554. doi: 10.1093/heapol/czx194 (<https://academic.oup.com/heapol/article/33/4/539/4913682>, accessed 31 May 2018).
12. Mansilla C, Herrera CA, Basagoitia A, Pantoja T. The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Chile: lessons learned from a year of coordinated efforts. *Rev Panam Salud Publica.* 2017;41:e36 (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33967/v41a362017.pdf?sequence=1>, accessed 31 May 2018).
13. Oxman AD, Vandvik PØ, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health policymaking (STP) 2: Improving how your organization supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health Res Policy Syst.* 2009;7(Suppl.1):S2. doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S2 (<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4505-7-S1-S2>, accessed 31 May 2018).
14. Moat KA, Lavis JN, Clancy SJ, El-Jardali F, Pantoja T. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bull World Health Organ.* 2014;92(1):20–28 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/12-116806/en/>, accessed 31 May 2018).
15. Workshop. Mapping the European knowledge translation landscape: insights from five EVIPNet Europe members. Workshop organized by WHO Regional Office for Europe and the European Public Health Association. *Eur J Public Health.* 2017;27(Suppl.3). doi:10.1093/eurpub/ckx187.642.
16. Yin RK. Case study research: design and methods. Third edition. London: Sage Publications; 2003.
17. Iacono J, Brown A, Holtham C. Research methods – a case example of participant observation. *Electronic J Bus Res Methods.* 2009;7(1):39–46 (https://www.researchgate.net/publication/228365089_Research_Methods-a_Case_Example_of_Participant_Observation, accessed 31 May 2018).
18. Hancock DR, Algozzine B. Doing case study research: a practical guide for beginning researchers. Third edition. New York: Teachers College Press; 2017.
19. Strategy “Kazakhstan 2050”: the new political course of the state (in Russian). Astana: Government of Kazakhstan; 2012 (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/K1200002050>, accessed 31 May 2018).
20. Decree of the President of the Republic of Kazakhstan on the State Health Development Programme of the Republic of Kazakhstan “Densaulyk” for 2016–2019 (in Russian). Astana: Government of Kazakhstan; 2016 (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176>, accessed 31 May 2018).
21. Situation analysis manual. EVIPNet Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/335551/EVIPNet-Europe-Situation-Analysis-Manual.pdf, accessed 31 May 2018).
22. Mihalicza P, Leys M, Borbás I, Szigeti Sz, Biermann O, Kuchenmüller T. Qualitative assessment of opportunities and challenges to improve evidence-informed health policy-making in Hungary – an EVIPNet situation analysis pilot. *Health Res Policy and Syst.* 2018.
23. Hajdu Á, Szilágyi E, Kurcz A, Benkő R, Matuz M, Székely É et al. Evidence brief for policy: promoting the appropriate use of antibiotics to contain antibiotic resistance in human medicine in Hungary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (unpublished manuscript).
24. Evidence brief for policy. Reducing the consumption of sugar-sweetened beverages and their negative health impact in Estonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/estonia/publications/publications-in-estonian/evidence-brief-for-policy.-reducing-the-consumption-of-sugar-sweetened-beverages-and-their-negative-health-impact-in-estonia-2016>, accessed 31 May 2018).
25. Köhler K, Reinap M. Paving the way to sugar-sweetened beverages tax in Estonia. *Public Health Panorama.* 2017;3(4):633–639 (<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-3,-issue-4,-december-2017/policy-and-practice4>, accessed 31 May 2018).

26. Health Promotion. In: Republic of Estonia/Ministry of Social Affairs/Activities, Objectives/Public Health/Health Promotion [website]. Tallinn: Republic of Estonia; 2017 (<http://www.sm.ee/en/health-promotion>, accessed 31 May 2018).
27. Act of 27 October 2017 on Primary Health Care (in Polish). Journal of Laws of the Republic of Poland 2017; item 2217 (<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2017/2217>, accessed 31 May 2018).
28. Kasonde JM, Campbell S. Creating a knowledge translation platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research. *Health Res Policy Syst.* 2012;10:31. doi: 10.1186/1478-4505-10-31 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491024/>, accessed 31 May 2018).
29. Berman J, Mitambo C, Matanje-Mwagomba B, Khan S, Kachimanga C, Wroe E et al. Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health Res Policy Syst.* 2015;13:73. doi: 10.1186/s12961-015-0061-4 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673758/>, accessed 31 May 2018).
30. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Initiatives supporting evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda: a comparative historical case study. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):612 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432398>, accessed 31 May 2018).
31. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms: a structured review of governmental policy documents. *Health Res Policy Syst.* 2015;13(1):2 (<https://europepmc.org/articles/PMC4298114>, accessed 31 May 2018).
32. Poldrugovac M, Kuchenmüller T, Truden Dobrin P, Ivanuša M. Case study. The evidence-informed policy-making context in Slovenia: ground work for a knowledge translation platform. *Public Health Panorama.* 2016;2(3):313–316 (<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-2,-issue-3,-september-2016/case-study2>, accessed 31 May 2018).
33. Poldrugovac M, Albrecht T, Kuchenmüller T, Ivanuša M, Buzeti T, Petric VK. Evidence-informed policy-making in Slovenia. *Eurohealth.* 2016; 22(2):52–54 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/312319/Eurohealth-volume22-number2-2016.pdf?ua=1, accessed 31 May 2018).
34. Stetler CB, Legro MW, Wallace CM, Bowman C, Guihan M, Hagedom H et al. The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *J Gen Intern Med.* 2006;21(Suppl. 2):S1–S8 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557128/>, accessed 31 May 2018).
35. Vogel I, Punton M. Building Capacity to Use Research Evidence (BCURE) realist evaluation: stage 2 synthesis report. Hove, United Kingdom: ITAD; 2017 (http://www.itad.com/wp-content/uploads/2017/02/BCURE-Stage-2-Synthesis_Report_Revised_310117-1.pdf, accessed 31 May 2018).
36. Vian T, Kohler JC, Forte G, Dimancesco D. Promoting transparency, accountability, and access through a multi-stakeholder initiative: lessons from the medicines transparency alliance. *J Pharm Policy Pract.* 2017;10:18. doi: 10.1186/s40545-017-0106-x (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28588896>, accessed 31 May 2018).
37. van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):608–612 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/en/>, accessed 31 May 2018).
38. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006;84:620–628. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/en/>, accessed 31 May 2018).
39. Knowledge translation framework for ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation/en/, accessed 31 May 2018). ■

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Сеть по вопросам использования научных данных при формировании политики (EVIPNet) в Европе: истории успеха в области практического применения знаний

Julia Scarlett¹, Kristina Köhler², Marge Reinap³, Angela Ciobanu⁴, Marcela Tirdea⁵, Vitaliy Koikov⁶, Saltanat Yegeubayeva⁷, Szabolcs Szigeti⁸, Péter Mihalicza⁹, Ledia Lazeri⁸, Ilona Borbás¹⁰, Balázs Babarczy¹⁰, Paulina Karwowska¹¹, Andrzej Tolarczyk¹², Barbara Więckowska¹³, Tanja Kuchenmüller¹⁴

¹ Независимый консультант, Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки

² Министерство социальных дел, Таллинн, Эстония

³ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Таллинн, Эстония

⁴ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Кишинев, Республика Молдова

⁵ Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты, Кишинев, Республика Молдова

⁶ Республиканский центр развития здравоохранения, Астана, Казахстан

⁷ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Астана, Казахстан

⁸ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Будапешт, Венгрия

⁹ Докторантура Университета Земмельвайса, Будапешт, Венгрия

¹⁰ Национальный центр услуг здравоохранения, Будапешт, Венгрия

¹¹ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Варшава, Польша

¹² Министерство здравоохранения, Варшава, Польша

¹³ Варшавская школа экономики, факультет социального страхования, Варшава, Польша

¹⁴ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Tanja Kuchenmüller (адрес электронной почты: kuchenmullert@who.int)

АННОТАЦИЯ

Введение. EVIPNet в Европе была создана Региональным бюро ВОЗ в 2012 г. как механизм укрепления институционально-кадрового потенциала в целях практического применения знаний (ППЗ). Исследование посвящено пяти странам, являющимся членами сети EVIPNet-Европа, и накопленному ими опыту работы в рамках сети EVIPNet-Европа, а также тому, как членство в сети EVIPNet и использование соответствующих инструментов помогли им при формировании политики.

Методы. В этом описательном исследовании использовалась методика интегрированного анализа многочисленных примеров из практики, изначально опирающаяся на наблюдения авторов и анализ документов. Пять стран – членов сети EVIPNet-Европа – Венгрия, Казахстан, Польша, Республика Молдова и Эстония – были выбраны в силу того, что находились на разных этапах процесса внедрения и институционализации сети EVIPNet-Европа.

Результаты. Некоторые страны начали процесс внедрения с анализа ситуации (АС) с целью четко определить местные политические условия,

обозначить необходимость ППЗ, повысить осведомленность заинтересованных лиц об использовании данных научных исследований при формировании политики и спланировать дальнейшие стратегические шаги. Другие страны выбрали иной подход, начав с разработки обзоров научных данных для формирования политики (ОНДП) в сочетании с политическим диалогом (ПД). Опыт пяти стран показывает, как членство в сети EVIPNet-Европа позволяет повысить потенциал ППЗ, помогает сформировать прочные связи и возможности обмена информацией между заинтересованными сторонами в условиях разрыва между научными исследованиями и политикой и способствует более активному использованию качественных и контекстно-зависимых фактических данных в целях формирования политики здравоохранения.

Обсуждение. Описываемый опыт может способствовать работе других стран – членов сети EVIPNet и взаимному обучению стран, не являющихся членами сети.

Ключевые слова: ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЗНАНИЙ, УКРЕПЛЕНИЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНО-КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА, РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ С УЧЕТОМ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ, СЕТЬ ПО ВОПРОСАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НАУЧНЫХ ДАННЫХ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОЛИТИКИ (EVIPNET), ЕВРОПА

ВВЕДЕНИЕ

Разработка политики с учетом фактических данных (ПУФД) все чаще оказывается в центре международного внимания (1–3). Будучи ключевым популяризатором ПУФД, Всемирная организация здравоохранения в 2005 г. создала глобальную Сеть по вопросам использования научных данных при формировании политики (EVIPNet) в целях укрепления национальных усилий по практическому применению знаний (ППЗ) и поддержки национальных разработчиков политики, исследователей и членов гражданского общества, с тем чтобы содействовать систематическому и прозрачному использованию высококачественных данных научных исследований при разработке политики, направленной на совершенствование систем здравоохранения и улучшение охраны здоровья населения (4). Под влиянием успешного внедрения сети EVIPNet в других регионах Европейское региональное бюро ВОЗ в 2012 г. создало сеть EVIPNet-Европа (5).

Действуя в рамках Европейской инициативы ВОЗ в области информации здравоохранения (ЕИИЗ) (6), сеть EVIPNet-Европа стремится к повышению и институционализации потенциала для ППЗ, т. е. обмена знаниями, их синтеза и оповещения о надежных и актуальных результатах научно-исследовательской деятельности внутри стран и в Регионе (5). Эти усилия дают странам возможность двигаться дальше на пути осуществления Основ европейской политики Здоровье-2020 (7) и Плана действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе ВОЗ (8), а также достижения глобальных Целей в области устойчивого развития (9).

Начиная с 2012 г. сеть EVIPNet-Европа, изначально сосредоточившая свою деятельность в восточной части Региона, оказала содействие 21 стране-члену в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. Как правило, Секретариат сети организует национальные и региональные учебные мероприятия с целью наращивания странового потенциала и предоставления национальным заинтересованным сторонам знаний общего характера о ПУФД наряду с формированием навыков, необходимых для планирования, осуществления и оценки мероприятий в области ППЗ с учетом местных условий. Таблица 1 содержит обзор всего спектра основных стратегических мероприятий сети EVIPNet-Европа.

Как показано на рисунке 1, сеть EVIPNet-Европа призывает страны в качестве первого шага провести совместный

ТАБЛИЦА 1. КЛЮЧЕВЫЕ СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ EVIPNET-ЕВРОПА

Поддержка сетей ППЗ	Оказание странам содействия в организации платформ ППЗ (ПППЗ), предназначенных для укрепления инновационных партнерств в области здравоохранения и создания устойчивых структур для взаимодействия исследователей, разработчиков политики и представителей гражданского общества соответствующих стран в целях активизации ПУФД.
Наращивание потенциала в области ППЗ	Обеспечение технической поддержки, наставничества и обмена опытом, а также проведение регулярных рабочих совещаний по вопросам наращивания потенциала с целью способствовать дальнейшему развитию навыков членов сети.
Поддержка инноваций в области ППЗ	Содействие в разработке стратегий ППЗ и инструментов, отвечающих потребностям и учитывающих приоритеты стран Региона.
Ускорение процесса ППЗ на региональном и национальном уровнях	Повышение уровня информированности и обеспечение приверженности с целью укрепления культуры и практики ППЗ и ПУФД.

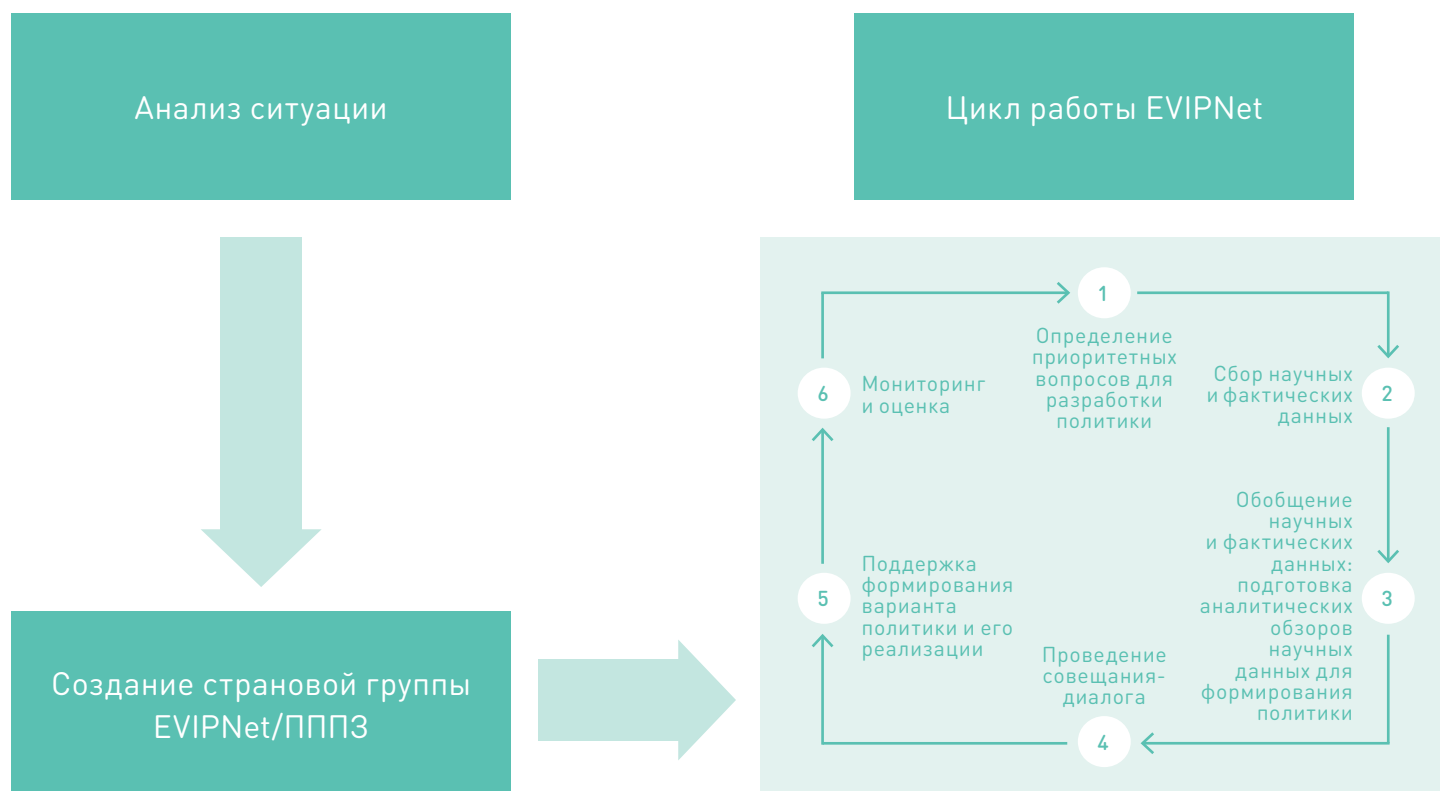
анализ ситуации (АС) с целью оценить национальный контекст ПУФД и определить базовый уровень ПУФД, в том числе институциональный и кадровый потенциал, необходимый для последовательного и устойчивого использования ПУФД (5, 21). Опираясь на результаты АС, страны смогут разработать вмешательства в области ППЗ с учетом имеющихся условий и определить стратегии по институционализации мероприятий в сфере ПУФД, включая создание страновой группы с участием многочисленных заинтересованных сторон, известной как платформа ППЗ (ПППЗ), которая возглавит все инициативы в области ППЗ в стране. Такие платформы зарекомендовали себя в качестве ценного механизма, формирующего инфраструктуру для создания связей и обеспечения устойчивого взаимодействия между исследователями и политиками во многих странах (10–12).

Такие страновые группы EVIPNet обычно занимаются осуществлением двух конкретных видов мероприятий в области ППЗ, направленных на совершенствование процесса формирования политики в стране: а) подготовкой обзоров научных данных для формирования политики (ОНДП), которые представляют собой механизм подбора информации, позволяющий синтезировать лучшие доступные данные научных исследований глобального и местного уровня

в формате, удобном для пользователя, с целью решения приоритетных вопросов политики; б) организацией совещательных политических диалогов (ПД), позволяющих собрать основные заинтересованные стороны с целью обсудить фактические данные в отношении накопленного ими опыта в области решения определенных приоритетных проблем (5, 13, 14).

Хотя это общая рамочная основа для работы, сеть EVIPNet-Европа рекомендует странам-членам выработать индивидуализированный подход в целях повышения ответственности за мероприятия в области ППЗ. Это исследование посвящено опыту работы в рамках сети EVIPNet-Европа, представленному пятью странами на Европейской конференции по совершенствованию общественного здравоохранения 2017 г. в Стокгольме (Швеция) (15). Чтобы содействовать странам в накоплении опыта, это исследование призвано подчеркнуть, насколько членство в EVIPNet и инструменты сети могут быть полезны странам-членам в предпринимаемых ими усилиях по совершенствованию процесса выработки политики здравоохранения и способствовать укреплению систем здравоохранения и улучшению соответствующих показателей.

РИСУНОК. 1. ТРАЕКТОРИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ EVIPNET-ЕВРОПА НА СТРАНОВОМ УРОВНЕ



Источник: Стратегический план 2012–2015 гг. EVIPNet. За мир, в котором содержание политики здравоохранения определяется данными научных исследований наивысшего качества. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012.

МЕТОДЫ

Было проведено ретроспективное описательное исследование с использованием методологии интегрированного анализа многочисленных примеров из практики (embedded multiple case study) (16), призванное проанализировать работу сети EVIPNet-Европа, основываясь на опыте пяти стран – членов сети EVIPNet-Европа – Венгрии, Казахстана, Польши, Республики Молдова и Эстонии – в качестве единиц анализа. Такая методология обычно используется для изучения данного явления в реальных условиях (16). Все выбранные страны являются членами сети с момента ее основания в 2012 г. и поэтому более существенно продвинулись в плане реализации и институционализации мероприятий в области ППЗ, чем страны, ставшие членами сети относительно недавно. Пример каждой из стран акцентирует тот или иной этап и/или аспект реализации мероприятий в рамках траектории деятельности сети EVIPNet-Европа. Каждая из стран является отражением сети в ее географическом и социально-политическом разнообразии, и, следовательно, опыт каждой из стран отражает взгляд изнутри и выводы, которые могут быть использованы другими

странами – участницами EVIPNet как в рамках, так и за пределами Региона.

Этот подход, основанный на анализе примеров из практики, позволяет получить новое представление о преимуществах членства в сети EVIPNet-Европа с позиций процесса ПУФД. Ситуация в каждой из участвовавших стран была оценена представителями самой страны, т. е. национальными представителями сети и/или сотрудниками Странового офиса ВОЗ, непосредственно участвовавшими во внедрении EVIPNet-Европа, на основе набора наводящих вопросов. Знания, накопленные этими представителями в силу их непосредственного участия в работе, дают им уникальную возможность делать выводы, основываясь на собственных наблюдениях, которые и послужили основным источником данных для этого исследования. Результаты подкрепляются глубокой и недоступной никаким иным образом детализацией, которая может исходить лишь от непосредственных участников процесса (17–18). Документация, относящаяся к проекту, включая персональные заметки, официальную переписку, протоколы совещаний и соответствующие продукты ППЗ, такие как АС, ОНДП и ПД, также анализировалась представителями стран применительно к каждому примеру из практики.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Опыт каждой из стран представлен ниже в соответствии с ходом действий, предпринятых ими в ходе реализации деятельности сети EVIPNet-Европа. Первый пример из практики страны, касающийся Республики Молдова, дает общее представление о возможностях наращивания институционально-кадрового потенциала, предлагаемых сетью EVIPNet-Европа. Далее рассматриваются два примера из практики стран, которые начали эту работу с проведения рекомендуемого Региональным бюро анализа ситуации: пример Казахстана свидетельствует о результатах оценки и о том, как это исследование стимулировало принятие страной обязательств по институционализации ППЗ, а пример Венгрии подчеркивает, как анализ ситуации может мобилизовать заинтересованные стороны в плане формирования более прочных междисциплинарных партнерств между исследователями, разработчиками политики и другими заинтересованными сторонами, что служит одним из основных предикторов проведения научных исследований. Последние два примера из практики посвящены опыту Эстонии и Польши, которые, в отличие от Казахстана и Венгрии, немедленно приступили к разработке ОНДП с целью предоставить (в качестве первого шага)

практическое подтверждение концепции, чтобы способствовать формированию приверженности в рамках страны в целом, имея в виду создание устойчивых структур ПУФД.

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

Чтобы создать прочную основу для работы в рамках сети EVIPNet-Европа, в Республике Молдова вначале был проведен АС, направленный на оценку национального контекста ПУФД, а также субъектов, институтов и процедур ПУФД. Хотя была признана ценность включения данных научных исследований и выявлено несколько успешных примеров ПУФД, АС продемонстрировал необходимость дальнейшего укрепления систематических процессов и наращивания потенциала ПУФД у заинтересованных сторон.

Процесс начался с того, что министерство здравоохранения назначило национального координатора работы в рамках сети EVIPNet-Европа для координации мероприятий в области ППЗ в стране. Под его руководством была создана межсекторальная рабочая группа, призванная подготовить ОНДП в отношении потребления алкоголя, одной из наиболее остро стоящих проблем здравоохранения в стране. Секретариат сети EVIPNet-Европа предоставил возможности многостранового и внутристранового наращивания институционально-кадрового потенциала, что расширило возможности рабочей группы в отношении доступа, синтеза и применения фактических данных.

Первый проект ОНДП был представлен основным заинтересованным сторонам в ходе консультации, созванной для его обсуждения; было рекомендовано переориентировать ОНДП таким образом, чтобы основное внимание было уделено внесению поправок в законодательство, касающееся борьбы против алкоголя. При разработке этого проекта ОНДП рабочая группа столкнулась с рядом системных вызовов, таких как слабый потенциал ПУФД у организаций, ограниченность надежных местных данных, отсутствие сотрудничества между разработчиками политики и научно-исследовательским сообществом, а также слабая координация работы министерств. Секретариат сети EVIPNet-Европа предоставил дополнительную поддержку в форме наставничества и обучения со стороны Центра знаний для выработки политики (К2Р), находящегося в Ливане. Это привело к пересмотру ОНДП, который прошел обсуждение и был полностью поддержан высокопоставленными заинтересованными лицами в ходе последующего ПД. В результате парламент страны внес изменения в антиалкогольное законодательство: пиво, прежде относившееся к категории пищевых продуктов, в настоящее время юридически признано алкогольной продукцией. Кроме того,

появилась уникальная возможность для изменения политики: премьер-министр страны вывел мероприятия в области борьбы против алкоголя на первый план и обратился к министерству здравоохранения, труда и социальной защиты и министерству внутренних дел с просьбой подготовить план действий, предусматривающий немедленное принятие мер по сокращению числа дорожно-транспортных происшествий, вызванных вождением в состоянии алкогольного опьянения. Следующим шагом станет представление опубликованного ОНДП и отчета о ПД парламенту, с тем чтобы все варианты политики ПУФД могли быть учтены в целях возможного законодательного осуществления. Этот пример показывает, как членство в сети EVIPNet-Европа помогло Республике Молдова нарастить потенциал и повысить информированность основных заинтересованных сторон о важности и необходимости укрепления ПУФД в отношении потребления алкоголя в стране. Опубликованный ОНДП в настоящее время используется для поддержки разработчиков политики в их усилиях по дальнейшему укреплению антиалкогольной политики.

КАЗАХСТАН

Первоочередное внимание, с недавних пор уделяемое вопросам законодательного закрепления эффективной системы здравоохранения (19,20) создало возможность для осуществления мероприятий в рамках сети EVIPNet-Европа в Казахстане. Страновая группа начала этот процесс с проведения АС в тесном сотрудничестве со Страновым офисом ВОЗ в Казахстане и Секретариатом сети ВОЗ EVIPNet-Европа. АС проводился в соответствии с рекомендациями, изложенными в руководстве по АС сети EVIPNet-Европа (21) и включал анализ официальных публикаций, таких как программные и стратегические документы, отчетов и данных с официальных веб-сайтов органов государственной власти, результатов, полученных в ходе опросов основных заинтересованных сторон, и полуструктурированных интервью с национальными участниками ПУФД. АС показал, что для содействия использованию фактических данных в рамках системы здравоохранения применяются конкретные механизмы, такие как оценка технологий здравоохранения, национальная система информации здравоохранения и национальный лекарственный формуляр. Примеры подходов с использованием ПУФД, в настоящее время применяемых в стране, включают использование политических диалогов между исследователями в области здравоохранения и разработчиками политики, подготовку кратких обзоров политики, а также проведение семинаров и "круглых столов" для исследователей и работников общественного здравоохранения, направленных на то, чтобы подчеркнуть важность положительного влияния

на политику здравоохранения. Налицо политическая поддержка и приверженность с возможностью включения активных участников в работу ПППЗ. АС также показал, что ПУФД в недостаточной степени встроено в национальную систему здравоохранения Казахстана и многие перспективные инструменты ППЗ пока еще не внедрены.

В этом случае Секретариат сети EVIPNet-Европа содействовал страновой группе в выявлении местных потребностей, что помогло разработать комплексную дорожную карту в целях укрепления и институционализации ПУФД и выработки необходимой политической приверженности и поддержки. Членство в сети EVIPNet и использование инструментов сети, таких как руководство EVIPNet-Европа по АС (21), помогли Казахстану в определении политического контекста, необходимого для институционализации ПУФД. В результате страновая группа может двигаться в направлении стратегического развития и дальнейшей институционализации в рамках сети EVIPNet-Европа путем создания ПППЗ и расширения масштабов работы по наращиванию институционально-кадрового потенциала для ППЗ по всей стране. Основные запланированные мероприятия включают назначение руководителей национальных групп для поддержки и продвижения национальных усилий в области ППЗ, а также формирование соответствующих структур ППЗ с помощью создания межсекторальной и мультидисциплинарной ПППЗ, организуемой консорциумом, который включает Республиканский центр развития здравоохранения и медицинские университеты.

ВЕНГРИЯ

С целью оценить контекст ПУФД и заручиться поддержкой для реализации мероприятий сети EVIPNet-Европа в Венгрии также начали с проведения АС в отношении текущего использования ПУФД. Разработка АС проводилась в рамках совместного процесса с участием широкого круга заинтересованных лиц, таких как исследователи, разработчики политики, руководители среднего звена и аналитики. При поддержке Секретариата сети EVIPNet-Европа страновая группа использовала результаты АС для определения двух вариантов создания структур ПУФД с учетом существующих условий, а именно:

- 1) независимого органа по исследованию политики, действующего при существующем государственном ведомстве под надзором Государственного секретариата здравоохранения;
- 2) более широкой платформы для содействия работе существующей сети профессиональных консультативных советов Государственного секретариата

здравоохранения, в настоящее время работающей в 60 клинических областях и в одной области политики здравоохранения, при поддержке структуры по ПППЗ при существующем государственном ведомстве.

- 3) органа, включенного в Государственный секретариат здравоохранения, со специалистами по вопросам государственной политики.

Как было рекомендовано EVIPNet-Европа, результаты АС были доведены до сведения высокопоставленных экспертов и руководителей здравоохранения, с целью установления приоритетов политики, валидации результатов АС и достижения консенсуса в отношении организационной структуры ПППЗ.

Основными результатами этого процесса стали: (а) включение проблемы устойчивости к противомикробным препаратам в качестве приоритетной темы для ППЗ; (б) тестирование варианта 2 – создание структуры ПППЗ, стратегически расположенной при профессиональных консультативных советах, предназначенной для использования этими советами и получающей оперативную поддержку от Национального центра по услугам здравоохранения (государственного учреждения). Этот вариант позволил страновой группе сети EVIPNet-Европа продолжать работу над ППЗ в качестве оперативного подразделения ПППЗ; например, посредством подготовки ОНДП по вопросам устойчивости к противомикробным препаратам и организации ПД для обсуждения рекомендаций ОНДП (23). Создание ПППЗ в рамках существующего и успешно функционирующего учреждения было полезным для максимизации потенциала и устойчивости ППЗ, а также для того, чтобы заинтересованные стороны могли консультироваться с разработчиками политики и работниками здравоохранения на центральном и местном уровнях.

Опыт Венгрии демонстрирует необходимость возможностей для сотрудничества и партнерства, одного из ключевых предикторов преодоления разрыва между научными исследованиями и политикой. Пример Венгрии показывает, как членство в сети EVIPNet-Европа и инструменты сети помогли страновой группе повысить информированность, заручиться поддержкой основных заинтересованных сторон и наладить обмены между исследователями и разработчиками политики.

ЭСТОНИЯ

Вместо того чтобы начать с проведения АС, в Эстонии решено было начать с разработки ОНДП (24). С учетом понимания местных условий страновая группа сочла, что

технический продукт более эффективно продемонстрирует необходимость членства в сети EVIPNet-Европа и тем самым позволит заручиться поддержкой ее Секретариата при создании структур ПУФД (25). Основываясь на выявленных местных потребностях, группа решила сосредоточить внимание на потреблении сахаросодержащих напитков. Затем была создана включающая множество заинтересованных сторон группа исследователей и разработчиков политики для выработки ПУФД. Техническое содействие и дистанционное обучение были предоставлены обладающей необходимыми знаниями партнерской группой EVIPNet из Чили, Страновым офисом ВОЗ, Секретариатом сети EVIPNet-Европа, а также персоналом Программы по вопросам питания, физической активности и ожирения Европейского регионального бюро ВОЗ.

В качестве первого шага страновая группа провела поиск систематических обзоров литературы, как было рекомендовано партнерской группой EVIPNet. Эти обзоры были проанализированы с позиций качества, а их результаты выделены и обобщены. Данные обзоров были дополнены местными исследованиями. Это привело к выявлению четырех учитывающих местные условия вариантов ПУФД: а) регулирование рекламы продуктов питания; б) маркировка сахаросодержащих напитков и повышение информированности об их пагубном воздействии на здоровье; в) мероприятия и политика в области питания в школах; г) налогообложение сахаросодержащих напитков, субсидирование других групп пищевых продуктов и/или субсидирование альтернативных напитков.

Все четыре варианта ПУФД продолжают оказывать влияние на политические процессы в Эстонии. Например, в 2017 г. парламент страны предложил законодательно ввести налог на безалкогольные подслащенные напитки, но президент не объявил об этом. Еще два варианта политики ПУФД, а именно регулирование рекламы и маркировка напитков/повышение информированности, также были включены в правительственный политический документ по вопросам питания и физической активности, который должен быть одобрен правительством в 2018 г. (26). Наконец, проведение мероприятий на уровне школ, как предполагается, будет включено в закон страны о здравоохранении.

Эстонский подход к реализации мероприятий EVIPNet-Европа с помощью Секретариата и его партнеров показывает, что механизмы ППЗ, а именно ОНДП и ПД, помогают укрепить потенциал разработчиков политики в отношении спроса, оценки и использования данных научных исследований, в то же время расширяя знания исследователей

о реалиях политики и повышая их способность обеспечить своевременную и необходимую поддержку. Кроме того, предоставление разработчикам политики обобщений наилучших имеющихся научных данных, а именно ОНДП, служит опорой при принятии решений и осуществлении процессов совместной разработки политики. Пример Эстонии показывает, как подтверждение концепции повысило интерес заинтересованных сторон и послужило основой приверженности в процессе поддержания и институционализации механизмов ППЗ. Подход Эстонии, в рамках которого началом внедрения сети EVIPNet-Европа стала разработка ОНДП, а не проведение АС, в конечном итоге помог укрепить ощущаемую заинтересованными сторонами потребность в создании устойчивых структур поддержки при разработке политики, позволяющих получить наилучшие имеющиеся научные данные, необходимые для принятия решений, в удобном для пользователей формате.

ПОЛЬША

По данным страновой группы, в Польше отсутствует последовательный общесистемный подход к оказанию первичной медико-санитарной помощи. Осуществленная правительством Польши в 2016 г. разработка нового законодательства дала возможность продемонстрировать разработчикам политики ценность сети EVIPNet-Европа и ее инструментов ППЗ в целях ПУФД. Подобно Эстонии, в Польше предпочли начать внедрение сети EVIPNet-Европа с разработки ОНДП и соответствующего ПД, а не с проведения АС. Под руководством Секретариата сети EVIPNet-Европа и бывшего координатора глобальной сети EVIPNet была создана мультидисциплинарная группа, призванная разработать ОНДП по вопросам совершенствования первичной медико-санитарной помощи. Как было предложено в ОНДП, три варианта политики для улучшения первичной медико-санитарной помощи включают:

- 1) разработку перечня индикаторов для измерения эффективности работы врачей общей практики;
- 2) изменение системы вознаграждения врачей общей практики таким образом, чтобы включить поощрение за достижение целевых показателей;
- 3) популяризацию использования руководств по первичной медико-санитарной помощи в целях профилактики заболеваний, укрепления здоровья, санитарного просвещения и лечения болезней.

Подготовленный в Польше ОНДП отразил наилучшие имеющиеся данные научных исследований в целях повышения качества первичной медико-санитарной помощи. ОНДП прошел обсуждение в ходе совещательного ПД, участниками

которого стали все соответствующие национальные заинтересованные стороны, включая ответственных должностных лиц, специалистов-практиков и исследователей. В качестве форума для обмена мнениями ПД послужил дополнением к изложенным в ОНДП выводам относительно неформализованных знаний ключевых заинтересованных сторон. Заинтересованные стороны были проинформированы о том, что решения, выработанные в ходе ПД, будут использованы в ходе продолжавшейся в Польше разработки закона о первичной медико-санитарной помощи, который был принят польским парламентом в октябре 2017 г. (27).

В случае Польши членство в сети EVIPNet-Европа и использование соответствующих механизмов ППЗ позволило страновой группе продемонстрировать обоснованность научных исследований с помощью высококачественной научной работы, нашедшей отражение в ОНДП, что в конечном итоге привело к принятию решений. ОНДП представил исчерпывающую исходную информацию в отношении первичной медико-санитарной помощи, в то же время предложив набор вариантов политики, и вместе взятые ОНДП и ПД сформировали комплекс дополнительных инструментов: ОНДП позволил подобрать соответствующие фактические данные, а ПД – оценить жизнеспособность предлагаемых решений путем доступа к неформализованным знаниям заинтересованных лиц. В данном примере членство в сети EVIPNet-Европа в конечном итоге помогло польской страновой группе повысить потенциал для ПУФД: в частности, инструменты ППЗ позволили получить актуальную информацию, которая помогла ответственным должностным лицам страны осуществить изменения в секторе первичной медико-санитарной помощи, основываясь на фактических данных.

ОБСУЖДЕНИЕ

В этом примере из практики сообщается об опыте пяти стран по внедрению мероприятий сети EVIPNet-Европа на различных этапах деятельности EVIPNet-Европа и подчеркивается, каким образом членство в сети EVIPNet помогает укрепить национальный процесс разработки политики в целом. Как описано представителями каждой из стран, преимущества членства в сети EVIPNet-Европа включают возможности для обмена знаниями и сетевого взаимодействия, наращивание институционально-кадрового потенциала путем отработки навыков, поддержку создания многосекторальных объединений и партнерств, а также стимулирование автономии в процессе внедрения. Конкретные подходы, избранные каждой из стран, сложились

на основе индивидуальных политических условий и различной поддержки со стороны местных разработчиков политики.

Хотя Секретариат EVIPNet-Европа изложил четкий путь изменений и действий для каждого из членов сети, некоторые страны избрали иной подход. Венгрия, Казахстан и Республика Молдова в качестве первого шага провели АС национальных условий ПУФД с целью институционализации структур ПУФД, уделяя особое внимание наращиванию институционально-кадрового потенциала, выявлению потребностей и сотрудничеству в целях сокращения разрыва между исследованиями и политикой. Эстония и Польша предпочли более технический подход и начали с применения ОНДП и ПД с целью заручиться поддержкой для ПУФД, и непереносимым условием в этих странах была необходимость продемонстрировать подтверждение концепции, прежде чем будет проведен АС и институционализированы усилия по ПУФД. Поскольку Европейский регион ВОЗ отличается разнообразием в плане культур, истории и развития, при развертывании такой инициативы, как EVIPNet-Европа, налицо необходимость учитывать местные факторы и возможности, а не предлагать готовые подходы.

Этот пример из практики показывает, что членство в сети EVIPNet-Европа позволило улучшить национальные процессы формирования политики во всех пяти странах. В частности, инструменты сети EVIPNet-Европа позволили разработать более широкие и всеохватывающие политические процессы на основе подхода с участием всего общества/всего государства, что, в свою очередь, может улучшить подотчетность и прозрачность в процессах разработки национальной политики.

Этот пример из практики служит обогащению международной литературы по ППЗ и изучению Глобальной сети EVIPNet. Он посвящен одному из нишевых аспектов, поскольку налицо недостаток фактических данных в отношении преимуществ членства в сети EVIPNet с позиций осуществления и институционализации мероприятий в области ППЗ. К настоящему моменту на международном уровне было проведено лишь несколько тематических исследований (12, 28 – 31). В рамках Региона лишь Словения поделилась в печати опытом членства в сети EVIPNet-Европа (32,33).

Методологически выбор членов страновой группы для оценки собственной страны был ограничением с позиций риска меньшей объективности, хотя их уникальный опыт

и личное участие в мероприятиях сети в тоже время служили источником более глубокого видения и понимания. Этот анализ ряда примеров из практики призван дать первичное представление о внедрении и институционализации сети EVIPNet-Европа и должен рассматриваться как структурированные размышления, ведущие скорее к формативной (34), а не к формальной оценке. Необходимы дальнейшие исследовательские усилия для того, чтобы систематически оценить сеть EVIPNet-Европа и ее работу в странах, выявить преграды и факторы, способствующие прогрессу, с позиций укрепления и институционализации разработки политики с учетом фактических данных.

Оценка схожих инициатив (35–37) продемонстрировала пользу членства в сети для разработки национальной ПУФД, сопоставимую с пользой, описанной в этом примере из практики. Техническая поддержка со стороны Секретариата EVIPNet-Европа имеет чрезвычайно важное значение для того, чтобы обеспечить более глубокое понимание ценности фактических данных, сотрудничества заинтересованных сторон и принятия процессов ПУФД ответственными должностными лицами, а также для более эффективной и профессиональной разработки политики. Сходным образом, инициативы с участием множества заинтересованных сторон, включая ПД, приводят к повышению информированности заинтересованных сторон о разработке политики с учетом фактических данных, расширению возможностей и повышению прозрачности в разработке политики и принятию новых стратегий, что также отражено в литературе (14).

Хотя результаты различались, поддержка сети EVIPNet-Европа дала каждой из стран, упомянутых в этом исследовании, возможность активизировать изменения в области разработки политики. Пять стран-участниц добились успехов во внедрении ППЗ и в настоящее время предпринимают дальнейшие шаги на пути к институционализации ППЗ с помощью ПППЗ, что рассматривается в литературе как основной механизм продвижения и поддержания ППЗ и ПУФД на страновом уровне (10, 38, 39).

Примечательно, что в этом примере из практики подчеркивается важная роль сети EVIPNet-Европа в обеспечении возможностей партнерской поддержки и наставничества со стороны стран-членов. Эти усилия необходимо продолжать. Единодушное принятие Плана действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе ВОЗ всеми 53 государствами – членами ВОЗ в Регионе в сентябре 2016 г. открыло новые возможности

и подтвердило общерегиональную приверженность ПУФД. Сеть EVIPNet-Европа является основным механизмом внедрения в Регионе, позволяющим поддержать страны на пути систематического использования информации здравоохранения и данных научных исследований при формировании политики и принятии решений. В результате все новые страны, в том числе из Европейского союза и Европейской ассоциации свободной торговли, выражают заинтересованность в присоединении к сети. Такая горизонтальная экспансия должна сочетаться, с одной стороны, с углублением страновых мероприятий, в частности путем создания устойчивой инфраструктуры ППЗ и расширения портфолио инструментов ППЗ, и с другой стороны, с укреплением сетевых связей между странами-членами, а также со странами EVIPNet из других регионов мира в целях организации взаимообучения и поддержки.

Выражение признательности: авторы хотели бы поблагодарить Amy Clotworthy за редактирование нескольких черновых версий этой рукописи, а также Ramona Ludolph, координировавшую организацию рабочего совещания EVIPNet-Европа в рамках Европейской конференции по совершенствованию общественного здравоохранения 2017 г.

Источники финансирования: Европейское региональное бюро ВОЗ.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. The Bamako Call to Action on Research for Health. Geneva: World Health Organization; 2008 (Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako, Mali, 17–19 November 2008; <http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf>, accessed 31 May 2018).
2. Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities, Mexico City, Mexico, 16–20 November 2004. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://www.who.int/rpc/summit/documents/summit_report_final2.pdf, accessed 31 May 2018).
3. Bridging the “Know–Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health, Geneva, Switzerland, 10–12 October 2006. Geneva: World Health Organization; 2006 (WHO/EIP/KMS/2006.2; <https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf>, accessed 31 May 2018).
4. What is EVIPNet? WHO/Evidence-informed Policy Network. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/evidence/about/en/>, accessed 31 May 2018).
5. EVIPNet-Европа. Сеть EVIPNet-Европа: Введение. Концептуальная основа и примеры из практики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/352213/EVIPNet-Europe-Starter-Kit_complete_Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
6. Европейская инициатива в области информации здравоохранения (ЕИИИЗ). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-information-initiative-ehii>, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
7. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген; Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
8. План действий в поддержку использования фактических данных, информации и научных исследований при выработке политики в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (Шестьдесят шестая сессия Европейского регионального комитета; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/315482/66wd12r_EIPActionPlan_160528.pdf?ua=1, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
9. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 31 May 2018).
10. El-Jardali F, Lavis J, Moat K, Pantoja T, Ataya N. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. *Heal Res Policy Syst.* 2014;12:2. doi:10.1186/1478-4505-12-2 (<https://europepmc.org/abstract/med/24438365>, accessed 31 May 2018).
11. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Assessing the influence of knowledge translation platforms on health system policy processes to achieve the health millennium development goals in Cameroon and Uganda: a comparative case study. *Health Policy Plan.* 2018;33(4):539–554. doi: 10.1093/heapol/czx194 (<https://academic.oup.com/heapol/article/33/4/539/4913682>, accessed 31 May 2018).

12. Mansilla C, Herrera CA, Basagoitia A, Pantoja T. The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Chile: lessons learned from a year of coordinated efforts. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e36 (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33967/v41a362017.pdf?sequence=1>, accessed 31 May 2018).
13. Oxman AD, Vandvik PO, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S. SUPPORT Tools for evidence-informed health policymaking (STP) 2: Improving how your organization supports the use of research evidence to inform policymaking. *Health Res Policy Syst*. 2009;7(Suppl.1):S2. doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S2 (<https://health-policy-systems.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1478-4505-7-S1-S2>, accessed 31 May 2018).
14. Moat KA, Lavis JN, Clancy SJ, El-Jardali F, Pantoja T. Evidence briefs and deliberative dialogues: perceptions and intentions to act on what was learnt. *Bull World Health Organ*. 2014;92(1):20–28 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/92/1/12-116806/en/>, accessed 31 May 2018).
15. Workshop. Mapping the European knowledge translation landscape: insights from five EVIPNet Europe members. Workshop organized by WHO Regional Office for Europe and the European Public Health Association. *Eur J Public Health*. 2017;27(Suppl.3). doi:10.1093/eurpub/ckx187.642.
16. Yin RK. Case study research: design and methods. Third edition. London: Sage Publications; 2003.
17. Iacono J, Brown A, Holtham C. Research methods – a case example of participant observation. *Electronic J Bus Res Methods*. 2009;7(1):39–46 (https://www.researchgate.net/publication/228365089_Research_Methods-a_Case_Example_of_Participant_Observation, accessed 31 May 2018).
18. Hancock DR, Algozzine B. Doing case study research: a practical guide for beginning researchers. Third edition. New York: Teachers College Press; 2017.
19. Стратегия “Казахстан-2050”: новый политический курс состоявшегося государства. Астана: Правительство Казахстана; 2012 (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/K1200002050>, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
20. Указ Президента Республики Казахстан о Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 гг. Астана: Правительство Казахстана; 2016 (<http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176>, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
21. Situation analysis manual. EVIPNet Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/335551/EVIPNet-Europe-Situation-Analysis-Manual.pdf, accessed 31 May 2018).
22. Mihalicza P, Leys M, Borbás I, Szigeti Sz, Biermann O, Kuchenmüller T. Qualitative assessment of opportunities and challenges to improve evidence-informed health policy-making in Hungary – an EVIPNet situation analysis pilot. *Health Res Policy and Syst*. 2018.
23. Hajdu Á, Szilágyi E, Kurcz A, Benkő R, Matuz M, Székely É et al. Evidence brief for policy: promoting the appropriate use of antibiotics to contain antibiotic resistance in human medicine in Hungary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (не опубликовано).
24. Evidence brief for policy. Reducing the consumption of sugar-sweetened beverages and their negative health impact in Estonia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/estonia/publications/publications-in-estonian/evidence-brief-for-policy-reducing-the-consumption-of-sugar-sweetened-beverages-and-their-negative-health-impact-in-estonia-2016>, accessed 31 May 2018).
25. Köhler K, Reinap M. Paving the way to sugar-sweetened beverages tax in Estonia. *Public Health Panorama*. 2017;3(4):633–639 (<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-3,-issue-4,-december-2017/policy-and-practice4>, accessed 31 May 2018).
26. Health Promotion. In: Republic of Estonia/Ministry of Social Affairs/Activities, Objectives/Public Health/Health Promotion [website]. Tallinn: Republic of Estonia; 2017 (<http://www.sm.ee/en/health-promotion>, accessed 31 May 2018).
27. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (на польском языке). *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej* - 2017. Rządowe Centrum Legislacji. Pozycja 2217 (<http://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2017/2217>, по состоянию на 15 июня 2018 г.).
28. Kasonde JM, Campbell S. Creating a knowledge translation platform: nine lessons from the Zambia Forum for Health Research. *Health Res Policy Syst*. 2012;10:31. doi: 10.1186/1478-4505-10-31 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491024/>, accessed 31 May 2018).
29. Berman J, Mitambo C, Matanje-Mwagomba B, Khan S, Kachimanga C, Wroe E et al. Building a knowledge translation platform in Malawi to support evidence-informed health policy. *Health Res Policy Syst*. 2015;13:73. doi: 10.1186/s12961-015-0061-4 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673758/>, accessed 31 May 2018).
30. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Initiatives supporting evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda: a comparative historical case study. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):612 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432398>, accessed 31 May 2018).
31. Ongolo-Zogo P, Lavis JN, Tomson G, Sewankambo NK. Climate for evidence informed health system policymaking in Cameroon and Uganda before and after the introduction of knowledge translation platforms: a structured review of governmental policy documents. *Health Res Policy Syst*. 2015;13(1):2 (<https://europepmc.org/articles/PMC4298114>, accessed 31 May 2018).

32. Poldrugovac M, Kuchenmüller T, Truden Dobrin P, Ivanuša M. Case study. The evidence-informed policy-making context in Slovenia: ground work for a knowledge translation platform. *Public Health Panorama*. 2016;2(3):313–316 (<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-2,-issue-3,-september-2016/case-study2>, accessed 31 May 2018).
33. Poldrugovac M, Albrecht T, Kuchenmüller T, Ivanuša M, Buzeti T, Petric VK. Evidence-informed policy-making in Slovenia. *Eurohealth*. 2016; 22(2):52–54 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/312319/Eurohealth-volume22-number2-2016.pdf?ua=1, accessed 31 May 2018).
34. Stetler CB, Legro MW, Wallace CM, Bowman C, Guihan M, Hagedom H et al. The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *J Gen Intern Med*. 2006;21(Suppl. 2):S1–S8 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557128/>, accessed 31 May 2018).
35. Vogel I, Punton M. Building Capacity to Use Research Evidence (BCURE) realist evaluation: stage 2 synthesis report. Hove, United Kingdom: ITAD; 2017 (http://www.itad.com/wp-content/uploads/2017/02/BCURE-Stage-2-Synthesis_Report_Revised-_310117-1.pdf, accessed 31 May 2018).
36. Vian T, Kohler JC, Forte G, Dimancesco D. Promoting transparency, accountability, and access through a multi-stakeholder initiative: lessons from the medicines transparency alliance. *J Pharm Policy Pract*. 2017;10:18. doi: 10.1186/s40545-017-0106-x (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28588896>, accessed 31 May 2018).
37. van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bull World Health Organ*. 2006;84(8):608–612 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/en/>, accessed 31 May 2018).
38. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ*. 2006;84:620–628. (<http://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/en/>, accessed 31 May 2018).
39. Knowledge translation framework for ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation/en/, accessed 31 May 2018). ■

CASE STUDY AND LESSONS LEARNT

Strengthening implementation mechanisms for national tuberculosis control programme in Turkmenistan to achieve Sustainable Development Goals and End TB Strategy targets at the country level

Lale Chopanova¹, Vitalie Vremis¹, Myahri Durdyeva², Ayna Gashimova², Bahtygul Karriyeva³, Ogtay Gozalov³, Masoud Dara³

¹ United Nations Development Programme in Turkmenistan, Ashgabat, Turkmenistan

² National TB Programme of Turkmenistan, Ashgabat, Turkmenistan

³ World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Lale Chopanova (email: lale.chopanova@undp.org)

ABSTRACT

Background: Implementation of the 2030 Agenda for Sustainable Development and the Sustainable development Goals (SDGs) requires a robust monitoring framework to be established in each country. This paper presents the National TB Programme (NTP) in Turkmenistan as a health programme well prepared to monitor the achievement of the SDGs targets and indicators.

Approach: Turkmenistan was one of the first countries in the world to adopt the SDGs. The country nationalized 148 of the 169 global SDG targets and 197 of the 231 global indicators. In 2017, the United Nations agencies operating in the country supported Turkmenistan in conducting several mainstreaming, acceleration, and policy support strategy (MAPS) missions, and Rapid Integrated Assessment (RIA) of the existing national, regional and sectoral programmes, strategies, action plans and laws for compliance with the SDG targets, including the availability of implementation mechanisms. Overall, 20 documents were available for RIA in Turkmenistan including 16 mid- and long-term national development plans and relevant sectoral strategies, and four legislative acts. The maximum score that can be awarded to a policy document is 27 based on nine RIA criteria. The National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis in Turkmenistan for the years 2016–2020 received

a score of 21 (77.8%), which is the highest of all reviewed documents. The National Programme included the main mechanisms required for SDG monitoring: a work plan, responsible parties, a set of reporting indicators and specific targets, priorities, budget estimates and frameworks. The health strategies other than those for TB lacked at least one component, such as a budget or measurable indicators/targets.

Lessons learned: The high score received by the NTP is due to several factors, the most significant of which are the Government's high prioritization of TB control, the strong coordinating role of the Ministry of Health, and the leadership and high level of motivation of NTP staff. It is important to mention that building a robust monitoring framework requires time – the NTP has more than two decades of experience in implementing strategies and measuring progress on specific indicators and targets aligned with international standards.

Conclusion: Although the National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis for 2016–2020 is specific to TB control, other sectors can build on the experience of the NTP and develop similar mechanisms for measuring progress made on specialized policies and strategies.

Keywords: SDG, NATIONAL TB PROGRAMME, END TB, TUBERCULOSIS

BACKGROUND

In 2016, the Millennium Development Goals (MDGs) were succeeded by a substantially broader agenda – the 2030 Agenda for Sustainable Development and its Sustainable Development Goals (SDGs), which emphasize equity, the links between sectors, and the centrality of country monitoring and review (1, 2). The United Nations will monitor the implementation of the SDGs

through the established monitoring systems at the national, regional and global levels, as well as through thematic groups.

SDG 3 – the consolidated goal on health – covers all major health topics, such as reproductive, maternal, newborn and child health, infectious diseases, noncommunicable diseases (NCDs), mental health, road traffic injuries, universal health coverage, environmental health and the strengthening of health

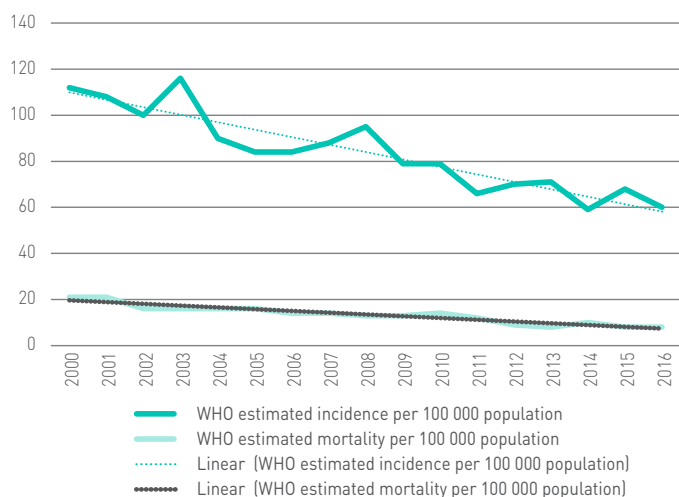
systems. Health is a key aspect of the SDGs on nutrition, water, sanitation, air quality and violence, while other SDGs focus on determinants of health such as education and poverty (2). Thirteen targets have been set for SDG 3, two of which (3.3 and 3.8) relate to the control of tuberculosis (TB) through monitoring the incidence of TB and the coverage of TB treatment as one of the “tracer indicators” for universal health coverage (3).

This paper presents an overview of how the existing monitoring framework of the National TB Programme (NTP) in Turkmenistan and its documented best-case performance already supports the implementation of the national SDGs through a thematic health group, and how the Government can build on the NTP to augment other national health programmes in order to measure the distance to the SDG 3 targets.

LOCAL CONTEXT

Turkmenistan is a Central Asian country bordered by Afghanistan, Islamic Republic of Iran, Kazakhstan and Uzbekistan. In 2016, the population of the country was estimated at 5.6 million, while the life expectancy at birth was 67.8 years (4). The World Bank classifies Turkmenistan as an upper-middle-income country with a gross domestic product of US\$ 36.18 billion and a gross national income of US\$ 6670 in 2016. Over recent years, many positive changes in TB have been observed in Turkmenistan. WHO estimated that the incidence of TB per 100 000 population declined by nearly 50% from 112 in 2000 to 60 in 2016 (annual percentage change 2.7%), while the estimated mortality declined by 64% – from 21 in 2000 to 7.6 in 2016 (on average 3.8% per year) – as presented in Fig. 1.

FIG. 1: THE DYNAMICS OF WHO-ESTIMATED TB INCIDENCE AND MORTALITY IN TURKMENISTAN, 2000–2016



Source: Global Tuberculosis Report. World Health Organization, 2017 (3)

The TB case detection rate improved from 48% in 2007 to 80% in 2015 (3), while the NTP achieved a steady decrease in TB incidence and mortality rates. The treatment success rate of sensitive TB cases has been stable in recent years, accounting for 87% of the 2015 cohort. Coverage of drug susceptibility testing increased from 28% in 2011 to about 79% in 2016 (5), while testing for susceptibility to second-line TB drugs started in 2015, with proper quality assurance from the supranational reference laboratory. The coverage of second-line treatment has increased considerably from 0% in 2012 to 90% in 2015 based on the estimated number of people with TB symptoms referred for screening. To date, 1500 multidrug-resistant TB (MDR-TB) patients have been treated (5). The treatment success rate for MDR-TB is 53% (2013 cohort), which is below the target of 75%, but is similar to the average rate in the WHO European Region and in 18 high-priority countries (5, 6). Like elsewhere in Europe, the low success rate has largely been due to deaths, treatment failure and loss to follow up. The NTP is working on improving the treatment outcomes through, for example continuing to provide support to MDR-TB patients and monitoring the safety of MDR-TB treatment. In 2017, with support from the Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria, the NTP started treating extensively drug-resistant TB (XDR-TB) with new WHO-recommended drugs.

Despite these achievements, the high level of drug-resistant TB remains a challenge. According to the 2012 nationwide Drug Resistance Survey (DRS), the prevalence of MDR-TB among new TB cases was 13.9%, while it was 37.6% among re-treated cases (7). Data on the burden of XDR-TB are not yet available, but it has been estimated that about 15% of MDR-TB cases will develop into XDR-TB. More precise estimates on XDR-TB will be available in early 2019 once the second nationwide DRS has been completed. The burden of drug-resistant TB is gradually increasing due to prevalent (backlog) cases not covered by diagnostics and treatment in previous years.

The second challenge is that, as an upper-middle-income country, Turkmenistan became ineligible to receive funding for TB from the Global Fund in 2016, which means that support from the Global Fund will cease in 2021. However, the Government funds 94% of the NTP budget and, therefore, due to this low dependence on external funding, the risk of the NTP transitioning to full domestic financing is moderate to low (8). The Government of Turkmenistan proactively took over the supply of TB reagents and medicines as early as 2016. In 2017, in recognition of the country’s efforts to ensure an uninterrupted supply of quality-assured TB supplies, the National TB Programme was awarded the Stop TB Partnership and Global Drug Facility award for leadership in efficient order planning.

At the same time, the NTP needs to address several complex issues related to the core mechanisms for building resilient and sustainable systems for health. To assist the NTP with the transition process, Turkmenistan will receive the Global Fund's transitional grant for one allocation period (2018–2021). The transitional grant will fund the activities prioritized by the National TB Transition Plan for 2018–2021, and the National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis in Turkmenistan in 2016–2020, and will be in line with the Global Fund's sustainability, transition and co-financing policy.

APPROACH

Turkmenistan was one of the first countries in the world to adopt the SDGs. The country nationalized 148 of the 169 global SDG targets and 197 of the 231 global indicators. The adopted SDGs, targets and indicators have been integrated into the Presidential Programme for 2017–2021 and the respective sector plans.

In 2017, the United Nations agencies operating in the country supported Turkmenistan in conducting several mainstreaming, acceleration, and policy support strategy (MAPS) missions and Rapid Integrated Assessment (RIA) of the existing national, regional and sectoral programmes, strategies, action plans and laws for compliance with the SDG targets, including the availability of implementation mechanisms.

MAPS is a tool that helps to translate the SDGs into national and subnational plans and budgets, raising public awareness and establishing practices for monitoring and reporting (mainstreaming – the 'M' of MAPS); identifying country-specific actions that will accelerate progress across several SDGs (acceleration – the 'A' of MAPS), and; providing thematic policy support (the 'PS' of MAPS) (9). In 2017, Turkmenistan was one of the first five countries in Europe and the Commonwealth of Independent States to host a MAPS mission, which provided practical solutions to accelerate implementation of the 2030 Agenda in the country.

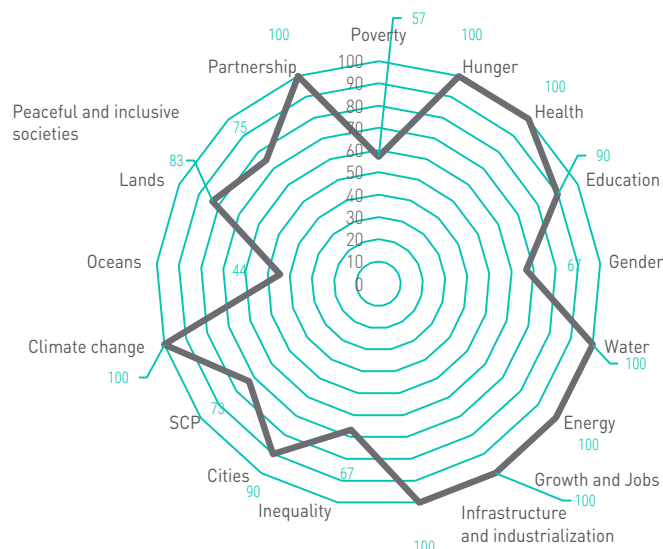
RIA helps countries determine their readiness to implement the SDGs. The RIA methodology has been described elsewhere (10). In brief, the assessment is applied in four consecutive stages. In the initial stage, the SDGs and targets are mapped against national/subnational priorities. The second stage involves identifying the options for a cross-sectoral approach to sustainable development through balancing economic, social and environmental dimensions. The third step assesses the existing monitoring capacity at the country level. A country's

SDG profile, which is developed in the final stage, provides an overview of the readiness of a country to mainstream the SDGs.

In Turkmenistan, the National Strategic Development Plan and/or related sector strategies have fully or partially integrated the SDGs: 148 targets have been adopted by the Government of Turkmenistan out of 169 global targets, including 121 adopted without modification and 27 with modification. Of the 148 adopted targets, 84% (124) have been integrated into national strategic documents. Turkmenistan committed to reporting on the SDGs through a set of 188 indicators out of a global total of 241: 117 indicators were adopted unmodified, 47 were modified, while 24 were formulated at the national level.

In the health sector, 12 out of 13 global objectives were adopted, and all 12 have been integrated into national strategies (Fig. 2). Progress towards SDG 3 will be monitored by 16 indicators, which were adopted out of a total of 26 globally recommended indicators.

FIG. 2: PERCENTAGE OF SDG TARGETS INTEGRATED INTO SECTORAL STRATEGIES



Source: Rapid Integrated Assessment for Turkmenistan: Contributions to Turkmenistan's Roadmap to attain the Sustainable Development Goals (11)

Overall, 20 documents were available for RIA in Turkmenistan, which included 16 mid- and long-term national development plans and relevant sectoral strategies, and four legislative acts. The maximum score that can be awarded to a policy document is 27 based on nine RIA criteria (Table 1).

The National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis in Turkmenistan for the years 2016–2020 received a score of 77.8%, which is the highest of all reviewed documents

TABLE 1: CRITERIA FOR EVALUATING SECTORAL PROGRAMMES USED BY RIA

No.	Criteria	Evaluation score
1	Presence of implementation plan for event/objective	No - 0, Yes - 3
2	Presence of institutions responsible for implementation	No - 0, General responsibility - 1, Presence of each event/objective - 3
3	Presence of list of indicators	No - 0, Yes, for some - 1, Yes, for all - 3
4	Presence of objective quantitative indicators (results), their achievement	No - 0, Yes, for some - 1, Yes, for all - 3
5	Scale of the programme	National - 1, regional - 2, sectoral - 3
6	Presence of priorities/accelerators	No - 0, Yes - 3
7	Programme implementation period	2018–2020 = 1, 2021–2025 = 2, 2026–2030 = 3
8	Presence of investment volumes	No - 0, General volume - 1, Volumes for activities/objectives - 3
9	Number of integrated SDG objectives	Less than 10 = 1, 10–20 = 2, more than 20 = 3
	Total	minimum = 0, maximum = 27

(11). The National Programme included the main mechanisms required for SDG monitoring: a work plan, responsible parties, set of reporting indicators and specific targets, priorities, budget estimates and frameworks. The health strategies other than those for TB lacked at least one component, such as a budget or measurable indicators/targets. The NCD programme was ranked second due to the absence of an estimation of the funding needed. The 16 reviewed mid- and long-term national development plans and relevant sector strategies had the following common implementation weaknesses: nine out of 16 documents (56%) did not have a list of indicators for measuring progress; 11 (69%) lacked specific quantifiable targets; and 11 (69%) lacked investment estimates. Most strategic documents were developed by the line ministries and departments without considering international standards/templates.

Four of the reviewed documents were related to the health sector: the National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis, the National Programme for NCDs, the State Programme for Health Care Sector Development in Turkmenistan for 2012–2016, and the National Programme for the Prevention of HIV, STIs and Viral Hepatitis in Turkmenistan. Table 2 summarizes the scores for these four health programmes.

The 2016–2020 TB programme is supplemented by a detailed budget. The estimated financial needs for the 2016–2020 programme are approximately US\$ 123 million, of which the Government will provide about 85%, the Global Fund 9%, other donors 1%, while only 5–7% may remain unfunded. With support from the Global Fund’s transitional TB grant, the NTP activities will be domestically funded by mid-2021.

TABLE 2: SUMMARY OF RIA EVALUATION OF HEALTH-RELATED STRATEGIC DOCUMENTS

Programme	Presence of implementation plan for event/objective	Presence of institutions responsible for implementation	Presence of list of indicators	Presence of objective quantitative indicators (results)	Scale of the programme	Presence of priorities/accelerators	Presence of investment volumes	Programme implementation period	Number of integrated SDG objectives	Total score	% of maximum score
Tuberculosis	3	3	3	3	1	3	3	1	1	21	77.8
NCDs	3	3	3	3	2	3	0	1	1	19	70.4
State programme on health	3	3	0	0	2	3	0	2	3	16	59.3
HIV/STDs	3	3	1	0	2	3	0	2	1	15	55.6

At the same time, the National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis in Turkmenistan for the years 2016–2020 could have scored more highly if it had provided more details on its contribution to the achievement of other SDGs, as the programme currently seems to be health-specific. Obviously, control of TB provides solutions to broader socioeconomic challenges, for example, those measured by SDGs 1, 2, 7, 8, 10 and 11 (3). An additional observation is that the TB strategy could have been more gender sensitive: although the TB data were collected and analysed by sex-disaggregation, the NTP could provide improved service delivery if a differentiated approach was adopted based on qualitative data on the unique needs of women. The reviewed programme has a much shorter time frame than the 2030 Agenda, so the NTP has the opportunity to address these issues when developing the 2021–2025 programme.

DEVELOPMENTS OF NATIONAL TB PROGRAMME SINCE 1998

The National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis in Turkmenistan for 2016–2020 is the third programme cycle of TB care services in Turkmenistan. During the first few years after the introduction of directly observed treatment, short course (DOTS) in 1998, TB control was regulated by short-term legislative documents. The first National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis in Turkmenistan (for 2005–2009) was developed as the Government recognized the need to strengthen the policy framework for TB control. This programme, which was endorsed by the Cabinet of Ministers, was the first strategic plan for a specific health programme in Turkmenistan. Furthermore, in response to the adoption of the WHO Stop TB Strategy (2006) and the launch of the Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region (2007–2015), the Ministry of Health and Medical Industry developed the National Strategy for the Prevention and Control of Tuberculosis in Turkmenistan for the Period 2008–2015. Following the achievement of the national MDGs related to the control of TB, the country developed the current post-2015 TB programme covering the period 2016–2020, which is fully aligned with the Tuberculosis Action Plan for the WHO European Region (2016–2020) and Health 2020. All the above-mentioned national TB plans were developed with WHO technical support and were aligned with WHO's strategic goals for the European Region.

In 2012, the Ministry of Health and Medical Industry abolished a few interim legislative acts on TB and approved a comprehensive order, No. 109, on improving TB control measures. The order has

17 separate annexes detailing each component, e.g. organization of TB services, TB case detection, TB case definition, treatment, drug management, MDR-TB and others. The order is currently being updated with WHO support in order to reflect recent developments.

The main achievement of the NTP is the integration of TB services into primary health care (PHC) activities. The integration process started as early as 1995 with the health reforms introduced by the first State Health Programme 1995–2000. As TB prevention and case detection are the responsibility of PHC and due to a recent change in TB and MDR-TB treatment to the ambulatory model of care, the services for prevention, detection, treatment provision and follow-up are also available at PHC facilities. The coverage of DOTS became universal in 2007 through the integration of diagnosis and treatment of TB with 61 microscopy centres and 95 TB treatment facilities at PHC. Detection and treatment of TB at the PHC facility is supervised by the TB specialist. Integration with PHC contributed to increased coverage of TB care, as the services were made more accessible to the population, which is in line with the overall objective of granting universal access to TB services for all.

In addition to integration with PHC, the NTP is distinguished by engaging with other ministries, civil society and international partners. Control of TB in prisons is regulated by a joint work plan, which has been produced annually by the Ministry of Health and Medical Industry and the Ministry of the Interior since 2010. The NTP is in the process of reviewing order No. 109 so that it includes a separate annex on TB care in penal institutions. As for other ministries and state bodies, the Ministry of Economy and Finance develops the budget proposals, including expenditure on TB services, and submits them to the Cabinet of Ministers for approval, while the Ministry of Social Protection, the Ministry of Defence and governmental agencies (for example, the State Border Service of Turkmenistan) are engaged in TB control in their respective fields. The NTP is the only health programme that engages with civil society organizations (notably the National Red Crescent Society) in the implementation of the nationwide patient support programme.

Although Turkmenistan largely relies on domestic financing for TB care, the introduction and implementation of the DOTS strategy, the Stop TB Strategy and the current End TB Strategy are supported by international and bilateral agencies, partners and donors such as the Global Fund and WHO. Since 2010, the country has been receiving TB grants from the Global Fund, which has helped in the introduction of quality management of MDR-TB and XDR-TB programmes. Donor funding enabled technical support to be provided to the work of WHO experts

in various TB areas, which resulted in notable improvements in NTP performance.

The Ministry of Health is committed to coordinating TB care between national and international partners. The duties of the NTP Coordinator are assigned to the Deputy Minister of Health and Medical Industry of Turkmenistan. The Minister of Health and Medical Industry chairs the Country Coordination Mechanism for Tuberculosis, which is an intersectoral unit that oversees the technical implementation of the NTP and the strengthening of horizontal governance. A unique feature of the TB Country Coordination Mechanism is that people affected by TB are represented by two ex-TB patients.

In 2010, the NTP became the first national health programme to develop national monitoring and evaluating (M&E) guidelines. Besides a detailed description of the M&E methodology, the guidelines include practical checklists for monitoring specific TB programme components, such as laboratory performance, case detection at the PHC facility level, case management in TB facilities, TB drug management and TB reporting. Each checklist includes instructions on how to collect data and calculate progress on the indicators. Following the introduction of the programmatic management of MDR-TB in 2013, the NTP also developed an M&E framework for this component.

The NTP established monitoring teams at the central and regional levels, with team specialists receiving training in the M&E methodology. Monitoring visits are conducted every quarter, the findings of which are discussed with the respective managers (PHC manager, regional department of health, Ministry of Health). The Ministry of Health holds quarterly meetings on TB-related matters. Concerning evaluation, WHO conducted a comprehensive review of the NTP in 2010 and 2015 and the recommendations made helped to frame the work plan and budget of the Global Fund's TB grants, and fed into the current National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis for 2016–2020. The next evaluation will be in 2019 and will develop the strategy for 2021–2025.

During implementation of the MDG agenda, the NTP developed mechanisms for the effective monitoring of progress and improved the quality of data. In line with the global End TB Strategy, the National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis for 2016–2020 includes the following targets, which are to be met by 2020:

- TB mortality rate: 2.4 per 100 000
- TB incidence rate: 56 per 100 000

- MDR-TB treatment success rate: 75%
- case notification rate for MDR-TB: over 90%

Overall, the National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis for 2016–2020 will be monitored by 25 indicators (at the impact, outcome and output levels) with specific annual targets. Of the 25 indicators, data are regularly collected for nine, four require a drug resistance survey (DRS), while data are available through administrative documents for the remaining 12. The NTP monitoring and evaluation framework is presented in Annex 1.

Despite these achievements, TB data for Turkmenistan are not readily available to the international community. As the availability of data is not a challenge specific to TB, the Ministry of Health and the State Statistics Committee are working on this issue within a broader partnership framework between the Government of Turkmenistan and the United Nations agencies for the period 2016–2020, with the aim of releasing data in accordance with international standards.

LESSONS LEARNED

Turkmenistan is committed to reporting on 148 of 169 global SDG targets. Of the 148 adopted targets objectives, 84% (124) have been integrated into national strategic documents. Progress will be measured by 188 indicators. National implementation mechanisms are available for 33% of the 188 indicators (11). For the remainder, there is no or insufficient national information available. Besides a measurement framework, achieving the SDGs requires a comprehensive approach, which includes clearly assigned responsible parties, investment, accelerators, etc. An RIA of 16 mid- and long-term national development plans and sector strategies showed that most of them lack implementation mechanisms, such as monitoring frameworks and estimates regarding investment.

In this regard, the National Programme for the Prevention and Control of Tuberculosis for 2016–2020 may provide guidance for other health and non-health programmes in terms of measuring progress towards the SDG targets. Although the programme is specific to TB control, other sectors can build on the experience of the NTP and develop similar mechanisms for measuring progress made on specialized policies and strategies.

The high score that the NTP received for mechanisms required for SDG monitoring is one of its achievements. The overall success of the NTP is due to several key factors, the most

significant of which are the Government's high prioritization of TB control, the strong coordinating role of the Ministry of Health, and the leadership and high level of motivation of NTP staff. Historically, TB control has attracted a high level of political commitment at the global, regional and national levels and has been one of the Government's priorities, which has meant that it has received adequate funding. These factors must be considered by other sectors.

The partnership with international and bilateral agencies such as WHO, the Global Fund, the United Nations Development Programme and the United States Agency for International Development have greatly contributed to the success of the NTP. Reforming and strengthening the NTP was not based on a single-issue approach, but on a systems development approach, which focused on the capacity of the health system. For example, since 2010, for the Global Fund TB grant, strengthening the health system included human resources for health, health financing, monitoring and evaluation, drug management, training events for health managers and PHC specialists, etc.

The development of TB strategic documents in all programme cycles was evidence-based: the activities were planned once TB epidemiology trends and the WHO-recommended best practice interventions had been analysed. The current programme was also guided by the findings of the national DRS, which helped to project the number of drug-resistant cases.

The TB programme has more than two decades of experience in implementing the strategies and measuring progress on specific indicators and targets. The national system of monitoring TB is also aligned with global and regional standards to allow for the international comparability of data. WHO has established a set of standard TB indicators, which other health programmes currently lack (12).

The lessons learned from the model NTP for other health and/or non-health sectors in the country are that building a robust strategic document requires strong support from the Government, adequate funding, partnerships with international and national stakeholders, and measurement standards to develop the national monitoring frameworks. The success of the NTP should encourage other sectors to work towards operationalizing the 2030 Agenda.

Without a robust monitoring system, the SDGs will indeed stand for "senseless, dreamy, garbled" as it will not be possible to objectively assess progress or identify the sources of funding (13). However, the SDGs have been adopted, and individual countries

should start the journey by building on existing mechanisms to measure and attain the goals.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: None.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Stenberg K, Hanssen O, Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Rosen J, Stover J, Verboom P, Sanders R, Soucat A. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e875–87. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30263-2.
2. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization, 2016 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/, accessed 5 Dec 2017).
3. Global Tuberculosis Report. Geneva: World Health Organization, 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 25 November 2017).
4. DataBank, Microdata, Data Catalog. Country, Indicator: Turkmenistan. World Bank Group; 2018 (<https://data.worldbank.org/country/turkmenistan?view=chart>, accessed 15 November 2017).
5. Progress Updates of the Global Fund grant. United Nations Development Programme in Turkmenistan, unpublished data.
6. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2017. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2017#no-link>, accessed 19 June 2018).
7. Multidrug-resistant tuberculosis in Turkmenistan: results of a nationwide survey, 2012 to 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/multidrug-resistant-tuberculosis-in-turkmenistan-results-of-a-nationwide-survey,-2012-to-2013-2015>, accessed on 19 June 2018).
8. Gabunia T, Chkhatarashvili K. Transition and Sustainability Risk Assessment for National TB Programme in Turkmenistan, 2017.

9. MAPS – Mainstreaming, Acceleration and Policy Support for the 2030 Agenda. New York: United Nations Development Group; 2017 (<https://undg.org/document/maps-mainstreaming-acceleration-and-policy-support-for-the-2030-agenda/>, accessed 19 June 2018).
10. Rapid Integrated Assessment (RIA): To facilitate mainstreaming of SDGs into national and local plans. New York: United Nations Development Programme; 2017 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/sustainable-development-goals/rapid-integrated-assessment---mainstreaming-sdgs-into-national-a.html>, accessed 19 June 2018).
11. Rapid Integrated Assessment for Turkmenistan: Contributions to Turkmenistan’s Roadmap to attain the Sustainable Development Goals. United Nations Development Programme in Turkmenistan. October 2017.
12. Global Burden of Disease 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease study 2015. *Lancet*, 2016; 388 (10053) p.1813-1850. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31467-2.
13. Easterly W. The SDGs should stand for senseless, dreamy, garbled. *Foreign Policy*. September 28, 2015 (<http://foreignpolicy.com/2015/09/28/the-sdgs-are-utopian-and-worthless-mdgs-development-rise-of-the-rest/>, accessed 19 June 2017). ■

ANNEX 1. MONITORING AND EVALUATION FRAMEWORK FOR THE NATIONAL PROGRAMME FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF TUBERCULOSIS FOR 2016–2020 IN TURKMENISTAN

№	Indicator	Baseline			Targets				
		value	year	source	2016	2017	2018	2019	2020
1	TB case notification, all cases, per 100 000	59	2014	Routine TB reporting and recording	70.4	70.3	69.5	68.8	67.0
2	TB case notification, new and relapse cases, per 100 000	48.6	2014	Routine TB reporting and recording	55.9	55.6	54.8	54.2	52.8
3	TB mortality rate, per 100 000	4.1	2014	Routine TB reporting and recording	3.4	3.2	2.9	2.7	2.4
4	MDR-TB prevalence among new cases, %	13.9	2013	Routine TB reporting and recording	15%	15%	15%	15%	15%
5	MDR-TB prevalence among re-treated cases, %	37.6%	2013	Drug Resistance Survey	45%	44%	43%	42%	41%
6	Treatment success rate, new TB cases with bacteriological confirmation, %	83.8%	2013	Routine TB reporting and recording	85%	88%	90%	90%	90%
7	Final treatment success rate, rifampicin-resistant TB (RR-TB) / MDR-TB / XDR-TB, %	n/a		Routine TB reporting and recording	60%	67%	70%	72%	75%
8	Percentage of laboratories conducting drug susceptibility testing (DST) that pass External Quality Assurance	97.0%	2014	Administrative reports	95%	95%	95%	95%	95%
9	Percentage of registered new patients with pulmonary tuberculosis with bacteriological confirmation, identified by rapid diagnostic testing, approved by WHO: GenXpert-technology	n/a		Administrative reports	7%	8%	9%	10%	10%
10	Percentage of notified cases bacteriologically confirmed	n/a		Administrative reports	85%	90%	95%	95%	95%
11	Percentage of previously treated TB patients receiving drug resistance testing (bacteriologically positive cases only)	n/a		Administrative reports	100%	100%	100%	100%	100%
12	Percentage of DST for second-line anti-TB drugs of all registered MDR-TB patients	n/a		Administrative reports	60%	95%	95%	95%	95%
13	Percentage of MDR-TB cases that are also XDR-TB	n/a		DRS	10%	10%	10%	10%	10%

ANNEX 1. MONITORING AND EVALUATION FRAMEWORK FOR THE NATIONAL PROGRAMME FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF TUBERCULOSIS FOR 2016–2020 IN TURKMENISTAN

№	Indicator	Baseline			Targets				
		value	year	source	2016	2017	2018	2019	2020
14	Coverage of patients with RR-TB / MDR-TB / XDR-TB, treatment with second- and third-line anti-TB drugs according to international standards, %	20.8	2014	Routine TB reporting and recording	90%	90%	90%	90%	90%
15	Interim treatment success rate, RR-TB / MDR-TB / XDR-TB, %	n/a		Routine TRB R&R	67%	70%	73%	75%	77%
16	Percentage of prisoners tested for TB	n/a		Administrative reports	100%	100%	100%	100%	100%
17	Percentage of released prisoners continuing anti-tuberculosis treatment in the civilian sector	n/a		Administrative reports	100%	100%	100%	100%	100%
18	Stock-out of anti-TB drugs in medical institutions	0	2014	Administrative reports	0	0	0	0	0
19	Percentage of annual need for TB medicine (including second line) covered by the funding	n/a		Administrative reports	100%	100%	100%	100%	100%
20	Percentage of TB cases tested for HIV, for which the test result is registered in TB register, out of total number of notified TB cases	98%	2014	Routine TRB R&R	100%	100%	100%	100%	100%
21	Percentage of TB patients with known HIV status	n/a		routine TRB R&R	0%	0%	0%	0%	0%
22	Percentage of HIV-positive registered TB patients given antiretroviral therapy during TB treatment	n/a		administrative reports	100%	100%	100%	100%	100%
23	Percentage of HIV-positive patients who were screened for TB in HIV care or treatment settings	n/a		routine TRB R&R	100%	100%	100%	100%	100%
24	Percentage of registered TB patients (all forms) who received a full course of anti-TB treatment in outpatient settings	25.5%	2014	Administrative reports	30%	35%	40%	45%	50%
25	Annual domestic funding for TB of total Government expenditure on health, %	n/a		Administrative reports	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Укрепление механизмов национальной программы по борьбе с туберкулезом в целях достижения Целей в области устойчивого развития и целей Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза на страновом уровне

Lale Chopanova¹, Vitalie Vremis¹, Myahri Durdyeva², Ayna Gashimova², Bahtygul Karriyeva³, Ogtay Gozalov³, Masoud Dara³

¹ Программа развития Организации Объединенных Наций в Туркменистане, Ашхабад, Туркменистан

² Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане, Ашхабад, Туркменистан

³ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Lale Chopanova (адрес электронной почты: lale.chopanova@undp.org)

АННОТАЦИЯ

Общая информация. Для реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и достижения Целей в области устойчивого развития (ЦУР) необходимо создать эффективную систему мониторинга на уровне каждой страны. В настоящей статье Национальная программа борьбы с туберкулезом (НПТ) в Туркменистане представлена как программа в области здравоохранения, обладающая высокой степенью готовности к проведению мониторинга выполнения задач и показателей в рамках ЦУР.

Подход. Туркменистан был одной из первых стран мира, принявших ЦУР. Страна национализировала 148 из 169 глобальных задач по достижению ЦУР и 197 из 231 глобального индикатора. В 2017 г. учреждения ООН оказали Туркменистану поддержку в проведении нескольких миссий в рамках стратегии интеграции, ускорения и поддержки в области политики (MAPS) и в проведении оперативной комплексной оценки существующих национальных, региональных и секторальных программ, стратегий, планов действий и законодательства на предмет их соответствия задачам по достижению ЦУР, в том числе на предмет наличия механизмов осуществления. Для проведения оперативной оценки в Туркменистане было доступно в общей сложности 20 документов, включая 16 средне- и долгосрочных национальных планов развития и соответствующих секторальных стратегий и четыре законодательных акта. Каждому из документов может быть присвоено максимум 27 баллов исходя из девяти критериев оперативной комплексной оценки. Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане в 2016–2020 гг. получила

21 балл (77,8%), что является наилучшим результатом среди всех рассмотренных документов. Национальная программа включает основные механизмы, необходимые для мониторинга ЦУР: рабочий план, ответственные стороны, набор индикаторов для целей отчетности, а также конкретные задачи, приоритеты, смету расходов и рамочные основы. В стратегиях в области здравоохранения (за исключением стратегий в области борьбы с ТБ) отсутствует по меньшей мере один компонент, например смета расходов, измеряемые индикаторы/целевые показатели и т. д.

Накопленный опыт. Высокая оценка, полученная НПТ, объясняется несколькими основными факторами, наиболее важными из которых являются высокий приоритет борьбы с ТБ для правительства страны, эффективная координационная роль министерства здравоохранения, а также лидерские качества и высокий уровень мотивации сотрудников, отвечающих за реализацию НПТ. Необходимо также отметить, что создание эффективной системы мониторинга требует времени – в рамках НПТ накоплен более чем двадцатилетний опыт реализации стратегий и оценки достигнутого прогресса с помощью конкретных индикаторов и целевых показателей, соответствующих международным стандартам.

Вывод. Хотя Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане в 2016–2020 гг. посвящена исключительно борьбе с ТБ, опыт, полученный при ее осуществлении, может быть использован в других секторах, способствуя разработке аналогичных механизмов для оценки прогресса, достигнутого в реализации специализированных политик и стратегий.

Ключевые слова: ЦУР, НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, ОСТАНОВИТЬ ТБ, ТУБЕРКУЛЕЗ

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В 2016 г. на смену целям в области развития, сформулированным в Декларации тысячелетия (ЦРДТ), пришла намного более широкая повестка дня, а именно Цели в области устойчивого развития (ЦУР), упор в которых делается на социальной справедливости, связях между секторами и центральном значении мониторинга и обзора на уровне стран (1, 2). Организация Объединенных Наций будет контролировать достижение ЦУР с помощью существующих систем мониторинга на национальном, региональном и глобальном уровнях, а также при помощи тематических групп.

Обобщающая цель в области здравоохранения (ЦУР 3) охватывает все основные связанные со здоровьем темы: репродуктивное здоровье, здоровье матерей, новорожденных и детей, инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания (НИЗ), психическое здоровье, травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, обеспечение всеобщего охвата услугами систем здравоохранения, санитарное состояние окружающей среды и укрепление систем здравоохранения. К сфере здравоохранения также относятся ЦУР, касающиеся питания, водоснабжения, санитарии, качества воздуха и борьбы с насилием, а также основные детерминанты здоровья, такие как уровень образования и масштабы нищеты (2). Для ЦУР 3 были определены 13 задач, две из которых (3.3 и 3.8) касаются борьбы с туберкулезом (ТБ) с помощью мониторинга заболеваемости ТБ и охвата населения лечением от ТБ как одного из «отслеживаемых показателей» всеобщего охвата услугами здравоохранения (3).

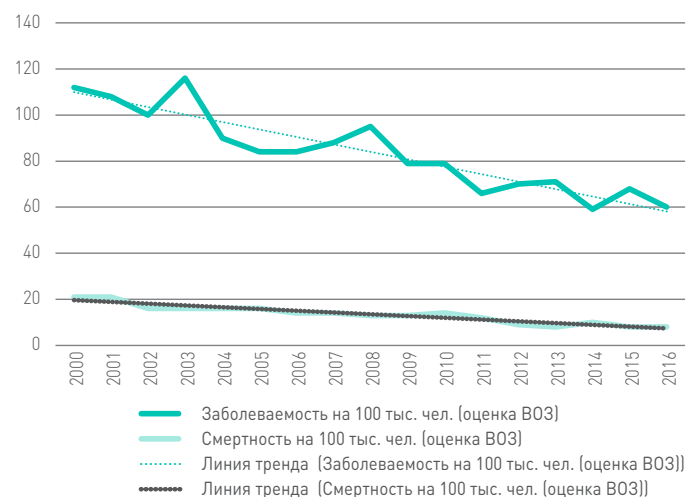
Настоящий документ представляет собой обзор того, каким образом существующая рамочная основа мониторинга Национальной программы борьбы с туберкулезом (НПТ) в Туркменистане и сценарий ее осуществления уже способствуют достижению национальных ЦУР при участии тематической группы по здравоохранению, а также того, каким образом правительство может использовать опыт, накопленный в результате реализации НПТ, для повышения эффективности других национальных программ в области здравоохранения в целях оценки сроков выполнения задач, поставленных в рамках ЦУР 3.

МЕСТНЫЙ КОНТЕКСТ

Туркменистан – это страна в Центральной Азии, граничащая с Афганистаном, Ираном, Казахстаном и Узбекистаном. В 2016 г. население страны составляло, по оценкам, 5,6 млн человек, а ожидаемая продолжительность жизни при

рождении – 67,8 года (4). Всемирный банк классифицирует Туркменистан как страну с уровнем дохода выше среднего, с валовым внутренним продуктом (ВВП) в объеме 36,18 млрд долл. США и валовым национальным доходом (ВНД) в размере 6670 долл. США в 2016 г. В последние годы в Туркменистане наблюдаются многочисленные положительные изменения в области борьбы с ТБ. По оценкам ВОЗ, заболеваемость ТБ снизилась почти на 50% – со 112 случаев на 100 000 человек в 2000 г. до 60 случаев в 2016 г. (в среднем на 2,7% в год), а смертность от ТБ, по оценкам, сократилась на 64% – с 21 случая на 100 000 человек в 2000 г. до 7,6 случая в 2016 г. (в среднем на 3,8% в год) (см. рис. 1 ниже).

РИСУНОК. 1. ИЗМЕНЕНИЕ ОЦЕНИВАЕМЫХ ВОЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТБ И СМЕРТНОСТИ ОТ ТБ В ТУРКМЕНИСТАНЕ ЗА ПЕРИОД С 2000 ПО 2016 гг.



Источник: Global Tuberculosis Report. World Health Organization, 2017 (3)

Показатель диагностирования случаев ТБ вырос с 48% в 2007 г. до 80% в 2015 г. (3). Благодаря НПТ удалось достичь неуклонного снижения показателей заболеваемости ТБ и смертности от него. Показатель успешности лечения больных с лекарственно-чувствительным ТБ в последние годы сохраняется на стабильном уровне, составляя 87% от когорты 2015 г. Охват тестированием чувствительности к лекарственным препаратам увеличился с 28% в 2011 г. до почти 79% в 2016 г. (5), а в 2015 г. началось тестирование чувствительности к лекарственным препаратам второй линии для лечения ТБ с осуществлением наднациональной референс-лабораторией надлежащего контроля качества. Охват лечением лекарственными препаратами второй линии увеличился существенно – с 0% в 2012 г. до 90% в 2015 г. исходя из оценки числа людей с симптомами ТБ, направленных на скрининг. На сегодняшний день лечению было подвергнуто 1500 пациентов, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) (5). Показатель

успешности лечения больных МЛУ-ТБ составляет 53% (когорта 2013 г.); данный показатель ниже целевого показателя в 75%, но аналогичен среднему показателю в Европейском регионе ВОЗ и в 18 наиболее приоритетных странах (7, 8). Как и в других странах Европы, низкий показатель успешности лечения был обусловлен смертностью, неэффективностью лечения и отсутствием амбулаторного наблюдения. В рамках НПТ проводится работа по улучшению результатов лечения, например посредством продолжения оказания поддержки пациентам, больным МЛУ-ТБ, и контроля безопасности лечения от МЛУ-ТБ. В 2017 г. при поддержке Глобального фонда в рамках НПТ началось лечение туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) новыми лекарственными препаратами, рекомендованными ВОЗ.

Несмотря на эти достижения, высокий уровень заболеваемости лекарственно-устойчивым ТБ остается проблемой. Согласно результатам общенационального исследования лекарственной устойчивости, проведенного в 2012 г., МЛУ-ТБ был обнаружен у 13,9% впервые выявленных больных туберкулезом и у 37,6% ранее леченных больных (7). Данные о бремени ШЛУ-ТБ еще отсутствуют, однако оценочным путем было установлено, что у приблизительно 15% пациентов МЛУ-ТБ разовьется в ШЛУ-ТБ. Более точные оценки по ШЛУ-ТБ будут доступны в начале 2019 г., после завершения второго общенационального исследования лекарственной устойчивости. Бремя лекарственно-устойчивого ТБ постепенно увеличивается ввиду существующих (накопившихся) случаев, которые не были охвачены диагностикой и лечением в предыдущие годы.

Вторая проблема заключается в том, что в 2016 г. Туркменистан как страна с уровнем дохода выше среднего лишился права получать финансирование на борьбу с ТБ от Глобального фонда; это означает, что предоставление поддержки со стороны Глобального фонда будет прекращено в 2021 г. Однако 94% бюджета НПТ финансируется правительством страны, и поэтому ввиду низкой зависимости от внешнего финансирования риск перехода НПТ на финансирование полностью за счет внутренних средств является средним или низким (8). Правительство Туркменистана еще в 2016 г. проявило инициативу, взяв на себя снабжение реагентами для диагностики ТБ и лекарственными препаратами для его лечения. В 2017 г. в качестве признания усилий страны по обеспечению бесперебойного снабжения материалами для диагностики и лечения ТБ с гарантированным качеством Глобальный лекарственный фонд партнерской программы «Остановить туберкулез» присудил Туркменистану награду в категории «Лидер в эффективном планировании закупок противотуберкулезных препаратов». В то

же время в рамках НПТ необходимо решить ряд сложных задач, связанных с основными механизмами построения жизнеспособных и устойчивых систем здравоохранения. Для оказания поддержки в течение переходного периода реализации НПТ Туркменистан получит от Глобального фонда грант на один период распределения средств – с 2018 по 2021 гг. Выделенный на переходный период грант будет использован для финансирования первоочередных мероприятий, предусмотренных Национальным планом борьбы с туберкулезом на переходный период 2018–2021 гг. и Национальной программой профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане в 2016–2020 гг., в соответствии с политикой Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования.

ПОДХОД

Туркменистан был одной из первых стран мира, принявших ЦУР. Страна адаптировала 148 из 169 глобальных задач по достижению ЦУР и 197 из 231 глобального индикатора. Принятые ЦУР, задачи и индикаторы были включены в Президентскую программу на 2017–2021 гг. и соответствующие секторальные планы.

В 2017 г. учреждения ООН оказали Туркменистану поддержку в проведении нескольких миссий в рамках стратегии интеграции, ускорения и поддержки в области политики (MAPS) и в проведении оперативной комплексной оценки существующих национальных, региональных и секторальных программ, стратегий, планов действий и законодательства на предмет их соответствия задачам по достижению ЦУР, в том числе на предмет наличия механизмов их осуществления.

MAPS – это инструмент, помогающий отразить ЦУР в национальных и субнациональных планах и бюджетах, используя следующие механизмы: повышение степени информированности общественности и внедрение практик мониторинга и отчетности («М» в аббревиатуре MAPS от английского «mainstreaming» – «интеграция»); определение, с учетом особенностей страны, мероприятий, которые помогут ускорить достижение нескольких ЦУР («А» в аббревиатуре MAPS от английского «acceleration» – «ускорение»); и оказание поддержки в области тематической политики («PS» в аббревиатуре MAPS от «policy support» – «поддержка в области политики») (9). В 2017 г. Туркменистан стал одной из пяти стран Европы и Содружества Независимых Государств (СНГ), в которых была проведена миссия MAPS, в рамках которой были предложены практические

решения по ускорению осуществления в стране Повестки дня на период до 2030 г.

Оперативная комплексная оценка помогает странам установить степень своей готовности к достижению ЦУР. Методология оперативной комплексной оценки была описана в других материалах (10). Вкратце, оценка проводится в четыре последовательных этапа. На первом этапе ЦУР и задачи сверяются с национальными/субнациональными приоритетами. На втором этапе выявляются возможности для применения межсекторального подхода к обеспечению устойчивого развития посредством сбалансированного учета экономического, социального и экологического компонентов. На третьем этапе проводится оценка имеющихся возможностей мониторинга на уровне страны. Профиль страны с точки зрения ЦУР, составляемый на последнем этапе, описывает готовность страны к интеграции ЦУР.

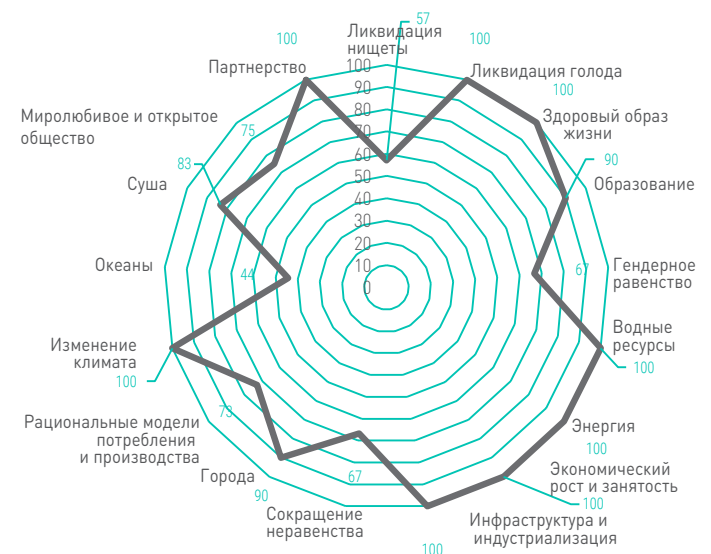
В Туркменистане ЦУР полностью или частично были включены в Национальный план стратегического развития и/или соответствующие секторальные стратегии: из 169 глобальных задач правительство Туркменистана приняло 148 задач, из которых 121 задача была принята без изменений, а 27 задач – с изменениями. Из 148 принятых задач 84% (124 задачи) были учтены в национальных стратегических документах. Туркменистан взял на себя обязательство представлять отчетность по ЦУР с использованием набора из 188 показателей из общего количества, составляющего 241: 117 были приняты в неизменном виде, 47 были изменены, а еще 24 были сформулированы на национальном уровне.

В секторе здравоохранения были приняты 12 из 13 глобальных целей; при этом все 12 целей были учтены при разработке национальных стратегий (рис. 2). Прогресс в достижении ЦУР 3 будет отслеживаться с помощью принятых 16 показателей из 26 рекомендованных на глобальном уровне.

Для проведения оперативной оценки в Туркменистане было доступно в общей сложности 20 документов, включая 16 средне- и долгосрочных национальных планов развития и соответствующих секторальных стратегий и четыре законодательных акта. Каждому из документов может быть присвоено максимум 27 баллов исходя из девяти критериев оперативной комплексной оценки (табл. 1).

Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане на 2016–2020 гг. получила 77,8% от максимального количества баллов, что является наилучшим результатом среди всех рассмотренных документов (11). Национальная программа профилактики и борьбы

РИСУНОК 2. ПРОЦЕНТНАЯ ДОЛЯ ЗАДАЧ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ЦУР, УЧТЕННЫХ ПРИ РАЗРАБОТКЕ СЕКТОРАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЙ



Источник: Rapid Integrated Assessment for Turkmenistan: Contributions to Turkmenistan's Roadmap to attain the Sustainable Development Goals (11)

с туберкулезом включает основные механизмы, необходимые для мониторинга ЦУР: план работ, ответственные стороны, набор показателей для целей отчетности, приоритеты, смету расходов и рамочные основы. В стратегиях в области здравоохранения (за исключением стратегий в области борьбы с ТБ) отсутствует по меньшей мере один компонент, например смета расходов или измеряемые индикаторы/целевые показатели и т. д. Программа борьбы с неинфекционными заболеваниями заняла второе место ввиду отсутствия оценки необходимого финансирования. Рассмотренные 16 средне- и долгосрочных национальных планов развития и соответствующих секторальных стратегий имеют следующие общие для них все слабые стороны с точки зрения их осуществления: в девяти из 16 документов (56%) отсутствует перечень показателей для оценки достигнутого прогресса; в 11 документах (69%) отсутствуют конкретные подпадающие количественной оценке целевые показатели; и в 11 документах (69%) отсутствуют оценки необходимых инвестиций. Большинство стратегических документов были разработаны профильными министерствами и ведомствами без учета международных стандартов/образцов.

К сектору здравоохранения относятся четыре из рассмотренных документов: Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом, Национальная программа профилактики ВИЧ, заболеваний, передаваемых половым путем, и вируса гепатита в Туркменистане, Национальная программа борьбы с неинфекционными заболеваниями

ТАБЛИЦА 1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СЕКТОРАЛЬНЫХ ПРОГРАММ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В РАМКАХ ОПЕРАТИВНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ

№	Критерий	Оценочный балл
1	Наличие плана осуществления для мероприятия/задачи	Отсутствует – 0; существует – 3
2	Наличие организаций, ответственных за осуществление	Отсутствуют – 0; наличие организаций, несущих общую ответственность, – 1; наличие организаций, несущих ответственность за осуществление каждого из мероприятий / выполнение каждой из задач, – 3
3	Наличие перечня показателей	Отсутствует – 0; существует для некоторых мероприятий/задач – 1; существует для всех мероприятий/задач – 3
4	Наличие объективных количественных показателей (результатов), их достижение	Отсутствуют – 0; существуют для некоторых мероприятий/задач – 1; существуют для всех мероприятий/задач – 3
5	Масштаб программы	Национальный – 1; региональный – 2; секторальный – 3
6	Наличие приоритетов / факторов, способствующих более оперативному осуществлению	Отсутствуют – 0; существуют – 3
7	Период осуществления программы	2018–2020 гг. = 1; 2021–2025 гг. = 2; 2026–2030 гг. = 3
8	Наличие объемов инвестиций	Отсутствуют – 0; общий объем – 1; объемы для мероприятий/задач – 3
9	Количество комплексных задач по достижению ЦУР	Менее 10 = 1; 10–20 = 2, более 20 = 3
	Итого	Минимум = 0, максимум = 27

и Государственная программа по развитию здравоохранения Туркменистана на 2012–2016 гг. В табл. 2 ниже приведены балльные оценки этих четырех программ в области здравоохранения.

Программа профилактики и борьбы с туберкулезом на 2016–2020 гг. дополнена подробно расписанным бюджетом. Потребности в финансировании на реализацию программы в 2016–2020 гг. оцениваются приблизительно в 123 млн долл. США, из которых 85% будет выделено правительством

ТАБЛИЦА 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ СТРАТЕГИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Программа	Наличие плана осуществления для мероприятия/задачи	Наличие организаций, ответственных за осуществление	Наличие перечня индикаторов	Наличие объективных количественных индикаторов (результатов)	Масштаб программы	Наличие приоритетов/факторов, способствующих более оперативному осуществлению	Наличие объемов инвестиций	Период осуществления программы	Количество комплексных задач по достижению ЦУР	Общее количество баллов	% от максимального количества баллов
Туберкулез	3	3	3	3	1	3	3	1	1	21	77,8
Неинфекционные заболевания	3	3	3	3	2	3	0	1	1	19	70,4
Государственная программа по развитию здравоохранения	3	3	0	0	2	3	0	2	3	16	59,3
ВИЧ/заболевания, передаваемые половым путем	3	3	1	0	2	3	0	2	1	15	55,6

страны, 9% – Глобальным фондом, а 1% – другими донорами; не обеспеченными финансированием могут остаться лишь 5–7% расходов бюджета. При поддержке гранта на борьбу с ТБ, выделенного Глобальным фондом на переходный период, мероприятия в рамках НПТ к середине 2021 г. будут финансироваться страной за ее собственный счет.

В то же время Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане на 2016–2020 гг. могла бы получить более высокую оценку, если бы в ней содержались более подробные сведения о том, каким образом она способствует достижению других ЦУР, поскольку в настоящее время эта программа выглядит ориентированной исключительно на сферу здравоохранения. Очевидно, что борьба с ТБ помогает в решении более широких социально-экономических проблем, например тех, которые оцениваются в рамках ЦУР 1, 2, 7, 8, 10 и 11 (3). Также стоит отметить, что стратегия борьбы с ТБ могла бы в большей степени учитывать гендерные факторы: хотя сбор и анализ данных по ТБ осуществлялись с разбивкой по полу, НПТ могла бы обеспечить более эффективное предоставление услуг, если бы был принят дифференцированный подход, основанный на качественных данных об уникальных потребностях женщин. Рассмотренная программа рассчитана на более короткий срок по сравнению с Повесткой дня в области устойчивого развития, поэтому указанные вопросы могут быть учтены при разработке программы на 2021–2025 гг.

ДОСТИЖЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЗА ПЕРИОД С 1998 г.

Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане на 2016–2020 гг. является третьим программным циклом борьбы с ТБ в Туркменистане. В течение первых нескольких лет после принятия в 1998 г. краткосрочного курса лечения под непосредственным наблюдением (DOTS) борьба с ТБ регулировалась законодательными актами, рассчитанными на краткосрочную перспективу. Первая Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане на 2005–2009 гг. была разработана благодаря тому, что правительство страны признало необходимость укрепления рамочных основ борьбы с ТБ. Следует отметить, что Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане на 2005–2009

гг., утвержденная кабинетом министров, стала первым стратегическим планом для конкретной сферы здравоохранения в Туркменистане. Кроме того, в ответ на принятие Стратегии ВОЗ «Остановить ТБ» (2006 г.) и Плана «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ (2007–2015 гг.) министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана разработало Национальную стратегию профилактики и борьбы с туберкулезом в Туркменистане на период 2008–2015 гг. После достижения национальных ЦРДТ, касающихся борьбы с ТБ, в стране была разработана текущая программа борьбы с туберкулезом на период после 2015 г., охватывающая 2016–2020 гг. и полностью согласованная с планом действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. и политикой Здоровье–2020. Все вышеупомянутые национальные планы действий по борьбе с ТБ были разработаны при технической поддержке ВОЗ и согласованы со стратегическими целями ВОЗ для Европейского региона.

В 2012 г. министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана отменило несколько временных нормативных актов, касающихся борьбы с ТБ, и издало комплексный приказ № 109 об усовершенствовании мер по борьбе с ТБ. Приказ имеет 17 отдельных приложений, каждое из которых посвящено конкретному компоненту, например: организация обслуживания больных туберкулезом, диагностирование случаев ТБ, определение понятия «случай ТБ», лечение, обеспечение лекарственными средствами, МЛУ-ТБ и др. В настоящее время при поддержке ВОЗ ведется работа по актуализации этого приказа в целях отражения в нем последних изменений.

Основным достижением НПТ является интеграция деятельности по обслуживанию больных ТБ с мероприятиями в рамках первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Процесс интеграции начался еще в 1995 г. с проведения реформ здравоохранения, инициированных в рамках первой государственной программы «Здоровье» на 1995–2000 гг. Поскольку профилактика ТБ и диагностирование случаев ТБ относятся к сфере ответственности учреждений ПМСП, а также ввиду недавнего перевода лечения туберкулеза и МЛУ-ТБ на амбулаторную модель, услуги по профилактике, диагностированию, лечению и последующему амбулаторному наблюдению оказываются также в учреждениях ПМСП. Охват стратегией DOTS стал всеобщим в 2007 г. благодаря внедрению диагностирования и лечения ТБ в 61 центре микроскопии и 95 учреждениях ПМСП. Диагностирование и лечение ТБ в учреждениях ПМСП осуществляются под руководством специалиста в области борьбы с ТБ. Внедрение этих услуг в учреждениях ПМСП способствовало

расширению охвата населения лечением от ТБ, поскольку данные услуги стали более доступными для граждан, что в полной мере отвечает общей цели по обеспечению всеобщего доступа к профилактике и лечению ТБ.

Помимо внедрения услуг по диагностированию и лечению ТБ в учреждениях ПМСП, отличительной характеристикой НПТ является то, что она предусматривает взаимодействие с другими министерствами, гражданским обществом и международными партнерами. Борьба с ТБ в местах лишения свободы регулируется совместным планом работ, с 2010 г. ежегодно составляемым министерством здравоохранения и медицинской промышленности и министерством внутренних дел. В настоящее время в рамках НПТ осуществляется пересмотр приказа № 109, по результатам чего он будет включать отдельное приложение, посвященное лечению ТБ в пенитенциарных учреждениях. К работе привлекаются и другие министерства и государственные органы. Так, министерство финансов и экономики разрабатывает проект бюджета, включающий расходы на обслуживание больных ТБ, и представляет его на утверждение кабинету министров; а министерство труда и социальной защиты населения, министерство обороны и государственные ведомства (например Государственная пограничная служба Туркменистана) принимают участие в мероприятиях по борьбе с ТБ в своих соответствующих областях. НПТ является единственной программой в области здравоохранения, предусматривающей привлечение организаций гражданского общества (в частности, Национального общества Красного Креста) к реализации общенациональной программы поддержки пациентов.

Хотя Туркменистан в значительной степени использует собственные средства для финансирования мероприятий по борьбе с ТБ, внедрение и осуществление стратегии DOTS, Стратегии «Остановить ТБ» и текущей стратегии по ликвидации туберкулеза осуществляются при поддержке международных и двусторонних учреждений, партнеров и доноров, таких как Глобальный фонд и ВОЗ. С 2010 г. страна получает от Глобального фонда гранты на борьбу со СПИДом, ТБ и малярией, которые помогли ей в организации качественного управления программами по борьбе с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ. Благодаря предоставляемому донорами финансированию удалось организовать техническую поддержку для экспертов ВОЗ по различным вопросам, связанным с борьбой с ТБ, что привело к заметному повышению эффективности осуществления НПТ.

Министерство здравоохранения координирует усилия своих национальных и международных партнеров по борьбе

с ТБ. Обязанности координатора Национальной программы борьбы с туберкулезом возложены на заместителя министра здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Министр здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана возглавляет Страновой координационный механизм по борьбе с ТБ (СКМ), представляющий собой межотраслевой орган, отвечающий за техническое осуществление НПТ и повышение эффективности горизонтального управления. Уникальной особенностью СКМ по борьбе с ТБ является то, что больные ТБ представлены в нем двумя бывшими пациентами.

В 2010 г. Национальная программа борьбы с туберкулезом стала первой национальной программой в области здравоохранения, в рамках которой были разработаны национальные руководящие принципы мониторинга и оценки программ борьбы с ТБ. Помимо подробного описания методологии мониторинга и оценки, руководящие принципы включают практические контрольные листы для мониторинга конкретных компонентов программ, таких как лабораторные исследования, диагностирование случаев ТБ на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи, ведение пациентов в специализированных медицинских учреждениях, обеспечение лекарственными средствами для лечения ТБ и составление отчетности по результатам мероприятий по борьбе с ТБ. Каждый из контрольных листов включает инструкции по сбору данных и расчету показателей. После внедрения в 2013 г. программного управления мероприятиями по борьбе с ШЛУ-ТБ в рамках НПТ для этого компонента была также разработана рамочная основа мониторинга и оценки.

В соответствии с НПТ на национальном и региональном уровнях были сформированы группы по мониторингу, члены которых проходят обучение применению методологии мониторинга и оценки. Визиты с целью мониторинга проводятся каждый квартал, а сделанные по их результатам выводы обсуждаются с соответствующими руководителями (руководителем учреждения ПМСП, руководством регионального управления здравоохранения, руководством министерства здравоохранения). В министерстве здравоохранения проводятся ежеквартальные совещания по связанным с ТБ вопросам и проблемам. Что касается оценки, то в 2010 и 2015 гг. ВОЗ провела всеобъемлющий обзор НПТ, и рекомендации по результатам обзора помогли при разработке плана работ и бюджета для выделяемых Глобальным фондом грантов для борьбы с ТБ, а также были учтены в текущей Национальной программе профилактики и борьбы с туберкулезом на 2016–2020 гг. В рамках НПТ уже

запланирована очередная оценка, которая будет проведена в 2019 г. в целях разработки стратегии на 2021–2025 гг.

В ходе осуществления программы действий по достижению ЦРДТ в соответствии с НПТ были разработаны механизмы эффективного мониторинга достигнутого прогресса и повышено качество данных. В соответствии с глобальной стратегией ВОЗ по ликвидации туберкулеза Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом в 2016–2020 гг. содержит следующие целевые показатели, которые должны быть достигнуты к 2020 г.:

- смертность от туберкулеза: 2,4 случая на 100 000 чел;
- заболеваемость туберкулезом: 56 случаев на 100 000 чел;
- показатель успешности лечения больных МЛУ-ТБ: 75%;
- коэффициент регистрируемых случаев МЛУ-ТБ: более 90%.

В целом мониторинг Национальной программы профилактики и борьбы с туберкулезом на 2016–2020 гг. будет осуществляться с использованием 25 индикаторов (на уровне воздействия, итогового результата и промежуточного результата), с установкой конкретных ежегодных целевых показателей. Из 25 индикаторов сбор данных на регулярной основе осуществляется по девяти; по четырем индикаторам требуется проведение исследования (исследования лекарственной устойчивости); а для оставшихся 12 индикаторов источником имеющихся данных являются административные документы. Рамочная основа мониторинга и оценки НПТ представлена в Приложении 1.

Несмотря на описанные достижения, данные по ситуации с ТБ в Туркменистане не являются легкодоступными для международного сообщества. Поскольку проблема с доступностью характерна не только для данных по ТБ, министерство здравоохранения и Государственный комитет по статистике в настоящее время работают над ее разрешением в рамках более широкого партнерского взаимодействия между Туркменистаном и учреждениями ООН на период 2016–2020 гг., нацеленного на распространение данных в соответствии с международными стандартами.

НАКОПЛЕННЫЙ ОПЫТ

Туркменистан взял на себя обязательство отчитываться по 148 из 169 глобальных задач по достижению ЦУР. Из 148 принятых задач 84% (124 задачи) были учтены в национальных

стратегических документах. Оценка достигнутого прогресса будет осуществляться с помощью 188 индикаторов. Национальные механизмы существуют для 33% из 188 показателей (11). Для остальных показателей информация по стране отсутствует или является недостаточной. Помимо рамочной основы оценки, для достижения ЦУР требуется применение комплексного подхода, который предусматривал бы определение ответственных структур, отвечающих за конкретные задачи, размер необходимых инвестиций, факторы, способствующие более оперативному достижению целей, и т. д. Оперативная комплексная оценка 16 средне- и долгосрочных национальных планов развития и секторальных стратегий показала, что для большинства из них не предусмотрены механизмы осуществления, такие как рамочные основы мониторинга и оценки необходимых инвестиций.

В этом отношении Национальная программа профилактики и борьбы с туберкулезом на 2016–2020 гг. может послужить ориентиром для других программ в области здравоохранения и других областях с точки зрения оценки прогресса в выполнении задач по достижению ЦУР. Хотя эта программа посвящена исключительно борьбе с ТБ, опыт, полученный при ее осуществлении, может быть использован в других секторах, способствуя разработке аналогичных механизмов для оценки прогресса, достигнутого в реализации специализированных политик и стратегий.

Высокая оценка, полученная НПТ за механизмы, необходимые для мониторинга ЦУР, – это одно из ее достижений. В целом успех НПТ объясняется несколькими основными факторами, наиболее важными из которых являются высокий приоритет борьбы с ТБ для правительства страны, эффективная координирующая роль министерства здравоохранения, а также лидерские качества и высокий уровень мотивации сотрудников, отвечающих за реализацию НПТ. Исторически сложилось, что борьба с ТБ – один из политических приоритетов на международном, региональном и национальном уровнях. В Туркменистане борьба с ТБ является одной из главных задач правительства, благодаря чему на нее выделяется достаточное финансирование, что облегчает работу по контролю этой болезни. Эти факторы должны быть приняты во внимание и в других секторах.

Партнерские отношения с международными и двусторонними учреждениями, такими как ВОЗ, Глобальный фонд, Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и Агентство США по международному развитию (USAID), в существенной степени способствовали успеху НПТ. Следует упомянуть, что в основе усилий

по реформированию и повышению эффективности НПТ лежал не изолированный, а системный подход, сконцентрированный на потенциале системы здравоохранения. Например, с 2010 г. мероприятия по укреплению системы здравоохранения, проводимые для получения гранта Глобального фонда на борьбу с ТБ, включали привлечение кадровых ресурсов для работы в области здравоохранения, финансирование системы здравоохранения, проведение мониторинга и оценки, обеспечение лекарственными средствами, организацию учебных мероприятий для руководителей в сфере здравоохранения и специалистов по оказанию первичной медико-санитарной помощи и т. д.

Разработка стратегических документов в области борьбы с ТБ во всех программных циклах основывалась на фактических данных: планирование мероприятий осуществлялось по результатам анализа эпидемиологических тенденций заболеваемости ТБ и рекомендуемых ВОЗ передовых методов вмешательства. При разработке текущей программы также были учтены результаты национального исследования лекарственной устойчивости, которые помогли спрогнозировать ряд случаев заболеваний с лекарственной устойчивостью.

В рамках программы борьбы с ТБ накоплен более чем двадцатилетний опыт реализации стратегий и оценки достигнутого прогресса с помощью конкретных индикаторов и целевых показателей. Кроме того, национальная система мониторинга ситуации с ТБ приведена в соответствие с международными и региональными стандартами, что обеспечивает международную сопоставимость данных. ВОЗ разработала набор стандартных показателей ТБ, который в настоящее время отсутствует в других программах в области здравоохранения (12).

По результатам реализации модельной Национальной программы борьбы с ТБ для других национальных секторов – как связанных, так и не связанных со здравоохранением – можно сделать вывод, заключающийся в том, что для создания эффективного стратегического документа требуется активная поддержка со стороны правительства, достаточное финансирование, партнерские отношения с международными и национальными заинтересованными сторонами и применение стандартов оценки для разработки национальных рамочных основ мониторинга. Успех НПТ должен воодушевить другие сектора на практическую реализацию Повестки дня на период до 2030 г.

Без эффективной системы мониторинга английская аббревиатура SDG (ЦУР) действительно будет расшифровываться

как «Senseless, Dreamy, Garbled» («бессмысленные, призрачные, искаженные») (13), поскольку эти цели мониторинга будут представлять собой цели, мониторинг и достижение которых невозможны, а источники финансирования – неясны (13). Однако ЦУР были приняты, и конкретным странам следует приступить к работе с использованием существующих механизмов для оценки и достижения этих целей.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Stenberg K, Hanssen O, Edejer T, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Rosen J, Stover J, Verboom P, Sanders R, Soucat A. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e875–87. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30263-2.
2. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs. World Health Organization, 2016 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/, accessed 5 Dec 2017).
3. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2017 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/ru/, по состоянию на 19 июня 2018 г.).
4. DataBank, Microdata, Data Catalog. Country, Indicator: Turkmenistan. World Bank Group; 2018 (<https://data.worldbank.org/country/turkmenistan?view=chart>, accessed 15 November 2017).
5. Progress Updates of the Global Fund grant. United Nations Development Programme in Turkmenistan, unpublished data.
6. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2017. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2017#no-link>, accessed 2 December 2017).
7. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью в Туркменистане: результаты общенационального исследования, 2012–2013 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/multidrug-resistant-tuberculosis-in-turkmenistan-results-of-a-nationwide-survey-2012-to-2013-2015>, по состоянию на 19 июня 2018 г.).
8. Gabunia T, Chkhatarashvili K. Transition and Sustainability Risk Assessment for National TB Programme in Turkmenistan, 2017.
9. MAPS – Mainstreaming, Acceleration and Policy Support for the 2030 Agenda. New York: United Nations Development Group; 2017 (<https://undg.org/document/maps-mainstreaming>

- acceleration-and-policy-support-for-the-2030-agenda/, accessed 19 June 2018).
10. Rapid Integrated Assessment (RIA): To facilitate mainstreaming of SDGs into national and local plans. New York: United Nations Development Programme; 2017 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/sustainable-development-goals/rapid-integrated-assessment---mainstreaming-sdgs-into-national-a.html>, accessed 19 June 2018).
 11. Rapid Integrated Assessment for Turkmenistan: Contributions to Turkmenistan's Roadmap to attain the Sustainable Development Goals. United Nations Development Programme in Turkmenistan. October 2017.
 12. Global Burden of Disease 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease study 2015. Lancet, 2016; 388 (10053) p.1813-1850. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31467-2.
 13. Easterly W. The SDGs should stand for senseless, dreamy, garbled. Foreign Policy. September 28, 2015 (<http://foreignpolicy.com/2015/09/28/the-sdgs-are-utopian-and-worthless-mdgs-development-rise-of-the-rest/>, accessed 19 June 2017). ■

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. РАМОЧНАЯ ОСНОВА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА 2016–2020 ГГ. В ТУРКМЕНИСТАНЕ

№	Индикатор	Исходная база			Целевые показатели				
		значение	год	источник	2016	2017	2018	2019	2020
1	Регистрируемые случаи ТБ, все случаи, на 100 тыс. чел.	59	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	70,4	70,3	69,5	68,8	67,0
2	Регистрируемые случаи ТБ, новые случаи и рецидивы, на 100 тыс. чел.	48,6	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	55,9	55,6	54,8	54,2	52,8
3	Коэффициент смертности от ТБ, на 100 тыс. чел.	4,1	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	3,4	3,2	2,9	2,7	2,4
4	Доля МЛУ-ТБ среди новых случаев, %	13,9	2013	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	15%	15%	15%	15%	15%
5	Доля МЛУ-ТБ среди ранее леченных случаев, %	37,6	2013	Исследование лекарственной устойчивости	45%	44%	43%	42%	41%
6	Показатель успешности лечения, новые случаи ТБ с бактериологическим подтверждением, %	83,8	2013	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	85%	88%	90%	90%	90%
7	Окончательный показатель успешности лечения, ТБ, устойчивый к рифампицину / МЛУ-ТБ / ШЛУ-ТБ, %	н/д	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	60%	67%	70%	72%	75%
8	Доля лабораторий, проводящих тестирование чувствительности к лекарственным препаратам и прошедших внешний контроль качества, %	97,0	2014	Административные отчеты	95%	95%	95%	95%	95%

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. РАМОЧНАЯ ОСНОВА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА 2016–2020 ГГ. В ТУРКМЕНИСТАНЕ

№	Индикатор	Исходная база			Целевые показатели				
		значение	год	источник	2016	2017	2018	2019	2020
9	Доля зарегистрированных новых больных туберкулезом легких с бактериологическим подтверждением, выявленных по результатам экспресс-диагностики, одобренной ВОЗ: технология GeneXpert, %	н/д	2014	Административные отчеты	7%	8%	9%	10%	10%
10	Доля зарегистрированных бактериологически подтвержденных случаев, %		2013	Административные отчеты	85%	90%	95%	95%	95%
11	Доля ранее леченных больных ТБ, проходящих тестирование на лекарственную устойчивость (только бактериологически положительные случаи), %		2014	Административные отчеты	100%	100%	100%	100%	100%
12	Доля пациентов, прошедших тестирование на лекарственную устойчивость для противотуберкулезных препаратов второго ряда, от общего числа зарегистрированных больных МЛУ-ТБ, %	н/д	2014	Административные отчеты	60%	95%	95%	95%	95%
13	Доля случаев МЛУ-ТБ, которые также являются случаями ШЛУ-ТБ, %	н/д	2014	Исследование лекарственной устойчивости	10%	10%	10%	10%	10%
14	Охват больных ТБ, устойчивым к рифампицину / МЛУ-ТБ / ШЛУ-ТБ лечением противотуберкулезными препаратами второго и третьего ряда согласно международным стандартам, %	20,8	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	90%	90%	90%	90%	90%
15	Промежуточный показатель успешности лечения, ТБ, устойчивый к рифампицину / МЛУ-ТБ / ШЛУ-ТБ, %	н/д	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	67%	70%	73%	75%	77%
16	Доля лиц, содержащихся в местах лишения свободы, обследованных на ТБ, %	н/д	2014	Административные отчеты	100%	100%	100%	100%	100%
17	Доля лиц, освободившихся из мест лишения свободы, продолжающих лечение от ТБ в гражданском секторе, %	н/д	2014	Административные отчеты	100%	100%	100%	100%	100%
18	Дефицит противотуберкулезных препаратов в медицинских учреждениях	0	2014	Административные отчеты	0	0	0	0	0

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. РАМОЧНАЯ ОСНОВА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА 2016–2020 ГГ. В ТУРКМЕНИСТАНЕ

№	Индикатор	Исходная база			Целевые показатели				
		значение	год	источник	2016	2017	2018	2019	2020
19	Доля ежегодной потребности в противотуберкулезных препаратах (включая препараты второго ряда), покрытая финансированием, %	н/д	2014	Административные отчеты	100%	100%	100%	100%	100%
20	Кол-во и процентная доля больных ТБ, обследованных на ВИЧ, результаты обследования которых зарегистрированы в регистре ТБ, от общего количества зарегистрированных случаев ТБ	98,0	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	100%	100%	100%	100%	100%
21	Доля больных ТБ с известным ВИЧ-статусом, %	н/д	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	0%	0%	0%	0%	0%
22	Доля зарегистрированных ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получающих антиретровирусную терапию во время лечения от ТБ, %	н/д	2014	Административные отчеты	100%	100%	100%	100%	100%
23	Доля ВИЧ-инфицированных больных, обследованных на ТБ в учреждениях по уходу за больными ВИЧ или по лечению больных ВИЧ, %	н/д	2014	Система оперативного сбора и регистрации данных по ТБ	100%	100%	100%	100%	100%
24	Доля зарегистрированных больных ТБ (всех форм), прошедших полный курс лечения от ТБ в амбулаторных условиях, %	25,5	2014	Административные отчеты	30%	35%	40%	45%	50%
25	Ежегодное внутреннее финансирование мероприятий по борьбе с ТБ от общей суммы государственных расходов на здравоохранение, %	н/д	2014	Административные отчеты	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д

CASE STUDY

Disability and rehabilitation in Tajikistan: development of a multisectoral national programme to leave no one behind

Satish Mishra¹, Sharon DeMuth², Sanjeev Sabharwal³, Hugh G. Watts⁴, Kirsten (Kiki) L. Lentz⁵, Manfred Huber⁶, Gayatri Kembhavi⁷

¹ World Health Organization Country Office, Dushanbe, Tajikistan

² Division of Biokinesiology and Physical Therapy, University of Southern California, Los Angeles, United States of America

³ Department of Orthopaedics, Rutgers New Jersey Medical School, Newark, United States of America

⁴ Department of Orthopaedic Surgery, University of California, United States of America

⁵ United States Agency for International Development, Washington, United States of America

⁶ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

⁷ Centre for Health Services and Policy Research, National University of Singapore, Singapore

Corresponding author: Satish Mishra (email: mishras@who.int)

ABSTRACT

Background: In the 21st century, the world faces a new challenge: rapid population ageing accompanied by a rise in chronic conditions and multimorbidities. People live longer and with disabling chronic conditions that impact their functioning and well-being. Rehabilitation and assistive technology are critical for preventing and minimizing functional limitations, including the health, social and economic impacts of health conditions, and for improving well-being. In the aftermath of the 2010 polio outbreak in Tajikistan, improved rehabilitative services for people affected by polio were needed. Subsequently, new approaches to rehabilitation and a reformed system for providing services and assistive devices were established for patient groups such as those with injuries, impairments or disabilities due to noncommunicable diseases. This article describes the involvement of WHO in this process and the work undertaken in Tajikistan during 2013–2017 to support the establishment of a multisectoral national programme on rehabilitation.

Methods: Using the 2010 polio outbreak as an entry point, WHO provided technical support to the Government of Tajikistan to identify existing challenges

in the health care system and to develop approaches to improve access to rehabilitation services for all. Activities included (i) setting up an initial system for polio rehabilitation and (ii) developing a comprehensive national rehabilitation policy, along with a multisectoral system and accompanying services. The methodology used for this case study was a desk-based review.

Research: In the eight years since the 2010 polio outbreak, improvements have been made in four key areas: strengthening rehabilitation services; human resource development; introducing community-based rehabilitation; and policy development.

Conclusion: Aided by external funding and by guidance from WHO, along with determination, and high-level political engagement and leadership, Tajikistan has established a modern rehabilitation system, including the supply of a basic package of assistive devices, within a relatively short period of time. Rehabilitation is indispensable to optimize functioning and improve well-being for people affected by a range of potentially disabling health conditions and plays a fundamental role in achieving universal health coverage.

Keywords: ASSISTIVE TECHNOLOGY, DISABILITY, HEALTH, REHABILITATION, UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

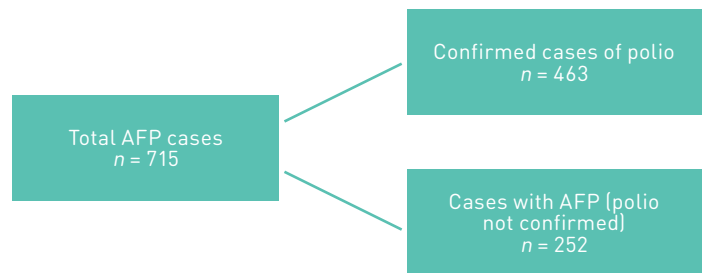
BACKGROUND

The increasing prevalence of noncommunicable diseases (NCDs) and an ageing population are major challenges for health systems in the 21st century. It is therefore imperative that people with health conditions are supported to remain as independent as possible, participating in education, being economically productive and fulfilling meaningful life roles to lessen the

health, social and economic burdens of these epidemiological and demographic trends. Rehabilitation comprises a set of interventions designed to optimize functioning and to reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environments (1). Health conditions are generally disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma, but may also include other conditions such as ageing, congenital anomaly, genetic predisposition, pregnancy or stress (1).

Tajikistan is a landlocked country in central Asia with a population of 8.5 million (see Box 1 for more information) (2). In 2010, Tajikistan experienced an outbreak of poliomyelitis (polio). Irreversible impairments due to polio require the lifelong provision of appropriate rehabilitation and assistive products. In the past, the most common contributory factors for polio outbreaks have been war, poverty, natural disasters (such as floods and earthquakes) and/or gaps in vaccination (3). The cause of the 2010 Tajik outbreak was probably transmission from migrant workers to a population that did not have adequate vaccination coverage (4). More information about polio and acute flaccid paralysis (AFP) is provided in Box 2. Most of the affected population in 2010 were children and young people: 70% were under 14 years of age and 86% were under 20 years. Approximately 28% of the children under 14 years of age had upper limb involvement. This is unusual because all polio epidemics since 1951 have reported upper limb involvement in only 6–10% of children. A detailed breakdown of the total number of AFP cases in Tajikistan in 2010 is provided in Fig. 1.

FIG. 1. BREAKDOWN OF THE TOTAL NUMBER OF AFP CASES IN TAJIKISTAN IN 2010



Source: Yakovenko et al., 2014 (4).

In 2015, a situational assessment of rehabilitation was undertaken in Tajikistan in collaboration with WHO (5). This assessment revealed that, in addition to polio patients, a significant number of children had other impairments (such as cerebral palsy or congenital anomalies) requiring rehabilitation. There were also underserved people affected by NCDs (especially stroke and diabetes) and road traffic accidents, as well as older people with reduced functioning or mobility. The leading cause of disability and death in Tajikistan is NCDs, which places significant demands on the social welfare and health systems. According to WHO, NCDs accounted for 59% of all deaths in the country in 2014 (7). Based on this data, the Ministry of Health and Social Protection (MOHSP) of Tajikistan approached WHO for technical assistance to provide an evidence-based solution (i) to address the needs of people with polio and (ii) to strengthen rehabilitation policies, systems and services for all people in need of rehabilitation.

This paper discusses the challenges that existed in the Tajik health care system, the contribution of WHO, and the subsequent development and implementation of a multisectoral national strategy for disability and rehabilitation in Tajikistan.

CHALLENGES

In 2013, Tajikistan had no formal rehabilitation policies and only limited rehabilitation services. There was an urgent need to develop rehabilitation policies, systems and services to meet the needs of people affected by polio following the 2010 outbreak. The challenges for the rehabilitation services jointly identified by WHO and the MOHSP (in collaboration with various stakeholders) through a situational analysis (5) are discussed below. The situational analysis focused on rehabilitation policy and governance and the impact of service provision on people with health conditions, impairments and disabilities. Formation of an interministerial working group, a desk review, national

BOX 1. TAJIKISTAN

The Republic of Tajikistan is a landlocked country in central Asia with a population of 8.5 million: 49% are women and 35% are youths (2). Tajikistan is located in the south-western part of the central Asia region, covering a territory of 142 600 km, of which more than 93% is covered by mountains. Tajikistan is divided into four administrative divisions: two provinces (viloyatho – Khatlon Region in the south and Sughd Region in the north), one autonomous province (viloyat) in the east, Gorno-Badakhshan Autonomous Region (Viloyati Mukhtori Kuhistoni Badakhshon) and the central Districts of Republican Subordination, governed directly from the capital city, Dushanbe. Each of these regions consists of smaller administrative zones, called districts (nohiyaho). Tajikistan has 58 districts, 17 cities and 57 townships (5).

BOX 2. POLIO AND AFP

A polio outbreak includes both confirmed and unconfirmed cases of polio. In unconfirmed cases, children develop muscle paralysis that cannot specifically be labelled as polio; these children are said to have acute flaccid paralysis (AFP), defined as a “sudden onset of weakness and floppiness in any part of the body in a child under 15 years of age or paralysis in a person of any age in whom polio is suspected”(6). Several viruses other than poliovirus can cause AFP: such cases are classified as non-polio AFP. However, all cases require rehabilitation and the provision of assistive products to minimize the impact of the impairment and to maximize functioning, independence and participation in society.

workshops, field visits, interviews, a focus group discussion and a review of situational analysis findings contributed to the final report (5).

HUMAN RESOURCES

The situational analysis found a scarcity of trained rehabilitation professionals in the country. There were no formally trained physiotherapists, occupational therapists, speech language therapists or specialists in physical medicine and rehabilitation; only two prosthetics and orthotics professionals were working in Tajikistan at that time. Tajikistan also lacked educational facilities and training programmes in these fields. In addition, other health professionals (such as doctors and nurses) had limited competencies relating to disability and rehabilitation. Within the health care system, there was limited knowledge and understanding of rehabilitation and a lack of information about the potential benefits of rehabilitation in reducing impairment and disability, improving functioning, and promoting inclusion and participation for people with disabilities. Supposed rehabilitation treatments, such as massage and electrical muscle stimulation, were provided by health professionals who had received on-the-job training in the use of these techniques.

In general, physicians and surgeons had very limited knowledge of the medical and rehabilitation needs of people affected by polio. There were only 15 orthopaedic surgeons in Tajikistan, 13 of whom worked in the capital city of Dushanbe. All of these surgeons had been trained according to outdated guidance that recommended surgery for children affected by polio should not be performed before the age of 14 years. Most surgeons had seen fewer than three children affected by polio in their professional careers prior to the 2010 polio outbreak.

REHABILITATION SERVICE PROVISION

Most of the available rehabilitation services were located in urban areas and were particularly lacking in rural areas, where most of the population (73.6%) resides. Quality standards varied throughout the country, with inadequate monitoring of rehabilitation services. Coordination between service providers and a referral mechanism between service providers and stakeholders were limited. Funding for disability and rehabilitation activities was inadequate. Finally, the availability of assistive products (such as wheelchairs, orthoses or prostheses) for people with disabilities was limited across the country.

OTHER CHALLENGES

In Tajikistan, 39% of the population lives below the poverty line (8). Disability and poverty reinforce and perpetuate one another: poverty increases the likelihood of impairment through malnutrition, poor health care and hazardous living conditions,

and disability can lead to lower living standards and poverty through lack of access to education, employment and earnings, and increased health care expenditures. People with disabilities also face environmental and information barriers due to stigma and prejudice. Thus, poor socioeconomic conditions of people with disabilities creates barriers to their effective and meaningful involvement in decision-making related to health and rehabilitation services.

WHO INVOLVEMENT IN TAJIKISTAN

The polio outbreak of 2010 prompted the MOHSP to review the existing challenges faced by the Tajik health care system. The MOHSP recognized that conventional approaches to rehabilitation (inherited from the Soviet era) did not adequately address the needs of those affected by polio. In addition, families of people with polio demanded a response from the MOHSP that would better meet their needs.

Based on the recommendations of the World report on disability (9), and in line with the principles and ethos of Health 2020 (10), WHO initiated a disability and rehabilitation programme in Tajikistan to support the implementation of the WHO global disability action plan 2014–2021 (11). By initiating a programme on disability and rehabilitation, WHO and the MOHSP aimed to meet the needs of people affected by polio and their families and of people throughout Tajikistan with impairments and health conditions requiring rehabilitation services.

The disability and rehabilitation programme was implemented in two phases. In phase I (2013–2016), WHO provided technical support to the MOHSP to develop national policy, systems and services for rehabilitation. In phase II (2016–2019), currently under way, WHO provides technical support to the MOHSP to strengthen and expand rehabilitation services. The key strategic pillars of the disability and rehabilitation programme are:

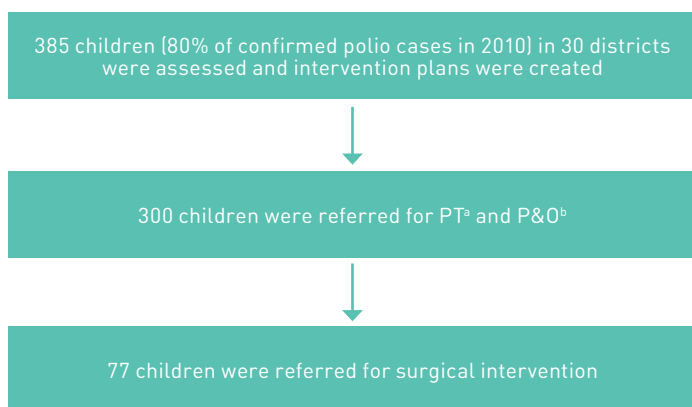
- strengthening rehabilitation services;
- human resource development;
- developing community-based rehabilitation (CBR) services; and
- policy development.

Each of these strategic pillars will be discussed in the following sections.

STRENGTHENING REHABILITATION SERVICES

Rehabilitation camps took place in March 2014 to assess the medical and rehabilitation needs of children with polio. Details of the number of children receiving services from the camps are provided in Fig. 2. Many surgical treatments and their associated health system burdens could have been avoided if children had received timely and appropriate rehabilitation. WHO developed plans in partnership with the MOHSP to ensure that all children referred from the camps received appropriate rehabilitation (12).

FIG. 2. NUMBER OF REFERRALS TO REHABILITATION CAMPS IN TAJIKISTAN IN 2014



^a - PT: physiotherapy;

^b - P&O: prosthetics and orthotics

Source: Yakovenko et al., 2014 (4).

A second phase of rehabilitation follow-up included providing postoperative rehabilitation therapy along with advanced training for orthopaedic surgeons and training for public health professionals (primary and secondary levels) from the 30 polio-affected districts to ensure regular patient referral and follow up. In total, 138 health and rehabilitation professionals were trained (13, 14). The targeted interventions provided through the two camps addressed the rehabilitation needs of 422 children (approximately 90% of the confirmed polio cases in the 2010 outbreak).

A booklet on managing poliomyelitis (15), published in English and Tajik, was developed jointly by WHO and the MOHSP. This publication, based on the results of the rehabilitation camps, targeted rehabilitation personnel. It was used to train public health and rehabilitation professionals. WHO, in collaboration with the International Society of Prosthetics and Orthotics, provided further technical support to train medical and rehabilitation personnel, including a course on managing people with polio (16).

A situational analysis of assistive products was completed with the participation of assistive technology stakeholders: the MOHSP, international and national nongovernmental organizations, disabled people's organizations and United Nations agencies (17). Following the situational analysis, WHO worked with the MOHSP to improve the quality of assistive product procurement in the country. A key achievement of the MOHSP was the procurement of a variety of assistive products (such as wheelchairs for children and adults, white canes for blind people and hearing aids for hearing-impaired people) in 2015 and 2016 compared with the purchase of standard wheelchairs in previous years. To strengthen wheelchair service provision, a wheelchair service training course was organized in December 2015 to develop the basic skills and knowledge required by personnel involved in wheelchair service delivery (18). To further strengthen the assistive technology sector in Tajikistan, WHO is providing support to the MOHSP to develop a national priority assistive products list in line with the WHO Priority assistive products list (19), which will be used to guide future product development and production, service delivery, market shaping, procurement and reimbursement.

WHO also supported the MOHSP to strengthen rehabilitation services for people with other health conditions that require rehabilitation. For example, information, education, and communication materials on rehabilitation were developed for medical doctors and rehabilitation staff, and training was provided on their use with the aim of providing client-focused rehabilitation services (20). In addition, different capacity-building activities were conducted (described in the sections on human resource development and CBR) to strengthen rehabilitation services for people with different health conditions.

HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT

Institutional capacity-building activities for MOHSP rehabilitation centres were conducted in 2013 and 2014. International experts on physiotherapy and occupational therapy provided on-the-job training for rehabilitation centre staff. Physiotherapists and occupational therapists were also able to attend national capacity-building workshops (21). These initiatives led to the establishment of occupational therapy units within the national rehabilitation centres for the first time (22).

To build long-term rehabilitation capacity, six local staff members are being supported to attend formal long-term training programmes outside the country. All six staff are obliged to return to Tajikistan in early 2019 to support the MOHSP in providing rehabilitation services throughout the country. The staff members include physiotherapists, occupational therapists and therapy assistants. In addition, two doctors have been

trained in physical medicine and rehabilitation and are currently supporting the MOHSP rehabilitation centres to provide quality rehabilitation services to children and adults with disabilities.

Prior to 2014, the existing disability assessment and determination process in Tajikistan did not comply fully with international standards, creating a significant barrier for people with disabilities to access services, benefits and entitlements. WHO, in collaboration with the Government of Tajikistan, conducted a two-day workshop in May 2016 to strengthen disability assessment within the framework of the International Classification of Functioning, Disability and Health (23). From 2017 onwards, WHO will work closely with the MOHSP to strengthen disability assessment and determination in Tajikistan.

COMMUNITY-BASED REHABILITATION

Prior to 2013, rehabilitation services were inadequate for meeting the needs of the population in Tajikistan (5). The centralized system, with most facilities located in major urban centres, was a barrier to accessing services for the 73.6% of the population living in remote rural communities without means for travel. This triggered the development of CBR, which promotes decentralization of services and contributes to community-based inclusive development. Several different activities have been implemented to strengthen CBR in Tajikistan. The first national conference on CBR, Reaching the unreached in Tajikistan, was organized in December 2014. The WHO CBR guidelines, published in Tajik and Russian, were launched at the conference (24), which comprised nearly 400 representatives from different sectors across the country, making it the largest disability-focused conference conducted in Tajikistan. The outcomes of the conference included establishing guiding principles for implementing CBR and laid the foundation for the initiation of government-managed CBR programmes in Tajikistan.

WHO played a key role in institutionalizing CBR in government policy. WHO supported the development of a Tajikistan CBR network and advocated for the adoption of a CBR approach by the National Coordination Council on Health and Social Protection (an interministerial working group headed by the Deputy Prime Minister). In addition, joint MOHSP–civil society CBR programmes have been established through public–private partnership mechanisms. Over the past three years, CBR programmes have been established in 35 of Tajikistan’s 66 districts, benefiting 6290 persons with disabilities in rural areas. Standards to strengthen CBR implementation, monitoring and evaluation in Tajikistan are under development.

Policy development: a national programme on rehabilitation of persons with disabilities

WHO supported the MOHSP to develop a position paper on Better health for persons with disabilities for an inclusive society in Tajikistan (25), which was launched on the International Day of Persons with Disabilities in 2013 (26). The position paper assists staff in the health sector to understand their roles and responsibilities in working with persons with disabilities.

In 2015, the Government of Tajikistan created an interministerial working group to draft a four-year (2017–2020) national rehabilitation programme for persons with disabilities, with technical support from WHO. This followed an extensive consultation process with 23 government ministries, state agencies and committees, as well as disabled people’s organizations, the coalition of Parents’ Associations of Children with Disabilities, international and national nongovernmental organizations, United Nations agencies and donor organizations. Approximately 110 different organizations within the country were consulted in preparing the national programme, which was followed by an approval process in the Parliament and the President’s Executive Office. Eventually, the multisectoral National Programme on Rehabilitation of Persons with Disabilities (2017–2020), which is aligned with the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (27), was adopted on 28 October 2016 (Resolution no. 455)¹ by the President of the Republic of Tajikistan.

The National Programme is the first normative document on disability since the country gained independence in 1991. It addresses the rights of persons with disabilities in the spheres of health, rehabilitation, education, livelihood, social protection, culture, accessibility and justice. The National Programme focuses on all people with long-term impairments (physical, sensorial and intellectual), mental health conditions or difficulties in functioning due to NCDs, postoperative impairment, infectious disease, injuries or frailty in old age. The National Programme provides a long-term vision and roadmap to support the rights of persons with disabilities, provide access to quality rehabilitation services and support universal health coverage (UHC) in Tajikistan until 2020.

¹ Available on the Government of Tajikistan Ministry of Health website in Russian and Tajik (http://moh.tj/wp-content/uploads/2017/07/Tajikistan-National-Program-on-Rehabilitation_TAJ-RUS_FV_WEB.pdf).

DISCUSSION

Globally, there is increasing recognition of the need for adequate rehabilitation services and assistive products, not only in response to the sporadic outbreaks of infectious disease that cause long-term disability (see Box 3), but also for NCD-related and other chronic impairments. However, planning for the required number of rehabilitation professionals cannot focus on individual countries in isolation. Rehabilitation professionals are in very short supply globally (28, 29) and, therefore, active poaching by other countries is a real threat.

BOX 3. UNANSWERED QUESTIONS

While the incidence of polio has decreased worldwide, the incidence of AFP has markedly increased. At the same time that India was declared polio-free, a total of 59 436 AFP cases were reported in 2012, 53 421 in 2013 and 53 383 in 2014 (30). A new cluster of children, predominantly in the United States of America (173 as of February 2017), have been classified with acute flaccid myelitis (31). The etiology of this syndrome has not yet been determined, although this paralysis may be caused by a polio-like enterovirus. Children with acute flaccid myelitis also require rehabilitation services and assistive products.

In many countries, rehabilitation professionals need better formal training, regulation and recognition. Opportunities to gain experience and to provide and receive mentoring are also required in order to enlarge the cohort of available professionals. Adequate working conditions (including compensation) are important for retaining trained professionals. This is particularly applicable to Tajikistan, where a long-term solution is needed to address the lack of rehabilitation professionals.

Tajikistan has a single ministry encompassing health and social protection which integrates the various issues related to disability. Thus, Tajikistan has the opportunity to demonstrate leadership by coordinating a multisectoral, multidisciplinary response to the need for disability rehabilitation. A key lesson learned from the experience of implementing policy in Tajikistan is that the health and the social sectors required different starting points for the policy dialogue on integrating and strengthening rehabilitation and assistive technology: the health sector required a focus on rehabilitation and assistive products as a part of UHC, while the social sector required a focus on providing specific services for people with disabilities. Given that rehabilitation professionals can contribute to the inclusion and participation of persons with disabilities in society as a whole, rehabilitation services in both sectors are essential for developing a multisectoral governance structure (32).

Rehabilitation and assistive products are essential for meeting the needs of people with different health conditions across the life-course and across all levels of health care. The provision of rehabilitation services and assistive products represents an investment in human capital that contributes to health, economic and social development. Improving the integration of rehabilitation and assistive products in the health system and strengthening intersectoral links can help to effectively and efficiently meet the health needs of the population. It also contributes to achieving Sustainable Development Goal 3 (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) (33) and other goals of the 2030 Agenda for Sustainable Development to ensure that no one is left behind. Making UHC accessible to persons with disabilities helps to build a system that is accessible to all vulnerable people, including those living in extreme poverty.

In Tajikistan, work on the National Programme began with service provision to address an immediate need for rehabilitation for people affected by polio, and then moved towards a broader focus on strengthening rehabilitation services and developing a national policy and framework. In low-resource settings, it is important to initially address the service delivery needs in order to engage with the national or local government, as appropriate.

The considerable technical support provided by WHO for polio rehabilitation in Tajikistan enabled service providers to recognize gaps in current practices and to use the guidance provided by international standards of rehabilitation. Rehabilitation services have contributed to the independent functioning and mobility of people with polio, resulting in their increased participation at school and at work (34). These achievements enabled the MOHSP leadership to appreciate the added value of rehabilitation and helped Tajikistan to build a national rehabilitation policy, system and services in line with international standards. By adopting a specific health strategy (that is, rehabilitation) as the entry point – which involves addressing disability issues through national leadership, making the country's needs a top priority and collaborating with diverse stakeholders – WHO was able to influence and strengthen the health system of Tajikistan and work towards achieving UHC for the population. The authors hope that the achievements in Tajikistan can assist other countries in all WHO regions in scaling up rehabilitation services and assistive technology.

Acknowledgements: The authors acknowledge: the MOHSP of Tajikistan as the driving force behind the writing of this paper; Igor Pokanevych, the WHO Representative and Head of the WHO Country Office, Tajikistan; and all those people

in need of rehabilitation services and assistive products in Tajikistan.

Sources of funding: WHO support for the MOHSP of Tajikistan is ongoing; all components of the disability and rehabilitation programme are funded by the United States Agency for International Development (USAID); and the policy-related work is part of a joint undertaking within the programmatic framework of the United Nations Partnership to Promote the Rights of Persons with Disabilities (UNPRPD). USAID support was critical for initiating the disability and rehabilitation programme in 2013 in Tajikistan and for the subsequent strengthening and expansion of rehabilitation services in Tajikistan.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/, accessed 29 May 2018).
2. Tajikistan. In: UN/Sustainable Development Knowledge Platform. New York: United Nations; 2017 (<https://sustainabledevelopment.un.org/memberstates/tajikistan>, accessed 29 May 2018).
3. Matlin SA, Haslegrave M, Told M, Piper J. The Global Polio Eradication Initiative: achievements, challenges, and lessons learned from 1988–2016. Geneva: Global Health Centre, the Graduate Institute of International and Development Studies; 2017 ([http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615/files/Polio Research Paper 2017.pdf](http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615/files/Polio%20Research%20Paper%202017.pdf), accessed 29 May 2018).
4. Yakovenko ML, Gmyl AP, Ivanova OE, Ereemeeva TP, Ivanov AP, Prostova MA et al. The 2010 outbreak of poliomyelitis in Tajikistan: epidemiology and lessons learnt. *Euro Surveill.* 2014;19(7):pii= 20706 (<https://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N07/art20706.pdf>, accessed 29 May 2018).
5. Situational analysis: state of rehabilitation in Tajikistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/276480/State-Rehabilitation-Tajikistan-Report-en.pdf?ua=1, accessed 29 May 2018).
6. Field guide: surveillance of acute flaccid paralysis. Third edition. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare; 2005 (http://www.searo.who.int/india/topics/poliomyelitis/Field_guide_for_Surveillance_of_Acute_Flaccid_Paralysis_3rd_edition.pdf?ua=1, accessed 29 May 2018).
7. World Health Statistics 2014. In: WHO/Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/, accessed 29 May 2018).
8. Human development report 2016: human development for everyone. New York: United Nations Development Programme; 2016 (http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf, accessed 29 May 2018).
9. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/, accessed 29 May 2018).
10. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 29 May 2018).
11. WHO global disability action plan 2014–2021: better health for all people with disability. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>, accessed 29 May 2018).
12. Addressing the legacy of polio in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 18 June 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/06/addressing-the-legacy-of-polio-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
13. Photo story: rehabilitating children with polio in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/Multimedia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/multimedia/photo-story-rehabilitating-children-with-polio-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
14. Rehabilitation: key to an independent future for children with poliomyelitis in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 18 December 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/12/rehabilitation-key-to-an-independent-future-for-children-with-poliomyelitis-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
15. Management of poliomyelitis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/publications/management-of-poliomyelitis-2015>, accessed 29 May 2018).

16. Multi-disciplinary approach to rehabilitation of people with polio. In: WHO/Europe/Health topics/Communicable diseases/Poliomyelitis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 15 November 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/news/news/2016/11/multi-disciplinary-approach-to-rehabilitation-of-people-with-polio>, accessed 29 May 2018).
17. Situational analysis on wheelchair and mobility devices in Tajikistan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/publications/situational-analysis-on-wheelchair-and-mobility-devices-in-tajikistan-2014>, accessed 29 May 2018).
18. Better wheelchair service provision in Tajikistan. In: WHO/Europe/Health topics/Noncommunicable diseases/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 7 January 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2016/01/better-wheelchair-service-provision-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
19. Priority assistive products list: improving access to assistive technology for everyone, everywhere. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/207694>, accessed 29 May 2018).
20. Goals of rehabilitation: posters on self-care and mobility; functional independence and social participation; education and work. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/275803/Goals-disability-rehabilitation_set-of-3-posters_Eng_LLV.pdf, accessed 29 May 2018).
21. Tajikistan hosts workshops on disability and rehabilitation In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 21 January 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/01/tajikistan-hosts-workshops-on-disability-and-rehabilitation>, accessed 29 May 2018).
22. Strengthening the skills of rehabilitation personnel in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 11 December 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/12/strengthening-the-skills-of-rehabilitation-personnel-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
23. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In: WHO/Classifications. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, accessed 29 May 2018).
24. Community-based rehabilitation guidelines. Geneva: World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/>, accessed 29 May 2018).
25. Better health for persons with disabilities for an inclusive society in Tajikistan. Position paper. Dushanbe: Ministry of Health and Social Protection of Tajikistan; 2014 (http://moh.tj/wp-content/uploads/2017/07/Tajikistan-National-Program-on-Rehabilitation_TAJ-RUS_FV_WEB.pdf).
26. Tajikistan launches plans to improve access to good health for people with disabilities. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 6 December 2013 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2013/12/tajikistan-launches-plans-to-improve-access-to-good-health-for-people-with-disabilities>, accessed 29 May 2018).
27. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>, accessed 29 May 2018).
28. Rehabilitation 2030: a call for action. Meeting paper. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>, accessed 29 May 2018).
29. World Health Organization, International Society for Prosthetics and Orthotics, United States Agency for International Development. Standards for prosthetics and orthotics. Part 1: standards. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/prosthetics_orthotics/en/, accessed 29 May 2018).
30. Vashisht N, Puliyeel J, Sreenivas V. Trends in nonpolio acute flaccid paralysis incidence in India 2000 to 2013. *Pediatrics*. 2015;135(suppl 1):S16–17 (http://pediatrics.aappublications.org/content/135/Supplement_1/S16.2, accessed 29 May 2018).
31. Acute flaccid myelitis in U.S. children. In: CDC/CDC Features/Diseases&Conditions. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2018 (<https://www.cdc.gov/features/acute-flaccid-myelitis/index.html>, accessed 29 May 2018).
32. Breaking the link between disability and exclusion in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 7 August 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2017/08/breaking-the-link-between-disability-and-exclusion-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
33. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 29 May 2018).
34. Rehabilitation programme in Tajikistan builds towards universal health coverage. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 27 March 2018 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2018/3/rehabilitation-programme-in-tajikistan-builds-towards-universal-health-coverage>, accessed 29 May 2018). ■

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Инвалидность и реабилитация в Таджикистане: разработка межотраслевой национальной программы для того, чтобы никто не был оставлен без внимания

Satish Mishra¹, Sharon DeMuth², Sanjeev Sabharwal³, Hugh G. Watts⁴, Kirsten (Kiki) L. Lentz⁵, Manfred Huber⁶, Gayatri Kembhavi⁷

¹ Страновой офис ВОЗ, Душанбе, Таджикистан

² Кафедра биокинезиологии и физиотерапии, Университет Южной Калифорнии, Соединенные Штаты Америки

³ Факультет ортопедии медицинской школы Ратгерского университета штата Нью-Джерси, Ньюарк, Соединенные Штаты Америки

⁴ Факультет хирургической ортопедии, Калифорнийский университет, Соединенные Штаты Америки

⁵ Агентство Соединенных Штатов по международному развитию, Вашингтон, Соединенные Штаты Америки

⁶ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

⁷ Центр исследования системы и политики здравоохранения Национального университета Сингапура, Сингаур

Автор, отвечающий за переписку: Satish Mishra (адрес электронной почты: mishras@who.int)

АННОТАЦИЯ

Справочная информация. В XXI веке мир столкнулся с новой проблемой: быстрое старение населения сопровождается ростом числа хронических заболеваний и множественной патологии. Люди живут дольше, приобретая приводящие к инвалидности хронические заболевания, влияющие на их функции и благополучие. Реабилитация и ассистивные технологии имеют решающее значение для профилактики и сведения к минимуму нарушения функций человека и влияния заболеваемости на систему здравоохранения и социально-экономическую сферу, а также для повышения качества жизни. После вспышки полиомиелита в Таджикистане в 2010 г. потребовалось повысить качество услуг по реабилитации больных, перенесших полиомиелит. Впоследствии были разработаны новые подходы к реабилитации и проведена реформа системы оказания услуг и обеспечения ассистивными устройствами других групп пациентов, например получивших травмы или приобретших нарушения каких-либо функций или инвалидность вследствие неинфекционных заболеваний. В настоящей статье описывается участие ВОЗ в этом процессе и работа, проведенная Таджикистаном в 2013–2017 гг. и направленная на создание межотраслевой национальной программы реабилитации.

Методы. Взяв за отправную точку вспышку полиомиелита в 2010 г., ВОЗ оказывала техническую помощь правительству Таджикистана в целях определения существующих проблем в системе здравоохранения

и выработки подходов к улучшению доступа к услугам реабилитации для всех слоев населения. Деятельность ВОЗ включала в себя: а) создание первичной системы реабилитации при полиомиелите; и б) разработку комплексной национальной политики реабилитации наряду с межотраслевой системой и службами. Методологией проведения настоящего ситуационного анализа было кабинетное исследование.

Исследование. За восемь лет, истекших с момента вспышки полиомиелита в 2010 г., достигнуты улучшения в четырех основных областях: укрепление услуг реабилитации, развитие кадровых ресурсов, внедрение реабилитации на уровне общины и выработка политики.

Заключение. При поддержке внешнего финансирования и методической помощи ВОЗ благодаря содействию на высоком политическом уровне, руководящей роли и целеустремленности высоких политических кругов Таджикистан в относительно краткие сроки создал современную систему реабилитации, включая систему снабжения базовыми наборами ассистивных устройств. Реабилитация – необходимое условие для поддержки оптимального функционирования и повышения качества жизни людей, перенесших заболевания, способные привести к инвалидности. Реабилитация играет важнейшую роль в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Ключевые слова: АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИНВАЛИДНОСТЬ, ЗДОРОВЬЕ, РЕАБИЛИТАЦИЯ, ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В XXI веке главными проблемами системы здравоохранения являются рост распространенности неинфекционных заболеваний (НИЗ) и стареющее население. В этой связи необходимо в обязательном порядке обеспечить поддержку больных в том, что касается как можно более длительного сохранения независимости, участия в деятельности системы образования, экономической защищенности и осмысленности жизни в целях облегчения бремени этих эпидемиологических и демографических тенденций для системы здравоохранения и социально-экономической сферы. Реабилитация – это комплекс мер, предназначенных для поддержки оптимального функционирования и снижения показателей инвалидности у людей, имеющих определенные состояния здоровья, во взаимодействии с их средой (1). К состояниям здоровья, приводящим к инвалидности, относятся заболевания (острые или хронические), нарушения функционирования и травмы. Помимо этого, инвалидность могут вызывать такие факторы, как старение, врожденные пороки развития, наследственная предрасположенность, беременность и стресс (1).

Таджикистан – это государство в Центральной Азии, не имеющее выхода к морю, с населением 8,5 млн человек (более подробная информация приведена на вставке 1) (2). В 2010 г. в Таджикистане была зафиксирована вспышка полиомиелита. Вызванные полиомиелитом необратимые изменения требуют проведения надлежащей реабилитации и использования ассистивных устройств на протяжении всей жизни. В прошлом основными факторами, вызывавшими вспышки полиомиелита, были война, нищета, стихийные бедствия (например, наводнения и землетрясения) и/или недостаточная вакцинация (3). Вспышка в Таджикистане в 2010 г., вероятно всего, была вызвана завозом вируса рабочими-мигрантами, контактировавшими с населением, не прошедшим надлежащую вакцинацию (4). Дополнительная информация о полиомиелите и остром вялом параличе (ОВП) приводится на вставке 2. Большинство заболевших были детьми и молодыми людьми: 70% больных были младше 14 лет и 86% – младше 20 лет. Примерно у 28% детей болезнь поразила верхние конечности. Это нетипично для течения болезни: ранее, начиная с 1951 г., при вспышках полиомиелита поражение верхних конечностей регистрировалось всего у 6–10% детей. Детальная разбивка совокупного числа ОВП в Таджикистане в 2010 г. приводится на рисунке 1.

В 2015 г. совместно с ВОЗ Таджикистан провел ситуационный анализ состояния сферы реабилитации в республике (5). Результаты этого исследования показали, что помимо детей, перенесших полиомиелит, в реабилитации нуждалось

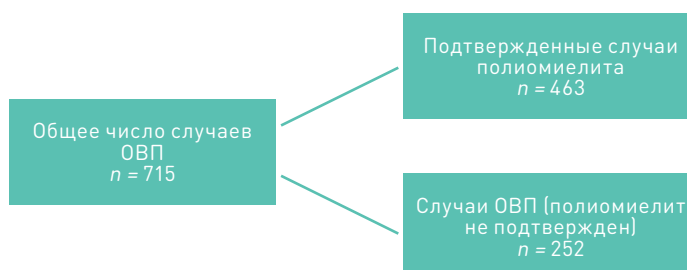
ВСТАВКА 1. ТАДЖИКИСТАН

Республика Таджикистан – это государство в Центральной Азии, не имеющее выхода к морю, с населением 8,5 млн человек; из них 49% составляют женщины и 35% – молодежь (2). Таджикистан расположен на юго-западе Центральноазиатского региона. Площадь страны составляет 142,6 тыс. кв. км, более 93% которой занимают горы. Таджикистан поделен на четыре административных региона: две области (Хатлонская область на юге страны и Согдийская область на севере), одну автономную область на востоке – Горно-Бадахшанскую автономную область и районы республиканского подчинения в Центральном Таджикистане, которые подчиняются напрямую столице Таджикистана – Душанбе. Каждая область состоит из более мелких административных единиц под названием район. Всего в Таджикистане насчитывается 58 районов, 17 городов и 57 поселков (5).

ВСТАВКА 2. ПОЛИОМИЕЛИТ И ОВП

В ходе вспышки полиомиелита регистрировались и подтвержденные, и неподтвержденные случаи заболевания. В неподтвержденных случаях у детей развивается мышечный паралич, который нельзя было отнести к полиомиелитному; в этом случае регистрируется острый вялый паралич (ОВП), который характеризуется как «остро возникшие слабость и вялость любой части тела у ребенка младше 15 лет либо паралич у больного любого возраста с подозрением на полиомиелит» (6). ОВП вызывает не только полиовирус, но и ряд других вирусов – такие случаи относят к ОВП неполиомиелитной этиологии. Между тем во всех подобных случаях требуется реабилитация и обеспечение ассистивными устройствами, необходимыми для сведения к минимуму последствий, вызванных нарушениями функций, и для обеспечения оптимального функционирования, независимости и участия в жизни общества.

РИСУНОК 1. ДЕТАЛИЗАЦИЯ ОБЩЕЙ СТАТИСТИКИ ОВП В ТАДЖИКИСТАНЕ, 2010 г.



Источник: Yakovenko et al., 2014 (4)

значительное число детей с другими типами нарушений (например, церебральный паралич или врожденные пороки развития). Недостаточно охваченными услугами реабилитации

оказались также лица, перенесшие или имеющие НИЗ (особенно это касалось перенесших инсульт и диабетиков) и пострадавшие в дорожно-транспортных происшествиях наряду с пожилыми людьми, имеющими ограничение функций или какое-либо заболевание. НИЗ являются основной причиной инвалидности и смертности в Таджикистане, требуя немалых ресурсов системы здравоохранения и социальной защиты. По данным ВОЗ, в 2014 г. НИЗ стали причиной 59% общего числа случаев смерти в стране (7). В результате министерство здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана обратилось к ВОЗ с просьбой оказать техническую помощь, необходимую для выработки основанного на фактических данных решения для: а) удовлетворения потребностей лиц с полиомиелитом и б) укрепления политики, системы и услуг реабилитации в интересах всех нуждающихся в реабилитации лиц.

В настоящем документе описаны проблемы, которые испытывала система здравоохранения, участие ВОЗ в их разрешении и последующие выработка и реализация межотраслевой национальной стратегии социальной защиты инвалидов и их реабилитации в Таджикистане.

ЗАДАЧИ

В 2013 г. в Таджикистане отсутствовали официальные программы реабилитации, а услуги реабилитации имели ограниченный характер. В стране назрела неотложная необходимость в выработке стратегий реабилитации и в развитии реабилитационной системы и услуг, необходимых для удовлетворения нужд людей, пострадавших от вспышки полиомиелита в 2010 г. Недостатки услуг реабилитации, выявленные ВОЗ совместно с министерством здравоохранения и социальной защиты населения (при содействии различных заинтересованных сторон) в ходе ситуационного анализа (5), описаны ниже. Главным предметом ситуационного анализа были программы реабилитации и управление ими, а также воздействие услуг на людей с заболеваниями, нарушениями и инвалидностью. Для подготовки окончательного доклада о ситуационном анализе потребовалось сформировать межминистерскую рабочую группу, провести кабинетное исследование, семинары на национальном уровне и визиты на места, опросы, обсуждение в фокус-группах и анализ выводов ситуационного анализа (5).

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ

В ходе ситуационного анализа выяснилось, что в стране недостаточно специалистов по реабилитации. Физиотерапевты и эрготерапевты, логопеды и специалисты по физиатрии

и реабилитации в Таджикистане отсутствовали; в республике работали только два специалиста по протезированию и ортезированию. В Таджикистане также отсутствовали возможности для обучения и профессиональной подготовки в этих сферах. Кроме того, у других медицинских работников (например, врачей и медсестер) было недостаточно опыта и знаний в области инвалидности и реабилитации. Системе здравоохранения недоставало знаний о реабилитации и понимания этого процесса, информации о потенциальных преимуществах реабилитации, связанных со снижением показателей нарушений функций и инвалидности, улучшением функционирования и содействием интеграции инвалидов в общество и их участию в общественной жизни. Лечение, которое считалось реабилитационным, такое как массаж и электростимуляция, проводили медицинские работники, прошедшие подготовку по применению этих методов в процессе работы.

Более того, физиотерапевты и хирурги обладали крайне скудными знаниями о потребностях в лечении и реабилитации людей, перенесших полиомиелит. В Таджикистане работало всего 15 хирургов-ортопедов, из них 13 – в столице Таджикистана, Душанбе. Все они прошли подготовку в соответствии с устаревшими протоколами, предписывавшими не проводить хирургические операции детям, перенесшим полиомиелит, до исполнения 14 лет. До вспышки полиомиелита в 2010 г. большинство хирургов за всю свою профессиональную карьеру наблюдали не более трех детей, больных полиомиелитом.

ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

Большинство реабилитационных служб находились в городах, и особая нехватка таких служб ощущалась в сельской местности, где проживает большая часть населения (73,6%). Отмечались различия в стандартах качества в стране, надлежащий мониторинг оказания услуг по реабилитации не проводился. Координация действий поставщиков услуг и механизм направления к поставщикам услуг и заинтересованным сторонам реализовывались ограниченно. Финансирование деятельности, направленной на повышение качества жизни инвалидов и реабилитацию, было недостаточным. И наконец во всей стране наблюдалась нехватка ассистивных устройств (кресел-колясок, ортезов и протезов) для инвалидов.

ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ

В Таджикистане 39% населения живет за чертой бедности (8). Инвалидность и нищета усиливают и подпитывают друг друга: нищета повышает вероятность нарушений, обусловленных неполноценным питанием, некачественным

здравоохранением и опасными условиями жизни; а инвалидность может привести к снижению уровня жизни, и нищете в связи с отсутствием доступа к образованию, занятости и получению дохода, что сопровождается ростом расходов на медицинские продукты и услуги. В силу стигматизации и предрассудков инвалиды также сталкиваются с социальными и информационными барьерами. Таким образом неблагоприятное социально-экономическое положение инвалидов препятствует их эффективному и осмысленному участию в принятии решений, связанных со здоровьем и услугами реабилитации.

РАБОТА ВОЗ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Вспышка полиомиелита в 2010 г. подтолкнула министерство здравоохранения и социальной защиты населения к проведению анализа актуальных проблем системы здравоохранения. Министерство признало, что традиционные методы реабилитации, унаследованные из советской эпохи, не отвечали в должной мере потребностям больных, перенесших полиомиелит. Действий министерства, которые бы в большей степени отвечали их нуждам, ждали и семьи переболевших полиомиелитом.

Основываясь на рекомендациях Всемирного доклада об инвалидности (9) и действуя в соответствии с принципами и идеалами политики Здоровье-2020 (10), ВОЗ предложила реализовать в Таджикистане программу в сфере инвалидности и реабилитации в поддержку Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. (11). Приступив к реализации программы в сфере инвалидности и реабилитации, ВОЗ и министерство здравоохранения и социальной защиты населения намеревались удовлетворить потребности людей, перенесших полиомиелит, и их семей, а также других категорий населения Таджикистана, имеющих функциональные нарушения и заболевания и нуждающихся в реабилитации.

Программа в области инвалидности и реабилитации была реализована в два этапа. На этапе I (2013–2016 гг.) ВОЗ оказала техническую помощь министерству здравоохранения и социальной защиты населения в связи с выработкой национальной программы реабилитации, развитием реабилитационной системы и служб. В ходе этапа II (2016–2019 гг.) ВОЗ оказывает техническую помощь министерству в связи с укреплением и расширением реабилитационных служб.

Главными направлениями программы в области инвалидности и реабилитации являются:

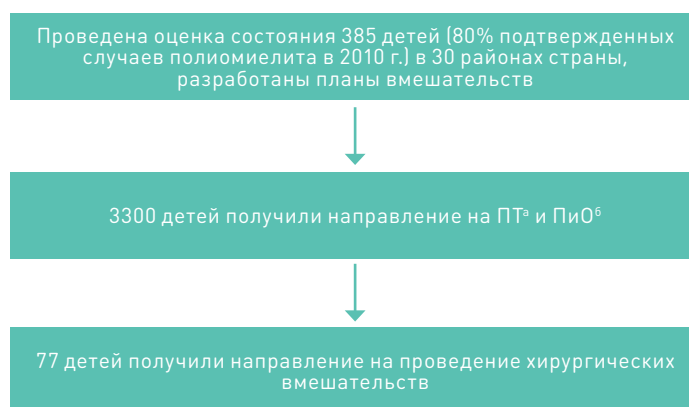
- укрепление услуг по реабилитации;
- развитие кадровых ресурсов;
- развитие реабилитации на уровне общины (РУО); и
- выработка политики.

Каждому направлению посвящен один из следующих разделов.

УКРЕПЛЕНИЕ УСЛУГ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

На втором этапе контроля реабилитации в 30 районах, в которых наблюдалась вспышка полиомиелита, проводилась постоперационная реабилитация, а также было организовано повышение квалификации хирургов-ортопедов и профессиональная подготовка работников системы здравоохранения первичного и вторичного звена в целях обеспечения регулярного приема и контроля пациентов. В общей сложности профессиональную подготовку прошли 138 медицинских работников и специалистов по реабилитации (13, 14). Благодаря целевым вмешательствам на базе двух лагерей были оказаны услуги по реабилитации 422 детям (около 90% подтвержденных в 2010 г. случаев полиомиелита).

РИСУНОК 2. КОЛИЧЕСТВО НАПРАВЛЕНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ЛАГЕРЯ, ВЫПИСАННЫХ В 2014 Г.



^а ПТ: психотерапия

^б ПиО: протезирование и ортезирование

Источник: Yakovenko et al., 2014 (4)

ВОЗ и министерство здравоохранения и социальной защиты населения совместно подготовили брошюру о ведении

полиомиелита (15) на английском и таджикском языках. Документ, предназначенный для специалистов по реабилитации, был подготовлен с опорой на результаты работы реабилитационных лагерей. Он использовался для подготовки работников системы здравоохранения и специалистов по реабилитации. В сотрудничестве с Международным обществом протезирования и ортопедии ВОЗ оказала дополнительную техническую помощь по профессиональной подготовке медицинских работников и специалистов по реабилитации, включая курс по ведению полиомиелита (16).

При участии заинтересованных сторон (министерство здравоохранения и социальной защиты населения, национальные и международные неправительственные организации, организации инвалидов, учреждения Организации Объединенных Наций) был проведен ситуационный анализ обеспечения ассистивными устройствами в Таджикистане (17). По итогам ситуационного анализа ВОЗ провела совместную работу с министерством здравоохранения и социальной защиты населения над повышением качества обеспечения ассистивными устройствами населения Таджикистана. По итогам выводов, сделанных в ситуационном анализе, министерство закупило в 2015–2016 гг. целый ряд ассистивных устройств (например, инвалидных кресел-колясок для детей и взрослых, тростей для слепых, слуховых аппаратов), тогда как в предыдущие годы закупались только стандартные инвалидные кресла-коляски. В целях улучшения системы обеспечения инвалидными креслами-колясками в Таджикистане в декабре 2015 г. был организован технический курс, предназначенный для развития основных знаний и навыков персонала, участвующего в организации поставок кресел-колясок (18). Для того чтобы дополнительно укрепить сектор ассистивных технологий Таджикистана, ВОЗ оказывает министерству здравоохранения и социальной защиты населения помощь в составлении списка приоритетных ассистивных устройств, основанного на списке приоритетных ассистивных устройств ВОЗ (19). Список будет использоваться в качестве руководства для разработки и производства продукции, оказания услуг, формирования рынка, организации закупок и возмещения затрат в будущем.

ВОЗ также оказывала поддержку министерству здравоохранения и социальной защиты населения в связи с укреплением услуг по реабилитации для людей, имеющих другие заболевания и нуждающихся в реабилитации. Так, разработаны информационные, образовательные и коммуникационные материалы по реабилитации, предназначенные для врачей и специалистов по реабилитации, а также организована подготовка по применению таких

материалов в целях оказания услуг по реабилитации, ориентированных на пациента (20). Помимо этого, проводились различные мероприятия по наращиванию потенциала (в разделах, посвященных развитию кадровых ресурсов и РУО), цель которых заключалась в укреплении услуг по реабилитации, предназначенных для людей с различными состояниями здоровья.

РАЗВИТИЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ

В 2013–2014 гг. реализованы мероприятия по наращиванию организационного потенциала для реабилитационных центров министерства здравоохранения и социальной защиты населения. Специалисты по физиотерапии и эрготерапии из разных стран организовали профессиональную подготовку для сотрудников реабилитационных центров без отрыва от работы. Помимо этого, физиотерапевты и эрготерапевты смогли посетить организованные на национальном уровне семинары, предназначенные для наращивания потенциала (21). В результате этих инициатив в национальных реабилитационных центрах впервые были сформированы отделения эрготерапии (22).

Для развития потенциала в долгосрочной перспективе шести специалистам оказана помощь в связи с прохождением официальных длительных программ профессиональной подготовки за пределами страны. Каждый из шести специалистов обязан вернуться в страну в 2019 г. для оказания министерству здравоохранения и социальной защиты населения помощи в связи с предоставлением услуг реабилитации на всей территории Таджикистана. В проходящую обучение группу специалистов вошли физиотерапевты, эрготерапевты и их помощники. Помимо этого, два врача прошли профессиональную подготовку по физиотерапии и реабилитации и оказывают помощь реабилитационным центрам министерства здравоохранения и социальной защиты населения в целях предоставления качественных услуг реабилитации детям и взрослым с инвалидностью.

До 2014 г. процедура установления и оценки степени инвалидности в Таджикистане не соответствовала международным нормам, и это в существенной степени затрудняло получение инвалидами услуг, социальных пособий и льгот. В мае 2016 г. совместно с правительством Таджикистана ВОЗ провела двухдневный семинар в целях укрепления системы оценки в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (23). Начиная с 2017 г. ВОЗ в тесном сотрудничестве с министерством здравоохранения и социальной защиты населения ведет работу над укреплением системы установления и оценки степени инвалидности в Таджикистане.

РЕАБИЛИТАЦИЯ НА УРОВНЕ ОБЩИНЫ

До 2013 г. предлагавшиеся в Таджикистане услуги реабилитации не соответствовали потребностям населения (5). В стране действовала централизованная система, а реабилитационные учреждения располагались преимущественно в городах. Это препятствовало получению услуг 73,6% населения, проживающего в отдаленных сельских районах и не имеющего возможности организовать проезд до города. По этой причине была разработана сеть реабилитации на уровне общины, предполагающая децентрализацию услуг и содействующая инклюзивному развитию на базе местных сообществ. В целях укрепления РУО в Таджикистане было реализовано сразу несколько различных мероприятий. В декабре 2014 г. прошла первая национальная конференция по РУО под названием «Охват неохваченных». На этой конференции были представлены руководящие указания ВОЗ по РУО на таджикском и русском языках (24). Конференция, которую посетили почти 400 представителей различных секторов страны, стала крупнейшей конференцией по вопросам инвалидности, проведенной в Таджикистане на сегодняшний день. По итогам конференции были выработаны принципы реализации РУО и заложены основы для реализации программ РУО в Таджикистане под руководством правительства.

ВОЗ сыграла важную роль в интеграции РУО в государственную политику. Это способствовало созданию сети РУО в Таджикистане и утверждению подхода к организации РУО Национальным координационным советом по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения (межминистерской рабочей группой, которую возглавляет заместитель премьер-министра). Кроме того, на базе государственно-частного партнерства министерством здравоохранения и социальной защиты населения и организациями гражданского общества были разработаны совместные программы РУО. За последние три года такие программы реализованы в 35 из 66 районов страны, что позволило получить соответствующие услуги 6290 инвалидам, проживающим в сельских районах Таджикистана. В настоящий момент разрабатываются стандарты, которые позволят укрепить реализацию РУО, а также ее мониторинг и оценку.

ВЫРАБОТКА ПОЛИТИКИ: НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

При поддержке ВОЗ министерство здравоохранения и социальной защиты населения подготовило меморандум «Лучшее здоровье для людей с ограниченными возможностями в целях создания полноценного общества в Республике Таджикистан» (25), о принятии которого было

объявлено в Международный день инвалидов в 2013 г. (26). Меморандум помог специалистам сектора здравоохранения понять роли и обязанности в области работы с инвалидами.

В 2015 г. правительство Таджикистана создало межминистерскую рабочую группу для разработки четырехлетней (2017–2020 гг.) национальной программы реабилитации инвалидов. Техническую помощь правительству оказывала ВОЗ. Затем были проведены интенсивные консультации с участием 23 правительственных министерств, государственных ведомств и комитетов, а также организаций инвалидов, объединения «Ассоциация родителей детей с ограниченными возможностями», международных и национальных неправительственных организаций, учреждений ООН и организаций-доноров. В ходе подготовки программы проведены консультации примерно со 110 различными организациями страны, после чего программа прошла процедуру утверждения парламентом и исполнительным аппаратом президента. В итоге 28 октября 2016 г. была принята межотраслевая Национальная программа реабилитации инвалидов на 2017–2020 гг., основанная на положениях Конвенции о правах инвалидов (27) (постановление № 455), утвержденная президентом Республики Таджикистан в качестве председателя правительства.

С момента обретения страной независимости в 1991 г. Национальная программа стала первым нормативным документом, касающимся инвалидности. В ней рассматриваются вопросы прав инвалидов в таких сферах, как здравоохранение, реабилитация, образование, самообеспечение, социальная защита, культура, доступность услуг и правосудие. Первостепенное внимание в Национальной программе уделяется лицам с длительными нарушениями функций (физических, сенсорных и умственных), психическими расстройствами и испытывающим трудности в функционировании в связи с неинфекционными заболеваниями, послеоперационными состояниями, инфекционными заболеваниями, травмами или последствиями процесса старения. Программа предлагает долгосрочную стратегию и план действий по поддержке прав инвалидов и предоставлению им доступа к качественным услугам в области реабилитации, а также содействует обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения в Таджикистане до 2020 г.

ОБСУЖДЕНИЕ

На глобальном уровне всё большее признание получает тот факт, что адекватные услуги реабилитации и ассистивные устройства необходимы, и не только для спорадических вспышек инфекционных заболеваний, приводящих к долгосрочной инвалидности (см. вставку 3), но и для нарушений, связанных с НИЗ и другими хроническими заболеваниями. Однако при планировании числа специалистов по реабилитации следует учитывать не только потребности отдельно взятых стран. Острая нехватка таких специалистов ощущается во всем мире (28, 29), и соответственно существует угроза того, что их будут переманивать другие страны.

ВСТАВКА 3. ВОПРОСЫ БЕЗ ОТВЕТА

Несмотря на то, что число случаев полиомиелита во всем мире пошло на убыль, число случаев ОВП заметно возросло. В то же время на момент объявления об искоренении полиомиелита в Индии в 2012 г. было зарегистрировано в общей сложности 59 436 случаев ОВП, в 2013 г. – 53 421 случай и в 2015 г. – 53 383 случая (30). Зарегистрированы новые случаи синдрома острого вялого миелита у детей, преимущественно в США (173 ребенка по состоянию на февраль 2017 г.) (31). Этиология этого синдрома не установлена; причиной паралича может быть энтеровирус, вызывающий полиоподобные симптомы. Детям с синдромом острого вялого миелита также потребуются услуги реабилитации и ассистивные устройства.

Во многих странах специалисты по реабилитации нуждаются в более качественном формальном образовании, регулировании и признании. Помимо этого, для увеличения числа профессионалов необходимо создать возможности для накопления опыта, а также оказания и принятия наставнической помощи. Для удержания обученных профессионалов важно создать надлежащие условия труда (включая выплату адекватного вознаграждения). Это особенно актуально для Таджикистана, которому необходимо долгосрочное решение проблемы нехватки специалистов по реабилитации.

В Таджикистане и вопросы здравоохранения, и вопросы социальной защиты находятся в ведении одного министерства, которое также занимается различными проблемами, связанными с инвалидностью. Поэтому Таджикистан способен взять на себя ведущую роль, обеспечив координацию межотраслевых и multidisciplinary мер, которые необходимо принимать для удовлетворения потребностей в реабилитации инвалидов. Один из важнейших выводов, сделанных на основе полученного опыта, заключается в том, что и сектор здравоохранения, и сектор социальной

защиты, работая над интеграцией и укреплением услуг по реабилитации и системы обеспечения ассистивными устройствами в разных секторах, имеют различные исходные условия: в секторе здравоохранения деятельность в сфере реабилитации и обеспечения ассистивными устройствами должна осуществляться в контексте обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, в то время как в социальном секторе первостепенное внимание должно уделяться оказанию особых услуг инвалидам. Учитывая то, что специалисты по реабилитации могут способствовать социальной интеграции и участию инвалидов в жизни общества в целом, услуги по реабилитации в обоих секторах имеют решающее значение для разработки межотраслевой структуры управления (32).

Реабилитация и ассистивные устройства необходимы для удовлетворения потребностей людей с различными заболеваниями на протяжении всей их жизни и на всех этапах оказания медико-санитарной помощи. Оказание услуг по реабилитации и обеспечение ассистивными устройствами – это инвестиции в человеческий капитал, способствующие улучшению здоровья населения и экономическому и социальному развитию. Более качественная интеграция услуг по реабилитации и обеспечения ассистивными технологиями и устройствами в сектор здравоохранения, и укрепление межсекторальных связей способствуют эффективному и рациональному удовлетворению потребностей населения. Это также способствует достижению цели 3 в области устойчивого развития («Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте») (33) и других целей, сформулированных в Повестке-2030, для того чтобы никто не был оставлен без внимания. Обеспечение охвата инвалидов услугами здравоохранения содействует созданию системы, услугами которой могут пользоваться все уязвимые категории населения, включая тех, кто живет в условиях крайней нищеты.

В Таджикистане работа над Национальной программой началась с оказания услуг, предназначенных для удовлетворения неотложных потребностей людей, перенесших полиомиелит, после чего круг задач программы был расширен с включением в него таких целей, как укрепление услуг по реабилитации и разработка национальной политики и законодательной базы. В условиях дефицита ресурсов важно прежде всего удовлетворить потребности в оказании услуг для того чтобы наладить взаимодействие с национальными или местными органами власти, в зависимости от обстоятельств.

В Таджикистане существенная техническая помощь ВОЗ в связи с реабилитацией лиц, перенесших полиомиелит, помогла поставщикам услуг выявить недостатки проводимой реабилитации и сопоставить используемые методы с международными стандартами. Услуги по реабилитации способствовали обеспечению самостоятельности и мобильности лиц, перенесших полиомиелит, в результате чего они стали более активно участвовать в учебной и рабочей деятельности (34). Достижения программы помогли руководству министерства здравоохранения и социальной защиты населения оценить дополнительные преимущества реабилитации и способствовали разработке Таджикистаном национальной реабилитационной политики, созданию реабилитационной системы и оказанию услуг реабилитации в соответствии с международными стандартами. Приняв в качестве отправной точки целенаправленную стратегию в области здравоохранения (то есть посвященную реабилитации), подняв решение проблем инвалидов на национальный уровень, поставив нужды страны во главу угла и наладив сотрудничество с различными заинтересованными сторонами, ВОЗ смогла повлиять на систему здравоохранения Таджикистана и укрепить ее, работая над обеспечением всеобщего охвата услугами здравоохранения. Авторы надеются, что достижения Таджикистана помогут другим странам в различных регионах ВОЗ расширить системы реабилитации и обеспечения ассистивными устройствами.

Выражение признательности: авторы выражают признательность министерству здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана, благодаря содействию которого был подготовлен этот доклад; Игорю Поканевичу, представителю ВОЗ в Таджикистане и руководителю странового офиса; а также всем тем жителям Таджикистана, которые нуждаются в услугах реабилитации и ассистивных устройствах.

Источники финансирования: ВОЗ продолжает оказывать поддержку министерству здравоохранения и социальной защиты населения Таджикистана; финансирование всех компонентов программы в области инвалидности и реабилитации осуществляет Агентство Соединенных Штатов по международному развитию (ЮСАИД); связанная с выработкой политики работа ведется в рамках совместной программы с Партнерством Организации Объединенных Наций по поощрению прав инвалидов. Решающее значение для начала реализации программы в области инвалидности и реабилитации и для последующего укрепления и расширения услуг реабилитации в Таджикистане имела помощь ЮСАИД.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/, accessed 29 May 2018).
2. Tajikistan. In: UN/Sustainable Development Knowledge Platform. New York: United Nations; 2017 (<https://sustainabledevelopment.un.org/memberstates/tajikistan>, accessed 29 May 2018).
3. Matlin SA, Haslegrave M, Told M, Piper J. The Global Polio Eradication Initiative: achievements, challenges, and lessons learned from 1988–2016. Geneva: Global Health Centre, the Graduate Institute of International and Development Studies; 2017 ([http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615/files/Polio Research Paper 2017.pdf](http://repository.graduateinstitute.ch/record/295615/files/Polio%20Research%20Paper%202017.pdf), accessed 29 May 2018).
4. Yakovenko ML, Gmyl AP, Ivanova OE, Eremeeva TP, Ivanov AP, Prostova MA et al. The 2010 outbreak of poliomyelitis in Tajikistan: epidemiology and lessons learnt. Euro Surveill. 2014;19(7):pii= 20706 (<https://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V19N07/art20706.pdf>, accessed 29 May 2018).
5. Ситуационный анализ. Состояние сферы реабилитации в Таджикистане Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/275799/State-of-Rehab_Tajikistan_Report_Rus_LLV.pdf?ua=1, по состоянию на 26 мая 2018 г.).
6. Field guide: surveillance of acute flaccid paralysis. Third edition. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare; 2005 (http://www.searo.who.int/india/topics/poliomyelitis/Field_guide_for_Surveillance_of_Acute_Flaccid_Paralysis_3rd_edition.pdf?ua=1, accessed 29 May 2018).
7. World Health Statistics 2014. In: WHO/Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/, accessed 29 May 2018).
8. Human development report 2016: human development for everyone. New York: United Nations Development Programme; 2016 (http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf, accessed 29 May 2018).
9. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/, по состоянию на 14 июня 2018 г.).

10. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
11. Глобальный план ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью; 2015 (<http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
12. Addressing the legacy of polio in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 18 June 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/06/addressing-the-legacy-of-polio-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
13. Фоторепортаж: Реабилитация детей, перенесших полиомиелит, в Таджикистане [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/multimedia/photo-story-rehabilitating-children-with-polio-in-tajikistan>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
14. Реабилитация – ключ к самостоятельному будущему для детей, перенесших полиомиелит. В разделе: Таджикистан. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 18 декабря 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/news/news/2014/12/rehabilitation-key-to-an-independent-future-for-children-with-poliomyelitis-in-tajikistan>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
15. Management of poliomyelitis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/publications/management-of-poliomyelitis-2015>, accessed 29 May 2018).
16. Multi-disciplinary approach to rehabilitation of people with polio. In: WHO/Europe/Health topics/Communicable diseases/Poliomyelitis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 15 November 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis/news/news/2016/11/multi-disciplinary-approach-to-rehabilitation-of-people-with-polio>, accessed 29 May 2018).
17. Ситуационный анализ обеспечения инвалидными колясками и функциональными устройствами в Республике Таджикистан. Июль 2014 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/publications/situational-analysis-on-wheelchair-and-mobility-devices-in-tajikistan-2014>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
18. Улучшение системы обеспечения креслами-колясками в Таджикистане. В: Таджикистан. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 7 января 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2016/01/better-wheelchair-service-provision-in-tajikistan>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
19. Список приоритетных вспомогательных устройств: улучшение доступа к ассистивной технологии для всех и повсюду. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207694/WHO_EMP_PHI_2016.01_rus.pdf?sequence=2&isAllowed=y, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
20. Цели реабилитационных программ: плакаты для самопомощи и мобильности; функциональная независимость и участие в общественной жизни; образование и работа. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/publications/goals-of-rehabilitation-posters-on-self-care-and-mobility-functional-independence-and-social-participation-education-and-work-2014>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
21. Tajikistan hosts workshops on disability and rehabilitation In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 21 January 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/01/tajikistan-hosts-workshops-on-disability-and-rehabilitation>, accessed 29 May 2018).
22. Strengthening the skills of rehabilitation personnel in Tajikistan. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 11 December 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/12/strengthening-the-skills-of-rehabilitation-personnel-in-tajikistan>, accessed 29 May 2018).
23. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In: WHO/Classifications. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, accessed 29 May 2018).
24. Руководящие принципы по реабилитации на уровне общины. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010 (<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/ru/>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
25. Better health for persons with disabilities for an inclusive society in Tajikistan. Position paper. Dushanbe: Ministry of Health and Social Protection of Tajikistan; 2014 (http://moh.tj/wp-content/uploads/2017/07/Tajikistan-National-Program-on-Rehabilitation_TAJ-RUS_FV_WEB.pdf), accessed 29 May 2018.
26. Tajikistan launches plans to improve access to good health for people with disabilities. In: WHO/Europe/Countries/Tajikistan/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 6 December 2013 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2013/12/tajikistan-launches-plans-to-improve-access-to-good-health-for-people-with-disabilities>, accessed 29 May 2018).
27. Конвенция о правах инвалидов и факультативный протокол. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-r.pdf>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).

28. Реабилитация 2030: призыв к действиям. Концептуальная записка. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/disabilities/care/ConceptNoteRU.pdf?ua=1>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
29. World Health Organization, International Society for Prosthetics and Orthotics, United States Agency for International Development. Standards for prosthetics and orthotics. Part 1: standards. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/prosthetics_orthotics/en/, accessed 29 May 2018).
30. Vashisht N, Puliye J, Sreenivas V. Trends in nonpolio acute flaccid paralysis incidence in India 2000 to 2013. *Pediatrics*. 2015;135(suppl 1):S16–17 (http://pediatrics.aappublications.org/content/135/Supplement_1/S16.2, accessed 29 May 2018).
31. Acute flaccid myelitis in U.S. children. In: CDC/CDC Features/Diseases&Conditions. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2018 (<https://www.cdc.gov/features/acute-flaccid-myelitis/index.html>, accessed 29 May 2018).
32. Таджикистан предпринимает усилия для того, чтобы инвалидность не приводила к социальному отчуждению. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 7 августа 2017 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/news/news/2017/08/breaking-the-link-between-disability-and-exclusion-in-tajikistan>, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
33. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015. (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R, по состоянию на 14 июня 2018 г.).
34. Программа реабилитации в Таджикистане – еще один шаг на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения. В: Таджикистан [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 27 марта 2018 г. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/news/news/2018/3/rehabilitation-programme-in-tajikistan-builds-towards-universal-health-coverage>, по состоянию на 26 мая 2018 г.). ■

CASE STUDY

Refugee and migrant health – improving access to health care for people in between

Zsofia Pusztai¹, Ivan Zivanov¹, Santino Severoni², Soorej Jose Puthoopparambil², Helena Vuksanovic¹, Sanja Gajica Stojkovic¹, Violeta Egic¹

¹ World Health Organization Country Office in Serbia, Belgrade, Serbia

² World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Ivan Zivanov (email: zivanovi@who.int)

ABSTRACT

Since 2015, Serbia has been a central waypoint along the western Balkans migration route. After the closure of the humanitarian corridor in March 2016, thousands remained trapped in Serbia reluctant to seek asylum, as this would undermine their chances of finding protection in one of the EU Member States. The WHO Country Office for Serbia needed to address the challenges involved in providing health services to persons with an often unregulated legal status and in the context of limited financial and human resources of the national health system. Further difficulties included unmet hygienic, sanitary and health needs of persons voluntarily staying outside state shelters, and the cultural and language barriers preventing provision of health care.

In line with the Strategy and action plan for refugee and migrant health laid down in the WHO European Region and resolution EUR/RC66/R6 of the WHO Regional Committee for Europe, the intervention by the WHO Country Office for Serbia was focused on a coordination role supporting the establishment of a national coordination mechanism for health services which included all state actors as well as NGOs. Thus, the services provided by nongovernmental actors were included in the national public health system with the existing referral system. In parallel, development of Migrant Health Information System was supported, providing a surveillance and monitoring mechanism while further resources were mobilized through the United Nations and partners development framework to support public health services and capacities.

Keywords: REFUGEES, MIGRANTS, STRATEGY AND ACTION PLAN FOR REFUGEE AND MIGRANT HEALTH IN THE WHO EUROPEAN REGION, PUBLIC HEALTH SYSTEM

INTRODUCTION

In 2015 and in the first quarter of 2016, more than 920 000 refugees and migrants - primarily from Syria, Afghanistan and Iraq - passed through Serbia on their way to Central Europe (1). Although this was an unprecedented number, people were passing through the country quickly and the health system's response was mostly limited to emergency care. The situation changed after the closure of the western Balkans migration route in March 2016, with nearly 8 000 people becoming stranded in the country and often reluctant to initiate a registration and asylum-seeking procedure (2). This number gradually reduced to approximately 4 000 in 2018 (3). The country's health care system needed to respond to new challenges:

- a. It became imperative to address a humanitarian crisis that erupted as a result of people fleeing violence and persecution.

Provision of health care services relied on NGO work and donor support focused on NGOs. Those who stayed in the country longer also needed comprehensive care that was available only within the national health system, which resulted in a need for coordination and incorporation of NGO-established care into the national health system framework.

- b. A 2013 piece of legislation that reduced new employment in state institutions, including health care providers such as primary health care centres and hospitals, set further limits to the provision of care not only for refugees and migrants but also for the host population.¹

¹ As a budget-saving measure, the 2013 Budget System Law prohibited new employment in the public sector without approval from the government ("Sl. glasnik RS", br. 62/2013). This made it difficult for local health care centres to allocate additional professionals in the event of increased population on their territory.

- c. A significant number of persons staying in informal shelters in Belgrade and near the border, without access to sanitation and hygiene, was under constant risk of communicable diseases, harsh weather conditions, violence and exploitation.
- d. Inability to communicate with patients in languages they understand was a serious hindrance in the provision of adequate care, especially evident in the area of mental health support, which remains one of the biggest challenges even today.

INTERVENTION

In order to address the abovementioned challenges, the WHO Country Office in Serbia supported the Ministry of Health and Health System in Serbia in developing and implementing various interventions.

The recently adopted Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region (4) provided a framework for prioritizing and implementing the interventions. The Strategy and action plan defines strategic areas and priority actions to address the public health and health system challenges related to migration. They follow the spirit of the 2030 Agenda for Sustainable Development, Health 2020 – the European policy framework for health and well-being, and World Health Assembly resolution WHA61.17 on health of migrants.

The interventions by the WHO Country Office for Serbia covered all the strategic areas (SA) set by the Strategy and action plan.

SA 1: Establishing a framework for collaborative action. In June 2015, an Interministerial Working Group on Mixed Migration Flow was established by the Government of Serbia to coordinate the response of all state sectors to the refugee crisis. It is an overarching body that sets the Government strategy. Specific working groups were also appointed for each sector. WHO supported the Ministry of Health in developing a national coordination mechanism for health services in which all stakeholders regularly take part – state-funded health care providers and public health institutes, NGOs and international organizations. WHO supported this mechanism with advocacy functions and through co-chairing the work. As a consequence of this process and in order to bind health services provided by NGOs and financed by foreign donors and multilateral partners with the state health system, the Ministry of Health implemented a mechanism whereby NGOs hire staff through contracts with local primary health care centres. This is considered a transitional measure put in place until primary health care centres are able to take over the provision of services without financial and

human resource support from NGOs. Cooperation protocols were signed between each NGO and local primary health care centres. Thus, even though services are managed and financed by NGOs, medical teams are considered part of the primary health care system and NGO doctors can refer patients to other primary or secondary care services. At the same time, primary health care centres were authorised to provide services to an increased population without additional employment.

SA 2: Advocating for the right to health of refugees, asylum-seekers and migrants. At the moment medical services are provided to refugees and migrants regardless of their registration status, but this is not supported in current legislation under which health care costs may be covered from the national budget only for those who have been granted asylum. In the Assessment Report presented in November 2017, WHO recommended legislative changes under which the country's universal coverage scheme would include refugees and migrants who request asylum or are granted a temporary stay arrangement in Serbia on a humanitarian basis (without a request for asylum).

The United Nations country team in Serbia has successfully mobilized resources from the European Delegation to Serbia for the support of migrant health and particularly assistance to the national and local health care systems to strengthen their capacities in responding to refugee and migrant rights and needs, but also to improve access to care for the local population.² The set of measures being implemented in the years 2017–2019 includes procurement of equipment and improvement of infrastructure of medical facilities in migrant-recipient municipalities, development of technical guidance and contingency plans, trainings for health professionals and public health specialists, training for cultural mediators with a refugee and migrant background and their work in health awareness-raising activities for refugees, migrants and the host population. These activities will prepare the health system to fully take over the provision of services to refugee and migrant populations in the near future.

SA 3: Addressing the social determinants of health. At the peak of the refugee crisis, the WHO Regional Office for Europe performed 10 country assessments to analyse the health system and broader social protection capacity to manage sudden, large influxes of refugees and migrants. The assessment for Serbia was performed in June 2015 (5) and the results with recommendations were taken forward. In October 2017, a follow-up assessment was conducted

² In June 2017, four UN agencies: UNDP as a lead and WHO, UNOPS and IOM, were granted implementation of the two-year Project for support to health, communal and social services in Serbian municipalities hosting migrants and refugees, in total EUR 3 997 865.

and its results were discussed with key national, international and local stakeholders in November of that year.³ Following these recommendations, an NGO-based care model for refugees and migrants was incorporated into the national health system. In 2016, a total of 180 987 services (medical procedures) were provided to refugees and migrants, of which 96 314 were provided by NGOs as part of the national health system and 45 421 were provided by NGOs outside the state system but reported to the Institute of Public Health of Serbia (6).⁴ The same cooperation model is used in the area of child protection. In 2016, NGOs supported by UNICEF provided services in child friendly spaces in refugee centres to 38 513 children receiving psychosocial support through recreational and educational activities, while 6 690 children under two years of age and 4 821 mothers benefited from counselling and support on infant and young child feeding in mother-baby spaces (7). Compared to the situation in 2016, when thousands of people were staying in irregular shelters with little or no access to sanitation, hygiene and safety, thanks to the coordinated efforts of governmental bodies, NGOs and international organizations, now approximately 90% of refugees and migrants are accommodated in state shelters with adequate access to water, sanitation and hygiene and protection services, even though some centres continue to face challenges such as overcrowding.⁵

SA 4: Achieving public health preparedness and ensuring an effective response. Based on the joint assessment of the Serbian health system's capacity to manage large influxes of refugees and migrants, WHO is currently supporting the development of three local contingency plans for the border regions located along the migrant route. These contingency plans will use the *WHO Toolkit on assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants* (8) and will be adopted by the end of 2018. They will help improve health authorities and local governments' capacity to timely and adequately respond in case of new waves of arrivals.

SA 5: Strengthening health systems and their resilience. WHO identified access to and provision of mental health services and psychosocial support and communicable disease prevention as two areas that need special attention. In collaboration with national institutions, WHO is drafting two sets of technical guidance to address these areas. Additionally, WHO is

developing a training programme for health care professionals in state institutions, which will improve their capacity to work with patients with a refugee and migrant background as well as with vulnerable local populations.

SA 6: Preventing communicable diseases. Dire living conditions in informal shelters and during the journey caused a body lice outbreak in October 2016. WHO responded rapidly and developed a set of communication materials for refugees, migrants, health professionals and refugee centre staff, aiming to provide relevant information and prevent further spread of the outbreak. The materials were printed in six languages. Six thousand copies of leaflets and materials for medical staff were made available in all medical admission rooms in refugee centres and to medical teams working with migrants in informal shelters. At the beginning of the outbreak, on average 1 000 cases were being detected and treated per month, while in December 2017, the number of cases decreased to 67. In total, 11 077 cases of body lice were detected since the beginning of the outbreak. Based on the data provided by the Migrant Health Information System, WHO was producing weekly updates on the situation in refugee centres and informal locations during the outbreak, assisting the United Nations country team in providing direct support for Water and Sanitation for Health needs and in advocating for voluntary admission of refugees and migrants to state shelters.

SA 7: Preventing and reducing the risks posed by noncommunicable diseases. The stress and uncertainty of the refugee and migrant condition in general and the specific challenges of being stranded in Serbia in particular triggered a heightened number of mental disorders and conditions that need to be addressed in a culturally sensitive way.⁶ Together with national mental health experts, state institutions and NGOs and in addition to developing WHO European Region guidance for mental health, WHO is supporting the development of national guidance for this area. It will be finalized in the first half of 2018 and provide basic principles for the provision of services, a description of minimum and adequate mental health and psychosocial support services that must be made available to refugees and migrants in reception and asylum centres, as well as links between various state actors that need to be involved with an established coordination mechanism and task force for mental health.

³ A follow-up assessment report will be published in the first half of 2018.

⁴ We are presenting only the 2016 data as the 2017 report has not yet been released.

⁵ According to UNHCR reports, in December 2016, 1 400 persons were staying in irregular shelters. By March 2018, their number went down to 250. (Source: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/52758>; <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/62372>)

⁶ As an illustration of these needs, in October 2017, 450 cases of mental health disorders were reported by doctors working with refugees and migrants. This represents 3.6% of all health conditions registered in the population. (Source: Периодични извештај о здравственом надзору над популацијом миграната – избеглица, тражилаца азила и азиланата, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 17 November 2017)

SA8: *Ensuring ethical and effective health screening and assessment.* WHO is developing a training curriculum for professionals in state health care institutions who work with refugees and migrants to enable them to provide culturally sensitive care in accordance with WHO recommendations based on evidence gathered through the two health system assessments conducted in the country and HEN synthesis reports (9). The training for 15 primary health care centres will be completed by early 2019. The curriculum will be accredited by the Health Council of Serbia and made available for replication in other regions.

SA 9: *Improving health information and communication.* The development of the Migrant Health Information System was one of the first interventions supported, both financially and technically, by WHO in 2015. All health care providers in the country – state institutions and NGOs (whether or not they operate within the state health system) – submit weekly reports to the Institute of Public Health of Serbia on the number of health conditions recorded and services provided. This system has laid the groundwork for timely monitoring of the situation and response planning, but further refinement is needed to provide more specific and disaggregated data required for targeted interventions.

PAST LESSONS AND PRESENT CHALLENGES

The first wave of the refugee and migrant influx in 2015 compelled multilateral partners to allocate significant resources for the provision of services. The humanitarian emergency required a rapid response and NGOs were the most capable partner ready for intervention. Massive movements of people are not new to the Balkans due to the wars that ravaged the region in the last decade of the 20th century. The lesson learned from the current situation was that despite the previous experience, there were gaps to be filled in order to address the refugee and migrant situation faced by Serbia in the years 2015–2016. Assistance from NGOs and other partners was needed to fill the gap. At the moment, there are no significant disparities in access to care between the local population and the refugee and migrant populations. The Ministry of Health has decided to provide the health care to all persons staying in the country but several challenges remain:

1. Extension of universal health coverage of persons who do not want to register in Serbia or initiate an asylum request will require a new legislative solution, as migrants in an irregular situation in the country are only entitled to emergency services pursuant to the national legislation.

At the moment, primary care services for these persons are financed by NGOs, while secondary and tertiary care services provided by the state health system are typically not reimbursed and hospitals cover them from their running costs. A long-term solution is therefore needed.

2. The number of translators and cultural mediators available to facilitate communication between medical staff and refugees and migrants remains insufficient. The health system will need to introduce the profession of cultural mediators and accommodate these services within state health care institutions.
3. The national vaccine procurement plan did not account for refugee and migrant children. Currently only refugee and migrant children born in Serbia are regularly vaccinated, while other children are vaccinated sporadically, depending on the availability of surplus vaccines in primary health centres or the benevolence of primary health centre management. A mechanism allowing greater flexibility is needed in procurement procedures to improve contingency preparedness.
4. At the moment there are no standards or clear definitions of the mental health and psychosocial support services that should be available in refugee centres. Therefore, authorities are sometimes reluctant to allow the provision of support, even when human and financial resources are available. Technical guidance is being developed to help resolve this issue.

While the emergency response in Serbia was successful, there is still a need for changes in legislation and regulations that would recognize the right to universal health care for migrants in an irregular situation. To this end, policymakers and broader public should first recognize that migration flows are not sudden and temporary but represent inevitable structural change in an increasingly globalized world.

CONCLUSION

As a consequence of the work presented, the health system in Serbia was able to provide the necessary services for refugees and migrants at a similar level to the quality of services provided to the local population. According to the Migrant Health Information System, 180 987 health care services were provided to refugees and migrants by the state and NGO sector in 2016,

with 210 149 services provided in 2017.⁷ The outbreak of body lice and scabies was subdued and other outbreaks were prevented. The health system's resilience to emergencies has improved thanks to a new migration-related health information system established as a clear output. Through health coordination work under the UN and partners development framework, WHO leadership was also further strengthened, with improved coordination among key stakeholders and ministries. Lastly, joint efforts of the Country office and Regional Office Migration team resulted in further resource mobilization to support public health services to respond to refugee and migrant rights and needs, while host population needs were efficiently addressed through increased public health capacities.

We can conclude that the nine strategic areas of the WHO action plan represented an effective tool in addressing the refugee crisis in a transit country that suddenly became a destination for over 7 000 refugees in 2016, which number decreased to 4 000 by 2018. Given the unpredictability of migration patterns, the Serbian Health System should continue pursuing the nine strategic areas to ensure preparedness for any future scenarios. Sound risk assessment and the use of evidence-based interventions are needed to reduce cost and burden to the Health System, and interventions should be not only well planned, but also adequately resourced to provide better health outcomes and cost efficiency (8).

Acknowledgements: None

Sources of funding: None

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Directorate-General for European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations, European Commission. Serbia; last updated 9 October 2017 (http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/serbia_en.pdf, accessed 7 June 2018).

⁷ Still unpublished Извештај о здравственом надзору над популацијом избеглица, миграната, тражилаца азила и азиланата у републици Србији за 2017, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.

2. UNHCR Serbia Update. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees; 14 February 2017 (<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/53721>, accessed 7 June 2018).
3. UNHCR Serbia Update. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees; 5 March 2018 (<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/62372>, accessed 7 June 2018).
4. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region, WHO Regional Committee for Europe (EUR/RC66/8). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 12–15 September 2016 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc668-strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region>, accessed 7 June 2018).
5. Serbia: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1, accessed 7 June 2018).
6. Извештај о здравственом надзору над популацијом избеглица, миграната, тражилаца азила и азиланата у републици Србији за 2016. годину, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2017.
7. UNICEF Annual Report 2016 – Serbia. UNICEF (https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Serbia_2016_COAR.pdf, accessed 7 June 2018).
8. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1, accessed 7 June 2018).
9. Migration and health – Health Evidence Network (HEN) synthesis reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/health-evidence-network-hen-synthesis-reports>, accessed 7 June 2018). ■

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Здоровье беженцев и мигрантов: расширение доступа к услугам здравоохранения для лиц, оказавшихся в уязвимом и неопределенном положении

Zsofia Pusztai¹, Ivan Zivanov¹, Santino Severoni², Soorej Jose Puthooppambal², Helena Vuksanovic¹, Sanja Gajica Stojkovic¹, Violeta Egic¹

¹ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Сербии, Белград, Сербия

² Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Ivan Zivanov (адрес электронной почты: zivanovi@who.int)

АННОТАЦИЯ

Начиная с 2015 г. Сербия является одним из центральных перевалочных пунктов по ходу миграционного маршрута, пролегающего через страны западной части Балканского полуострова. После закрытия гуманитарного коридора в марте 2016 г. тысячи людей оказались в безвыходном положении в Сербии, не желая обращаться с просьбой о предоставлении убежища, поскольку это подорвало бы их шансы на получение защиты в одном из государств – членов ЕС. Действуя в условиях ограниченных финансовых и человеческих ресурсов национальной системы здравоохранения, страновой офис ВОЗ в Сербии нередко был вынужден решать проблемы, связанные с оказанием медико-санитарной помощи лицам с неурегулированным правовым статусом. К числу других трудностей относились неудовлетворенные санитарно-гигиенические и медицинские потребности лиц, добровольно проживающих за пределами государственных приютов, а также культурные и языковые барьеры, препятствующие оказанию медико-санитарной помощи.

В соответствии со Стратегией и планом действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ и резолюцией EUR/RC66/R6 Европейского регионального комитета ВОЗ страновой офис ВОЗ в Сербии сосредоточил свои действия на развитии координирующей функции, оказывая поддержку процессу создания национального координационного механизма по вопросам оказания услуг здравоохранения, к участию в работе которого были привлечены все государственные структуры, а также НПО. Таким образом услуги, оказываемые неправительственными структурами, были включены в национальную систему общественного здравоохранения с существующей в ее рамках системой направления к специалистам. Параллельно оказывалась поддержка в разработке Информационной системы по вопросам здоровья мигрантов, призванной служить механизмом эпиднадзора и мониторинга; в то же время в целях поддержки услуг и потенциала общественного здравоохранения были мобилизованы дополнительные ресурсы в рамках программ ООН и партнеров по содействию развитию.

Ключевые слова: БЕЖЕНЦЫ, МИГРАНТЫ, СТРАТЕГИЯ И ПЛАН ДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ ЗДОРОВЬЯ БЕЖЕНЦЕВ И МИГРАНТОВ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ, СИСТЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

В 2015 г. и в первом квартале 2016 г. через Сербию в страны Центральной Европы проследовало более 920 000 беженцев и мигрантов – главным образом из Сирии, Афганистана и Ирака (1). Несмотря на то, что этот поток был беспрецедентным по своей численности, эти люди быстро покидали страну, и ответные меры системы здравоохранения в основном ограничивались оказанием экстренной медицинской помощи. Ситуация изменилась после закрытия

миграционного маршрута, проходящего через страны западной части Балканского полуострова, в марте 2016 г., и почти 8000 человек оказались в неопределенной ситуации на территории Сербии, зачастую не желая начинать процедуру регистрации и обращения за предоставлением убежища (2). К 2018 г. их число постепенно сократилось примерно до 4000 человек (3). Система здравоохранения страны была вынуждена решать новые задачи.

1. Крайне важно было урегулировать гуманитарный кризис, возникший вследствие прибытия в страну большого числа людей, спасающихся от насилия и преследования. Основой организации оказания услуг медико-санитарной помощи стала работа НПО и донорская поддержка, адресованная НПО. Лица, оставшиеся в стране на более длительный срок, также нуждались в комплексной помощи, которая была доступна лишь в рамках национальной системы здравоохранения; это обусловило необходимость координации помощи, оказываемой силами НПО, и ее интеграции в национальную систему здравоохранения.
2. Принятый в 2013 г. закон, ограничивший набор новых сотрудников в государственные учреждения, в том числе медицинские, такие как центры первичной медико-санитарной помощи и больницы, наложил дополнительные ограничения на оказание помощи не только беженцам и мигрантам, но также и населению принявшей их страны¹.
3. Значительное число людей, находившихся в неофициальных приютах в Белграде и неподалеку от государственной границы без доступа к санитарно-гигиеническим удобствам, подвергались постоянному риску передачи инфекционных болезней, суровым погодным условиям, насилию и эксплуатации.
4. Невозможность общаться с пациентами на понятном им языке служила серьезным препятствием для адекватного оказания помощи, что с особой очевидностью проявилось в сфере охраны психического здоровья, по сегодняшний день представляющей одну из самых серьезных трудностей.

ПРИНЯТИЕ МЕР

В целях решения вышеуказанных проблем страновой офис ВОЗ в Сербии оказал министерству здравоохранения и системе здравоохранения Сербии поддержку в разработке и осуществлении целого ряда мероприятий.

Недавно утвержденные Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ (4) послужили рамочной основой для

¹ В качестве меры экономии бюджета законом о бюджетной системе 2013 г. был введен запрет на наем новых работников в государственном секторе без одобрения правительства («Sl. glasnik RS», br. 62/2013). В связи с этим местным центрам медико-санитарной помощи было сложно привлекать дополнительных специалистов в условиях увеличения численности населения, пребывающего на их территории.

приоритизации и осуществления соответствующих мероприятий. Стратегия и план действий определяют стратегические направления и приоритетные действия для решения связанных с миграцией задач, стоящих перед общественным здравоохранением и системами здравоохранения. Они следуют принципам, изложенным в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., основах европейской политики в интересах здоровья и благополучия – программе Здоровье-2020, а также в резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA61.17 о здоровье мигрантов.

Реализованные страновой офисом ВОЗ в Сербии меры вмешательства позволили охватить все стратегические области (СО), изложенные в Стратегии и плане действий.

СО 1: создание рамочной основы для совместных действий. В июне 2015 г. правительством Сербии была создана Межведомственная рабочая группа по проблемам смешанного миграционного потока для координации мер, осуществляемых всеми государственными секторами в ответ на кризисную ситуацию в связи с притоком беженцев. Эта группа является основным органом, определяющим стратегию правительства. Кроме того, были сформированы специальные рабочие группы для каждого из секторов. ВОЗ содействовала министерству здравоохранения в создании национального координационного механизма для служб здравоохранения, в работе которого на регулярной основе участвуют все заинтересованные стороны – государственные учреждения здравоохранения и институты общественного здравоохранения, НПО и международные организации. Поддержка этого механизма со стороны ВОЗ выражалась в проведении информационно-разъяснительной деятельности и выполнении функции сопредседателя этой структуры. Вследствие этого процесса и в целях объединения медицинских услуг, предоставляемых НПО и финансируемых иностранными донорами и многосторонними партнерами, с государственной системой здравоохранения министерство здравоохранения внедрило механизм, при помощи которого НПО нанимают персонал по контрактам с местными центрами первичной медико-санитарной помощи. Это рассматривается как переходная мера, действующая до тех пор, пока центры первичной медико-санитарной помощи не станут способными оказывать услуги без финансовой и кадровой поддержки со стороны НПО. Между каждой НПО и местными центрами первичной медико-санитарной помощи подписаны протоколы о сотрудничестве. Таким образом несмотря на то, что организация и финансирование услуг осуществляется НПО, медицинские бригады считаются частью системы

первичной медико-санитарной помощи, а врачи НПО могут направлять пациентов в другие службы первичной или вторичной медицинской помощи. В то же время центры первичной медико-санитарной помощи получили право оказывать услуги большему числу пациентов, обусловленному увеличением численности населения, без найма дополнительных работников.

СО 2: защита права на здоровье беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов на здоровье. В настоящее время медицинские услуги предоставляются беженцам и мигрантам независимо от их регистрационного статуса, но это не согласуется с действующим законодательством, согласно которому расходы на здравоохранение могут покрываться из государственного бюджета только для тех лиц, которым было предоставлено убежище. В Докладе об оценке ситуации, представленном в ноябре 2017 г., ВОЗ рекомендовала стране принять законодательные изменения, которые позволят включить беженцев и мигрантов, обратившихся с просьбой о предоставлении им убежища или получивших право на временное пребывание в Сербии на гуманитарной основе (без просьбы о предоставлении убежища), в действующую в стране систему всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Страновая группа Организации Объединенных Наций в Сербии успешно мобилизовала ресурсы делегации ЕС в Сербии в целях поддержки здоровья мигрантов и, в частности, с целью содействовать национальным и местным системам здравоохранения в укреплении их потенциала в области осуществления прав и удовлетворения потребностей беженцев и мигрантов, а также с целью улучшить доступ к медико-санитарной помощи для местного населения². Комплекс мер, осуществляемых в 2017–2019 гг., включает в себя закупку оборудования и улучшение инфраструктуры медицинских учреждений в принимающих мигрантов муниципалитетах, разработку технических руководств и планов на случай непредвиденных обстоятельств, обучение медицинских работников и специалистов в области общественного здравоохранения, обучение культурных посредников из числа беженцев и мигрантов и их участие в просветительских кампаниях в области здравоохранения, ориентированных на беженцев, мигрантов и принимающее население. Эти мероприятия подготовят систему

здравоохранения к тому, чтобы в полной мере взять на себя оказание услуг беженцам и мигрантам в ближайшем будущем.

СО 3: воздействие на социальные детерминанты здоровья. На пике связанного с притоком беженцев кризиса Европейское региональное бюро ВОЗ провело 10 страновых оценок для анализа системы здравоохранения и более широкого потенциала социальной защиты с позиций реагирования на внезапный крупномасштабный приток беженцев и мигрантов. Применительно к Сербии оценка была проведена в июне 2015 г. (5), и ее результаты и рекомендации были взяты на вооружение. В октябре 2017 г. была проведена оценка по итогам проделанной работы, и ее результаты были обсуждены с ключевыми национальными, международными и местными заинтересованными сторонами в ноябре того же года³. В соответствии с этими рекомендациями в национальную систему здравоохранения была встроена модель оказания помощи беженцам и мигрантам на базе НПО. В 2016 г. беженцам и мигрантам было предоставлено 180 987 услуг (медицинских процедур), из которых 96 314 были предоставлены силами НПО в рамках национальной системы здравоохранения, а 45 421 услуга была предоставлена НПО вне рамок государственной системы, но доведена до сведения Института общественного здравоохранения Сербии (6)⁴. Такая же модель сотрудничества используется в области защиты детей. В 2016 г. НПО при поддержке ЮНИСЕФ оказали услуги в приспособленных для работы с детьми помещениях центров для беженцев 38 513 детям, получавшим психосоциальную поддержку в рамках рекреационной и образовательной деятельности, а 6690 детей в возрасте до 2 лет и 4821 мать воспользовались консультативной помощью и услугами поддержки вскармливания детей грудного и раннего возраста в комнатах матери и ребенка (7). В отличие от ситуации 2016 г., когда тысячи людей находились в не отвечающих нормам убежищах, практически не имея доступа к санитарии, гигиене и безопасности, в настоящее время благодаря скоординированным усилиям правительственных органов, НПО и международных организаций около 90% беженцев и мигрантов размещаются в государственных убежищах с адекватным доступом к услугам в области водоснабжения, санитарии,

² В июне 2017 г. четыре организации в системе ООН (ПРООН в качестве ведущей организации, а также ВОЗ, ЮНОПС и МОМ) получили право осуществить двухлетний проект по поддержке медико-санитарных, коммунальных и социальных служб в сербских муниципалитетах, принимающих мигрантов и беженцев, с совокупным бюджетом в 3 997 865 евро.

³ Отчет о последующей оценке будет опубликован в первой половине 2018 г.

⁴ Мы представляем исключительно данные за 2016 г., поскольку отчет за 2017 г. еще не выпущен.

гигиены и защиты, хотя некоторые центры продолжают сталкиваться с такими проблемами, как перенаселенность⁵.

СО 4: обеспечение готовности и осуществление эффективных ответных мер общественного здравоохранения. На основании совместной оценки способности сербской системы здравоохранения справляться с большим притоком беженцев и мигрантов ВОЗ в настоящее время содействует в разработке трех местных чрезвычайных планов действий для пограничных районов, расположенных вдоль маршрута миграции. Эти чрезвычайные планы действий будут использовать Инструментарий ВОЗ по оценке потенциала системы здравоохранения в области реагирования на значительное увеличение притока беженцев, лиц, ищущих убежища, и мигрантов (8) и будут приняты к концу 2018 г. Они помогут повысить способность органов здравоохранения и местных органов власти своевременно и адекватно реагировать в случае прибытия новых волн мигрантов.

СО 5: укрепление и повышение устойчивости систем здравоохранения. ВОЗ определила доступ к услугам охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки и оказание таких услуг, а также профилактику инфекционных заболеваний в качестве двух областей, требующих особого внимания. В сотрудничестве с национальными учреждениями ВОЗ разрабатывает два набора технических рекомендаций для решения этих проблем. Кроме того, ВОЗ разрабатывает учебную программу для работников здравоохранения государственного сектора в целях наращивания потенциала для работы с пациентами из числа беженцев и мигрантов, а также с представителями уязвимых групп местного населения.

СО 6: профилактика инфекционных болезней. Условия жизни в не отвечающих нормам убежищах и в пути вызвали вспышку педикулеза в октябре 2016 г. ВОЗ оперативно отреагировала и разработала набор коммуникационных материалов для беженцев, мигрантов, медицинских работников и сотрудников центров по делам беженцев с целью предоставить актуальную информацию и предотвратить дальнейшее распространение вспышки. Материалы были напечатаны на шести языках. Шесть тысяч экземпляров листовок и материалов для медицинского персонала были направлены во все медицинские кабинеты в центрах для беженцев и медицинским бригадам, работающим

⁵ Согласно докладом УВКБ, в декабре 2016 г. в не отвечающих нормам убежищах оставались 1400 человек. К марту 2018 г. это число сократилось до 250 человек. (Источник: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/52758>; <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/62372>).

с мигрантами в неформальных убежищах. В начале вспышки выявлялось и пролечивалось в среднем до 1000 случаев в месяц, в то время как в декабре 2017 г. число случаев уменьшилось до 67. Всего с начала вспышки было выявлено 11 077 случаев педикулеза. Основываясь на данных, полученных из Информационной системы по вопросам здоровья мигрантов, во время вспышки ВОЗ еженедельно обновляла информацию о ситуации в центрах для беженцев и местах неформального размещения, помогая страновой группе ООН в обеспечении прямой поддержки инициативы по удовлетворению потребностей в водоснабжении и санитарии, а также выступая в поддержку добровольного перевода беженцев и мигрантов в государственные убежища.

СО 7: профилактика и снижение рисков неинфекционных заболеваний. Стресс и неопределенность положения беженцев и мигрантов в целом и в особенности конкретные проблемы, связанные с тем, что они оказались заблокированы в Сербии, привели к повышению числа психических расстройств и состояний, требующих реагирования с учетом культурной специфики⁶. Совместно с национальными экспертами в области психического здоровья, государственными учреждениями и НПО и в дополнение к разработке руководящих принципов Европейского региона в области охраны психического здоровья ВОЗ поддерживает разработку национального руководства в этой области. Оно будет окончательно готово в первой половине 2018 г. и будет содержать основные принципы оказания услуг, описание минимальных и адекватных услуг в области психического здоровья и психосоциальной поддержки, которые должны предоставляться беженцам и мигрантам в центрах приема и предоставления убежища, а также связей между различными государственными субъектами, которые необходимо задействовать, с установленным механизмом координации и целевой группой по вопросам психического здоровья.

СО 8: обеспечение этичного и эффективного проведения скрининга и оценки состояния здоровья. ВОЗ разрабатывает учебную программу для сотрудников государственных медицинских учреждений, работающих с беженцами и мигрантами, с тем чтобы они могли оказывать помощь с учетом культурных особенностей пациентов в соответствии

⁶ Чтобы проиллюстрировать эти потребности, упомянем, что в октябре 2017 г. врачи, работающие с беженцами и мигрантами, сообщили о 450 случаях психических расстройств, что составляет 3,6% от общего числа заболеваний, зарегистрированных применительно к населению в целом. (Источник: Периодични извештај о здравственом надзору над популацијом миграната – избеглица, тражилаца азила и азиланата, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 17 ноября 2017 г.).

с рекомендациями ВОЗ, основанными на фактических данных, собранных в рамках двух проведенных в стране оценок системы здравоохранения, и на обобщающих докладах СФДЗ (9). Обучение для 15 центров первичной медико-санитарной помощи будет завершено к началу 2019 г. Учебная программа будет аккредитована Советом здравоохранения Сербии и доступна для использования в других регионах.

СО 9: улучшение информации здравоохранения и коммуникации. Разработка Информационной системы по вопросам здоровья мигрантов была одним из первых вмешательств, поддержанных ВОЗ как финансово, так и технически в 2015 г. Все поставщики медицинских услуг в стране – государственные учреждения и НПО (независимо от того, действуют ли они в рамках государственной системы здравоохранения или нет) – представляют в Институт общественного здравоохранения Сербии еженедельные отчеты о числе зарегистрированных случаев обращения за медицинской помощью и оказанных услугах. Эта система заложила основу для своевременного мониторинга ситуации и планирования ответных мер, но для получения более конкретных и дезагрегированных данных, необходимых для целевых вмешательств, требуется ее дальнейшее совершенствование.

ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ И ТЕКУЩИЕ ВЫЗОВЫ

Первая волна притока беженцев и мигрантов в 2015 г. вынудила многосторонних партнеров выделить значительные ресурсы для предоставления услуг. Чрезвычайная гуманитарная ситуация требовала быстрого принятия ответных мер, и НПО были партнером, наиболее способным к немедленному осуществлению вмешательств. Массовые перемещения людей не новы для Балкан вследствие войн в регионе в последнее десятилетие XX века. Урок, извлеченный из нынешней ситуации, состоял в том, что несмотря на предшествующий опыт, сохранились пробелы, требующие устранения для решения проблем беженцев и мигрантов, с которыми столкнулась Сербия в 2015–2016 гг. Для устранения этих пробелов потребовалась помощь со стороны НПО и других партнеров. В настоящее время значительных различий в доступе к помощи для местного населения и для беженцев и мигрантов не имеется. Министерство здравоохранения приняло решение оказывать медико-санитарную помощь всем находящимся в стране, но все же некоторые проблемы сохраняются.

1. Продолжение всеобщего охвата услугами медико-санитарной помощи для лиц, которые не хотят регистрироваться в Сербии или обращаться с просьбой о предоставлении убежища, потребует нового законодательного решения, поскольку мигранты, находящиеся в стране на нерегулярной основе, в соответствии с национальным законодательством имеют право лишь на оказание экстренной медицинской помощи. В настоящее время услуги первичной медико-санитарной помощи для этих лиц финансируются НПО, в то время как услуги вторичной и третичной помощи, предоставляемые государственной системой здравоохранения, как правило не возмещаются, и больницы покрывают их в рамках текущих расходов. Таким образом необходимо найти решение долгосрочного характера.
2. Число имеющихся переводчиков и посредников в вопросах культуры, способных облегчить общение между медицинским персоналом и беженцами и мигрантами, остается недостаточным. В рамках системы здравоохранения потребуется ввести профессию посредников в вопросах культуры и включить эти услуги в спектр услуг, оказываемых государственными медицинскими учреждениями.
3. В национальном плане закупок вакцин не учитываются дети беженцев и мигрантов. В настоящее время только дети беженцев и мигрантов, родившиеся в Сербии, регулярно вакцинируются, в то время как другие дети вакцинируются sporadически, в зависимости от наличия избыточных вакцин в центрах первичной медико-санитарной помощи или доброжелательности руководства центров первичной медико-санитарной помощи. В целях повышения готовности к чрезвычайным ситуациям необходим механизм, обеспечивающий большую гибкость в области закупок.
4. В настоящее время не имеется стандартов или четкого определения услуг охраны психического здоровья и психосоциальной поддержки, которые должны быть доступны в центрах для беженцев. Поэтому власти иногда неохотно разрешают оказывать поддержку, даже если имеются необходимые человеческие и финансовые ресурсы. В настоящее время разрабатывается техническое руководство для решения этой проблемы.

Хотя ответные меры экстренного характера, предпринятые в Сербии, были успешными, по-прежнему существует потребность в нормативно-правовых изменениях, которые признают право мигрантов с неурегулированным правовым статусом на всеобщий охват услугами медико-санитарной помощи. С этой целью разработки политики и более

широкая общественность должны сначала признать, что миграционные потоки не являются внезапными и временными, но представляют собой неизбежные структурные изменения во все более глобализирующемся мире.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проделанной работы система здравоохранения Сербии смогла предоставить беженцам и мигрантам необходимые услуги, качественно не отличающиеся от услуг, предоставляемых местному населению. Согласно Информационной системе по вопросам здоровья мигрантов, в 2016 г. медицинскими учреждениями государственного сектора и НПО беженцам и мигрантам было предоставлено 180 987 медицинских услуг, а в 2017 г. – 210 149 услуг⁷. Вспышка педикулеза и чесотки была подавлена, а другие вспышки предотвращены. Устойчивость системы здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций повысилась в результате создания новой информационной системы здравоохранения, посвященной вопросам миграции. Благодаря координации деятельности в области здравоохранения в рамках программ развития ООН и партнеров лидерская роль ВОЗ усилилась, что позволило улучшить координацию между основными заинтересованными сторонами и министерствами. Наконец, совместные усилия групп по вопросам миграции из странового офиса и Регионального бюро привели к дальнейшей мобилизации ресурсов для поддержки служб общественного здравоохранения в целях осуществления прав и удовлетворения потребностей беженцев и мигрантов, в то время как потребности принимающего населения эффективно удовлетворялись за счет расширения потенциала общественного здравоохранения.

Мы можем заключить, что девять стратегических областей, изложенных в плане действий ВОЗ, послужили эффективным инструментом преодоления кризиса, связанного с притоком беженцев, в стране транзита, в 2016 г. неожиданно ставшей страной назначения для 7000 мигрантов, число которых к 2018 г. сократилось до 4000 человек. С учетом непредсказуемого характера миграции системе здравоохранения Сербии следует продолжать работу в рамках девяти стратегических областей, чтобы добиться готовности к любому сценарию дальнейшего развития событий. Для того чтобы снизить затраты и нагрузку, ложущуюся на систему

⁷ Извештај о здравственом надзору над популацијом избеглица, миграната, тражилаца азила и азиланата у републици Србији за 2017, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (еще не опубликовано).

здравоохранения, необходимы тщательная оценка рисков и использование научно обоснованных вмешательств, которые должны быть не только хорошо спланированы, но и подкреплены необходимыми ресурсами, что позволит добиться более высоких показателей здоровья и экономической эффективности (8).

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: отсутствуют.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Directorate-General for European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations, European Commission. Serbia; last updated 9 October 2017 (http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/serbia_en.pdf, accessed 7 June 2018).
2. UNHCR Serbia Update. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees; 14 February 2017 (<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/53721>, accessed 7 June 2018).
3. UNHCR Serbia Update. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees; 5 March 2018 (<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/62372>, accessed 7 June 2018).
4. Стратегия и план действий в отношении здоровья беженцев и мигрантов в Европейском регионе ВОЗ, Европейский региональный комитет (EUR/RC66/8). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 12–15 сентября 2016 г. (<http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/66th-session/documentation/working-documents/eurrc668-strategy-and-action-plan-for-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region>, по состоянию на 19 июня 2018 г.).
5. Serbia: assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293329/Serbia-Assessment-Report-en.pdf?ua=1, accessed 7 June 2018).
6. Извештај о здравственом надзору над популацијом избеглица, миграната, тражилаца азила и азиланата

- у републици Србији за 2016. годину, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, 2017.
7. UNICEF Annual Report 2016 – Serbia. UNICEF (https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Serbia_2016_COAR.pdf, accessed 7 June 2018).
 8. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/325611/Toolkit-assessing-HS-capacity-manage-large-influxes-refugees-asylum-seekers-migrants.pdf?ua=1, accessed 7 June 2018).
 9. Migration and health – Health Evidence Network (HEN) synthesis reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/health-evidence-network-hen-synthesis-reports>, accessed 7 June 2018). ■

POLICY AND PRACTICE

Accelerating the response to noncommunicable diseases in Belarus: the role of focusing events and policy entrepreneurs in enabling policy transfer

Andrei Famenka¹, Batyr Berdyklychev¹, Valiantsin Rusovich¹, Arnoldas Jurgutis²

¹ WHO Country Office, Minsk, Belarus

² WHO European Centre for Primary Health Care, Almaty, Kazakhstan

Corresponding author: Andrei Famenka (email: famenkaa@who.int)

ABSTRACT

In response to the global burden of noncommunicable diseases (NCDs), a set of international policy recommendations has been developed. However, implementing these recommendations at national and local levels has been difficult owing to wide contextual variations among countries. Adding to this difficulty is the scarcity of empirical evidence on the process of NCD policy transfer, especially regarding low- and middle-income countries. This study analysed recent changes in NCD-related policies in Belarus using a multiple-streams framework to gain a better understanding of NCD policy transfer. The findings emphasize the importance of focusing events and actors in this

process. In Belarus, focusing events were the presentation and dissemination of the results of the STEPwise approach to surveillance (STEPS) survey and the actors were identified as WHO and national specialists on primary health care. The case of Belarus provides insight into how international policy recommendations can be transferred and adapted to national contexts, especially in countries with competing political priorities. The multiple-streams framework was useful for analysing NCD policy development in Belarus and might thus be of interest to specialists involved in developing and analysing national policies aimed at curbing the rise in NCDs.

Keywords: BELARUS, HEALTH POLICY ANALYSIS, NONCOMMUNICABLE DISEASES, STEPS SURVEY

INTRODUCTION

Globally, noncommunicable diseases (NCDs) account for over 60% of deaths and constitute the leading cause of morbidity and mortality. However, NCDs are not just a health concern but also a significant challenge for global development, as the burden of NCDs is unevenly distributed across countries. Currently, almost 80% of NCD-related deaths occur in low- and middle-income countries, with 29% in people aged under 60 years (compared with 13% of NCD-related deaths in the same age group in high-income countries). NCDs are widely agreed to pose a significant threat to social and economic well-being by widening the gap between affluent and less-developed countries and impeding sustainable development at the global scale (1).

The complexity of the global NCD burden calls for the effective development and implementation of appropriate policies at the international, national and local levels (2). The importance of NCDs has been recognized at the highest political level and is reflected

in a range of international documents. In 2011, the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases was endorsed by the United Nations General Assembly; the Political Declaration calls upon the international community and each United Nations Member State (especially low- and middle-income countries) to intensify their response to the problem of NCDs (3). To help achieve this, WHO approved its global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020 in 2013 (4). At the European level, the basic principles of a comprehensive approach to NCDs have been adjusted to the regional context by the WHO Regional Office for Europe in Health 2020: the European policy for health and well-being and the Ashgabat Declaration, which emphasize the need for multisectoral actions to address the underlying determinants of NCDs (5,6).

The variable socioeconomic conditions among countries and the complexity of NCD-related problems make implementing these interventions at the local level extremely difficult. According

to recent WHO estimates, many countries are struggling to adopt international recommendations and show poor or no progress towards achieving the globally agreed NCD targets (7). Therefore, clear guidance is needed on transferring and adapting international policy recommendations to the local context. However, studies on policy transfer related to NCDs are scarce, particularly for low- and middle-income countries (8).

This paper provides a detailed description and analysis of the recent changes in NCD-related interventions in Belarus, an upper-middle-income country in eastern Europe. The findings emphasize the important role of focusing events and agents of change in NCD policy transfer, thereby contributing to a growing body of evidence-based knowledge on NCD policy-making in countries with different socioeconomic conditions.

METHODS

Several theoretical frameworks can be used in analysing the processes of health policy-making (9). The multiple-streams framework, proposed by Kingdon (10), was selected to analyse NCD-related processes in Belarus because it has proven useful for examining health policies in diverse socioeconomic settings (11). The framework is based on the concept that a change in governmental policy results from a complex combination of factors that can be classified into three groups (or streams): the **problem stream** relates to public matters requiring government attention (such as a high burden of NCDs in a given country); the **policy stream** considers proposals for change (such as the availability and acceptability of policy options to reduce the burden of NCDs); and the **politics stream** represents the attitudes of policy-makers and the public to the problem (such as the level of commitment to tackle the NCD problem). These streams flow independently until a change occurring in the problem or politics stream opens a window of opportunity in the policy stream (a policy window). Suitable solutions from the policy stream may then emerge through the policy window with the help of policy entrepreneurs. Kingdon defines policy entrepreneurs as individuals or groups of people who advocate for a particular policy to be added to the governmental agenda. In policy transfer, entrepreneurs can be representatives of international organizations that promote best practice

internationally¹. International entrepreneurs tend to be more successful because they have well-established credentials and are respected by supranational institutions (12).

This study used a multiple-streams framework analysis to identify the factors and processes that produced a policy window and allowed international and local policy entrepreneurs to accelerate the policy response to NCDs in Belarus by expediting the adoption of internationally recommended interventions.

RESULTS AND ANALYSIS

PROBLEM STREAM: HIGH NCD BURDEN, NEW PROBLEM INDICATORS AND FOCUSING EVENTS

Belarus has one of the highest NCD burdens in the WHO European Region: these diseases account for 89% of all deaths and 77% of the overall morbidity in the country. The average life expectancy at birth is significantly lower in Belarus than in the European Union (74 years and 80 years, respectively) (13, 14). More importantly, NCDs are the main cause of over-mortality among people of working age, with men being affected disproportionately: the age-standardized mortality rate for NCDs is twice as high for men as for women. There is also a geographical gradient in NCD outcomes: the rural population of Belarus has lower life expectancy and higher premature mortality rates compared with the urban population. In rural areas, the average male life expectancy is as low as 65.6 years (15). To a significant degree, the differences in male and female mortality are attributable to the greater exposure of the male population to behavioural NCD risk factors, especially tobacco use and the harmful use of alcohol. For the whole population, modifiable lifestyle factors (such as smoking, alcohol consumption, insufficient fruit and vegetable consumption, and low physical activity) and partially modifiable metabolic risk factors (such as high blood pressure and cholesterol and overweight/obesity) are estimated to constitute up to 60% of all NCD risk factors in Belarus (16).

However, until recently, comprehensive data on the main NCD risk factors in the country have been lacking. Although health data are routinely collected by the National Statistical

¹ The authors would like to stress that although the original definition made by Kingdon reads "(policy entrepreneurs are) advocates who are willing to invest their resources – time, energy, reputation, money – to promote a position in return for anticipated future gain in the form of material, purposive or solidary benefits" (10), this by no means implies that policy entrepreneurs act exclusively for the sake of their own interests. A wide range of international organizations, for example the United Nations System organizations, are striving to advance universal values, broader societal interests and general well-being.

Committee of the Republic of Belarus, NCD coverage in official surveillance has been extremely limited. To fill this information gap, Belarus (with the support of WHO) conducted a large-scale, representative national survey on the prevalence of major NCD risk factors in the adult population (the STEPwise approach to surveillance (STEPS) survey) in 2016–2017. The STEPS survey revealed that NCD risk factors are highly prevalent in the Belarusian population. According to the survey, about 27% of adults aged 18–69 years in Belarus are daily smokers; 53% consume alcohol regularly; 72% eat fewer than five servings of fruit and/or vegetables per day; 13% do not meet the WHO recommendations for physical activity; 61% are overweight; 45% have raised blood pressure; 39% have raised total cholesterol levels; and 7% have raised blood glucose levels (17). The survey identified some of the behaviour patterns considered most dangerous to health: 20% of adults (men, 27%; women, 14%) are binge drinkers and the proportion of women smoking has increased by threefold in the last 20 years (from 3% in 1995 to 12% in 2017). Currently, every fifth adult in Belarus is exposed to second-hand tobacco smoke at home or work. Approximately one third of the population (32%) always or often adds salt or salty sauce to their food and 81% always or often add salt to food when cooking at home. The mean daily salt intake is 10.6 g, which is significantly higher than WHO recommendations.

According to the STEPS survey, treatment adherence is also an issue: more than half of those who with high blood pressure (53%) do not take antihypertensive medication and 73% of those with a high total cholesterol level do not take any treatment. Among those who have had a heart attack, chest pain or stroke, only 12% take aspirin regularly and only 3% take statins to prevent or treat cardiovascular disease.

Against this backdrop, the extent to which the health system's potential to modify NCD-related behavioural risk factors is being utilized in Belarus was examined. Findings of the survey were that only 32% of adults had been advised by health professionals to quit or not to start smoking; less than half (47%) of drinkers had stopped drinking because of advice from a health professional; only 42% of patients had been advised by health professionals to reduce salt consumption; only 41% of adults had been advised by health professionals of the importance of eating at least five daily servings of fruit and/or vegetables; and only 41% and 43% of adults, respectively, had been advised to increase physical activity and reduce body weight.

The WHO Country Office in Belarus, with the support of the WHO European Office for the Prevention and Control of NCD, organized a launch event on the results of the STEPS survey in August 2017 to highlight the new data on the prevalence of

NCD risk factors to policy-makers. The event was attended by representatives of the Government of Belarus, the European Union and United Nations agencies. The main outcome of this high-profile meeting was increased high-level discussion on the policy response to the NCD problem (18).

POLICY STREAM: HIGH COMMITMENT, SLOW PROGRESS

To assist countries in their efforts to reduce the NCD burden, WHO has developed a list of policy options and cost-effective interventions under the framework of the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020 (4). The action plan includes (i) measures to reduce behavioural and metabolic risk factors for NCDs and (ii) clinical services to prevent and treat these conditions. However, for many countries, scaling up to the recommended set of core interventions remains challenging (7). Thus, the case study of Belarus might help identify some of the barriers to successfully adopting international NCD recommendations within local contexts.

The main paradox of the national NCD policy in Belarus is that the high-level political commitment to NCD prevention and control is associated with scant transfer into actionable policies capable of curbing the rise in NCDs. As regards formal statements, Belarus was one of the first countries in the WHO European Region to ratify the WHO Framework Convention on Tobacco Control in 2004 (19). It is also a signatory to the Moscow declaration on healthy lifestyles and noncommunicable disease control (20) and the Minsk declaration: the life-course approach in the context of Health 2020 (21). Commitment at the national level was confirmed in 2016 by the adoption of a comprehensive national programme, People's Health and Demographic Safety of the Republic of Belarus 2016–2020, which included a specific section on NCD prevention and control (22). The main goal of this programme is to reduce key risk factors for and the prevalence of diseases that lead to premature death. In an effort to establish a high-level coordination mechanism for the national response to NCDs, the Intersectoral Coordination Council on NCDs, chaired by the Deputy Prime Minister of the Republic of Belarus, was established in 2016.

In addition, United Nations agencies and international donors strongly support the Government of Belarus in combating NCDs through joint programmes and international technical assistance projects. For example, WHO has supported development of the national programme through supporting capacity-building and giving technical advice on policy options with proven effectiveness and efficacy (23). Belarus is currently conducting the BELMED project "Preventing Noncommunicable Diseases, Promoting Healthy Lifestyle and Support to Modernize the Health System in Belarus 2016–2019", funded by the European

Union and implemented by a number of United Nations agencies in collaboration with the Ministry of Health (24).

Despite these efforts, implementation of large-scale interventions to combat NCDs and their risk factors remains slow and inadequate. Since the mid-2000s many attempts have been made to introduce comprehensive packages of anti-tobacco and anti-alcohol regulatory measures at the national level in Belarus, but all have faced strong resistance from industry and trade groups. In 2013, a draft law on tobacco control was developed by the Ministry of Health, with the aim of uniting all tobacco control legislation into a single document. The draft law comprehensively covered the requirements of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, including a complete ban on smoking in public places and an increase in the percentage of excise tax on the retail cigarette price (25). The document was submitted to the President's Administration in 2014 to be included into the legislation development agenda for 2015–2016. However, up to the end of 2017, no progress had been made in adopting this draft law. Regarding measures on lowering alcohol consumption, discussions on reducing the accessibility of retail alcohol and raising taxes on alcoholic beverages have been ongoing for more than a decade. The publication of data on alcohol consumption in Belarus, which placed the country at the top of the world alcohol consumption ranking, has only slightly increased the sluggish process of policy debate. Alcohol consumption in Belarus has slightly decreased since the peak of 17.5 litres per capita in 2008–2010 to 16.4 litres in 2016 (26, 27).

The health care system response to NCDs remains inadequate, especially at the level of primary care. The primary care sector in Belarus is underdeveloped, hierarchical and paternalistic and, until recently, has played only a limited role in NCD prevention and control. According to recent estimates, primary health care providers in Belarus lack essential skills and the knowledge required to help patients manage their chronic conditions and improve health-related behaviour (28). Historically, the health care system in Belarus has relied on secondary outpatient care and the direct treatment of patients by narrow specialists. However, this model lacks appropriate management tools for ensuring greater patient involvement, better performance and quality, and strengthened provider accountability for clinical outcomes. As a result, patients have limited opportunities to receive patient-centred, integrated care from properly trained and motivated health care professionals (28).

POLITICS STREAM: INERTIA AND RESISTANCE TO CHANGE

There is substantial scope to increase efforts to address NCDs and their risk factors through effective policy implementation in

Belarus. Recent studies on the health system in Belarus highlight the gap between rhetoric and reality. One study concluded that the health system in Belarus is characterized by inertia and that policy-making processes tend to be incremental and hostile to fundamental shifts (29). Policy proposals are often discussed for a long time without tangible outcomes or full implementation of agreed changes. Another study pointed out that the health sector in Belarus holds a lowly position in the state hierarchy and therefore has insufficient power to successfully promote health issues against the interests of more influential actors. So far, the Ministry of Health has not been successful in building consensus among all levels of government on the NCD issue. The Government's response to NCDs remains patchy and inadequate, constituting a significant barrier to the development and implementation of NCD-related policies in Belarus (28).

In Belarus, some policies on NCDs, especially those touching upon the issues of revenue and taxation, seem to be considered politically inappropriate by national policy-makers. Although there is strong evidence that the core population interventions recommended by WHO are in fact economically advantageous, policy-makers in Belarus appear reluctant to choose policy options that involve fiscal interventions. Unsuccessful implementation of the population-based anti-tobacco and anti-alcohol regulatory measures at the national level might be partly explained by the mistaken belief of policy-makers that raising taxes on tobacco and alcohol will have a negative impact on economic growth. In an effort to address this problem, WHO has been working with the United Nations Interagency Task Force on NCDs and the United Nations Development Programme since 2014 to produce robust evidence on the economic benefits of NCD-related interventions in Belarus. The case for investment is currently being developed by quantifying the cost of NCD prevention and those of inaction in the context of Belarus (30). Once completed, the case will be a powerful argument on the economic rationale for actions to prevent and control NCDs.

POLICY WINDOW: CONNECTING THE THREE STREAMS

In response to the alarming results of the STEPS survey, the urgent need to address the problem of NCDs in Belarus has been recognized. Dissemination of the STEPS survey report has increased the level of awareness about NCDs in the general public; NCDs are now regarded as an issue relevant to everyone. The Government of Belarus now perceives NCDs as an important problem that needs to be urgently addressed and policy-makers have become open to proposals on accelerating the policy response to NCDs. Thus, changes in the policy stream and in the perception of the problem have opened a policy window, providing the opportunity to make changes in the national NCD policy.

However, this policy window must be utilized quickly. Therefore, in parallel with its work on advocating core population interventions to combat NCDs, the WHO Country Office in Belarus has made considerable efforts to promote core individual services aimed at NCD prevention and control at the primary care level. These interventions are essential for the early detection and management of NCDs and have the greatest potential for reversing the progression of chronic diseases, reducing hospitalizations, decreasing health care costs and improving health-related behaviour. An advantage of this policy option for Belarus is that it aligns well with the national programme, People's Health and Demographic Security of the Republic of Belarus for 2016–2020, and is expected to be acceptable to key policy-makers because it does not involve industry and trade interests. The leading arguments in favour of introducing new clinical interventions at the primary care level are the STEPS survey results, which show a clear gap in the national response to NCDs in this particular area.

Thus, the WHO Country Office in Belarus, together with national specialists and consultants from the WHO European Centre for Primary Health Care, developed a package of policy interventions aimed at the primary care level and carefully adjusted to the local context. It contains clear, concise guidelines for strengthening the primary health system in Belarus to address NCDs and their risk factors. To facilitate implementation of these policies, the working group produced a series of recommendations for a revised scope of practices and professional competencies to enable primary health care teams to provide health education and motivational counselling to their patients. The recommendations also include a set of revised patient pathways aimed at improving coordination among different providers to ensure more comprehensive and continuous health care. To integrate evidence-based methods into primary care practice, new clinical recommendations for the prevention, diagnosis and treatment of selected major NCDs have also been developed, drawing on the WHO Package of Essential Noncommunicable disease interventions (31). A set of performance indicators for interventions targeting the main risk factors (smoking, alcohol consumption, diet and physical activity) and the clinical outcomes of major NCDs has been developed for primary health care providers, with the aim of introducing appropriate incentives and monitoring progress in supporting patients to take a proactive role in their health.

The proposed set of interventions has been piloted in primary health care practices in both rural and urban settings. The capacity of health care professionals to deliver patient-centred health services has been strengthened via a series of multidisciplinary training courses conducted by WHO. Based

on the experience gained through these activities, policy-makers in the Ministry of Health decided to (i) adopt the package of policy interventions aimed at NCD prevention and control at the primary care level and (ii) ensure that the new models of service delivery are introduced nationally. Moreover, the teaching materials on motivational counselling developed specifically for multidisciplinary training courses on NCD prevention and control have been integrated into a core postgraduate curriculum for general practice at the national level (32).

LESSONS LEARNED

Policy-making-processes in Belarus led to a set of internationally recommended interventions aimed at addressing NCDs being adopted at the primary care level. The analysis showed that the process of policy transfer is highly complex and context dependent. The availability of comprehensive international recommendations combined with the formal commitment of national authorities does not guarantee their successful adoption and implementation at the national level. As noted by Kingdon, it is not feasible to rely on a ready-made solution that provides “an irresistible movement that sweeps over our politics and our society, pushing aside everything that might stand in its path” because this ignores the full spectrum of local contextual factors (10). Thus, more work is needed to ensure that recommendations and statements are transformed into actionable policies. These efforts should be carefully planned and adjusted to the local (socioeconomic) context.

The multiple-streams framework analysis showed that recent changes in NCD-related policy in Belarus have resulted from the efforts of dedicated policy entrepreneurs in developing acceptable solutions from a list of evidence-based policy options and in encouraging national policy-makers to place NCDs on the public agenda. The WHO Country Office in Belarus, together with national specialists and consultants from the WHO European Centre for Primary Health Care, has been successful in raising awareness and suggesting options in the area of NCD policy-making. In supporting NCD policy change in Belarus, the role of policy entrepreneurs has been to increase the awareness of the public and policy-makers of the need to address the NCD problem as quickly and effectively as possible (“soften up”, according to Kingdon), while offering options that are acceptable to policy-makers and technically feasible for implementation in the local context (“coupling”) (10).

A number of lessons can be learned from the experience of applying the multiple-streams framework to analyse the recent change in NCD-related policy in Belarus.

- Some population-based interventions on NCDs, especially those affecting trade and industry interests, might be considered inappropriate by national policy-makers. Strong corporate interests might overcome the capabilities of the health sector to promote public health measures. Despite evidence that the interventions against NCDs are economically advantageous, national policy-makers might be reluctant to choose the policy options involving fiscal measures.
- In the context of competing political priorities, efforts should be made to alert policy-makers to the problem of NCDs. Policy entrepreneurs should demonstrate that alternative policy options are technically feasible, politically uncontroversial, publicly acceptable and sensitive to local needs.
- Due to strong credibility and knowledge of the political context, WHO and other international organizations are very good candidates for the role of policy entrepreneur to influence national NCD policy-making.
- Making coalitions with different actors of public policy arena, from the government to academia, is an important area of work for policy entrepreneurs to set the issue of NCDs onto the national policy agenda.

CONCLUSION

Although it is too early to assess the implications of the recent change in NCD-related policy in Belarus, the enactment of the package of policy interventions recommended by the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020 could represent an example of successful policy transfer in a complex environment of competing political priorities and conflicting interests.

The example of the change in national NCD policy in Belarus might be useful for countries with a limited capacity for comprehensive policy development and which therefore rely on international guidance in policy transfer. In such countries, policy entrepreneurs (that is, international organizations such as WHO) might hold very influential positions and thus be well placed to advance the goal of improving population health and well-being.

We believe that our study methods and findings might be of interest to a wide range of specialists involved in analysing and developing NCD-related policies and serve as a roadmap for actions to tackle the NCD problem in countries with diverse socioeconomic contexts.

Acknowledgments: Andrei Famenka expresses his gratitude to the organizers and participants of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative & STEPS joint workshop, held in Moscow, Russian Federation, in October 2017, where he had the opportunity to discuss the theses presented in this paper. The authors are grateful to the donors and participants of the BELMED project, without whom the achievements described in this paper would not have been possible. The BELMED project is funded by the European Union and implemented by the Ministry of Health of Belarus in collaboration with WHO, the United Nations Development Programme, the United Nations Children's Fund and the UN Population Fund.

Sources of funding: None.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, accessed 29 May 2018).
2. Mendis S. The policy agenda for prevention and control of noncommunicable diseases. *Br Med Bull.* 2010;96:23–43 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059733>, accessed 29 May 2018).
3. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. New York: United Nations; 2011 (United Nations General Assembly resolution 66/2; <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/66/2>, accessed 29 May 2018).
4. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/, accessed 29 May 2018).
5. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, accessed 29 May 2018).

6. Ashgabat Declaration on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/ashgabat-declaration-on-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, accessed 29 May 2018).
7. Preparation for the third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018. Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 2017 (A70/27; http://apps.who.int/gb/e/e_wha70.html, accessed 29 May 2018).
8. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2013 global survey. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/>, accessed 29 May 2018).
9. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Buckingham: Open University Press; 2012.
10. Kingdon J. Agendas, alternatives, and public policies. New York: Harper Collins College Publishers; 1995.
11. Khayat-zadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehrolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. *Health Promot Int*. 2016;31(4):769–81 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26092852>, accessed 29 May 2018).
12. Cairney P. Understanding public policy: theories and issues. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2012.
13. Life expectancy at birth 2016 (total population). In: National Statistical Committee of the Republic of Belarus. Minsk: Government of Belarus; 2016 (http://www.belstat.gov.by/en/ofitsialnaya-statistika/social-sector/demografiya_2/osnovnye-pokazateli-za-period-s-__-po-____gody_3/life-expectancy-at-birth/, accessed 29 May 2018).
14. Mortality and life expectancy statistics. In: Eurostat regional yearbook 2017 edition [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2018 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics, accessed 29 May 2018).
15. Life expectancy at birth 2016 (rural population). In: National Statistical Committee of the Republic of Belarus. Minsk: Government of Belarus; 2016 (http://www.belstat.gov.by/en/ofitsialnaya-statistika/social-sector/demografiya_2/osnovnye-pokazateli-za-period-s-__-po-____gody_3/life-expectancy-at-birth/, accessed 29 May 2018).
16. Ministry of Health of the Republic of Belarus. National recommendations on management of arterial hypertension. Minsk: Republican Scientific and Practical Centre “Cardiology”; 2010.
17. Prevalence of noncommunicable disease risk factors in the Republic of Belarus: STEPS 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (In Russian; <http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus-steps-2016-2017>, accessed 29 May 2018).
18. Survey reveals high prevalence of NCD risk factors in Belarus. In: WHO/Europe/Health topics/Noncommunicable diseases/ News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2017/09/survey-reveals-high-prevalence-of-ncd-risk-factors-in-belarus>, accessed 29 May 2018).
19. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/en/, accessed 29 May 2018).
20. Moscow Declaration. First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/en/, accessed 29 May 2018).
21. The Minsk Declaration: the Life-course Approach in the Context of Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/the-minsk-declaration>, accessed 29 May 2018).
22. Decree no. 200 from 14 March 2016 on approval of the state programme, People’s health and demographic safety of the Republic of Belarus for 2016–2020. Minsk: Ministerial Council of the Republic of Belarus; 2016.
23. Migal T, Novik I, Zaitsev E, Satylganova A, Mantingh F, Stachenko S et al. A multisectoral approach to the prevention and control of noncommunicable diseases: building the momentum in Belarus. *Public Health Panorama*. 2015;1(1): 69–73 (<http://www.euro.who.int/en/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-1,-issue-1,-june-2015>, accessed 29 May 2018).
24. Continuing to strengthen primary health care in Belarus to better address health needs related to NCDs. In: WHO/Europe/Countries/Belarus/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 28 March 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/news/news/2017/03/continuing-to-strengthen-primary-health-care-in-belarus-to-better-address-health-needs-related-to-ncds>, accessed 29 May 2018).
25. Belarus: needs assessment mission. Geneva: WHO Framework Convention on Tobacco Control Secretariat; 2015 (Factsheet; <http://www.who.int/fctc/implementation/needs/factsheet-na-fctc-belarus.pdf?ua=1>, accessed 29 May 2018).

26. Global status report on alcohol and health 2014. Individual country profile – Belarus. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/blr.pdf?ua=1, accessed 29 May 2018).
27. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/, accessed 29 May 2018).
28. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Belarus country assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2016/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-belarus-country-assessment-2016>, accessed 29 May 2018).
29. Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Belarus: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013;15(5):1–118 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/belarus-hit-2013>, accessed 29 May 2018).
30. WHO Regional Office for Europe and United Nations Development Programme. Prevention and control of noncommunicable diseases in Belarus: the case for investment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/publications/prevention-and-control-of-ncds-in-belarus-the-case-for-investment-2018>, accessed 29 May 2018).
31. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js19715en/>, accessed 29 May 2018).
32. Belarus: training course develops competencies in person-centred, coordinated and integrated primary health care service delivery. In: WHO/Europe/Countries/Belarus/News. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 30 November 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/news/news/2017/1/belarus-training-course-develops-competencies-in-person-centred,-coordinated-and-integrated-primary-health-care-service-delivery>, accessed 29 May 2017). ■

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Активизация мер по борьбе с неинфекционными заболеваниями в Беларуси: роль знаковых событий и координаторов перемен в адаптации международных стратегий

Andrei Famenka¹, Batyr Berdyklychev¹, Valiantsin Rusovich¹, Arnoldas Jurgutis²

¹ Страновой офис ВОЗ, Минск, Беларусь

² Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Алматы, Казахстан

Автор, отвечающий за переписку: Andrei Famenka (адрес электронной почты: famenkaa@who.int)

АННОТАЦИЯ

В ответ на растущее глобальное бремя неинфекционных заболеваний (НИЗ) на международном уровне разработан комплекс стратегических рекомендаций. Однако реализация этих мер на национальном и местном уровнях осложняется тем фактом, что ситуация в странах различна. К этим трудностям добавляется недостаток эмпирических данных о процессах изменения политики в области НИЗ, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода.

Данное исследование было проведено с использованием концептуальной модели политических потоков, что позволило получить более обширные представления о процессах адаптации международных стратегий в сфере НИЗ в Беларуси.

Результаты демонстрируют важность для этого процесса знаковых событий и участвующих сторон. В Беларуси знаковыми событиями стали презентация и распространение результатов исследования STEPS (Поэтапный подход к эпиднадзору – STEPS), а участниками процесса стали ВОЗ и национальные специалисты в области первичной медико-санитарной помощи.

На примере Беларуси можно подробно рассмотреть, как международные стратегические рекомендации могут быть адаптированы к национальному контексту, особенно в странах, в которых иначе расставлены политические приоритеты. Концептуальная модель политических потоков была успешно использована для анализа процессов разработки политики в области НИЗ в Беларуси и соответственно, может представлять интерес для специалистов, участвующих в разработке и анализе национальной политики, нацеленной на сдерживание распространения НИЗ.

Ключевые слова: БЕЛАРУСЬ, АНАЛИЗ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИССЛЕДОВАНИЕ STEPS

ВВЕДЕНИЕ

Во всем мире 60% всех смертей приходится на неинфекционные заболевания (НИЗ), и они остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности. При этом НИЗ являются не только проблемой здравоохранения, но и существенным препятствием на пути глобального развития, поскольку бремя НИЗ распределено по странам неравномерно. В настоящее время порядка 80% смертей в результате НИЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода: 29% из них регистрируется среди людей младше 60 лет (для сравнения, в странах с высоким уровнем дохода показатель смертности от НИЗ среди населения этой возрастной группы составляет 13%). Широко признается, что НИЗ представляют

собой существенную угрозу социальному и экономическому благополучию, усугубляя разрыв между финансово благополучными и менее развитыми странами и замедляя устойчивое развитие в глобальных масштабах (1).

Сложность проблемы глобального бремени НИЗ требует эффективной разработки и осуществления соответствующей политики на международном, национальном и местном уровнях (2). Важность борьбы с НИЗ признается на самом высоком политическом уровне и отражена в ряде международных документов. В 2011 г. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций утвердила Политическую декларацию совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных

заболеваний и борьбе с ними, в которой международному сообществу и всем государствам – членам ООН (особенно странам с низким и средним уровнем дохода) предлагалось активно реагировать на проблему НИЗ (3). В целях оказания поддержки в этой работе в 2013 г. ВОЗ выпустила Глобальный план действий по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (4). На европейском уровне базовые принципы комплексного подхода к борьбе с НИЗ были адаптированы Европейским региональным бюро ВОЗ к региональному контексту в рамках программы Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегии для XXI века – и Ашхабадской декларации, где подчеркивается необходимость межсекторальных действий для реагирования на основополагающие детерминанты НИЗ (5, 6).

Различные социально-экономические условия в странах и сложность проблем, связанных с НИЗ, существенно осложняют реализацию вмешательств, связанных со снижением показателей НИЗ на местном уровне. Согласно недавним оценкам ВОЗ, во многих странах до сих пор не завершен процесс адаптации международных рекомендаций и достигнут незначительный или даже нулевой прогресс в выполнении целевых показателей по борьбе с НИЗ, утвержденных на глобальном уровне (7). Вместе с тем для адаптации международных стратегических рекомендаций к местному контексту необходимо четкое руководство. При этом существует крайне мало исследований, посвященных опыту адаптации международных рекомендаций в области НИЗ, особенно в контексте стран с низким и средним уровнем дохода (8).

В данной статье предлагается подробное описание и анализ недавних изменений в политике по борьбе с НИЗ в Беларуси – восточноевропейской стране с уровнем дохода выше среднего. Полученные результаты демонстрируют важную роль знаковых событий и координаторов перемен в процессах адаптации международных рекомендаций по борьбе с НИЗ, представляя собой еще один вклад в растущую базу научно обоснованных знаний по развитию политики в области НИЗ в странах с различными социально-экономическими характеристиками.

МЕТОДЫ

Процесс разработки политики здравоохранения может быть проанализирован с использованием нескольких теоретических основ (9). Для анализа процессов в области НИЗ в Беларуси была выбрана концептуальная модель

политических потоков (the multiple-streams framework), предложенная Kingdon (10), которая успешно используется для оценки политики здравоохранения в самых различных социально-экономических контекстах (11). Эта концепция основана на положении о том, что к изменению государственной политики приводит сложная комбинация факторов, которые могут быть разбиты на три группы (или потока): поток проблем (problem stream), определяемый как актуальные для общества вопросы, требующие внимания правительства (т.е. высокое бремя НИЗ в стране); поток политических решений (policy stream), в рамках которого рассматриваются предложения, нацеленные на изменение ситуации (т.е. наличие и приемлемость вариантов политики по сокращению бремени НИЗ); и политический поток (politics stream), который представляет собой отношение разработчиков политики и общества к данной проблеме (т.е. уровень приверженности и готовность к реализации мер реагирования на НИЗ). До определенного момента эти потоки развиваются независимо друг от друга, пока какое-либо изменение в потоке проблем или политическом потоке не откроет окно возможностей в потоке политических решений. В период окна возможностей могут появиться эффективные решения, в разработке которых помогают координаторы перемен (policy entrepreneurs). Согласно определению Kingdon, координаторы перемен – это отдельные лица или группы людей, выступающие за включение той или иной политики в повестку дня правительства. Что касается процессов адаптации международных стратегий, здесь в роли координаторов перемен могут выступать представители международных организаций, распространяющие примеры эффективной практики на международном уровне¹. Также международные координаторы перемен обычно добиваются большего успеха, потому что имеют хорошую репутацию и авторитет в надгосударственных учреждениях (12).

В данном исследовании концептуальная модель политических потоков использовалась для определения факторов и процессов, которые привели к возникновению окна возможностей и позволили координаторам перемен местного

¹ Авторы хотели бы особо подчеркнуть, что хотя согласно определению, которое дает Kingdon, под координаторами перемен понимаются «лица или структуры, которые готовы вкладывать свои ресурсы – время, силы, репутацию и деньги – в продвижение тех или иных идей, рассчитывая при этом на достижение собственных целей в виде материальной прибыли, воплощения в жизнь идеалов или получения солидарных преимуществ» (10), это вовсе не означает, что они действуют исключительно в собственных корыстных интересах. Многочисленные международные организации, в том числе агентства ООН, занимаются продвижением всеобщих ценностей, защитой интересов и повышением благополучия общества.

и международного уровня активизировать ответные действия в отношении НИЗ в Беларуси за счет адаптации стратегий, рекомендованных международным сообществом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И АНАЛИЗ

ПОТОК ПРОБЛЕМ: ВЫСОКОЕ БРЕМЯ НИЗ, НОВЫЕ ИНДИКАТОРЫ ПРОБЛЕМ И ЗНАКОВЫЕ СОБЫТИЯ

В Беларуси наблюдаются одни из самых высоких показателей НИЗ в Европейском регионе ВОЗ: на эти заболевания приходится 89% всех смертей и 77% общей смертности в стране. Средняя ожидаемая продолжительность жизни в Беларуси существенно ниже, чем в Европейском союзе (74 и 80 лет соответственно) (13, 14). Еще более важным является тот факт, что НИЗ – это основная причина чрезмерно высокой смертности среди людей трудоспособного возраста, при этом непропорционально сильно затронуты мужчины: стандартизированные по возрасту показатели смертности от НИЗ у мужчин в два раза выше по сравнению с женщинами. Показатели НИЗ отличаются своей географией: у сельского населения ожидаемая продолжительность жизни ниже, а статистика преждевременной смертности выше по сравнению с городским населением. В сельских районах средняя продолжительность жизни у мужчин составляет лишь 65,6 года (15). Разница в показателях мужской и женской смертности в значительной степени ассоциируется с подверженностью мужского населения поведенческим факторам риска НИЗ, в особенности употреблению табака и злоупотреблению алкоголем. По оценкам, для всего населения на факторы образа жизни, поддающиеся коррекции (такие как курение, употребление алкоголя, употребление в пищу недостаточного количества фруктов и овощей и низкий уровень физической активности), и на метаболические факторы риска, поддающиеся частичной коррекции (такие как высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина и избыточный вес/ожирение), приходится до 60% всех факторов риска НИЗ в Беларуси (16).

При этом до недавнего времени не существовало комплексных данных об основных факторах риска НИЗ в стране. И хотя данные в области здравоохранения регулярно собираются Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь, охват НИЗ в официальном эпиднадзоре остается крайне ограниченным. В целях сокращения этого информационного пробела Беларусь при поддержке ВОЗ в 2016–2017 гг. провела широкомасштабное репрезентативное национальное исследование распространенности основных факторов риска НИЗ среди взрослого населения

(Поэтапный подход к эпиднадзору – STEPS). Исследование STEPS продемонстрировало высокий уровень распространенности факторов риска НИЗ среди населения Беларуси. По данным исследования, около 27% взрослых в возрасте 18–69 лет ежедневно курят табак; 53% регулярно употребляют алкоголь; 72% не едят рекомендуемые пять порций фруктов и/или овощей в сутки; 13% имеют уровень физической активности ниже рекомендованного ВОЗ; 61% имеют избыточный вес; 45% имеют повышенное артериальное давление; 39% имеют повышенный общий холестерин; и 7% имеют повышенную концентрацию глюкозы в крови (17). Также исследование выявило некоторые модели поведения, считающиеся наиболее опасными для здоровья: 20% взрослых (мужчины – 27%; женщины – 14%) употребляют алкоголь в больших количествах, а доля курящих женщин выросла в три раза за последние 20 лет (с 3% в 1995 г. до 12% в 2017 г.). В настоящее время каждый пятый взрослый в Беларуси подвергается воздействию табачного дыма дома или на работе. Приблизительно одна треть населения (32%) всегда или часто добавляют соль или соленые соусы в пищу, и 81% всегда или часто добавляют соль при приготовлении пищи в домашних условиях. Среднее потребление соли в день составляет 10,6 г, что значительно превышает рекомендуемый ВОЗ показатель.

По результатам STEPS, приверженность лечению также является недостаточной: более половины людей с повышенным артериальным давлением (53%) не принимают антигипертензивные препараты, а 73% людей с повышенным общим холестерином не получают никакого лечения. Среди людей, испытавших сердечный приступ, боли в груди или инсульт, лишь 12% регулярно принимают аспирин, и только 3% принимают статины для профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

На этом фоне была проведена оценка того, в какой степени используется потенциал системы здравоохранения для коррекции поведенческих факторов риска, связанных с НИЗ. Согласно полученным результатам, лишь 32% взрослых получали рекомендацию от медицинского работника по прекращению курения или отказу от начала курения; менее половины (47%) пьющих людей перестали употреблять алкоголь по совету медицинского работника; лишь 42% пациентов получали рекомендацию от работника здравоохранения в отношении сокращения потребления соли; только 41% взрослых получали рекомендации от медицинского работника о необходимости ежедневного употребления как минимум пяти порций фруктов и/или овощей; и лишь 41% и 43% взрослых соответственно получали совет о повышении физической активности и снижении массы тела.

В августе 2017 г. Страновой офис ВОЗ в Беларуси при поддержке Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними организовал мероприятие по представлению результатов исследования STEPS в целях привлечения внимания разработчиков политики к новым данным о распространенности факторов риска НИЗ в Беларуси. В мероприятии приняли участие представители правительства Беларуси, Европейского союза и агентств ООН. Основным результатом этого совещания высокого уровня стала активизация диалога среди ответственных лиц по вопросам осуществления стратегических ответных действий в отношении проблемы НИЗ (18).

ПОТОК ПОЛИТИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ: ВЫСОКАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ, МЕДЛЕННЫЙ ПРОГРЕСС

В качестве поддержки усилий стран по сокращению бремени НИЗ Всемирная организация здравоохранения подготовила список вариантов стратегий и экономически эффективных программ вмешательства, которые вошли в Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (4). Планом предусмотрены: а) меры по минимизации поведенческих и метаболических факторов риска НИЗ, и б) медико-санитарные услуги для профилактики и лечения этих состояний. При этом во многих странах сохраняются трудности, которые препятствуют расширению мероприятий до рекомендуемого комплекса ключевых программ реагирования (7). Таким образом, пример из практики Беларуси может помочь в выявлении барьеров на пути к успешной адаптации международных рекомендаций по НИЗ к местному контексту.

Основной парадокс национальной политики по НИЗ в Беларуси заключается в том, что хотя вопросы профилактики и борьбы с НИЗ получают политическое внимание на самом высоком уровне, эта приверженность недостаточно активно преобразуется в практические меры по сдерживанию дальнейшего распространения НИЗ. Что касается официальных заявлений, Беларусь была одной из первых стран, ратифицировавших Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака в 2004 г. (19). Страна также является подписантом Московской декларации по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (20) и Минской декларации «Охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020» (21). В 2016 г. обязательства были подтверждены на национальном уровне посредством принятия комплексной государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь на 2016–2020 гг.», содержащей специальную

подпрограмму «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» (22). Основная цель государственной программы – снижение влияния факторов риска и распространенности заболеваний, приводящих к преждевременной смертности. В 2016 г. как часть усилий по разработке координационного механизма высокого уровня был создан межведомственный совет по контролю за НИЗ, возглавляемый заместителем премьер-министра Республики Беларусь.

Помимо этого, агентства ООН и международные доноры оказывают всяческую поддержку правительству Беларуси в области противодействия НИЗ через совместные программы и проекты международной технической помощи. Например, процессы разработки государственной программы получили поддержку от ВОЗ в рамках мероприятий по развитию потенциала и усилий по разработке технических рекомендаций в отношении вариантов политики с доказанной эффективностью и результативностью (23). В настоящее время Беларусь реализует проект БЕЛМЕД: или «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь на 2016–2019 гг.», финансируемый Европейским союзом и осуществляемый несколькими учреждениями ООН в сотрудничестве с министерством здравоохранения (24).

Несмотря на эти усилия, внедрение крупномасштабных программ по борьбе с НИЗ и минимизации их факторов риска проходит медленно и не отличается особой эффективностью. Начиная с 2000-х годов в Беларуси было предпринято множество попыток по реализации на национальном уровне комплексных регулирующих мер по борьбе с употреблением табака и алкоголя, но все они столкнулись с серьезным противодействием со стороны представителей промышленности и торговли. В 2013 г. министерством здравоохранения был разработан законопроект по борьбе с табаком, призванный объединить все законодательство в области табака в единый документ. В законопроекте учитывались все требования Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком, включая полный запрет на курение внутри общественных помещений и повышение ставки акцизного налога от розничной цены сигарет (25). В 2014 г. документ был направлен в администрацию президента для включения его в законодательную повестку на 2015–2016 гг. Однако к концу 2017 г. не наблюдалось никакого прогресса в отношении этого законопроекта. Что касается мер по сокращению уровня употребления алкоголя, дискуссии по вопросу снижения доступности алкоголя в розничной продаже и повышения налогов на алкогольные напитки ведутся

уже более десяти лет. Публикация данных о потреблении алкоголя в Беларуси, в соответствии с которыми Беларусь заняла первое место в мире по употреблению алкоголя на душу населения, лишь немного подстегнула неторопливый процесс политических дебатов. Пиковый показатель потребления алкоголя, в 2008–2010 гг. составлявший 17,5 литра на душу населения, в 2016 г. снизился до 16,4 литра (26, 27).

Система здравоохранения не обеспечивает адекватных ответных действий на НИЗ, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи. Сектор первичной медицинской помощи, который в Беларуси развит слабо и характеризуется иерархическими и патерналистскими методами работы, до недавнего времени играл крайне ограниченную роль в профилактике и борьбе с НИЗ. Согласно недавним оценкам, службам первичной медико-санитарной помощи недостает необходимых навыков и знаний для оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями и положительного воздействия на поведение, связанное со здоровьем (28). В силу исторически сложившихся особенностей система здравоохранения Беларуси ориентирована на вторичный амбулаторный уход и непосредственное лечение пациентов специалистами узкого профиля. Однако в этой модели отсутствуют надлежащие инструменты управления, позволяющие обеспечить более активное вовлечение пациентов, повысить эффективность и качество работы и усилить ответственность поставщиков медицинских услуг за клинические результаты. В результате у пациентов практически нет возможностей для получения интегрированных, ориентированных на пациента услуг, предоставляемых надлежащим образом обученными и мотивированными работниками здравоохранения (28).

ПОЛИТИЧЕСКИЙ ПОТОК: ИНЕРТНОСТЬ И СОПРОТИВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯМ

В Беларуси существует большое поле для деятельности по обеспечению реагирования на НИЗ и их факторы риска посредством реализации эффективной политики. Недавние исследования по вопросам функционирования системы здравоохранения в Беларуси продемонстрировали разрыв между риторикой и реальностью. По результатам одного исследования, система здравоохранения Беларуси характеризуется инертностью, процессы развития политики являются скорее поступательными, а фундаментальные сдвиги не поддерживаются (29). Предложения о внедрении политики зачастую сопровождаются длительными обсуждениями, которые не приводят к конкретным результатам, или же согласованные изменения не реализуются в полной мере. В другом исследовании отмечается, что сектор здравоохранения в Беларуси занимает скромное положение

в государственной иерархии и не имеет достаточной власти для успешного продвижения вопросов здравоохранения, если это идет вразрез с интересами более влиятельных сторон. К настоящему моменту министерство здравоохранения не добилось значительных успехов в обеспечении консенсуса по проблеме НИЗ между всеми секторами правительства. Предпринимаемые государством ответные меры на проблему НИЗ остаются неоднородными и неадекватными, что является существенным препятствием для разработки и внедрения политики в этой области НИЗ в Беларуси (28).

Некоторые варианты политики в области НИЗ в Беларуси рассматриваются национальными директивными органами как политически нецелесообразные, особенно если они затрагивают сферу налогообложения и доходов. Несмотря на наличие убедительных фактических данных о том, что ключевые программы в области общественного здравоохранения, рекомендованные ВОЗ, на самом деле являются экономически эффективными, руководящие лица в Беларуси предпочитают не иметь дело с вариантами политики, предусматривающими фискальные меры. Внедряемые на национальном уровне меры антитабачного и антиалкогольного регулирования оказались неэффективными в том числе потому, что разработчики политики ошибочно полагают, что повышение налогов на табак и алкоголь негативно скажется на экономическом развитии страны. Для разрешения этой проблемы ВОЗ с 2014 г. проводит совместную работу с Межучрежденческой целевой группой ООН по профилактике НИЗ и Программой развития ООН, нацеленную на выработку полноценной доказательной базы об экономической эффективности программ по борьбе с НИЗ в Беларуси. В настоящее время готовится материал «Аргументы в пользу инвестирования», в котором дается количественная оценка затрат на профилактику НИЗ и эффективности вмешательств по сравнению с ценой бездействия в контексте Беларуси (30). Предполагается, что после публикации материал станет мощным аргументом для экономического обоснования действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними.

ОКНО ВОЗМОЖНОСТЕЙ: СЛИЯНИЕ ТРЕХ ПОТОКОВ

После появления тревожных результатов исследования STEPS в Беларуси была признана безотлагательная потребность реагирования на проблему НИЗ. Распространение результатов исследования позволило повысить уровень осведомленности населения по вопросам НИЗ, а также осознания того, что сегодня НИЗ – это проблема, актуальная для каждого. Правительство признало, что вопросы НИЗ

требуют незамедлительного реагирования, а разработчики политики стали открыты к рассмотрению предложений по активизации ответных действий на эту проблему. Таким образом изменения в политическом потоке и восприятии проблемы сформировали окно возможностей, открывая перспективы для реформирования национальной политики в области НИЗ.

Однако эти стратегические возможности должны использоваться без промедления. Поэтому параллельно с работой по продвижению ключевых программ в области народонаселения по борьбе с НИЗ Страновой офис ВОЗ в Беларуси прилагает значительные усилия для внедрения основных индивидуализированных услуг по профилактике и борьбе с НИЗ в первичной медико-санитарной помощи. Эти мероприятия необходимы для ранней диагностики и лечения НИЗ; они имеют наибольший потенциал в предупреждении развития хронических заболеваний, снижении случаев госпитализации, сокращении затрат на здравоохранение и улучшении поведения в контексте здоровья. Преимущество этого варианта политики для Беларуси заключается в том, что он хорошо согласуется с положениями государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. и считается приемлемым для разработчиков политики, поскольку в нем не затрагиваются интересы промышленных и торговых групп. Ведущим аргументом в пользу внедрения новых клинических программ вмешательства на уровне первичной медико-санитарной помощи можно считать результаты исследования STEPS, которые продемонстрировали явные пробелы в национальных ответных действиях на НИЗ в этой конкретной области.

Таким образом Страновым офисом ВОЗ в Беларуси в сотрудничестве с национальными специалистами и консультантами Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи был разработан комплекс стратегических мер, охватывающих первичный уровень помощи и тщательно адаптированных к местному контексту. В нем предусматриваются четкие руководящие принципы по укреплению системы первичной медико-санитарной помощи в Беларуси в целях обеспечения реагирования на НИЗ и их факторы риска. Для содействия осуществлению этой политики рабочая группа подготовила ряд рекомендаций в отношении пересмотра практик и профессиональных компетенций специалистов первичных медико-санитарных служб с тем, чтобы они могли надлежащим образом информировать своих пациентов и проводить среди них мотивационное консультирование. В эти рекомендации также вошли пересмотренные планы ведения пациентов,

нацеленные на улучшение координации действий различных медицинских учреждений и предоставление более комплексной и непрерывной медицинской помощи. Также для интеграции научно обоснованных методик в практику первичной системы услуг были разработаны новые клинические рекомендации в отношении профилактики, диагностики и лечения наиболее распространенных НИЗ, основанных на Пакете основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (31). Для учреждений первичной медико-санитарной помощи был подготовлен набор показателей эффективности осуществления мероприятий, нацеленных на сокращение основных факторов риска (курение, употребление алкоголя, питание и физическая активность), и клинические показатели лечения наиболее распространенных НИЗ, цель которых – внедрение надлежащих стимулов и отслеживание прогресса в работе по мотивации пациентов к принятию более активной роли для защиты своего здоровья.

Предложенный комплекс мер был внедрен в качестве пилотных инициатив в учреждениях первичной медико-санитарной помощи сельских и городских районов. С помощью серии междисциплинарных учебных курсов, проведенных ВОЗ, был повышен потенциал работников здравоохранения в области предоставления медицинских услуг, ориентированных на пациентов. Проанализировав опыт, полученный в ходе реализации этих мероприятий, разработчики политики в министерстве здравоохранения приняли решение: а) утвердить пакет стратегических мер, нацеленных на профилактику и борьбу с НИЗ, на уровне первичной медико-санитарной помощи, и б) обеспечить внедрение новых моделей предоставления услуг на национальном уровне. Помимо этого, учебные материалы по мотивационному консультированию, специально разработанные для межведомственных учебных курсов по профилактике и борьбе с НИЗ, были интегрированы в основную программу последипломного образования в системе общей медицинской практики на национальном уровне (32).

УСВОЕННЫЕ УРОКИ

Процессы разработки политики в Беларуси привели к тому, что комплекс рекомендованных на международном уровне мер по борьбе с НИЗ был утвержден к реализации в системе первичной медико-санитарной помощи. Анализ показал, что процесс адаптации международных рекомендаций характеризуется повышенным уровнем сложности и во многом зависит от местного контекста. Само по себе наличие международных рекомендаций совместно

с официальными обязательствами национальных руководящих органов еще не гарантирует успешного принятия и внедрения эффективных стратегий на национальном уровне. Как отмечает Kingdon, нецелесообразно полагаться на готовое решение как на «непреодолимое стремление, которое обрушивается на наши руководящие принципы и наше общество, сметая все преграды на своем пути», поскольку в нем, как правило, не учитывается полный спектр местных контекстуальных факторов (10). В этой связи необходимо предпринимать больше усилий для того, чтобы рекомендации и заявления были преобразованы в действенную политику. Эти усилия должны быть тщательно спланированы и скорректированы с учетом местного социально-экономического контекста.

Анализ с помощью концептуальной модели политических потоков показал, что недавние изменения стратегии по НИЗ в Беларуси стали результатом усилий координаторов перемен, нацеленных на выработку приемлемых решений на основе научно подтвержденных вариантов политики, и работы с национальными разработчиками политики для включения вопросов НИЗ в государственную повестку дня. Страновой офис ВОЗ в Беларуси совместно с национальными специалистами и консультантами Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи провел успешную работу по информированию руководящих органов и стимулированию выбора вариантов политики в области НИЗ. Роль координаторов перемен в процессе изменения политики по НИЗ в Беларуси заключалась в повышении осведомленности общества и директивных органов о необходимости быстрых и эффективных ответных действий на проблему НИЗ (или, по определению Kingdon, в «смягчении позиции»), а также в предложении вариантов, приемлемых для разработчиков политики и технически осуществимых в местном контексте (т. е. в «соединении потоков воедино») (10).

Применяя концептуальную модель политических потоков для анализа недавних изменений политики по НИЗ в Беларуси, можно извлечь ряд важных уроков.

- Некоторые программы вмешательства в области НИЗ, особенно если они затрагивают интересы торговых и промышленных групп, могут восприниматься разработчиками политики как неприемлемые. Серьезные корпоративные интересы могут оказаться сильнее способности сектора здравоохранения продвигать необходимые меры реагирования. Несмотря на фактические данные о том, что общегосударственные стратегии в области НИЗ являются экономически выгодными,

национальные политики предпочитают не рассматривать варианты, предусматривающие фискальные меры.

- В контексте противоборствующих политических приоритетов необходимы усилия по привлечению внимания руководящих органов к проблеме НИЗ. Координаторы перемен должны продемонстрировать, что альтернативные варианты политики являются технически осуществимыми, политически непротиворечивыми, приемлемыми для общества и восприимчивыми к местным потребностям.
- Знание политического контекста и надежная репутация ВОЗ и других международных организаций делает их отличными кандидатами на роль координаторов перемен, способных воздействовать на процессы разработки национальной политики в области НИЗ.
- Для того, чтобы сделать решение проблемы НИЗ частью повестки дня национальной политики, координаторы перемен должны прилагать усилия для формирования коалиций с различными структурами, вовлеченными в государственную политику, – от органов государственного управления до научных кругов.

ВЫВОДЫ

Хотя оценивать последствия недавнего изменения политики по НИЗ в Беларуси еще рано, внедрение комплекса стратегических мер, рекомендованных в Глобальном плане действий по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг., является примером успешной адаптации международных рекомендаций в непростых условиях, характеризующихся противоборствующими политическими приоритетами и конфликтами интересов.

Пример изменения национальной стратегии в области НИЗ в Беларуси может оказаться полезным для стран с ограниченным потенциалом для развития комплексной политики, ориентирующихся на международную поддержку процессов адаптации соответствующих рекомендаций. В таких странах можно положиться на координаторов перемен (международные организации, такие как ВОЗ), имеющих обширную сферу влияния и необходимые механизмы для достижения целей в области улучшения здоровья и благополучия населения.

Мы полагаем, что методы и результаты нашего исследования могут представлять интерес для широкого круга

специалистов, участвующих в анализе и развитии политики в области НИЗ, и служить дорожной картой для действий по борьбе с НИЗ в странах с различающимися социально-экономическими условиями.

Выражение признательности: Andrei Famenka благодарит организаторов и участников совместного семинара Европейской инициативы ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением и проекта STEPS, организованного в Москве в октябре 2017 г., за возможность обсудить тезисы, представленные в данном материале. Также авторы выражают признательность донорам и участникам проекта БЕЛМЕД, без которых публикация статьи с результатами работы не была бы возможной. Проект БЕЛМЕД финансируется Европейским союзом и реализуется министерством здравоохранения Беларуси в сотрудничестве с ВОЗ, Программой развития ООН, Детским фондом ООН и Фондом ООН в области народонаселения.

Источники финансирования: не заявлены.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, accessed 29 May 2018).
2. Mendis S. The policy agenda for prevention and control of noncommunicable diseases. *Br Med Bull.* 2010;96:23–43 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21059733>, accessed 29 May 2018).
3. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2011 г. (A/RES/66/2). (Резолюция A/RES/66/2 <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/66/2>, по состоянию 29 мая 2018 г.).
4. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г. (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/>, по состоянию 29 мая 2018 г.).
5. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию 29 мая 2018 г.).
6. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/236191/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
7. Подготовка к третьему Совещанию высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, которое состоится в 2018 г. Доклад Генерального директора. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (A70/27; http://apps.who.int/gb/r/r_waha70.html, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
8. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2013 global survey. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/>, accessed 29 May 2018).
9. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy. Buckingham: Open University Press; 2012.
10. Kingdon J. Agendas, alternatives, and public policies. New York: Harper Collins College Publishers; 1995.
11. Khayatzadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehroolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. *Health Promot Int.* 2016;31(4):769–81 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26092852>, accessed 29 May 2018).
12. Cairney P. Understanding public policy: theories and issues. Basingstoke: Palgrave MacMillan; 2012.
13. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2016 г. (все население). Источник: Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Минск: Правительство Республики Беларусь; 2016 г. (http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/demografiya_2/g/ozhidaemaya-prodolzhitelnost-zhizni-pri-rozhdenii-po-oblastyam-i-g-minsku/, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
14. Mortality and life expectancy statistics. In: Eurostat regional yearbook 2017 edition [online database]. Luxembourg: Eurostat; 2018 (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics, accessed 29 May 2018).

15. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 2016 г. (сельское население). Источник: Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Минск: Правительство Республики Беларусь; 2016 (http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/demografiya_2/g/ozhidaemaya-prodolzhitelnost-zhizni-pri-rozhdenii/, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
16. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. Национальные рекомендации: диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии. Минск: Республиканский научно-практический центр «Кардиология»; 2010.
17. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь: результаты исследования STEPS. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus-steps-2016-2017>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
18. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. Исследование показало высокую распространенность факторов риска НИЗ в Беларуси. Источник: Беларусь. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2017/09/survey-reveals-high-prevalence-of-ncd-risk-factors-in-belarus>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
19. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9789244591017_rus.pdf?sequence=4, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
20. Московская декларация по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/documents/moscow_declaration_ru.pdf, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
21. Минская декларация: охват всех этапов жизни в контексте положений политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/289966/The-Minsk-Declaration-RU-rev1.pdf?ua=1, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
22. Постановление № 200 от 14 марта 2016 г. об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. Минск: Совет Министров Республики Беларусь; 2016.
23. Migal T, Novik I, Zaitsev E, Satylganova A, Mantingh F, Stachenko S et al. Межсекторальный подход к профилактике и контролю неинфекционных заболеваний: усиление динамики работы в Беларуси. Панорама общественного здравоохранения. 2015;1(1): 69–73. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-1,-issue-1,-june-2015/a-multisectoral-approach-to-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-building-the-momentum-in-belarus>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
24. Продолжение деятельности по укреплению первичного звена здравоохранения в Республике Беларусь в целях более эффективного удовлетворения потребностей в медико-санитарной помощи, связанных с НИЗ. Источник: Беларусь [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/news/news/2017/03/continuing-to-strengthen-primary-health-care-in-belarus-to-better-address-health-needs-related-to-ncds>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
25. Миссия по оценке потребностей в Беларуси. Женева: Секретариат Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака; 2015 (информационный бюллетень; <http://www.who.int/fctc/implementation/needs/ru/>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
26. Global status report on alcohol and health 2014. Individual country profile – Belarus. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/blr.pdf?ua=1, accessed 29 May 2018).
27. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/, accessed 29 May 2018).
28. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Страновая оценка: Беларусь. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2016/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-belarus-country-assessment-2016>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
29. Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Беларусь: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. 2013;15(5):1–118. (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/belarus-hit-2013>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).

30. Европейское региональное бюро ВОЗ и Программа развития Организации Объединенных Наций. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Беларуси: аргументы в пользу инвестирования. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevention-and-control-of-ncds-in-belarus-the-case-for-investment-2018>, по состоянию на 29 мая 2018 г.).
31. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js19715en/>, accessed 29 May 2018).
32. Беларусь: учебный курс по развитию компетенций в сфере предоставления ориентированных на нужды людей, координированных и интегрированных услуг здравоохранения. Источник: Беларусь. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/news/news/2017/1/belarus-training-course-develops-competencies-in-person-centred,-coordinated-and-integrated-primary-health-care-service-delivery>, по состоянию на 29 мая 2018 г.). ■

POLICY AND PRACTICE

Walking the talk: implementing HSPA in Hungary

Szabolcs Szigeti¹, Péter Gaál², Tamás Evetovits³, Ledia Lazeri¹, Zsófia Pusztai⁴

¹ WHO Country Office, Budapest, Hungary

² Semmelweis University, Budapest, Hungary

³ WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening, Barcelona, Spain

⁴ WHO Country Office, Belgrade, Serbia

Corresponding author: Szabolcs Szigeti (email: szigetis@who.int)

ABSTRACT

Following the adoption of the Tallinn Charter in June 2008 (1), the WHO Regional Office for Europe and the Government of Hungary, in their biennial collaborative agreements (BCAs), agreed to prioritize the institutionalization of health system performance assessment (HSPA) in Hungary in order to promote transparency and accountability for performance and to improve analytical capacity to assess the attainment of policy objectives and the impact of health system reforms. One of the underlying assumptions of the technical work was that

institutionalizing performance assessment can provide health policy-makers with systematic and comprehensive information about the performance of various parts of the health system. The following case study summarizes the process, the results and some of the challenges of the implementation of HSPA in Hungary, which might be helpful for those countries and experts who are looking for insights into and examples of a sustainable institutionalization and production process in this area.

Keywords: HEALTH POLICY, PERFORMANCE ASSESSMENT, POLICY CYCLE

MAIN CONSIDERATIONS IN OPERATIONALIZING THE HSPA POLICY FRAMEWORK IN HUNGARY

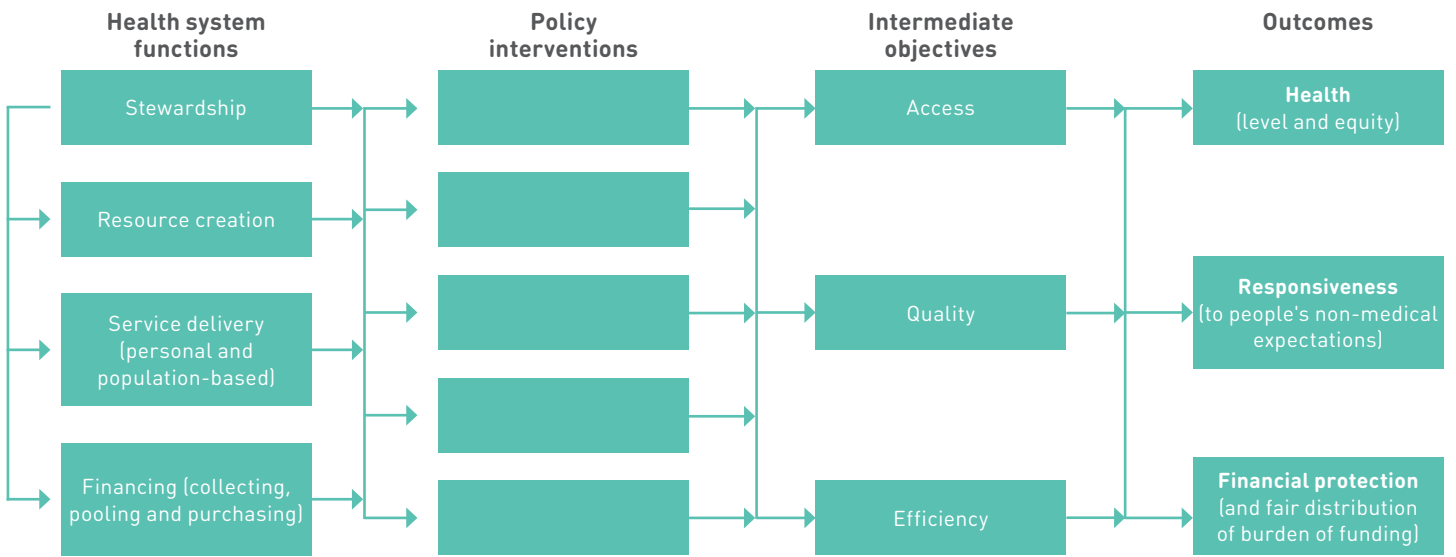
Regular, institutionalized performance assessment did not take place in the Hungarian health policy process for many years, despite the widely shared view that policy-making in Hungary operates in a data-rich environment and that the potential benefits of systematic use of the information collected are evident. Against this background, the existing systems of data collection and analysis first underwent thorough desk review by national and WHO experts to identify weaknesses, strengths and opportunities, in order to provide recommendations for developing a comprehensive performance-monitoring tool. The goal was to enable the existing statistical system to routinely produce information that would be useful in evaluating system performance and monitoring the impact of health policy interventions, producing a far more comprehensive assessment of health system performance than previously implemented.

Furthermore, a series of working papers addressed several performance objectives, including financial protection, equity in financing, financial sustainability and quality of care. The next round of BCA work agreed between the Regional Office and Hungary focused on elaborating proposals for institutionalizing the regular production of these reports (2).

An adapted version of the WHO health system framework (Fig. 1) was used as a conceptual basis for identifying the main dimensions of the HSPA in Hungary. It indicates that overall health policy goals can be attained through reforms and programmes linked to intermediate objectives measurable according to the set priorities. These reforms affect system performance in one or more functional areas. If the health system performance framework is systematically adapted, interventions in health system functions will improve intermediate objectives and, in turn, the overall goals. Therefore, the performance assessment can provide important feedback about goal attainment at system level.

Such a systematic approach has rarely been applied in Hungary's health policy. In fact, strategic goals and intermediate objectives

FIG. 1. WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK



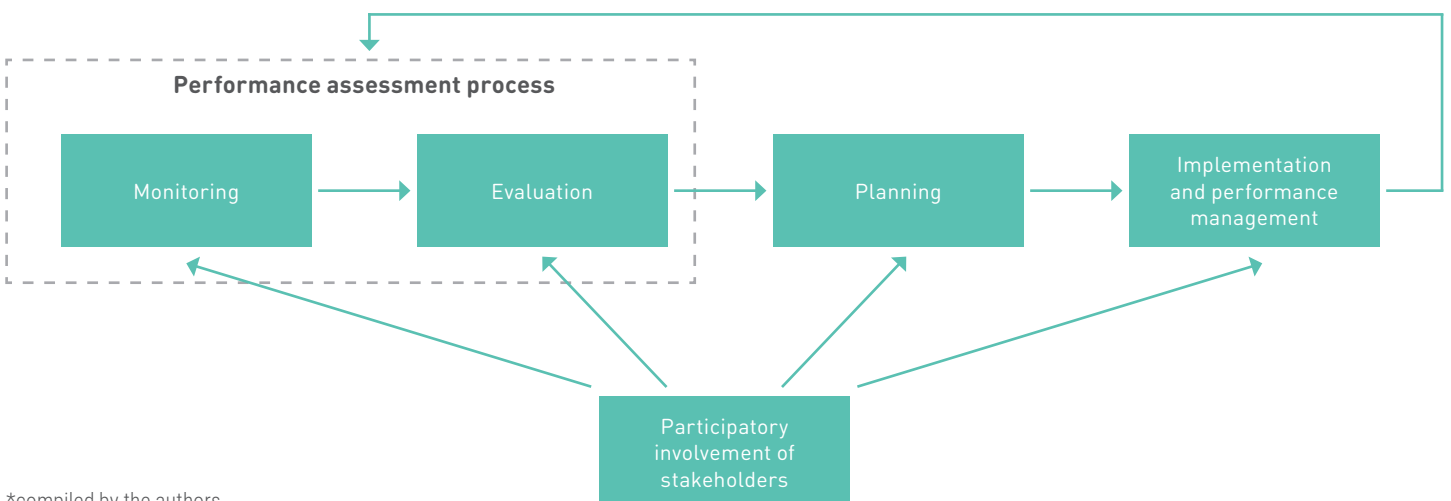
Source: Adapted from WHO (2005)

Note: The empty boxes under the heading of "Policy interventions" indicate the varying combinations of policy interventions in the various health system functions required to reach the objectives and outcomes of the health system.

were not routinely set in strategic and policy action plans, and evaluations tended to focus on legal and fiscal aspects of policy implementation and of the changes in the main functional elements of the system. As agreed in the BCA, institutionalized performance assessment aimed at systematically evaluating attainment of strategic goals and operational objectives was established in 2013. Fig. 2 shows the main functional stages of the policy cycle and the interconnection among its crucial functional elements. Using this approach, we understand the performance assessment process as the proper combination of

monitoring and evaluation stages of the policy cycle, involving all stakeholders. As shown in Fig. 2, it is essential to ensure effective organizational link between performance assessment and strategic planning as well as to efficient performance management also in policy practice, so that transparent and accountable policies can be created and implemented.

FIG. 2. MAIN FUNCTIONAL STAGES OF THE HEALTH POLICY CYCLE*



*compiled by the authors

INSTITUTIONALIZATION OF THE PROPOSED HSPA PROCESS

One of the crucial questions concerning HSPA was how it can be institutionalized. Strategic management needs can be a natural driving force behind HSPA institutionalization as one of HSPA's most important roles could be measuring the impact of strategic actions based on well-defined, specific targets compared with the baselines. In light of this, strategic management was identified as an area of Hungary's health governance that needed strengthening. Specific and realistic policy targets were missing and sectoral strategies or action plans were not in place in most of the health system functions, or were not systematically used (3). Therefore, technical experts suggested institutionalizing the performance assessment system in an organizational context that could subsequently be aligned to the evolution of strategic planning and management mechanisms.

The following five-step performance assessment formula was proposed:

1. deciding on the annual plan and methodology, including data collection plans;
2. formulating and evaluating indicators;
3. making recommendations based on the evaluations;
4. evaluating the assessment statements, proposals and methodology;
5. finalizing, approving and publishing the reports and recommendations.

The outputs of the technical work were presented at a policy dialogue at the end of 2011, when the State Secretary for Health announced that the Ministry would support the implementation of the HSPA recommendations. On the experts' recommendation to ensure HSPA sustainability regardless of any larger-scale reorganization of the public administration, the Ministry of Human Capacities issued a dedicated decree on the institutionalization of HSPA, specifying the main actors to be involved, the timing of the performance assessment process, the methodology of performance indicators, and the main outputs to be prepared regularly in the form of performance assessment reports. The decree stipulated that the overall performance reports need to be compiled biennially and must include a detailed assessment of all key performance dimensions. The implementation of the project in 2012 focused on laying the groundwork for codifying the decree.

The institutionalization process had the following milestones:

- The Ministry established a committee led by the Head of the Health Policy Department at the Ministry of Human Capacities. Among its members were representatives of various stakeholders, such as the National Health Insurance Fund Administration, the Hungarian Central Statistical Office, the National Institute for Quality and Organizational Development in Health Care and Medicines, the National Public Health and Medical Officer Services, other ministries and universities as well as the WHO Country Office for Hungary.
- The committee approved the concept paper.
- On the basis of the concept paper, the Health Care Unit of the Legal Department of the Ministry of Human Capacities drafted the decree on the performance assessment process and the corresponding ministerial order on the governing steering group.
- The documents were discussed and approved by the Ministry's executive management board and cleared for ministerial decision.
- The decree and the corresponding order were issued by the Minister of Human Resources in 2013.
- The implementation of the decree began in 2014.
- One technical unit for health system analysis of the NHSCC was assigned to coordinate and prepare the draft HSPA report and submit it for approval to the intersectoral steering committee.
- The first national report was published in May 2017 (4, 5).

LESSONS LEARNED FROM THE IMPLEMENTATION PROCESS

The first national performance report, which focused on some of the key problems facing the health system, such as high rates of avoidable and amenable mortality, was published in May 2017, attracting media attention. The media covered the report in numerous articles during the 2–3 weeks following publication. Professional organizations and individual experts praised the quality of the report, especially the depth of data analysis and the variety of indicators presented.

Another notable advantage of the institutionalized HSPA process was that it could effectively bring together all the main stakeholders of the health system during the production of the performance report. Their cooperation in the intersectoral steering committee was a key factor in the successful identification of data collection gaps and improvement of data analysis.

As regards human resources, there was initially considerable uncertainty about the availability of personnel needed to prepare the report and coordinate the technical work. However, since specific tasks were to be assigned on the basis of a clear regulation, the responsible national institute was able to allocate the human resources necessary for the first round of performance assessment.

It is important to note that the institutionalization process left some important issues unresolved. Firstly, the HSPA process needs to be linked to strategic planning and performance management of the health system as initially envisioned so that policy-makers can take full advantage of its benefits. This has not taken place until now. The institutional governance framework for strategic planning and management of the overall policy process still needs to be strengthened and consolidated.

Secondly, those involved in coordinating the implementation of HSPA must avoid any appearance of a conflict of interests. However, many senior health policy experts and stakeholders have warned that such conflicts may arise when the institution assessing health system performance is also primarily responsible for service delivery and owns public hospitals, which is the case with the National Health Service Care Centre. In the first draft of the document, this question was left open for the policy-makers so that the Ministry of Human Capacities could make the appointing decisions separately. However, during the review of the draft regulation, the Ministry of Justice and Public Administration insisted on naming the National Health Service Care Centre, which operates under the auspices of the Ministry of Human Capacities, as the host institution in the decree. Later in the production process, it was difficult for the institute to conduct a policy task that went beyond its core mandate of supervising day-to-day operations of public hospitals.

The clearly established regulatory framework bolstered the HSPA process and stakeholders' involvement during the restructuring of the Ministry and all its key national public health institutes in the years 2016–2017. While the re-engineering of the mandate, responsibility and authority of these institutes was taking place, the process and infrastructure of HSPA remained intact thanks to its sound regulatory framework.

In sum, we note that the Hungarian health system has seen a large-scale reorganization of its stewardship function since 2010. During that time, WHO provided continued technical support to the process of institutionalizing HSPA in the country. The experience differed from other countries' approaches that relied on occasional country-specific HSPA. The focus in Hungary was on creating an environment that would facilitate long-term institutionalization of HSPA and country ownership of the production of the report itself. It remains to be seen if this new approach will have a more sustained impact on the health policy process and on the health system in Hungary overall.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: None.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Tallinn: WHO Regional Office for Europe; 2008.
2. Szigeti S, Evetovits T, Gaál P, Pusztai Z, editors. Strengthening health system performance assessment in Hungary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf, accessed 20 June 2018).
3. Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: health system review. Health systems in transition. 2011; 13(5).
4. Babarczy B, Szigeti S, Gaál P, Gyenes P, Farkas-Borbás F, Mihalicza P et al. Health System Performance, Hungary: a step forward toward evidence-informed health policy. European Journal of Public Health. 2017; 27(suppl_3) (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.338>, accessed 20 June 2018).
5. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-2015 jelentés összefoglalója. Állami Egészségügyi Ellátó Központ; 2017. ■

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

От слов к делу: внедрение инструмента Оценки эффективности систем здравоохранения в Венгрии

Szabolcs Szigeti¹, Péter Gaál², Tamás Evetovits³, Ledia Lazeri¹, Zsófia Pusztai⁴

¹ Страновой офис ВОЗ, Будапешт, Венгрия

² Университет Земмельвайса, Будапешт, Венгрия

³ Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Барселона, Испания

⁴ Страновой офис ВОЗ, Белград, Сербия

Автор, отвечающий за переписку: Szabolcs Szigeti (адрес электронной почты: szigetis@who.int)

АННОТАЦИЯ

После принятия в июне 2008 г. Таллиннской хартии (1) Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения и правительство Венгрии в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС) согласились уделить первоочередное внимание институционализации инструмента Оценки эффективности систем здравоохранения (ОЭСЗ) в Венгрии в целях содействия гласности и подотчетности, а также в целях укрепления аналитического потенциала, позволяющего оценить достижение политических целей и эффект от реформ системы здравоохранения. В частности, в основу технической работы легло предположение о том,

что институционализация оценки эффективности может обеспечить разработчиков политики в области здравоохранения систематической и исчерпывающей информацией об эффективности различных составных частей системы здравоохранения. В нижеследующем тематическом исследовании кратко описан процесс внедрения ОЭСЗ в Венгрии, его результаты и некоторые трудности; документ может быть полезен странам и экспертам, которые занимаются поиском идей и примеров стабильной институционализации и процессов практической реализации в данной области.

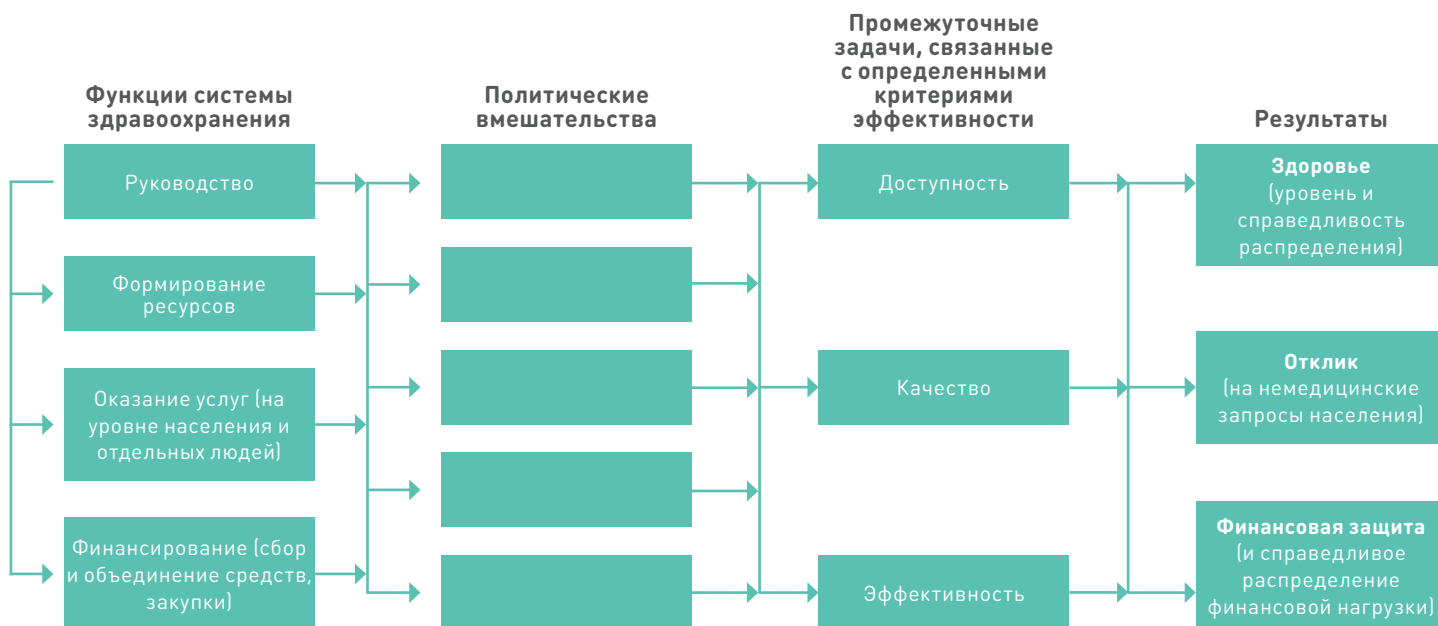
Ключевые слова: ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ, ЦИКЛ ПОЛИТИКИ

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ РАМОК ПОЛИТИКИ ОЭСЗ В ВЕНГРИИ

Несмотря на широко распространенное мнение о том, что разработка политики в Венгрии ведется в условиях доступности больших объемов данных и при наличии очевидных потенциальных преимуществ систематического использования собранной информации, на протяжении многих лет в процессах разработки политики в области здравоохранения в Венгрии не применялась регулярная институционализированная оценка эффективности. В этой связи национальные эксперты и специалисты ВОЗ прежде всего провели тщательный обзор существующих систем сбора и анализа данных, чтобы выявить их недостатки,

преимущества и возможности и сформулировать рекомендации в отношении разработки методов для всесторонней оценки эффективности. Целью этой работы было внедрить в существующую систему статистики возможность планового сбора и предоставления информации, пригодной для оценки эффективности системы и мониторинга воздействия мер политики в области здравоохранения, что позволило бы обеспечить гораздо более полную оценку эффективности системы здравоохранения, чем было заложено в нее изначально. Кроме того, был составлен ряд рабочих документов, посвященных различным целям деятельности, включая финансовую защиту, справедливое финансирование, финансовую устойчивость и качество медикосанитарной помощи. Следующий этап работы в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве (ДСС), согласованный Европейским региональным бюро ВОЗ и Венгрией, был посвящен выработке предложений об институционализации регулярного составления подобных докладов (2).

РИСУНОК 1. РАМОЧНАЯ ОСНОВА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЗ



Источник: адаптировано по материалам ВОЗ (2005)

Пояснение: пустые ячейки в категории «Политические вмешательства» обозначают различные комбинации подобных вмешательств в рамках различных функций систем здравоохранения, которые требуются для выполнения задач и достижения конечных результатов для этих систем.

В качестве концептуальной основы для определения основных направлений оценки эффективности системы здравоохранения в Венгрии была использована адаптированная версия рамочной основы системы здравоохранения ВОЗ (рис. 1). В ней указано, что достижение общих целей политики в области здравоохранения возможно посредством реформ и программ, связанных с промежуточными задачами, выполнение которых измеряется в соответствии с установленными приоритетами. Эти реформы влияют на эффективность системы по одному или нескольким функциональным направлениям. При систематической адаптации механизма эффективности системы здравоохранения вмешательства в функции этой системы будут способствовать улучшению результатов выполнения промежуточных задач и тем самым помогут достижению общих целей. Таким образом оценка эффективности может стать источником важной информации о достижении целей на общесистемном уровне.

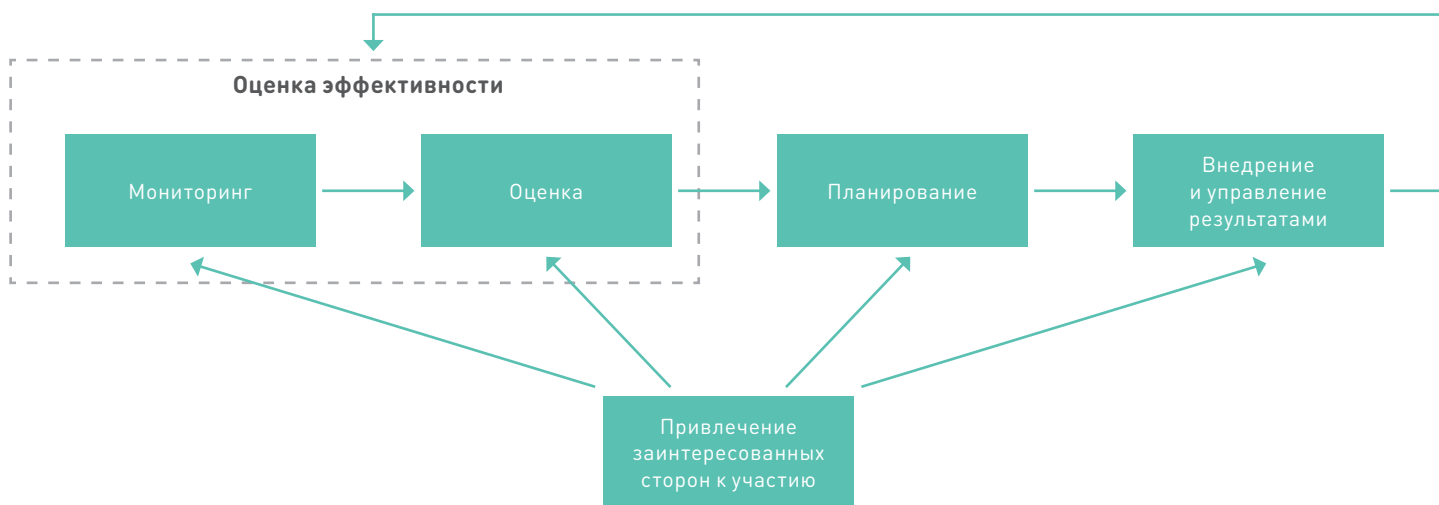
Ранее подобный систематический подход редко применялся в политике здравоохранения Венгрии. В действительности стратегические цели и промежуточные задачи обычно не входили в стратегические и политические планы действий, а при оценке основное внимание зачастую уделялось правовым и бюджетным аспектам реализации политики, а также изменениям в основных функциональных элементах системы. В соответствии с ДСС привнесение

в систему оценки эффективности, направленной на систематическую проверку выполнения стратегических целей и операционных задач, было начато в 2013 г. На рисунке 2 приведены основные этапы цикла осуществления политики и показана взаимосвязь между его важнейшими функциональными элементами. Такой подход позволяет рассматривать процесс оценки эффективности, под которым мы понимаем надлежащее сочетание мониторинга и оценки с привлечением всех заинтересованных сторон. Как показано на рисунке 2, крайне важно обеспечить эффективную организационную связь между оценкой эффективности и стратегическим планированием, а также связь с процессом управления результатами процесса практической реализации политики. Именно такой подход позволит содействовать гласности и подотчетности в процессах внедрения мер политики.

ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ ПРЕДЛАГАЕМОГО ПРОЦЕССА ОЭСЗ

Одним из наиболее значимых вопросов, связанных с оценкой эффективности системы здравоохранения, является способ ее упорядочения и формализации. Поскольку в число важнейших функций ОЭСЗ может входить измерение

РИСУНОК 2. ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ДРУГИМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ЦИКЛА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ*



* Рисунок составлен авторами статьи

воздействия стратегических мер на основе четко определенных, конкретных целей, сравниваемых с исходными показателями, естественной движущей силой институционализации ОЭСЗ может быть стратегическое управление. В рамках венгерской системы здравоохранения существовала необходимость укрепить стратегическое управление, поскольку оно характеризовалось отсутствием конкретных и реалистичных политических целей; кроме того, для большинства функций системы здравоохранения не были составлены или не применялись систематически секторальные стратегии или планы действий (3). В связи с этим технические эксперты предложили институционализировать систему оценки эффективности в организационном контексте, чтобы впоследствии она смогла отражать изменения в механизмах стратегического планирования и управления.

Для этого была предложена следующая пятиступенчатая формула оценки эффективности:

- 1) определение годового плана и методологии, включая планы по сбору данных;
- 2) формулирование и оценка показателей;
- 3) вынесение рекомендаций на основе оценок;
- 4) анализ сообщений об оценке, предложений и методологии;
- 5) окончательная доработка, утверждение и публикация докладов и рекомендаций.

Результаты технической работы были представлены в рамках политического диалога в конце 2011 г., когда

Государственный секретарь по вопросам здравоохранения объявил, что министерство здравоохранения поддержит выполнение рекомендаций ОЭСЗ. В отношении рекомендации экспертов обеспечить устойчивость ОЭСЗ вне зависимости от любых более масштабных реорганизаций государственного управления министерство выпустило специальное распоряжение об институционализации ОЭСЗ, в котором определило основных участников процесса, график процесса оценки эффективности, методологию определения показателей эффективности и основные результаты, которые должны публиковаться регулярно в форме докладов об оценке эффективности. В распоряжении было указано, что общие доклады об эффективности должны составляться раз в два года и включать в себя подробную оценку всех ключевых аспектов эффективности. Основной задачей проекта в 2012 г. стала подготовка законодательного оформления этого распоряжения.

Процесс институционализации включал в себя следующие основные вехи.

- Министерство учредило комитет под руководством главы департамента политики в области здравоохранения министерства человеческого потенциала. В состав комитета вошли представители различных заинтересованных сторон, включая администрацию национального фонда медицинского страхования, центральное статистическое управление Венгрии, Национальный институт качества и организационного развития здравоохранения и медицины, Национальную службу общественного

здравоохранения и канцелярию главного санитарного врача, а также страновой офис ВОЗ в Венгрии.

- Комитет утвердил концептуальный документ.
- Отдел здравоохранения правового департамента министерства человеческого потенциала на основе концептуального документа разработал проект распоряжения о процессе оценки эффективности и соответствующего приказа министерства о руководящей координационной группе.
- Руководящий исполнительный совет министерства рассмотрел и одобрил эти документы для передачи министру на подпись.
- Распоряжение и соответствующий приказ были подписаны министром человеческого потенциала в 2013 г.
- Выполнение распоряжения было начато в 2014 г.
- Одному из технических отделов по вопросам систем здравоохранения Центра медицинской помощи Национальной службы здравоохранения была поручена координация и подготовка проекта доклада ОЭСЗ, а также его вынесение на утверждение межсекторального руководящего комитета.
- Первый общенациональный доклад был опубликован в мае 2017 г. (4, 5)

УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ПРОЦЕССА ВНЕДРЕНИЯ

Первый общенациональный доклад об эффективности, посвященный некоторым ключевым проблемам системы здравоохранения, таким как высокий уровень предотвратимой и устранимой смертности, был опубликован в мае 2017 г. и привлек внимание СМИ. На протяжении 2–3 недель после публикации пресса посвящала докладу большое количество статей. Профессиональные организации и отдельные эксперты высоко оценили качество доклада, особо отметив глубину анализа данных и разнообразие представленных показателей.

Еще одним заметным преимуществом институционализированного процесса ОЭСЗ является тот факт, что в процессе подготовки доклада об эффективности возможно успешно объединить все основные заинтересованные стороны

в системе здравоохранения. Их сотрудничество в рамках межсекторального руководящего комитета стало ключевым фактором успеха при выявлении пробелов в сборе данных и повышении качества анализа данных.

Что касается человеческого потенциала, первоначально присутствовала значительная неуверенность в том, что удастся найти заинтересованных сотрудников для подготовки доклада и координации технической работы. Тем не менее, поскольку распределение конкретных задач регулировалось четкими задачами, ответственный за процесс национальный институт смог выделить кадровые ресурсы, необходимые для первого этапа оценки эффективности.

Следует отметить, что некоторые важные вопросы остались нерешенными в процессе институционализации. Прежде всего, как предполагалось изначально, процесс ОЭСЗ должен был быть увязан со стратегическим планированием и управлением системой здравоохранения, с тем чтобы разработчики политики могли в полной мере воспользоваться его преимуществами. Этого до сих пор не произошло. Рамочная основа институционального руководства стратегическим планированием и управлением по-прежнему нуждается в укреплении и консолидации в рамках общего политического процесса.

Во-вторых, координаторы оценки эффективности системы здравоохранения должны избегать любого конфликта интересов. Однако многие ведущие эксперты по политике в области здравоохранения и другие заинтересованные стороны предупреждали, что такие конфликты могут возникнуть, если учреждение, проводящее оценку эффективности системы здравоохранения, одновременно с этим несет основную ответственность за оказание услуг и управляет государственными больницами (как произошло в случае с Центром медицинской помощи Национальной службы здравоохранения). В первом проекте документа решение этой проблемы было оставлено на усмотрение разработчиков политики, с тем чтобы дать министерству человеческого потенциала возможность рассматривать кадровые решения в качестве отдельного вопроса. Тем не менее в ходе пересмотра проекта документа министерство администрации и юстиции настояло на том, чтобы назначить ответственным за исполнение распоряжения Центр медицинской помощи Национальной службы здравоохранения, входящий в состав министерства человеческого потенциала. Позже в процессе реализации распоряжения институт столкнулся с трудностями при выполнении политических задач, выходящих за рамки его основных полномочий по

надзору за повседневной деятельностью государственных больниц.

После состоявшейся в 2016–2017 гг. реструктуризации министерства и всех входящих в его состав основных национальных институтов в сфере общественного здравоохранения благодаря четко установленным нормативным рамкам удалось активизировать процесс ОЭСЗ и усилить вовлеченность заинтересованных сторон. Прочные нормативные рамки ОЭСЗ позволили сохранить в неприкосновенности процесс и инфраструктуру оценки в ходе пересмотра задач, полномочий и сфер ответственности вышеуказанных институтов.

В целом можно отметить, что с 2010 г. руководящая функция системы здравоохранения Венгрии претерпела масштабную реорганизацию. В течение этого периода ВОЗ продолжала оказывать техническую поддержку процессу институционализации ОЭСЗ в стране. Опыт Венгрии отличается от опыта других стран – в них процесс внедрения ОЭСЗ основывался исключительно на нерегулярных страновых докладах. Венгрия же сосредоточилась на формировании среды, которая способствовала бы долгосрочной институционализации ОЭСЗ и составлению докладов силами самой страны. Будущее покажет, способен ли такой новый подход оказать более устойчивое влияние на процессы разработки политики в области здравоохранения и на венгерскую систему здравоохранения в целом.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Таллинн: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 20 июня 2018 г.).
2. Szigeti S, Evetovits T, Gaál P, Pusztai Z, editors. Strengthening health system performance assessment in Hungary. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf, accessed 20 June 2018).
3. Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Hungary: health system review. Health systems in transition. 2011; 13(5).
4. Babarczy B, Szigeti S, Gaál P, Gyenes P, Farkas-Borbás F, Mihalicza P et al. Health System Performance, Hungary: a step forward toward evidence-informed health policy. European Journal of Public Health. 2017; 27(suppl_3) (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.338>, accessed 20 June 2018).
5. A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-2015 jelentés összefoglalója. Állami Egészségügyi Ellátó Központ; 2017. ■

INFORMATION NOTE

The WHO Regional Office for Europe Small Countries Initiative – an introduction

Francesco Zambon¹, Leda Nemer¹

¹WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy

Corresponding author: Francesco Zambon (email: zambonf@who.int)

ABSTRACT

Established in 2013, the WHO Small Countries Initiative is a platform where Member States in the WHO European Region with a population of less than one million can share their experiences with implementing Health 2020 and the 2030 Agenda for Sustainable Development. The Initiative seeks to (i) document ways of aligning national health policies with Health 2020 and the 2030 Agenda for Sustainable Development; (ii) develop joint capacity-building events around the key themes of Health 2020 to promote health and reduce health inequities; (iii) create an environment that supports the Health 2020 strategy by engaging the media as an implementation partner and (iv) create a platform for sharing experiences and learning about, Health 2020 implementation. It is an example

of WHO Europe's cost-effective support of Member States by means of a diversified portfolio focusing on support for alignment of national policies; topic-specific technical assistance and offering opportunities for networking. The annual high-level meeting of the Small Countries Initiative provides an opportunity for countries to work together to tackle the most pressing health policy concerns. Since its inception, the Initiative has shown that all Member States benefit from support regardless of their location in Europe and due to the fact that their small size makes them vulnerable to issues such as brain drain, higher prices for medicines and the effects of larger countries' policies.

Keywords: HEALTH POLICY, INTERNATIONAL COOPERATION, PUBLIC HEALTH, HEALTHY SYSTEMS

WHAT IS THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE SMALL COUNTRIES INITIATIVE?

The WHO Small Countries Initiative is a platform where Member States in the WHO European Region with a population of less than one million can share their experiences with implementing Health 2020 and the 2030 Agenda for Sustainable Development. It was established in 2013 after the idea had been suggested by San Marino at an informal meeting, which was held during the sixty-third session of the WHO Regional Committee for Europe in Çeşme Izmir, Turkey. The countries supported by this initiative are Andorra, Cyprus, Iceland, Luxembourg, Malta, Monaco, Montenegro and San Marino. The Small Countries Initiative is coordinated by the WHO European Office for Investment for Health and Development, Venice, Italy, of the WHO Regional Office for Europe, which also acts as the Secretariat of the initiative.

The Initiative has the following four key aims: (i) document ways of aligning national health policies with Health 2020 and the 2030 Agenda for Sustainable Development; (ii) develop joint capacity-building events around the key themes of Health 2020 to promote health and reduce health inequities; (iii) create an environment that supports the Health 2020 strategy by engaging the media as an implementation partner, and; (iv) create a platform for sharing experiences in, and mutual learning about, Health 2020 implementation (1–3). Participation in the Initiative (1) affords countries the opportunity to share their experiences in implementing Health 2020 (2), and strengthens their technical capacity by accelerating the adoption of innovative approaches (for example, whole-of-government and whole-of-society) to Health 2020 (2) implementation, and by documenting their processes and outcomes. Participating countries also receive tailored technical assistance with Health 2020 (2) implementation and, by documenting their experiences, they contribute to filling the knowledge gap on health policy development within the context of small countries in Europe.

THE SMALL COUNTRIES INITIATIVE AND ITS LINKS TO WHO'S GLOBAL AGENDA

The Small Countries Initiative (1) is in line with the country focus of the WHO draft thirteenth general programme of work (GPW13) 2019–2023, “*WHO will drive impact in every country. WHO will become more focused and effective in its country-based operations, working closely with partners, engaging in policy dialogue, providing strategic support and technical assistance, and coordinating service delivery, depending on the country context*” (4). The platform also contributes to the achievement of the following GPW13 outcomes:

- Outcome 1: Strengthened health systems in support of universal health coverage without financial hardship, including equity of access based on gender, age, income, and disability.
- Outcome 3: Improved human capital across the life-course.
- Outcome 4: Noncommunicable diseases (NCDs) prevented, treated, managed, and their risk factors controlled, and mental health prioritized and improved.
- Outcome 7: Health impacts of climate change, environmental risks and other determinants of health addressed, including in Small Island Developing States and other vulnerable settings.
- Outcome 8: Strengthened country capacity in data and innovation.
- Outcome 9: Strengthened leadership, governance, management and advocacy for health.

The Small Countries Initiative (1) has explored each of these issues. The Initiative supports the strengthening of health systems as one of its overarching themes and reminds countries of the importance of taking equity into consideration (outcome 1). This goes hand-in-hand with WHO's stewardship, which helps countries to strengthen their leadership, governance, management and advocacy for health (outcome 9). In the context of Health 2020, the life-course approach (outcome 3) has been an ongoing theme since the Initiative was established and it was highlighted at the Third High-level Meeting of the Small Countries (Monaco 2016), where the Monaco Statement called for *Health in all policies – Health in all SDGs: Call for action on climate change* (1, 4, 5). Ending childhood obesity and the importance of resilience at the individual, community and system level

came out strongly during the Fourth High-level Meeting (Malta 2017) in response to small countries having expressed the need to better understand the effect of the latter on health (6). Both childhood obesity and adverse effects on resilience are linked to increased NCDs (outcome 4), the former at the individual level, the latter at the macro level. Monaco took the lead on the topic of climate change (outcome 7) when the Scientific Centre of Monaco was designated a WHO Collaborating Centre for Health and Sustainable Development with the aim of improving the evidence base on health and the Sustainable Development Goals (SDGs) by focusing on climate change and the small countries. The Initiative (1) has provided ample opportunity for improving the small countries' health information systems (outcome 8) (4). The Small Countries Initiative became particularly relevant with the launch of the new Special Initiative to address the impacts of climate change on health in Small Island Developing States. The aim of the initiative, which was launched in November 2017 by the WHO Director-General, Dr Tedros Adhanom, is to protect people living in Small Island Developing States from the adverse effects of climate change on health. The vision is that, by 2030, all Small Island Developing States will have health systems that are resilient to climate change and that countries around the world will be reducing their carbon emissions to protect the most vulnerable from the adverse effects of climate change and deliver large health benefits in carbon-emitting countries. The Small Countries Initiative has addressed the issue of climate change through the Monaco Statement (October 2016). However, the issue will be in focus again at the fifth High-level Meeting of the Small Countries, which will take place in Iceland on 26–27 June 2018, where the European Small Countries will prepare a joint Statement on water and climate change.

THE SMALL COUNTRIES INITIATIVE – AN EXAMPLE OF WHO EUROPE'S COST-EFFECTIVE SUPPORT OF MEMBER STATES

Small countries share unique contexts and needs and they are sometimes more vulnerable than their larger counterparts. Furthermore, as many of the small countries are located in Western Europe, there is often the misconception that they are “rich” and, therefore, need little support from WHO. However, this is untrue. In fact, since its inception, the Small Countries Initiative (1) has shown that all Member States need support *regardless* of their location in Europe and, in the case of the small countries, due to the fact that their size makes them vulnerable to

brain drain, higher prices for medicines, and the effects of larger countries' policies. Through the Small Countries Initiative, WHO Europe can give Member States cost-effective support. The Initiative (1) serves as an entry point into western Member States and represents a valuable forum where these countries can share their experiences and find solutions to challenges, many of which have been of interest to larger countries. This makes the case for ensuring that, when setting norms and developing protocols, scientific guidelines and recommendations on policy direction and the experiences of both large and small countries are taken into consideration.

On the other hand, the size of these countries probably means that they are better able to navigate the increasingly complex and turbulent global environment as they have a shared sense of purpose and can implement policy quickly and effectively, which makes them ideal settings for policy experimentation and innovation. The Small Countries Initiative has helped small countries exploit their size, especially when implementing broad, multisectoral policies, such as Health 2020 (2), which require whole-of-government and whole-of-society approaches.

THE SMALL COUNTRIES INITIATIVE – A DIVERSIFIED PORTFOLIO

The portfolio of the Small Countries Initiative is diversified and provides Member States with:

- Support that is aligned with national policies.
- Topic-specific technical assistance.
- Opportunities for networking.
- A forum for mutual learning and sharing innovative approaches.

WHO EUROPE SUPPORT ALIGNED WITH NATIONAL POLICIES

The annual forum provided by the High-level meetings of small countries gives ministers and department directors from participating countries the opportunity to discuss their health agendas (Box 1) and topics of relevance and to assess whether there is a need for technical assistance. WHO Europe's Small Countries Initiative (1) has also provided direct support to countries to help them align their national health plans with Health 2020 (2), which was requested by San Marino in 2015.

BOX 1. SMALL COUNTRY INITIATIVE HIGH-LEVEL MEETINGS AND THEMES

- First High-level meeting of the Small Countries Initiative: Implementing the Health 2020 vision in countries with small populations, San Marino, 3–4 July 2014 (7)
The San Marino Manifesto: Implementing the Health 2020 vision in countries with small populations
- Second High-level meeting of the Small Countries Initiative: Advancing Health 2020: Small countries at the forefront of whole-of-government approaches to health, Soldeu, Andorra, 2–3 July 2015 (8)
The Andorra Statement: Health promotion and disease prevention throughout the life-course
- Third High-level meeting of the Small Countries Initiative: Health and sustainable development, Monaco, 11–12 October 2016 (9)
The Monaco Statement: Health in all policies – Health in all SDGs: Call for action on climate change
- Fourth High-level meeting of the Small Countries Initiative: Building resilient and healthy communities, Valletta, Malta, 26–27 June 2017 (6)
The Malta Statement on ending childhood obesity, promoting healthy weight and well-being throughout the life-course
- Fifth High-level meeting of the Small Countries Initiative: Working together for better health and well-being for all, Reykjavík, Iceland, 26–27 June 2018

TOPIC-SPECIFIC TECHNICAL ASSISTANCE

The WHO European Office for Investment for Health and Development, in collaboration with other relevant departments, has also provided topic-specific technical assistance to small countries. In 2015, Montenegro's experience with addressing the issue of adverse childhood experience was published as part of a compendium of cases (10). The documentation process often helps countries to identify solutions to implementation issues. Country requests for technical support on the complex issue of resilience have also been supported by WHO, which has resulted in three country visits (Iceland, Malta and San Marino), an analysis and a collection of cases from the visited countries (11). As a result, some small states, such as Malta, have requested WHO support on this topic. In 2018, San Marino received technical assistance to hold a national workshop to advance the 2030 Agenda in their country.

FOSTERING NETWORK-BUILDING OPPORTUNITIES AMONG SMALL COUNTRIES

Since its inception, the Initiative has provided the small countries with opportunities for networking in the field of communications and for developing their health information systems. Each year,

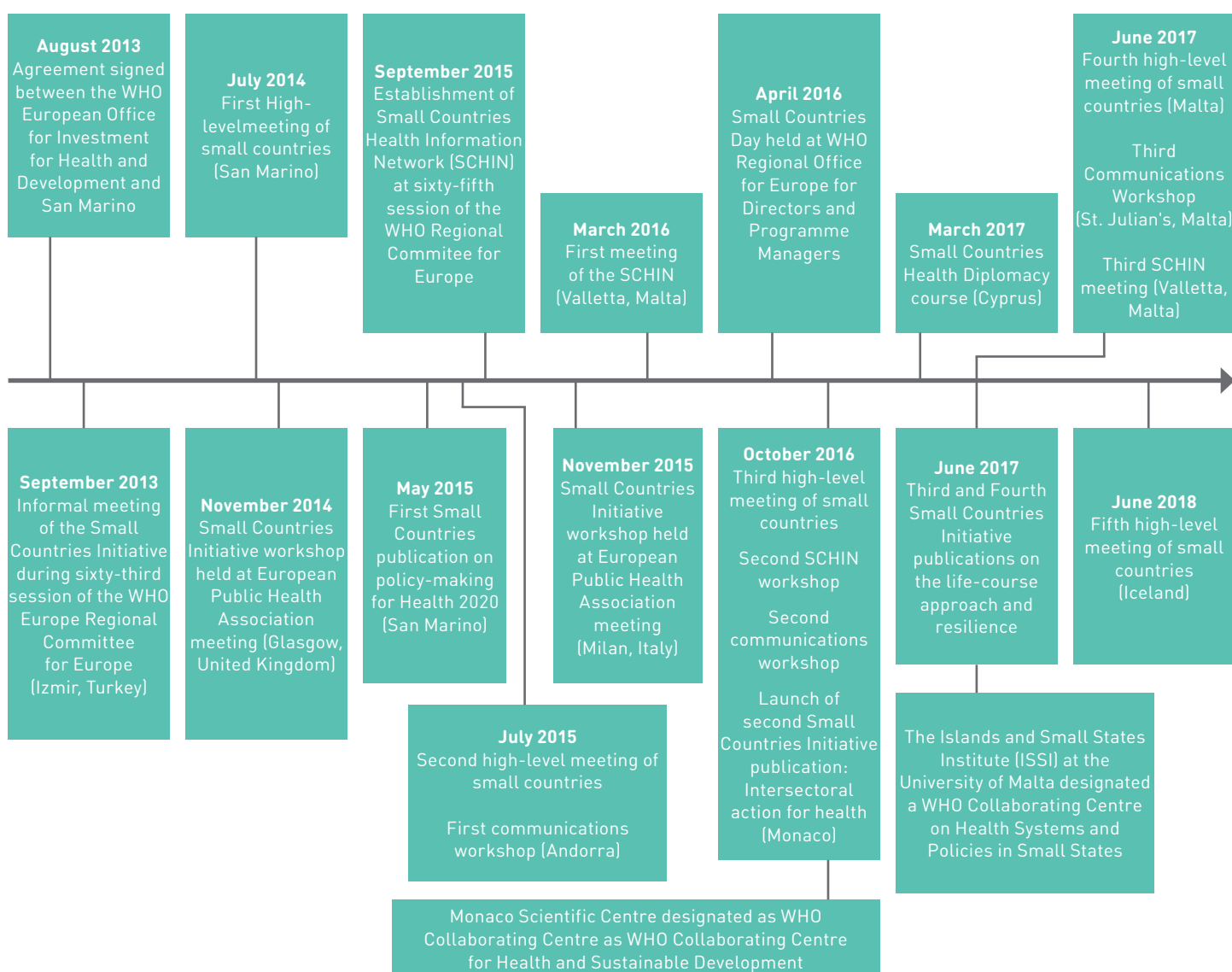
communications officers and journalists from the Initiative's Member States are invited to the High-level meetings to advise on how to report on specific topics. The Third High-level Meeting of the Small Countries (9) (Monaco 2016) emphasized the need to support the implementation of Health 2020 by better engaging the media as a partner, which had previously been identified as an action area during the Second High-level Meeting in Andorra in 2015 (8). The Small Countries Health Information Network (SCHIN) (12), which was first proposed at the High-level meeting of ministers of small countries in Andorra (2015) (8), has also significantly improved small countries' health information systems. The SCHIN brings together small countries to exchange experiences and address shared health information challenges, for example, the implementation of a harmonized approach to data collection, which has minimized Member States' reporting burden. The Ministry for Energy and Health in Malta hosted the first meeting of the focal points of the SCHIN in Valletta (March

2016). To date, three meetings have been held, each focusing on the specific health information needs of Member States. The Initiative has also made it easy for small countries to meet to address issues such as the need for affordable medicines and the brain drain of health professionals.

MUTUAL LEARNING AND THE SHARING OF INNOVATIVE APPROACHES

In the five years since its inception, the Small Countries Initiative has developed a forum for mutual learning and the sharing of innovative approaches between countries. The Initiative (1) has made it possible for all eight countries to document and, subsequently, present their work on intersectoral approaches to improving health and well-being and the life-course approach in the context of Health 2020 and the sustainable development goals. Two case studies featuring in-depth country experiences with implementing intersectoral approaches and the life-course

FIG. 1: MILESTONES OF THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE SMALL COUNTRIES INITIATIVE



approach have been published (10, 13). Additional research into life-course actions implemented in small countries has been conducted in 2018, which will soon result in the publication of in-depth case studies from Malta (addressing obesity through the life-course with the *Healthy Weight for Life Strategy*) and Iceland (Welfare Watch), both of which focus on evaluating initiatives and deal with the issues of inequity and gender.

THE SMALL COUNTRIES INITIATIVE BRINGS TO THE FOREFRONT THE HEALTH POLICY ISSUES OF MOST CONCERN TO MEMBER STATES

The annual high-level meeting of the Small Countries Initiative provides an opportunity for these countries to work together to tackle the most pressing health policy concerns. It also allows them to be part of a dynamic movement, which raises their profile, gives them direct exposure to WHO policies, strengthens their capacity in the core areas of Health 2020 and SDGs, facilitates peer-to-peer learning and collaboration among non-WHO Regional Office for Europe small countries as illustrated by the attendance of Barbados, the Maldives and Mauritius.

To date, the Small Countries Initiative has been a success. In its first five years, it has provided a forum where small states can communicate with other countries. Its work clearly resonates with the theme of the 2018 High-level meeting, “Working together for better health and well-being for all”. In their attempts to fulfil this aim, the small countries have shown that when they cooperate, they have a greater impact.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: None.

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES

1. Small countries initiative. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/small-countries-initiative>, accessed 14 March 2018).
2. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1, accessed 14 March 2018)
3. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>, accessed 14 March 2018).
4. Draft thirteenth general programme of work 2019–2023. Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/>, accessed 14 March 2018).
5. The Monaco Statement. Health in all policies – Health in all SDGs: call for action on climate change. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-monaco-statement.-health-in-all-policies-health-in-all-sdgs-call-for-action-on-climate-change>, accessed 14 March 2018).
6. The Fourth High-level Meeting of Small Countries: building resilient and healthy communities. Valletta, Malta, 26–27 June 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/06/the-fourth-high-level-meeting-of-small-countries-building-resilient-and-healthy-communities>, accessed 14 March 2018).
7. First High-level meeting of small countries of the WHO European Region on the implementation of the Health 2020 vision, 3–4 July 2014, San Marino, San Marino. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2014/07/first-high-level-meeting-of-small-countries-of-the-who-european-region-on-the-implementation-of-the-health-2020-vision>, accessed 14 March 2018).
8. Second meeting of the small countries initiative in Andorra: implementing the life-course approach vision, 2–3 July 2015, Soldeu, Andorra. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/countries/malta/news/news/2015/07/second-meeting-of-the-small-countries-initiative-in-andorra-implementing-the-life-course-approach-vision>, accessed 14 March 2018).
9. Third High-level Meeting of Small Countries. Health and Sustainable Development, 11–12 October 2016, Monaco, Principality of Monaco. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/10/third-high-level-meeting-of-small-countries>, accessed 14 March 2018).
10. How small countries are improving health using the life-course approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/how-small-countries-are-improving-health-using-the-life-course-approach-2017>, accessed 14 March 2018).
11. Building resilience: a key pillar of Health 2020 and the Sustainable Development Goals – Examples from the WHO Small Countries Initiative. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/building-resilience-a-key-pillar-of-health-2020-and-the-sustainable-development-goals-examples-from-the-who-small-countries-initiative-2017>, accessed 14 March 2018).

12. Small Countries Health Information Network (SCHIN). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/news/news/2016/01/small-countries-health-information-network-meets-for-the-first-time>, accessed 14 March 2018).
13. Intersectoral action for health – Experiences from small countries in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/intersectoral-action-for-health-experiences-from-small-countries-in-the-who-european-region-2016>, 14 March 2018). ■

ИНФОРМАЦИОННАЯ ЗАПИСКА

Инициатива малых стран Европейского регионального бюро ВОЗ. Введение

Francesco Zambon¹, Leda Nemer¹

¹ Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие, Венеция, Италия

Автор, отвечающий за переписку: Francesco Zambon (адрес электронной почты: zambonf@who.int)

АННОТАЦИЯ

Учрежденная в 2013 г. Инициатива малых стран ВОЗ представляет собой платформу, на которой государства – члены Европейского региона ВОЗ с населением менее одного миллиона человек могут делиться друг с другом своим опытом в области реализации политики Здоровье-2020 и Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Ключевые направления работы инициативы включают: а) описание методов согласования национальных стратегий здравоохранения с политикой Здоровье-2020 и Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.; б) подготовку совместных мероприятий для развития организационно-кадрового потенциала по ключевым направлениям политики Здоровье-2020 в целях укрепления здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья; в) формирование поддерживающей среды для стратегической реализации политики Здоровье-2020 посредством взаимодействия со СМИ как партнерами в деле реализации этой политики; г) создание платформы для обмена опытом и знаниями в области

реализации политики Здоровье-2020. Это служит примером оказания затратоэффективной поддержки государствам-членам со стороны Регионального бюро путем применения комплекса различных подходов, направленных на поддержку согласования мер национальной политики; тематической технической помощи и создания возможностей для сетевой работы.

Ежегодное совещание высокого уровня Инициативы для малых стран дает этим странам возможность для совместной работы над решением наиболее актуальных вопросов политики в области здравоохранения. С момента своего появления Инициатива малых стран показала, что все государства-члены нуждаются в поддержке независимо от их местоположения в Европе, и в случае малых стран это связано с тем обстоятельством, что их размеры обуславливают большую уязвимость для утечки специалистов, более высокой стоимости лекарственных средств и последствий воздействия политики более крупных стран.

Ключевые слова: ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЧТО ТАКОЕ ИНИЦИАТИВА МАЛЫХ СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ?

Инициатива малых стран ВОЗ представляет собой платформу, на которой государства – члены Европейского региона ВОЗ с населением менее одного миллиона человек могут делиться друг с другом своим опытом в области реализации политики Здоровье-2020 и Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Платформа была учреждена в 2013 г. по предложению Сан-Марино на

неофициальном совещании, состоявшемся во время шестидесятой третьей сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в Чешме, Измир, Турция. В число стран-участниц инициативы входят Андорра, Исландия, Кипр, Люксембург, Мальта, Монако, Сан-Марино и Черногория. Координацию деятельности Инициативы малых стран осуществляет Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие (Венеция, Италия) Европейского регионального бюро ВОЗ, который также выполняет функции секретариата Инициативы.

Ключевые направления работы инициативы включают: а) описание методов согласования национальных стратегий здравоохранения с политикой Здоровье-2020 и Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.;

б) подготовку совместных мероприятий для развития организационно-кадрового потенциала по ключевым направлениям политики Здоровье-2020 в целях укрепления здоровья и сокращения неравенств в отношении здоровья; в) формирование поддерживающей среды для стратегической реализации политики Здоровье-2020 посредством взаимодействия со СМИ как партнерами в деле реализации этой политики; г) создание платформы для обмена опытом и знаниями в области реализации политики Здоровье-2020 (1–3). Участие в Инициативе (1) обеспечивает странам возможность обмениваться опытом в области реализации политики Здоровье-2020 (2) и способствует укреплению их технического потенциала за счет ускоренного перехода к использованию инновационных подходов (например, общегосударственного подхода и принципа вовлечения всего общества) к реализации политики Здоровье-2020 (2) и документального оформления соответствующих процессов и результатов. Кроме того, страны-участницы получают адресную техническую помощь в области реализации политики Здоровье-2020 (2) и, описывая свой опыт, вносят вклад в восполнение пробелов в знаниях о развитии политики здравоохранения в малых странах Европы.

ИНИЦИАТИВА МАЛЫХ СТРАН И ЕЕ СВЯЗИ С ГЛОБАЛЬНОЙ ПОВЕСТКОЙ ДНЯ ВОЗ

Инициатива малых стран (1) согласуется с принципом ориентации на страны, предусмотренным проектом Тринадцатой общей программы работы ВОЗ (ОПР-13) на 2019–2023 гг.: «ВОЗ будет добиваться положительного воздействия на ситуацию в странах. ВОЗ будет повышать целенаправленность и эффективность своей деятельности в странах, тесно сотрудничая с партнерами, проводя диалог по вопросам политики, оказывая стратегическую поддержку и техническое содействие, а также координируя предоставление услуг в зависимости от условий страны» (4). Платформа также вносит вклад в достижение следующих конечных результатов ОПР-13.

- Конечный результат 1. Укрепление систем здравоохранения в поддержку всеобщего охвата услугами здравоохранения без финансовых трудностей, включая равноправный доступ на основе гендерной принадлежности, возраста, дохода и инвалидности.

- Конечный результат 3. Развитие человеческого капитала на протяжении всей жизни.
- Конечный результат 4. Профилактика, лечение и ведение неинфекционных заболеваний (НИЗ), контроль за факторами риска их возникновения, уделение приоритетного внимания психическому здоровью и его укреплению.
- Конечный результат 7. Принятие мер в отношении воздействия изменения климата, экологических рисков и других детерминант здоровья на здоровье населения, в том числе в малых островных развивающихся государствах и других условиях повышенной уязвимости.
- Конечный результат 8. Укрепление потенциала стран в области данных и инноваций.
- Конечный результат 9. Укрепление руководящей роли, стратегического руководства, управления и информационно-разъяснительной работы в интересах здравоохранения.

Каждый из этих вопросов был исследован в рамках Инициативы малых стран (1). Инициатива поддерживает укрепление систем здравоохранения как одно из всеобъемлющих направлений и напоминает странам о важности обеспечения равноправия (конечный результат 1). Это тесно связано с обеспечением стратегического управления со стороны ВОЗ, что позволяет странам укрепить собственное лидерство, стратегическое руководство, менеджмент и информационно-разъяснительную работу в интересах здравоохранения (конечный результат 9). В контексте политики Здоровье-2020 подход к развитию на протяжении всей жизни (конечный результат 3) оставался постоянной темой с момента учреждения Инициативы, и ему было уделено особое внимание на третьем совещании высокого уровня Инициативы для малых стран (Монако, 2016 г.), где было принято Монакское заявление «Учет интересов здоровья во всех стратегиях – учет интересов здоровья во всех ЦУР: призыв к действиям в сфере изменения климата» (1, 4, 5). Две темы – решение проблемы детского ожирения и важность обеспечения жизнестойкости на уровне индивидов, сообществ и системы в целом – имели особую важность во время четвертого совещания высокого уровня для малых стран (Мальта, 2017 г.), что стало ответом на выраженную малыми странами заинтересованность в более глубоком понимании влияния жизнестойкости на здоровье (6). Как проблема детского ожирения, так и факторы негативного воздействия на обеспечение жизнестойкости связаны с ростом распространения НИЗ (конечный результат 4), в первом случае на уровне отдельных

людей, в последнем – на макроуровне. Монако возглавило работу по вопросу изменения климата (конечный результат 7), когда Научный центр Монако был назначен Сотрудничавшим центром ВОЗ по вопросам здравоохранения и устойчивого развития в интересах совершенствования доказательной базы в области здравоохранения и целей в области устойчивого развития (ЦУР), уделяя особое внимание проблемам изменения климата и малых стран. Инициатива (1) обеспечила широкие возможности для совершенствования информационных систем здравоохранения малых стран (конечный результат 8) (4).

Инициатива малых стран приобрела особую значимость с официальным стартом новой специальной инициативы по защите населения малых островных развивающихся государств от последствий изменения климата, воздействующих на здоровье. Цель инициативы, которую в ноябре 2017 г. провозгласил Генеральный директор ВОЗ д-р Тедрос Адханом Гебрейесус, заключается в защите лиц, населяющих малые островные развивающиеся государства, от неблагоприятных последствий изменения климата, воздействующих на здоровье. Концепция состоит в том, чтобы до 2030 г. все малые островные развивающиеся государства получили системы здравоохранения, устойчивые к изменению климата, и чтобы страны по всему миру сокращали выбросы углерода для защиты наиболее уязвимых стран и групп населения от неблагоприятных последствий изменения климата и обеспечения значительных преимуществ для здоровья в странах, являющихся источниками выбросов углерода. Участники Инициативы малых стран обратились к проблеме изменения климата, подписав Монакское заявление (октябрь 2016 г.). Однако эта проблема снова окажется в центре внимания на пятом совещании высокого уровня для малых стран, которое пройдет в Исландии 26–27 июня 2018 г. и в рамках которого малые страны Европы подготовят совместное заявление о водных ресурсах и изменении климата.

ИНИЦИАТИВА МАЛЫХ СТРАН КАК ПРИМЕР ОКАЗАНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО ВОЗ РЕНТАБЕЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СВОИМ ГОСУДАРСТВАМ-ЧЛЕНАМ

Малые страны находятся в схожих уникальных условиях, имеют общие особые потребности и в некоторых случаях отличаются большей уязвимостью по сравнению со своими

более крупными партнерами. Кроме того, поскольку многие малые страны расположены на территории Западной Европы, они нередко ошибочно воспринимаются как «богатые», а значит не нуждающиеся в серьезной поддержке со стороны ВОЗ. Это, однако, не соответствует действительности. На самом деле с момента своего появления Инициатива малых стран (1) показала, что все государства-члены нуждаются в поддержке независимо от их местоположения в Европе. Малые же страны нуждаются в поддержке в связи с тем, что их размер делает их уязвимыми перед утечкой специалистов, более высокой стоимостью лекарственных средств и воздействием политики более крупных стран. Благодаря Инициативе малых стран Региональное бюро может оказывать государствам-членам эффективную с точки зрения затрат поддержку. Инициатива (1) служит отправной точкой для интеграции западных государств-членов и обеспечивает этим странам важную платформу для обмена опытом и решения задач, многие из которых представляют интерес и для более крупных стран. Это лишнее указание на необходимость учета научных руководящих принципов и рекомендаций в отношении проводимой политики, а также учета опыта как больших, так и малых стран при установлении норм и разработке протоколов.

В то же время размер этих стран может означать, что они лучше приспособлены к тому, чтобы ориентироваться во всё более сложной и беспокойной мировой обстановке, поскольку действуют в едином духе целеустремленности и способны быстро и эффективно реализовывать политику, что создает идеальные условия для экспериментальной деятельности и инноваций. Инициатива малых стран позволила малым странам использовать свой размер в собственных интересах, особенно при осуществлении широких межсекторальных мер, таких как политика Здоровье-2020 (2), которые требуют применения общегосударственного подхода и принципа вовлечения всего общества.

ИНИЦИАТИВА МАЛЫХ СТРАН – ЭТО КОМПЛЕКС РАЗЛИЧНЫХ МЕР

Инициатива малых стран использует комплекс различных мер и предоставляет государствам-членам:

- поддержку, которая согласуется с национальными стратегиями;
- предметную техническую помощь;

- возможности для налаживания сетевого взаимодействия;
- форум для обмена знаниями и инновационными подходами.

ПОДДЕРЖКА РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО, СОГЛАСОВАННАЯ С НАЦИОНАЛЬНЫМИ СТРАТЕГИЯМИ

Ежегодный форум, организуемый в рамках совещаний высокого уровня для малых стран, дает возможность министрам и главам департаментов из стран-участниц обсудить свои повестки дня в области здравоохранения (см. вставку 1) и актуальные вопросы и оценить потребность в технической помощи. Инициатива малых стран (1) также оказала странам прямую поддержку в области согласования их национальных планов здравоохранения с политикой Здоровье-2020 (2), запрос о предоставлении которой поступил от Сан-Марино в 2015 г.

ТЕМАТИЧЕСКАЯ ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Европейский офис ВОЗ по инвестициям в здоровье и развитие совместно с другими соответствующими департаментами также занимался предоставлением тематической технической помощи малым странам. В 2015 г. в составе сборника тематических исследований вышла публикация об опыте Черногории в решении проблемы неблагоприятных событий детства (10). Процесс документирования часто помогает странам найти решения проблем, связанных с осуществлением стратегий. Запросы стран об оказании технической поддержки в комплексном вопросе обеспечения жизнестойкости были также поддержаны ВОЗ, результатом чего стало посещение трех стран (Исландии, Мальты и Сан-Марино), в которых был проведен анализ тематических исследований и сделана их подборка (11). Затем некоторые малые государства, такие как Мальта, обратились к ВОЗ с просьбой об оказании им поддержки в этом вопросе. В 2018 г. Сан-Марино получила техническую помощь при проведении национального семинара, посвященного путям осуществления Повестки дня на период до 2030. в своей стране.

РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ МАЛЫМИ СТРАНАМИ

С момента своего появления Инициатива предоставляла малым странам возможности для налаживания взаимодействия в области коммуникации и для развития их информационных систем здравоохранения. Каждый год специалисты по коммуникациям и журналисты из

ВСТАВКА 1. СОВЕЩАНИЯ ВЫСОКОГО УРОВНЯ И НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ДЛЯ МАЛЫХ СТРАН

- Первое совещание высокого уровня Инициативы для малых стран. Осуществление стратегического видения политики Здоровье-2020 в странах с небольшим населением, Сан-Марино, 3–4 июля 2014 г. (7)

Сан-Маринский манифест. Осуществление стратегического видения политики Здоровье-2020 в странах с небольшим населением

- Второе совещание высокого уровня Инициативы для малых стран. Активизация действий в рамках политики Здоровье-2020: малые страны в авангарде общегосударственного подхода к охране здоровья, Сольдеу, Андорра, 2–3 июля 2015 г. (8)

Андоррское заявление. Укрепление здоровья и профилактика болезней на протяжении всей жизни

- Третье совещание высокого уровня Инициативы для малых стран. Здоровье и устойчивое развитие, Монако, 11–12 октября 2016 г. (9)

Монакское заявление. Учет интересов здоровья во всех стратегиях – учет интересов здоровья во всех ЦУР: призыв к действиям в сфере изменения климата

- Четвертое совещание высокого уровня Инициативы для малых стран. Создание жизнестойких и здоровых сообществ, Валлетта, Мальта, 26–27 июня 2017 г. (6)

Мальтийское заявление о ликвидации детского ожирения, обеспечении здорового веса и благополучия на всех этапах жизни человека

- Пятое совещание высокого уровня Инициативы для малых стран. Совместная работа в интересах здоровья и благополучия для всех, Рейкьявик, Исландия, 26–27 июня 2018 г.

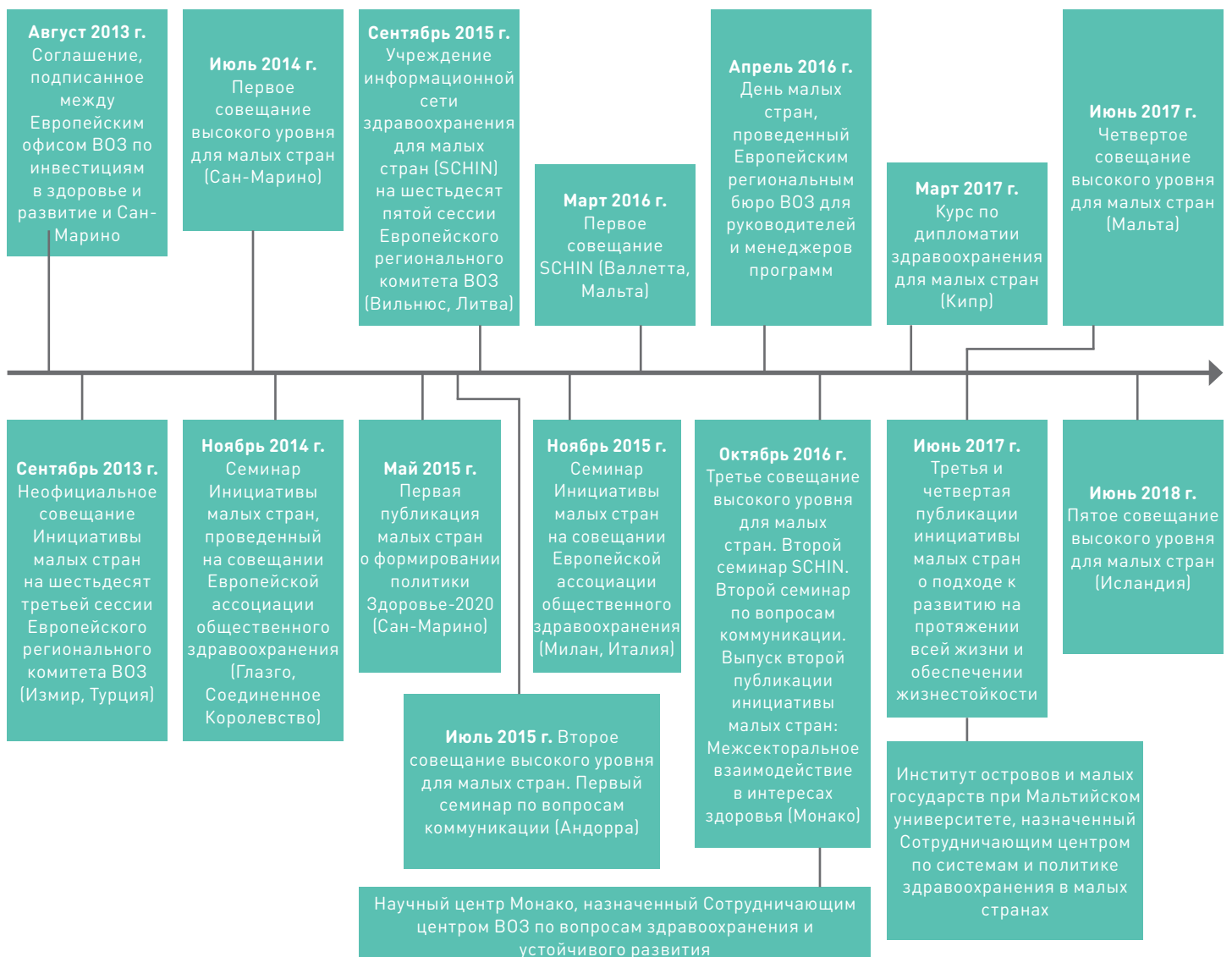
государств – членов Инициативы приглашаются на совещания высокого уровня для консультаций, посвященных способам предоставления информации по конкретным темам. Третье совещание высокого уровня для малых стран (9) (Монако, 2016 г.) подчеркнуло необходимость оказания странам поддержки в реализации политики Здоровье-2020 посредством более эффективного взаимодействия со СМИ как с партнерами, что было названо на втором совещании высокого уровня в Андорре в 2015 г. в качестве одного из направлений деятельности (8). Информационная сеть здравоохранения для малых стран (SCHIN) (12), предложение о создании которой впервые прозвучало на совещании высокого уровня для малых стран с участием министров в Андорре (2015 г.) (8), способствовала значительному совершенствованию информационных систем здравоохранения малых стран. SCHIN объединяет малые страны,

позволяя им обмениваться опытом и находить решения общих информационных задач в области здравоохранения, например таких, как реализация согласованного подхода к сбору данных, что позволило свести к минимуму бремя предоставления информации государствами-членами. Министерство энергетики и здравоохранения Мальты провело первое совещание координаторов SCHIN в Валлетте (март 2016 г.). На сегодняшний день было проведено три совещания, каждое из которых было посвящено конкретным информационным потребностям государств-членов в области здравоохранения. Инициатива также упростила малым странам возможность встречаться для обсуждения таких вопросов, как потребность в доступных лекарственных средствах и утечка специалистов в среде медицинских работников.

ОБМЕН ЗНАНИЯМИ И ИННОВАЦИОННЫМИ ПОДХОДАМИ

На протяжении пяти лет с момента своего появления Инициатива малых стран создавала форум для обмена знаниями и инновационными подходами между странами. Инициатива (1) дала возможность всем восьми странам описать и впоследствии представить свою работу над межсекторальными подходами к укреплению здоровья и благополучия и подходом к развитию на протяжении всей жизни в контексте политики Здоровье-2020 и Целей в области устойчивого развития. Были опубликованы два тематических исследования, касающиеся обширного опыта стран в области реализации межсекторальных подходов и подхода к развитию на протяжении всей жизни (10, 13). В 2018 г. было проведено дополнительное изучение мер,

РИСУНОК 1. ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ СОБЫТИЯ В РАМКАХ ИНИЦИАТИВЫ МАЛЫХ СТРАН ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ



реализуемых малыми странами в рамках подхода к развитию на протяжении всей жизни, на основании которых скоро будут опубликованы углубленные тематические исследования по Мальте (посвященные борьбе с ожирением на всех этапах жизни человека в соответствии со Стратегией здоровой массы тела в течение всей жизни) и Исландии (контроль показателей социального благополучия). В обоих случаях исследования посвящены оценке инициатив и касаются неравенства и гендерной проблематики.

ИНИЦИАТИВА МАЛЫХ СТРАН ПОЗВОЛЯЕТ ПРИВЛЕЧЬ ВНИМАНИЕ К ПРОБЛЕМАМ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИМ НАИБОЛЬШУЮ ОЗАБОЧЕННОСТЬ ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ

Ежегодное совещание высокого уровня Инициативы для малых стран дает этим странам возможность для совместной работы над решением наиболее актуальных вопросов политики в области здравоохранения. Оно также позволяет им быть частью динамичного процесса, что привлекает внимание к их деятельности, непосредственно знакомит их с политикой ВОЗ, укрепляет их потенциал в ключевых областях политики Здоровье-2020 и ЦУР, способствует коллегиальному обмену опытом и сотрудничеству между малыми странами, не относящимися к Региональному бюро, о чем свидетельствует участие Барбадоса, Мальдивских Островов и Маврикия.

На сегодняшний день Инициатива малых стран имеет успех. На протяжении первых пяти лет она стала форумом для взаимодействия малых государств с другими странами. Ее работа напрямую перекликается с темой совещания высокого уровня 2018 г. «Совместная работа в интересах здоровья и благополучия для всех». Выполняя эту задачу, малые страны продемонстрировали, что в условиях сотрудничества их влияние растет.

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: отсутствуют.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Инициатива малых стран. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/networks/small-countries-initiative>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
2. Здоровье-2020: Основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
3. Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 (http://unctad.org/meetings/en/SessionalDocuments/ares70d1_ru.pdf, по состоянию на 9 мая 2018 г.).
4. Проект Тринадцатой общей программы работы на 2019–2023 гг. Укрепление здоровья, поддержание безопасности в мире, охват услугами уязвимых групп населения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_3-ru.pdf, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
5. Монакское заявление. Учет интересов здоровья во всех стратегиях – учет интересов здоровья во всех ЦУР: призыв к действиям в сфере изменения климата. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/the-monaco-statement.-health-in-all-policies-health-in-all-sdgs-call-for-action-on-climate-change>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
6. Четвертое совещание высокого уровня для малых стран: создание жизнестойких и здоровых сообществ. Валлетта, Мальта, 26–27 июня 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2017/06/the-fourth-high-level-meeting-of-small-countries-building-resilient-and-healthy-communities>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
7. Первое совещание высокого уровня для стран Европейского региона ВОЗ с небольшим населением, посвященное воплощению в жизнь стратегического видения политики Здоровье-2020, 3–4 июля 2014 г., Сан-Марино, Сан-Марино. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2014/07/first-high-level-meeting-of-small-countries-of-the-who-european-region-on-the-implementation-of-the-health-2020-vision>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
8. Второе совещание инициативы малых стран в Андорре: реализация подхода, охватывающего все этапы жизни человека, 2–3 июля 2015 г., Сольдеу, Андорра. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/malta/news/news/2015/07/second-meeting-of-the-small-countries-initiative-in-andorra-implementing-the-life-course-approach-vision>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).

9. Third High-level Meeting of Small Countries. Health and Sustainable Development, 11–12 October 2016, Monaco, Principality of Monaco. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2016/10/third-high-level-meeting-of-small-countries>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
10. How small countries are improving health using the life-course approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/how-small-countries-are-improving-health-using-the-life-course-approach-2017>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
11. Повышение устойчивости к внешним воздействиям как одна из основ политики Здоровье-2020 и Целей устойчивого развития: примеры инициативы ВОЗ для малых стран. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/building-resilience-a-key-pillar-of-health-2020-and-the-sustainable-development-goals-examples-from-the-who-small-countries-initiative-2017>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
12. Small Countries Health Information Network (SCHIN). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/news/news/2016/01/small-countries-health-information-network-meets-for-the-first-time>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).
13. Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья – опыт малых стран в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/intersectoral-action-for-health-experiences-from-small-countries-in-the-who-european-region-2016>, по состоянию на 8 мая 2018 г.).

INFORMATION FOR AUTHORS

There are no page charges for submissions.
Please check www.euro.who.int/en/panorama for details.

Manuscripts should be submitted to eupanorama@who.int

EDITORIAL PROCESS

All manuscripts are initially screened by an editorial panel for scope, relevance and scientific quality. Suitable manuscripts are sent for peer review anonymously. Recommendations of at least two reviewers are considered by the editorial panel for making a decision on a manuscript. Accepted manuscripts are edited for language, style, length, etc. before publication. Authors must seek permission from the copyright holders for use of copyright material in their manuscripts.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Постраничный тариф к присланным документам не применяется.
Подробную информацию можно найти на веб-сайте:
www.euro.who.int/ru/panorama.

Рукописи просьба присылать по адресу: eupanorama@who.int

ПРОЦЕСС РЕДАКТИРОВАНИЯ

Все рукописи сначала изучает редакционная коллегия с целью оценки объема, актуальности и научного качества. Выбранные рукописи отправляются экспертам для рецензирования без указания авторов. Затем редакционная коллегия рассматривает рекомендации как минимум двух рецензентов, чтобы принять решение о публикации рукописи. Перед публикацией принятые рукописи проходят литературное редактирование с точки зрения языка и стиля изложения, длины текста и т.п. Авторы должны получить разрешение у владельцев авторского права на использование авторских материалов в своих рукописях.

THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

MEMBER STATES

Albania	Lithuania
Andorra	Luxembourg
Armenia	Malta
Austria	Monaco
Azerbaijan	Montenegro
Belarus	Netherlands
Belgium	Norway
Bosnia and Herzegovina	Poland
Bulgaria	Portugal
Croatia	Republic of Moldova
Cyprus	Romania
Czechia	Russian Federation
Denmark	San Marino
Estonia	Serbia
Finland	Slovakia
France	Slovenia
Georgia	Spain
Germany	Sweden
Greece	Switzerland
Hungary	Tajikistan
Iceland	The former Yugoslav Republic of Macedonia
Ireland	Turkey
Israel	Turkmenistan
Italy	Ukraine
Kazakhstan	United Kingdom
Kyrgyzstan	Uzbekistan
Latvia	

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01
Email: eucontact@who.int
Web site: www.euro.who.int

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

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: eucontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int