



Европейский региональный комитет ВОЗ

EUR/RC66/Inf.Doc./4

Шестьдесят шестая сессия

Копенгаген, Дания 12–15 сентября 2016 г.

6 сентября 2016 г.

160576

Пункт 5(м) предварительной повестки дня

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Выводы, сделанные на основании проведенных государствами-членами оценок основных оперативных функций общественного здравоохранения

Настоящий информационный документ, подготовленный как часть Среднесрочного отчета о ходе реализации Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (документ EUR/RC66/19), содержит сведения о проведенных государствами-членами самооценок основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ). В нем приводятся основные выводы семи детальных практических примеров, которые помогут государствам-членам получить представление о качестве и охвате проведенных исследований и сделать для себя выводы об оптимальной организации и методике таких самооценок.

Проведенный анализ демонстрирует, что инструмент для самооценки ОФОЗ – действенный механизм для многосторонней оценки потенциала и служб общественного здравоохранения в государствах-членах в Европейском регионе ВОЗ. Для многих стран, которые провели самооценку ОФОЗ, последовавшие за ней доклады стали единственными комплексными документами с детальным описанием сильных и слабых сторон потенциала и услуг общественного здравоохранения на уровне стран. Немалую ценность имеет и процесс оценки как таковой: он позволяет расширять и укреплять межсекторальные профессиональные сети и способствует наращиванию потенциала и достижению консенсуса в вопросах общественного здравоохранения. Из докладов следует, что для укрепления общественного здравоохранения в Европейском регионе следует приложить еще очень много усилий, и недостатки и пробелы в настоящее время существуют в каждой из основных оперативных функций, в особенности – в таких ОФОЗ, как укрепление здоровья, которые требуют полноценного общегосударственного и общесоциального подхода. Для того чтобы эффективно использовать результаты самооценок ОФОЗ для выработки комплексных стратегий по возрождению общественного здравоохранения, требуются: эффективное лидерство, прямая связь с циклом выработки политики, активное участие государственных, негосударственных и научных кругов и техническая экспертная помощь, как для самооценки, так и для последующего установления приоритетов и выработки политики.

Несколько респондентов из ряда стран отметили, что главная трудность заключалась не в проведении оценки, а в вовлечении высшего руководства страны в меры по улучшению здоровья населения. Они отмечали острую потребность в специализированных инструментах и международных инициативах, которые смогут убедить национальных лидеров в том, что общественное здравоохранение требует неотложных вложений, которые при этом смогут окупиться.

Содержание

	Стр.
Исходные сведения	3
Анализ докладов о самооценке ОФОЗ	4
ОФОЗ 1: Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения	5
ОФОЗ 2: Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения	5
ОФОЗ 3: Защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов	6
ОФОЗ 4: Укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья	6
ОФОЗ 5: Профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья	7
ОФОЗ 6: Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия	8
ОФОЗ 7: Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности	9
ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования	9
ОФОЗ 9: Информационно-разъяснительная деятельность (адвокация), коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья	10
ОФОЗ 10: Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики	10
Примеры процессов и конечных результатов самооценок ОФОЗ	11
Институциональная база, сотрудничество и участие	12
Вклад в общегосударственный и общесоциальный подходы к охране здоровья	13
Вклад в выработку политики	14
Отзывы об инструменте для самооценки	14
Перспективы дальнейшего применения инструмента для оценки	15
Достижение максимального эффекта от самооценок ОФОЗ	16
Дальнейшие шаги: перспективы для Регионального бюро, государств-членов и партнерских организаций	17
Перспективы для Европейского регионального бюро	17
Перспективы для государств-членов	19
Перспективы для партнерских организаций	19
Выводы	19
Библиография	20

Исходные сведения

1. За почти 20 лет, которые прошли после публикации Европейским региональным бюро ВОЗ в 1998 г. первого перечня основных функций общественного здравоохранения (*примечание переводчика: в документах на английском языке термин "functions" был впоследствии заменен на "operations"; в документах на русском языке неизменно используется термин "функции"*) (1), в Европейском регионе произошли громадные по своему масштабу изменения в области общественного здравоохранения. Страны Восточной Европы и Центральной Азии стремились выйти за рамки систем санэпиднадзора, которые многие десятилетия определяли суть общественного здравоохранения в этом субрегионе, а страны Западной Европы сосредоточили усилия на решении серьезных проблем, связанных с быстрым старением населения и углублением экономических неравенств, а значит и неравенств по показателям здоровья. Все страны Региона вынуждены противостоять бремени болезней, с его постоянно меняющейся структурой, в которой в настоящее время преобладают неинфекционные заболевания (НИЗ). В целом, весь Регион вынужден был переосмыслить свои подходы к охране здоровья населения. Повышенное внимание к системам здравоохранения, характерное для общественного здравоохранения в Европейском регионе в начале XXI столетия, уступает место более целостному подходу, вытекающему из политики Здоровье-2020 (2) и одного из ее основных инструментов реализации – Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (ЕПД ПУОЗ) (3).

2. Эти изменения, которые происходили как в Европе, так и за ее пределами, нашли отражение при выработке и адаптации ОФОЗ (4). ОФОЗ зарекомендовали себя как ценный инструмент для оценки потенциала и служб общественного здравоохранения в 20 государствах-членах, которые провели у себя одну или несколько самооценок (табл. 1). Краткий список из 10 ОФОЗ помогает лицам, формирующим политику на уровне стран, и другим партнерам из секторов, не связанных со здравоохранением, дать определение и понять границы общественного здравоохранения, а расширенный перечень "подфункций" представляет собой комплексный контрольный список услуг и потенциала. Таким образом, инструмент для самооценки помогает достичь в Регионе единого понимания сути общественного здравоохранения как в секторе здравоохранения, так и за его пределами. Одновременно с этим он помогает оценить положение дел в подготовке реформ.

3. Настоящий отчет дает возможность детально изучить результаты самооценок ОФОЗ. Официальные процессы самооценки проводились исключительно в странах на востоке Европейского региона, и поэтому оценить положение в странах на западе Региона не представлялось возможным; вместе с тем, в этой части Европы цели, препятствия и потенциал могут быть несколько иными. В начале отчета приводится сквозной анализ девяти докладов о самооценках в странах, который позволит определить общие для Региона тенденции и вызовы. После этого в нем описывается сам процесс оценки, с основными выводами, извлеченными из семи обзоров применения инструмента в государствах-членах. В заключительной части отчета представлены выводы и

перспектива со стороны Регионального бюро, государств-членов и партнерских организаций.

Таблица 1. Самооценки ОФОЗ в Европейском регионе, 2007–2016 гг.

Рамочная основа (версия)	Страна	Годы проведения самооценки ОФОЗ
Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN). Оценка услуг общественного здравоохранения в Юго-Восточной Европе (5)	Албания	2007–2008
	Болгария	2007–2008
	Босния и Герцеговина	2007–2008
	бывшая югославская Республика Македония	2007–2008
	Республика Молдова	2007–2008
	Румыния	2007–2008
	Сербия	2007–2008
	Хорватия	2007–2008
	Черногория	2007–2008
	Реформа общественного здравоохранения и роль санэпидстанций в Новых независимых государствах	Армения
Кыргызстан		2011–2012
Республика Молдова†		2012–2013
Российская Федерация		2012–2014
Таджикистан		2009
Узбекистан†		2011
Другие самооценки ОФОЗ; версия 1 инструмента	Словакия*†	2011–2012
	Словения	2009
	Эстония*†	2007–2008
Пересмотренная версия инструмента для самооценки (2014 г.)	Армения	2015–2016
	Босния и Герцеговина	2014–2015
	бывшая югославская Республика Македония†	2014
	Казахстан	Продолжается (2016)
	Кипр†	2015
	Кыргызстан	Продолжается (2016)
	Польша†	2014–2015
	Словения	2015–2016

Выделено жирным шрифтом: страны, которые провели больше одной самооценки.

† Самооценки ОФОЗ, фигурирующие в примерах.

Анализ докладов о самооценке ОФОЗ

4. Семь докладов, фигурирующих в анализе (табл. 1), были подготовлены в разные периоды и в разных политических условиях, на основании различных методик и с применением разных версий инструмента. В ряде стран упор делался на качественные аспекты, такие как сильные и слабые стороны и направления для действий, тогда как другие страны просто сообщили о полученных баллах и рекомендациях, сделанных на основании оценки. Большинство оценок позволили сделать однозначный вывод о наличии в государствах-членах приверженности оптимизации ОФОЗ, что естественным образом отражает их готовность принять участие в процессе оценки. В то же время, страны отмечали конкретные улучшения, требующиеся практически в каждой из функций.

5. При подготовке настоящего анализа мы стремились выделить из докладов основные сильные и слабые стороны названных государствами-членами потенциала и функций общественного здравоохранения, а также ключевые рекомендации. В то же время следует сказать, что многие из отмечаемых для каждой из стран недостатков (особенно из первых оценок) были впоследствии устранены, часто – с помощью реформ, которые проводились по итогам докладов. Следовательно, такой анализ можно назвать выборкой трудностей, с которыми так или иначе сталкиваются все страны Европейского региона, в особенности – страны Восточной Европы и Центральной Азии, где и проводились все официальные самооценки ОФОЗ. Он не только содержит комментарии или критику в отношении услуг общественного здравоохранения в конкретных государствах-членах, но и отражает качество и научную строгость докладов стран.

ОФОЗ 1: Эпиднадзор и оценка состояния здоровья и благополучия населения

6. Эпиднадзор осуществляется во всех государствах-членах, и во всех странах присутствуют приверженность и концептуальная база для его улучшения. Сбор базовых статистических сведений (основные демографические показатели, показатели здоровья матери и ребенка) в целом эффективен, но страны указывают на ряд других недостатков. Например, из доклада Кипра – выводы о нехватке данных по показателям психического здоровья, о неэффективности компьютерной системы компиляции данных и об отсутствии сбора и мониторинга социальных индикаторов.

7. В дополнение к конкретным областям, нуждающимся в улучшениях, которые варьировались от страны к стране, представители почти всех государств-членов отмечали потребность в дальнейшей интеграции существующих источников данных, а также в повышении качества данных и документации для оценки эффективности систем здравоохранения (включая мониторинг финансирования систем, обращений за медико-санитарной помощью, эффективности помощи и удовлетворенности потребителей, а также показателей здоровья в трансграничной перспективе).

ОФОЗ 2: Мониторинг и реагирование на опасности для здоровья и при чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения

8. Данную ОФОЗ поддерживает ряд недвусмысленных обязательств, и она осуществляется посредством практических действий. Страны в полной мере осознают ее важность, однако основной потенциал для реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения нуждается в улучшении, равно как и меры национальной политики в отношении осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Например, при оценке в Польше отмечалось отсутствие должным образом интегрированного межсекторального мониторинга угроз для здоровья, а в бывшей югославской Республике Македония эксперты подчеркивали важность дополнительных усилий для развития глобальных партнерств с другими странами и сетями.

ОФОЗ 3: Защита здоровья, включая обеспечение безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов

9. Все государства-члены в целом выразили свою поддержку данной функции, однако на практике эта поддержка осуществляется в ряде государств-членов не всегда эффективно. В сфере защиты здоровья от негативного воздействия окружающей среды в странах существуют достаточно действенные законодательные нормы в отношении качества воздуха, воды и почвы, однако при этом наблюдаются и явные недостатки. Например, респонденты из Кипра заявляли о потребности в улучшении подходов к оценке экологических рисков и развитии межсекторальной координации между государственными органами.

10. Большинство государств-членов располагают базовыми стратегиями по обеспечению безопасности и защите здоровья сотрудников на рабочих местах, однако для соблюдения современных стандартов в этой сфере требуются корректировки. Например, в Узбекистане в числе особых трудностей назвали межсекторальную интеграцию гигиены труда в другие стратегии на национальном уровне.

11. Создание нормативной базы в отношении безопасности пищевых продуктов было названо приоритетной задачей во всех докладах, но во многих странах при этом отмечалось недостаточное развитие необходимого технического потенциала. Так, в докладе Польши предлагается создать общенациональную систему для мониторинга потребления пищевых продуктов, которая станет основой для оценки соответствующих рисков для здоровья. Распространенной проблемой представляется и фрагментация сфер ответственности разных руководящих органов, и в нескольких странах (напр., Кипре) говорилось о необходимости создать единое ведомство по безопасности пищевых продуктов.

12. Государства-члены располагают действенными нормативными и институциональными структурами для обеспечения безопасности как пациентов, так и поставщиков услуг, но практическое исполнение законов часто несовершенно. В частности, об этой проблеме заявили эксперты из бывшей югославской Республики Македония. Аналогичным образом, нормативные базы существуют и в отношении безопасности дорожного движения, но при этом в ряде стран (напр., в Армении) наблюдаются недостаточные координация и технический потенциал для оценки риска. Наконец, доклады стран свидетельствуют о достаточной развитости норм и регулирования в отношении безопасности потребительских товаров.

ОФОЗ 4: Укрепление здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты и сокращение неравенств по показателям здоровья

13. Результаты оценок указывают на наличие проблем с определением и противодействием неравенствам в здоровье в рамках комплексных и целостных подходов. Из самооценок следует, что в улучшениях нуждаются практически все сферы, подпадающие под ОФОЗ 4: борьба против табака, алкоголя и

злоупотребления психоактивными веществами, питание и физическая активность, сексуальное и репродуктивное здоровье, психическое здоровье, насилие в целом и насилие в отношении детей и женщин в частности, а также профилактика травматизма. Отмеченные слабые стороны часто связаны с другими поддерживающими ОФОЗ, такими как кадровые ресурсы, финансирование, научные исследования и стратегическое руководство.

14. Говоря о борьбе против табака, следует отметить недостаточную эффективность мер по реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) (которая на момент проведения самооценки еще не была ратифицирована Узбекистаном). Представители Кипра и Эстонии объясняли это нехваткой потенциала и дефицитом подготовленных кадров. Аналогичным образом, дополнительные инвестиции и научные исследования неотложно требуются в таких областях, как борьба со злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, а также питание.

15. В особом внимании и дополнительных усилиях нуждаются вопросы сексуального и репродуктивного здоровья. Об этом, в частности, очень детально рассказали представители Кипра. Самооценки показали, что даже при наличии нормативной базы и соответствующих механизмов остается проблема дефицита финансирования, нехватки научных исследований и недостаточного потенциала у поставщиков медицинских услуг (в бывшей югославской Республике Македония). В странах существуют базовые меры политики по профилактике насилия в отношении детей и женщин, а также по профилактике травматизма, но при этом требуются дополнительные инвестиции в научные исследования, кадры, потенциал и в полноценное выполнение стандартов и протоколов.

16. Наконец, инвестиции нужны и для того, чтобы осуществлять стратегии и подходы в отношении психического здоровья, в особенности – с привлечением местных органов власти и сообществ. Особенно важным это представляется в связи с тем, что на психические расстройства приходится наибольшая часть прироста бремени болезней, в частности в таких странах, как Эстония.

ОФОЗ 5: Профилактика болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья

17. В контексте первичной профилактики следует отметить эффективность программ иммунизации, однако в дальнейшей доработке нуждаются реестры вакцинации и системы отчетности. Это касается, в частности, Кипра. В числе других вызовов можно отметить предоставление информации о здоровье и просвещение по вопросам поведенческих и медицинских факторов риска в первичном звене медико-санитарной помощи и в больницах. Так, например, эксперты из бывшей югославской Республики Македония отмечали неэффективность услуг по консультированию на уровне специализированной помощи, а также неэффективность клинических протоколов для первичного звена.

18. Весьма актуальным вопросом является оказание услуг здравоохранения мигрантам, бездомным и представителям этнических меньшинств. Так,

представители Кипра сообщили об отсутствии информационной системы для мониторинга доступности и качества услуг здравоохранения для этих уязвимых групп, а также об отсутствии в Министерстве здравоохранения должностей "посредников" и "специалистов по межкультурному взаимодействию", которые могли бы заниматься адаптацией услуг здравоохранения к их потребностям.

19. В сфере вторичной профилактики представители государств-членов отмечали препятствия и возможности для скрининга на предмет рака молочной железы, шейки матки и ободочной и прямой кишки. Проводящие оценку эксперты из бывшей югославской Республики Македония отмечали, что помимо необходимости в преодолении финансовых ограничений и повышении численности подготовленных кадров существует еще и потребность в совершенствовании программ по информированию, в наращивании потенциала служб социального патронажа и в обучении работников здравоохранения.

20. В третичной профилактике особую важность имеет развитие паллиативной помощи. Эксперты из Кипра отмечали, что в условиях старения населения и роста числа хронических заболеваний потребность в паллиативной помощи велика, как никогда до этого, однако подобные услуги до сих пор развиты недостаточно. Решить эту проблему позволят интегрированные стратегии.

ОФОЗ 6: Обеспечение стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия

21. В проведении оценок участвовали страны, проявляющие интерес к вопросам, связанным с потенциалом и услугами общественного здравоохранения, и разделяющие политическую приверженность охране здоровья населения как национальной приоритетной задаче. В то же время из докладов следует, что такой интерес не всегда подразумевает наличие процессов для достижения желаемых конечных результатов. Анализ указывает на потребность в установлении четкого и конкретного круга ведения для всех партнеров, участвующих в выработке и реализации политики в области общественного здравоохранения.

22. Следует интегрировать стратегии общественного здравоохранения в общую структуру стратегического руководства здравоохранением. Например, в Республике Молдова было принято решение расширить сферу действия национальной стратегии общественного здравоохранения, включив в нее отдельные разделы по стратегическому руководству и лидерству, согласно принципам политики Здоровье-2020.

23. Эффективность оценок воздействия на здоровье (ОВЗ) варьируется от страны к стране. Так, респонденты из Кипра сообщили о проведении таких оценок для анализа соответствующего влияния национальных стратегий и планов в разных секторах экономики; эксперты из Эстонии признали ОВЗ недостаточно развитыми на момент проведения самооценки, однако их доработка входила в число приоритетов; респонденты из бывшей югославской Республики Македония отметили, что ОВЗ по-прежнему находятся на ранней стадии развития, и в настоящее время проводятся лишь базовые мероприятия. Все государства-члены стремятся к внедрению ОВЗ в разные секторы экономики, такие как транспорт,

сельское хозяйство и жилье, сделав их, таким образом, неотъемлемой частью выработки политики во всех секторах. Респонденты также предлагали использовать оценки технологий здравоохранения при закупке медицинского оборудования и внедрении новых технологий.

ОФОЗ 7: Обеспечение сферы общественного здравоохранения квалифицированными кадрами достаточной численности

24. Перекрестный анализ различных самооценок выявил проблему дефицита данных о кадровых ресурсах здравоохранения и о потребности в услугах здравоохранения. Это касается вопросов распределения, закрепления и оттока кадров, производительности труда и потребностей в отношении услуг. В некоторых случаях информация имелась, но при этом не использовалась. Респонденты из бывшей югославской Республики Македония отметили "отсутствие стратегии в отношении кадровых ресурсов здравоохранения, которая представляет собой потребность приоритетного характера", а респонденты из Кипра и Польши сообщали о дефиците качественных данных о кадровых ресурсах и о нынешнем и прогнозируемых показателях потребностей в услугах здравоохранения. Команды экспертов предлагают использовать инструменты для прогнозирования потребностей в кадрах здравоохранения и проведения дополнительных исследований и анализа в отношении современной кадровой ситуации.

25. Респонденты из Кипра отмечали потребность в оптимизации стратегического руководства, финансирования, мобилизации ресурсов и предоставления услуг, в контексте планирования кадрового обеспечения. Также отмечалась потребность в подготовке новых и переобучении имеющихся работников общественного здравоохранения. Эксперты из Польши говорили о кадровом дефиците и рекомендовали провести оценку занятости в сфере общественного здравоохранения в настоящее время. Респонденты из бывшей югославской Республики Македония сообщили о потребности в наращивании сотрудничества между ведомствами, которое поможет привести будущие кадры здравоохранения в соответствие с потребностями населения.

ОФОЗ 8: Обеспечение устойчивых организационных структур и финансирования

26. В целом, проводящие оценки эксперты четко и последовательно представили организационные структуры своих министерств здравоохранения и их связи со всеми автономными организациями общественного здравоохранения. В докладе от бывшей югославской Республики Македония лидерство со стороны Министерства названо важным инструментом для улучшения взаимодействия между секторами и внутри секторов. Из доклада следует, что органы общественного здравоохранения и профессиональные ассоциации обладают всеми возможностями для лидерства в своих сферах, однако в дальнейшем укреплении нуждаются области финансирования и стратегического руководства. Несколько команд экспертов, в том числе из Кипра, сообщили об отсутствии информационных систем, которые были бы адаптированы к повседневным нуждам поставщиков услуг. Трудности вызывает также фрагментация и

недостаточная преемственность в оказании помощи в рамках одной системы здравоохранения. Эти трудности еще более усугубляются неэффективной коммуникацией и координацией между поставщиками услуг, что порождает низкую затратноэффективность и дисбаланс. В докладах таких стран, как Узбекистан, подчеркивается отсутствие на уровне государственного управления специализированных структур или координационных комитетов по общественному здравоохранению, что затрудняет полноценную подготовку, принятие и осуществление комплексных мер политики, стратегий и планов действий в рамках межсекторального сотрудничества.

27. Респонденты из бывшей югославской Республики Македония отметили, что разграничение организационных обязанностей по контролю за соблюдением законодательства об общественном здравоохранении существует, однако зачастую оно малопонятно. По словам представителей Кипра, в бюджете должно быть четко указано, какие именно средства зарезервированы для программ общественного здравоохранения.

ОФОЗ 9: Информационно-разъяснительная деятельность (адвокация), коммуникация и социальная мобилизация в интересах здоровья

28. Анализ показывает, что для стратегического развития данной оперативной функции необходимо приложить дополнительные усилия. Так, например, респонденты из Узбекистана акцентировали внимание на улучшение технологий коммуникации, но не стратегической коммуникации. Эксперты из Словакии, Кипра и бывшей югославской Республики Македония признавали потребность в крепкой рамочной основе для использования коммуникации в качестве стратегического инструмента в поддержку общественного здравоохранения, развития лидерства и информационно-разъяснительной работы для укрепления здоровья, стимулирования участия и расширения прав и возможностей местных сообществ, для учета недостатков во всех четырех направлениях дальнейших действий в области стратегического руководства, финансирования, производства ресурсов и предоставления услуг и эффективного осуществления коммуникации в здравоохранении. Эксперты из Польши рекомендовали повышать осведомленность о социальных детерминантах здоровья и о неравенствах в отношении здоровья. В целом, из оценки следует, что необходимо осуществлять стратегии информирования и о рисках и внедрять количественные и качественные измерения в целях оценки программ общественного здравоохранения в интересах эффективного наращивания потенциала для мониторинга и оценки кампаний по коммуникации в здравоохранении.

ОФОЗ 10: Содействие развитию исследований в области общественного здравоохранения для научного обоснования политики и практики

29. По-прежнему затруднительной представляется приоритизация задач в области общественного здравоохранения согласно четким критериям, а также с учетом ограничений в ресурсах и потенциале. Во всех принявших участие в

оценках странах этот процесс либо отсутствует как таковой, либо идет неэффективно. Необходимо обеспечить более широкие полномочия для проведения стандартизированного процесса установления приоритетов в поддержку научных исследований в общественном здравоохранении. Более того, имеющиеся данные (эпидемиологические и о системах здравоохранения) применяются в процессе принятия решений недостаточно широко, и, как отмечалось респондентами из Кипра, существуют сложности в использовании данных научных исследований в сфере выработки политики и предоставления услуг. Также необходимо лучше согласовать дальнейшие научные исследования в сфере общественного здравоохранения с задачами политики Здоровье-2020. Для этого, в частности, потребуются комплексные вложения в применение принципа охвата всех этапов жизни человека, с упором на инициативы в поддержку здорового и физически активного старения. Наконец, следует поддержать интеграцию научных исследований в сферу непрерывного повышения квалификации и подготовки. Это необходимо для развития связей и коммуникации между научными структурами, занимающимися вопросами общественного здравоохранения, и лицами, формирующими политику, в странах.

30. Эксперты из Словакии, напротив, отмечали такую положительную особенность указанных мероприятий, как однозначная политическая поддержка для укрепления системы общественного здравоохранения, включая соответствующие исследования.

Примеры процессов и конечных результатов самооценок ОФОЗ

31. В дополнение к анализу докладов о самооценке наши эксперты провели 20 интервью со специалистами, которые участвовали в процессах оценки в 7 странах (табл. 1). Для проведения интервью были использованы следующие критерии отбора:

- страны с разными социально-политическими условиями, представляющие различные субрегионы;
- страны, которые располагают докладами о проведенных самооценках ОФОЗ;
- страны, которые провели более одной самооценки;
- страны, которые провели самооценку с помощью различных версий инструмента, с особым вниманием к опыту использования последней версии.

32. По этим критериям первоначально были выбраны следующие страны: Армения, бывшая югославская Республика Македония, Кипр, Польша, Республика Молдова, Российская Федерация, Словакия, Узбекистан и Эстония. В связи с тем, что мы не получили ответов от Армении и Российской Федерации, мы впоследствии исключили эти страны из нашего анализа.

33. Цель практических примеров – понять, в какой степени проведенные оценки способствовали выработке и осуществлению основанной на фактических данных

политики по развитию общественного здравоохранения в государствах-членах. Эта цель определяется такими аспектами процесса оценки, как институциональная поддержка, сотрудничество и участие, вклад в общегосударственный и общесоциальный подходы к охране здоровья и вклад в выработку политики. Анализ, таким образом, будет направлен на указанные сферы и на практический опыт государств-членов в применении инструмента для самооценки ОФОЗ, а также на оценку готовности этих стран проводить такие оценки и в будущем.

Институциональная база, сотрудничество и участие

34. Под институциональной базой понимается поддержка, которую лидеры на высшем уровне государственного управления (напр., премьер-министры и/или главы министерств) оказывают процессу самооценки ОФОЗ. Здесь стоит отдельно отметить две страны – Польшу и бывшую югославскую Республику Македония, где высшее государственное руководство оказало процессу широкую поддержку. Бывшая югославская Республика Македония напрямую связала результаты оценки с выработкой новых мер политики общественного здравоохранения, а Польша приняла масштабный пакет законов в области общественного здравоохранения, который предусматривает полный пересмотр потенциала и услуг общественного здравоохранения и их согласование с положениями ЕПД ПУОЗ, подготовив тем самым почву для незамедлительного проведения следующей оценки ОФОЗ.

35. Другие оценки, прошедшие в странах, были тесно связаны с реформами в общественном здравоохранении, однако в первую очередь институциональная поддержка и лидерство для этих реформ исходили от министерств здравоохранения (без непосредственного участия других министерств или глав правительств). Например, министерства здравоохранения Республики Молдова и Узбекистана поддержали и оценку и дальнейшие реформы в общественном здравоохранении. Министерства здравоохранения Кипра и Словакии поддержали проведение оценок, однако реформы в них пока не были проведены. На Кипре процесс оценки совпал со сменой министра здравоохранения, и этот факт, а также непростые экономические и политические условия в стране, поставили под вопрос возможности для проведения эффективного комплекса реформ. Наконец, руководство Эстонии не воспользовалось возможностями, предоставленными оценкой ОФОЗ, но при этом добилось ряда других улучшений в политике в области общественного здравоохранения. Спустя четыре года после оценки страна также подготовила, при помощи Регионального бюро, новый закон об общественном здравоохранении.

36. Страны, которые использовали версию инструмента самооценки от 2014 г. (бывшая Югославская Республика Македония, Кипр и Польша), намного активнее взаимодействовали с партнерами из научной сферы, неправительственными организациями и с другими министерствами. Респонденты отмечали необходимость дальнейших доработок в том, что касается активного участия, и большинство из них при этом положительно отзывались об опыте выстраивания новых и использования имеющихся связей между секторами. С другой стороны, респонденты из стран, где использовалась старая версия инструмента, отмечали

меньшую активность партнеров вне системы здравоохранения, что может быть связано с более узкой сферой применения первой версии инструмента.

37. В целом, респонденты из всех стран положительно отзывались о сотрудничестве, отмечая полезность инструмента в обсуждении общих проблем и общих подходов к их решению. Респонденты из Польши и Словакии отмечали, что хотя процесс оценки не позволил им в полной мере устранить некоторую напряженность между ведомствами, в этой сфере все же достигнуты неплохие успехи. Часть респондентов, особенно из малых стран (таких как Кипр и Эстония), отмечали наличие крепких связей еще до проведения оценок, но при этом обсуждение ОФОЗ позволило найти новые сферы для сотрудничества (Эстония) и преодолеть институциональные барьеры (Кипр). В Узбекистане на место недоверия и непониманию самой сути общественного здравоохранения пришли огромные улучшения во взаимоотношениях на институциональном и личном уровнях.

Вклад в общегосударственный и общесоциальный подходы к охране здоровья

38. На уровне практических действий развитие общегосударственного и общесоциального подходов требует наращивания межотраслевого и межсекторального сотрудничества, которое способствует проведению реформ в общественном здравоохранении. Этот принцип – краеугольный камень политики Здоровье-2020 и ЕПД ПУОЗ, и прогресс в интеграции этих концепций в инструмент для оценки ОФОЗ и в другие инициативы, достигнутый Региональным бюро за время, прошедшее после шестьдесят второй сессии Европейского регионального комитета (Мальта, 2012 г.), достаточно очевиден. Респонденты из Республики Молдова, Словакии и Узбекистана (эти страны использовали первую версию инструмента для оценки) сообщили о недостаточном прогрессе – или даже об отсутствии такового – в установлении новых межсекторальных связей. В свою очередь, респонденты из Кипра, Польши и бывшей югославской Республики Македония (эти страны использовали версию инструмента от 2014 г.) в качестве главных результатов оценки и выработки политики называли совершенствование межорганизационного сотрудничества и систематический анализ компетенций. Кипр и бывшая югославская Республика Македония достигли наибольшего прогресса в преодолении барьеров в коммуникации на межправительственном уровне, а Польша – в укреплении связей с партнерами, в первую очередь – из академической среды.

39. Стоит отметить, что самооценки ОФОЗ помогают государствам-членам акцентировать внимание на таких связях, и одновременно с этим в последнее время во многих частях Европейского региона наблюдается явная тенденция к активизации межсекторального стратегического руководства. Респонденты из бывшей югославской Республики Македония, Кипра, Польши, Республики Молдова и Эстонии указали на активизацию усилий своих правительств по развитию межсекторального сотрудничества. Такие усилия наблюдаются и в сфере здравоохранения, и в таких областях, как охрана окружающей среды и смягчение последствий изменения климата. Вместе с тем, опыт Словакии и Узбекистана говорит о том, что в Регионе есть страны, которые все еще

сталкиваются с сопротивлением на институциональном уровне или с недостаточным потенциалом для межсекторального стратегического руководства.

Вклад в выработку политики

40. Количественное определение вклада самооценок ОФОЗ в выработку новых мер политики общественного здравоохранения осложняется двумя факторами. Во-первых, главной детерминантой для способности правительства создавать и осуществлять эффективные стратегии в области общественного здравоохранения остается политическое лидерство. Во-вторых, государства-члены самостоятельно решают, обращаться ли им за соответствующими рекомендациями по выработке новых мер политики общественного здравоохранения к Региональному бюро.

41. Следствием взаимодействия этих двух факторов стало то, что связь между процессом оценки ОФОЗ и принятием комплексной национальной стратегии в области общественного здравоохранения была явной и очевидной лишь в двух из семи стран: в Республике Молдова и в бывшей югославской Республике Македония. В Польше самооценка внесла важный и своевременный вклад в проводящиеся одновременно с ней реформы общественного здравоохранения, но пакет реформ при этом был основан не только на докладе об этой оценке. Эстония в момент проведения оценки также занималась подготовкой собственной стратегии по общественному здравоохранению, но связь между этими двумя инициативами во многом была случайной; Министерство социальных дел не брало на себя официальной ответственности за процесс оценки, и национальная стратегия здравоохранения была принята еще до публикации доклада о самооценке ОФОЗ.

42. Узбекистан не смог принять комплексный пакет мер политики по итогам оценки, однако результаты оценки все же привели к разработке ряда вертикальных программ; помимо этого, специалисты по общественному здравоохранению до сих пор используют доклад об оценке как рабочий документ. Кипр располагает высоким потенциалом для реализации действенной стратегии по общественному здравоохранению на основании результатов проведенной в 2015 г. оценки, однако Министерство здравоохранения страны в настоящее время вынуждено, под давлением как внутри страны, так и на международном уровне, пересматривать свои принципы оказания медицинской помощи, и поэтому перспективы для интеграции новой стратегии общественного здравоохранения и получения инвестиций для такой реформы в настоящее время неясны. Хотя Министерство здравоохранения Словакии поддержало оценку ОФОЗ, оно не пользуется достаточной поддержкой в правительстве страны и не имеет достаточного авторитета для того, чтобы воплотить в жизнь сколь бы то ни было значимые изменения.

Отзывы об инструменте для самооценки

43. Впечатления экспертов от проведения самооценок ОФОЗ зависят от внутренних факторов (организация оценки, время и ресурсы для ее проведения) и от удобства инструмента в использовании (длительность оценки, степень детальности, четкость критериев). Страны отмечали трудности, связанные с

рабочей нагрузкой и с эффективным донесением результатов оценок до лиц, формирующих политику.

44. С точки зрения организации и других факторов, имеющих отношение к условиям оказания медицинской помощи, нужно отметить, что некоторые страны начали самооценку, не решив при этом элементарных задач относительно ее координации, распределения обязанностей и выделения кадровых ресурсов. Респонденты из Словакии и Эстонии отмечали, что их первоначальные представления об оценке не отражали ее реальных потребностей, и потому неудивительно, что в этих странах процесс оценки занял больше времени. Ряд респондентов столкнулись с языковыми сложностями, а некоторые охотно воспользовались бы глоссарием терминов, если таковой был бы предоставлен.

45. Оценки, данные инструменту его пользователями, широко варьировались между странами, а также, в некоторой степени, и внутри стран, без явно выраженной общей, средней позиции. Респонденты из Кипра, Словакии, бывшей югославской Республики Македония и Узбекистана положительно отзывались о высокой степени детальности вопросов, давая высокую оценку принципу его работы и способности получать конкретную и актуальную информацию по всем аспектам общественного здравоохранения. Респонденты из Эстонии и Польши, в свою очередь, предпочли бы более рациональную структуру, предусматривающую меньше вопросов и больше внимания к приоритетным областям. Так, эксперты из Польши отмечали, что им недоставало актуальных рекомендаций от Регионального бюро относительно вовлечения партнеров из различных секторов и выработки методических указаний для действий, с ранжированием по степени приоритетности.

46. Почти все страны указали в качестве барьера временные рамки, установленные для проведения оценки. Координатор оценки, проводимой Кипром, отметил, что завершить оценку в установленные сроки не было бы возможно без помощи базирующегося в стране консультанта ВОЗ, который выполнял значительную часть работы. В Эстонии процесс оценки тоже проходил при поддержке временного сотрудника ВОЗ, однако специалисты все же считали эту нагрузку, дополняющую их обычные обязанности, весьма обременительной.

47. Наконец, несколько респондентов из разных стран отметили, что главная трудность заключалась не в проведении оценки, а в вовлечении высшего руководства в меры по улучшению здоровья населения. Они говорили об острой потребности в специализированных инструментах и международных инициативах, которые смогут убедить национальных лидеров в том, что общественное здравоохранение требует неотложных вложений, которые при этом смогут окупиться.

Перспективы дальнейшего применения инструмента для оценки

48. Респонденты, участвовавшие в подготовке примеров из практики, в целом признали ценность инструмента для самооценки ОФОЗ. Всецело поддерживая концепцию онлайн-инструмента, они все же отмечали, что такой инструмент

должен быть создан квалифицированными специалистами, хорошо знакомыми с тематикой общественного здравоохранения.

49. Респонденты хотели бы иметь возможность выбирать подфункции, которые можно анализировать при последующих оценках. По их мнению, проведение оценки в полном объеме изначально помогло выявить пробелы и слабые места, но в дальнейшем для мониторинга прогресса столь комплексный подход будет уже излишним.

50. Бывшая югославская Республика Македония уже предприняла ряд шагов для интеграции инструмента оценки в плановые мероприятия, переведя его на македонский язык, назначив в ряде министерств координаторов для согласования ответных мер, а также разработав собственный онлайн-инструмент. Респонденты планируют отслеживать прогресс в подфункциях, которые они сочли недостаточно развитыми, а комплексную оценку провести в более отдаленном будущем. Представители Кипра также выразили уверенность в том, что некоторые части инструмента будут и далее использоваться для анализа тех областей, которые в первом докладе получили низкие оценки.

Достижение максимального эффекта от самооценок ОФОЗ

51. Государства-члены часто сталкиваются с одними и теми же сложностями, однако детально определять эти вызовы и решения страны вынуждены с учетом собственных реалий. В этом отношении инструмент для самооценки ОФОЗ представляется весьма практичным. При комплексном рассмотрении этих уникальных по своей природе оценок можно также сделать выводы об основных факторах, способствующих успеху. Мы определили основные достоинства процесса оценки, которые способствуют укреплению потенциала общественного здравоохранения и развитию альянсов в поддержку комплексных межсекторальных реформ (рис. 1).

52. Европейское региональное бюро настоятельно рекомендует объединять процессы оценки с процессами выработки политики, и это четко отражается в целях оценки, приведенных на рис. 1. Вместе с тем необходимо отметить, что страны вправе преследовать и свои собственные, дополнительные, задачи. В частности, к таким задачам может относиться систематическое описание компетенций для предоставления услуг общественного здравоохранения (о чем говорили респонденты из Кипра и бывшей югославской Республики Македония), обоснование для расходов на такие услуги в дискуссиях между министерствами или при обсуждении бюджета (Словакия), а также подготовка планов исполнения уже принятого законодательства об общественном здравоохранении (Польша).

53. Независимо от того, насколько успешно те или иные страны будут проводить реформы, сам процесс оценки также может быть весьма положительным опытом. Такой процесс может дать администраторам четкое представление о том, какие ресурсы им необходимы и где они могут их получить, тем самым поддерживая и повседневную работу, и длительное стратегическое планирование. Такой процесс поможет профессиональным сетям преодолевать бюрократические трудности, обмениваясь опытом и расширяя партнерские связи

с самыми разными секторами и дисциплинами. Аналогичным образом, широкое участие сторон помогает закреплять концепции общественного здравоохранения на институциональном уровне в разных сферах общества и государственного управления, обеспечивая взаимопонимание и создавая предпосылки для дальнейшего межсекторального сотрудничества. Наконец, укрепление потенциала, тесно интегрированное в процесс самооценки ОФОЗ, дает участникам возможность применять в условиях стран обновленные международные рекомендации и создавать новые партнерства и обмениваться опытом с другими государственными и негосударственными структурами.

Рисунок 1. Характеристики успешной самооценки ОФОЗ



Дальнейшие шаги: перспективы для Регионального бюро, государств-членов и партнерских организаций

54. На основании прямых рекомендаций респондентов, адресованных Региональному бюро, государствам-членам и партнерским организациям, а также выводов из докладов о самооценке, был сформулирован ряд предложений в отношении поддержки для дальнейшего развития ОФОЗ.

Перспективы для Европейского регионального бюро

55. Доработать нынешнюю версию инструмента для самооценки ОФОЗ, подготовив для этого:

- глоссарий ключевых терминов;
- дополнительные рекомендации по организации оценки, с оптимальным участием заинтересованных сторон и установлением приоритетов;
- стандартную форму для отчетов о самооценке ОФОЗ, с разделами, посвященными сквозным приоритетным рекомендациям и рекомендациям, актуальным непосредственно для ОФОЗ;

- адаптивный онлайн-инструмент, позволяющий учитывать особенности разных организационных структур и контекста;
 - рациональный набор ОФОЗ, куда войдет, например, ряд функций, взятых из ОФОЗ, касающихся фактических данных (1 и 2) и способствующих предоставлению услуг (6–10), для применения на уровне всей системы или в отдельных вертикальных программах.
56. Предоставлять техническую помощь при самооценке, включая:
- надлежащую подготовку к оценке (согласование целей с партнерами в странах и учет потребностей в отношении необходимых ресурсов для оценки);
 - профессиональную подготовку и поддержку для экспертов в странах;
 - помощь в мобилизации кадровых и материальных ресурсов для проведения самооценки.
57. Адаптировать и доработать Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения на основании данных отчета об оценке, включив в него:
- проведение на региональном уровне информационно-разъяснительной работы в целях усиления основных возможностей системы здравоохранения для подготовки и ответных действий при проблемных ситуациях в общественном здравоохранении, в первую очередь – связанных с НИЗ и чрезвычайными ситуациями (по определению ММСП (2005 г.);
 - оперативные рекомендации по повышению социальной справедливости в здоровье и воздействию на социальные детерминанты здоровья в рамках общегосударственного и общесоциального подходов;
 - политическую поддержку для важнейших корректировок, таких как увеличение финансирования основных вмешательств и услуг, касающихся НИЗ.
58. Проводить информационно-разъяснительную деятельность и предоставлять рекомендации на уровне стран и Региона, посредством:
- повышения осведомленности об общественном здравоохранении и его заметности на высшем уровне государственного управления, при политическом влиянии со стороны Регионального бюро;
 - предоставления министерствам и другим органам здравоохранения инструментов, позволяющих показать ценность услуг общественного здравоохранения, например – с помощью оценок затрат и результатов;
 - предоставления детальных рекомендаций и помощи для создания механизмов межсекторального стратегического руководства, а также применительно к другим приоритетным задачам отдельных стран.

Перспективы для государств-членов

- С самого начала согласовать цели оценки и выделить достаточно времени и организационных ресурсов для того, чтобы провести оценку в оговоренные сроки.
- Обеспечить лидерство на высшем уровне (напр., премьер-министр или президент) для расширения возможностей министерств здравоохранения и интеграции оценки в циклы политики (напр., с проведением диалогов по вопросам политики для подведения итогов или с организацией планирования в масштабах страны).
- Обеспечить широкое участие в оценке и сопричастность к ее проведению в масштабах коалиции в поддержку общественного здравоохранения, с вовлечением в нее партнеров из правительства, неправительственных структур и научных кругов.
- Публиковать полные версии докладов о самооценке и адаптировать основные результаты оценок так, чтобы они были понятными для СМИ и широкой общественности.
- Адаптировать инструмент для оценки к контексту конкретных стран – например, переводя его на национальные языки или принимая конкретные меры для мониторинга работы различных ведомств или управлений.
- Направлять в государственные ведомства координаторов для согласования мер по итогам самооценок и мониторинга прогресса.

Перспективы для партнерских организаций

- Создавать механизмы поддержки для процесса оценки, такие как гранты для экспертов, проводящих оценку.
- Мобилизовать политические, социальные и финансовые стимулы для применения обоснованных фактическими данными мер политики по укреплению общественного здравоохранения.
- Публиковать методические указания по вопросам общественного здравоохранения (например, рекомендации Комитета ЕС по социальной защите).
- Интегрировать ОФОЗ в другие документы или мероприятия в сфере общественного здравоохранения (например, в учебные планы по общественному здравоохранению), чтобы обеспечить на институциональном уровне единое понимание его концепций.

Выводы

59. За прошедшие 10 лет самооценки ОФОЗ с применением вышеуказанного инструмента провели около 20 государств-членов. Такие самооценки позволяют достигать единого понимания сути общественного здравоохранения в Европейском регионе и оценивать его потенциал и услуги в государствах-членах. Для многих стран, которые провели самооценку ОФОЗ, последовавшие за ней доклады стали единственными комплексными документами с детальным

описанием сильных и слабых сторон потенциала и услуг общественного здравоохранения. На уровне Региона наибольшие трудности связаны с вспомогательными функциями (информация, развитие кадровых ресурсов, стратегическое руководство) и с реализацией общегосударственных и общесоциальных подходов для воздействия на неравенства в здоровье и на социальные детерминанты здоровья. ОФОЗ стали ценным и практичным инструментом для возрождения в Регионе общественного здравоохранения, согласно принципам политики Здоровье-2020 и Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения.

60. В то же время, практические примеры указывают на то, что политическая воля и поддержка для перемен оказались намного более важными, чем наличие практичного инструмента для оценки. Самооценка ОФОЗ была успешно интегрирована в цикл политики в Республике Молдова и в бывшей югославской Республике Македония, которые после оценки приняли комплексные стратегии по возрождению услуг общественного здравоохранения. В то же время, в Польше, Эстонии и Узбекистане самооценка имела намного меньшую поддержку или вообще почти не принималась во внимание, но вместе с тем эти страны тоже смогли провести эффективные реформы и принять законодательство в области общественного здравоохранения. Указанные государства-члены начинают все лучше осознавать важность общественного здравоохранения; в их распоряжении имеется крепкая институциональная база и штат специалистов по информационно-разъяснительной работе, которые занимаются подготовкой программ и стратегий по укреплению и охране здоровья и профилактике болезней. Такие специалисты способствуют формированию структуры лидерства и поддержки для перемен, и Региональное бюро должно, наряду со своей работой по совершенствованию механизмов и инструментов для выработки политики, расширять возможности работников общественного здравоохранения и лидеров в этой сфере, проводя учебные мероприятия, информационно-разъяснительную работу и проактивные мероприятия для охвата всех заинтересованных сторон.

Библиография¹

1. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Statistics Quarterly*, 1998, 46(51):44–54.
2. Здоровье-2020: основы политики и стратегия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (EUR/RC62/8; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy>).
3. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 (документ EUR/RC62/12 Rev.1; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for>

¹ Все ссылки даны по состоянию на 25 июля 2016 г.

europa/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc6212-rev.1-european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services).

4. Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, Kluge H. Defining and assessing public health functions: a global analysis. *Ann Rev Pub Health* 2016; 37:335–55. doi 10.1146/annurev-publhealth-032315-021429.
5. Evaluation of public health services in south-eastern Europe: a project of the South-eastern Europe Health Network, to be implemented within the framework of the Regional Cooperation Council, successor to the Stability Pact Initiative for Social Cohesion. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2010/evaluation-of-public-health-services-in-south-eastern-europe>).
6. Ministry of Health of the Republic of Cyprus. Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations (EPHOs) in the Republic of Cyprus – final report [unpublished report]. 2015.
7. Koppel A, Leventhal A, Sedgley M, editors. Public health in Estonia 2008: an analysis of public health operations, services and activities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (<http://www.euro.who.int/en/countries/estonia/publications/public-health-in-estonia-2008-an-analysis-of-public-health-operations,-services-and-activities>).
8. Ministry of Health of the former Yugoslav Republic of Macedonia. Report on the self-assessment of essential public health operations (EPHOs) on national level. 2014 (http://zdravje2020.mk/index_en.php?page=e-lib1).
9. Șalaru I, Gheorghită S, Ciobanu A, Tabuncic N, Obreja G, Caterinciuc N, et al. Analysis of public health operations, services and activities in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy Paper Series No. 8; <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/health-policy-paper-series-no.-8-analysis-of-public-health-operations,-services-and-activities-in-the-republic-of-moldova>).
10. Ministry of Health of Poland. [Draft] Summary report on the self-assessment of essential public health operations (EPHOs) in Poland [unpublished report]. 2015.
11. Ministry of Health of the Slovak Republic. BCA 2012–2013: Priority: assessment of public health services in Slovakia using WHO/Europe EPHOs tool. Summary of outputs of the national working group [unpublished report]. 2013.
12. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Результаты самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в Республике Узбекистан. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/countries/uzbekistan/publications2/self-assessment-of-public-health-services-in-the-republic-of-uzbekistan>).

= = =