

Volume 4, Issue 1, March 2018

JOURNAL OF THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

PUBLIC HEALTH

PANORAMA

Том 4, выпуск 1, март 2018 г.

ЖУРНАЛ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ

ПАНОРАМА

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Protecting health and saving lives in outbreaks and emergencies

Building laboratory and surveillance capacities to ensure pandemic influenza preparedness *Implementation of the IHR framework to ensure collective and coordinated actions for global public health security* Helping countries to communicate in times of crisis: five-step ERC capacity-building package *Mitigating the public health risks of large international events: lessons learned from three mass gatherings*

Защита здоровья и спасение жизней людей при вспышках болезней и чрезвычайных ситуациях

Наращивание потенциала применительно к эпиднадзору за гриппом и лабораторным исследованиям с целью обеспечения готовности к пандемическому гриппу *Пятиэтапный комплекс мер по укреплению потенциала в области КРЧС в помощь странам при коммуникации во время чрезвычайных ситуаций* *Осуществление ММСП с целью обеспечения коллективных и координированных действий для достижения глобальной безопасности здоровья* *Безопасность масштабных международных мероприятий перед лицом рисков в области общественного здоровья: чему мы научились на примерах трех массовых мероприятий*



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.

Journal secretariat: Ashley Craig; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Maria Greenblat; Katy Harker; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Elena Labtsova; Andrei Reshetov; Ekaterina Smirnova; Cristiana Salvi; Claudia Stein; Leo Vita-Finzi; Nataliya Vorobyova; Dmytro Vozniuk.

This issue of *Public Health Panorama* was produced with the financial assistance of the Federal Ministry of Health of Germany (BMG).

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: Ashley Craig; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Maria Greenblat; Katy Harker; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Елена Лабцова; Andrei Reshetov; Екатерина Смирнова; Cristiana Salvi; Claudia Stein; Leo Vita-Finzi; Nataliya Vorobyova; Dmytro Vozniuk.

Этот выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» был подготовлен при финансовой поддержке Федерального министерства здравоохранения Германии (BMG).

IN THIS ISSUE

This issue of *Public Health Panorama* is devoted to work carried out by the WHO Health emergency Programme.

В ЭТОМ ВЫПУСКЕ

Этот номер «Панорамы общественного здравоохранения» рассказывает о работе, которая проводится в рамках Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (WHE).

ROMANIA РУМЫНИЯ

Review of the Romanian emergency public health response system 39

Румыния: оценка системы реагирования на чрезвычайные ситуации в здравоохранении 45

FINLAND ФИНЛЯДИЯ

Outcomes of the voluntary joint external evaluation of the IHR core capacities: the Finnish experience 92

Результаты добровольной совместной внешней оценки основных возможностей, предусмотренных ММСП. Опыт Финляндии 101

KYRGYZSTAN AND TAJIKISTAN КИРГИЗСТАН И ТАДЖИКИСТАН

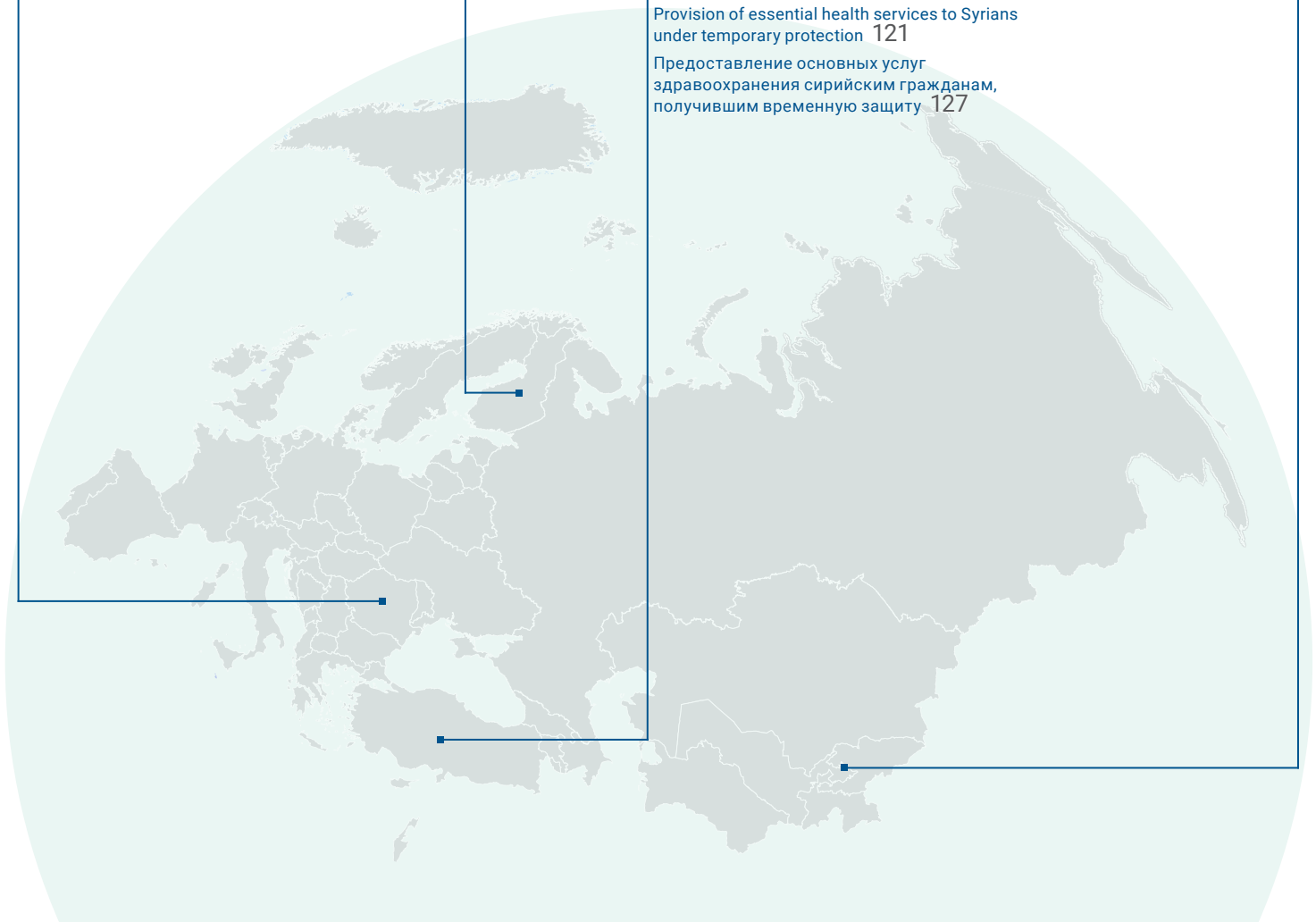
Strengthening of the existing national laboratory systems – improvement of sample referrals 24

Укрепление основного потенциала национальных лабораторий: усовершенствование механизмов перенаправления проб 31

TURKEY ТУРЦИЯ

Provision of essential health services to Syrians under temporary protection 121

Предоставление основных услуг здравоохранения сирийским гражданам, получившим временную защиту 127



CONTENTS

EDITORIAL

WHO Health Emergencies Programme: How far have we got in Europe? 5

Zsuzsanna Jakab

EDITORIAL

From prevention to preparedness and response – The Way W(H)E Work 10

Nedret Emiroglu, Dorit Nitzan

PANORAMA PEOPLE

Interview Nedret Emiroglu 19

by Cristiana Salvi

CASE STUDIES

Laboratory core capacities to be improved in two countries of Central Asia through addressing national sample referral mechanisms 24

Joanna Salvi Le Garrec Zwetyenga, Gulmira Kalmambetova, Gulbarchyn Saparova, Kyial Ormokoeva, Kaliya Kasymbekova, Firuz Davlatov, Tatiana Volkova, Zainab Salibaeva, Abdulakhad Safarov, Caroline Sarah Brown

From capacity mapping to development of a national response plan: increasing emergency risk communication capacity in Romania 39

Cristiana Salvi, Melinda Frost, Valentin Popescu, Cassandra Butu, Miljana Grbic, Cristian-Vasile Grasu, Raed Arafat, Dorit Nitzan

Emergency risk communication – early lessons learned during the pilot phase of a five-step capacity-building package 52

Cristiana Salvi, Melinda Frost, Cory Couillard, Ute Enderlein, Dorit Nitzan

Strengthening public health: making the case for mass gatherings 68

Ute Enderlein, Jetri Regmi

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

Программа ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения: наши достижения в Европе на сегодняшний день 7

Жужанна Якаб

ОТ РЕДАКЦИИ

От предупреждения к готовности и реагированию – работа Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (WHE) 14

Недрет Эмироглу, Дорит Нитцан

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Недрет Эмироглу 21

Кристиана Сальви

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

Повышение основного потенциала лабораторий в двух странах Центральной Азии: укрепление национальных механизмов перенаправления проб 31

Joanna Salvi Le Garrec Zwetyenga, Gulmira Kalmambetova, Gulbarchyn Saparova, Kyial Ormokoeva, Kaliya Kasymbekova, Firuz Davlatov, Tatiana Volkova, Zainab Salibaeva, Abdulakhad Safarov, Caroline Sarah Brown

От картирования потенциала до разработки национального плана реагирования: укрепление потенциала в области коммуникации рисков в Румынии 45

Cristiana Salvi, Melinda Frost, Valentin Popescu, Cassandra Butu, Miljana Grbic, Cristian-Vasile Grasu, Raed Arafat, Dorit Nitzan

Коммуникация рисков при чрезвычайных ситуациях – первые результаты пилотной стадии пятиэтапного комплекса мер по укреплению потенциала 59

Cristiana Salvi, Melinda Frost, Cory Couillard, Ute Enderlein, Dorit Nitzan

Укрепление системы общественного здравоохранения: опыт организации массовых мероприятий 73

Ute Enderlein, Jetri Regmi

REPORT

- Innovative Pandemic influenza preparedness Framework paves the way for sustainable improvements to pandemic preparedness..... 79**

Michala Hegermann-Lindencrone, Sayohat Hasanova, Dmitriy Pereyaslov, Nune Dolyan, Kaliya Kasymbekova, Abdulakhad Safarov, Ayjeren Myratdurdyeva, Anna Pashalishvili, Liana Torosyan, Dinagul Otorbaeva, Firdavs Akhrorov, Gurbangul Ovliyakuliyeva, Dilorom Tursunova, Maureen O'Leary, Mohir Ahmedov, Caroline Sarah Brown

SHORT COMMUNICATIONS

- Joint External Evaluation of Finland: enhancing health security through a comprehensive whole-of-government approach..... 92**

Simo Nikkari, Anni Virolainen-Julkunen, Sebastian Hielm, Jouni Pousi, Jukka Lähesmaa, Nirmal Kandel, Outi Kuivasniemi, Päivi Sillanaukee

- Flood preparedness in the WHO European Region: Paving the way 112**

Corinna Reinicke, Ute Enderlein

ORIGINAL RESEARCH

- Protracted Emergency in Turkey – Supporting Provision of Essential Health Services to Syrians under Temporary Protection..... 121**

Pavel Ursu, Dorit Nitzan, Serap Şener, Bahadır Sucaklı, Murat Şimşek, Mërkur Beqiri, Matteo Dembech, Akfer Karaođlan Kahilođulları, Altin Malaj

POLICY AND PRACTICE

- The International Health Regulations (2005) Monitoring and Evaluation framework and its implementation in the WHO European Region..... 135**

Ute Enderlein, Tanja Schmidt, Vasily Esenamanov, Franziska Hommes

ОТЧЕТ

- Инновационный механизм обеспечения готовности к пандемическому гриппу открывает путь для устойчивого повышения готовности к пандемии ... 85**

Michala Hegermann-Lindencrone, Sayohat Hasanova, Dmitriy Pereyaslov, Nune Dolyan, Kaliya Kasymbekova, Abdulakhad Safarov, Ayjeren Myratdurdyeva, Anna Pashalishvili, Liana Torosyan, Dinagul Otorbaeva, Firdavs Akhrorov, Gurbangul Ovliyakuliyeva, Dilorom Tursunova, Maureen O'Leary, Mohir Ahmedov, Caroline Sarah Brown

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

- Совместная внешняя оценка Финляндии: укрепление безопасности в сфере здравоохранения через реализацию комплексного общегосударственного подхода 101**

Simo Nikkari, Anni Virolainen-Julkunen, Sebastian Hielm, Jouni Pousi, Jukka Lähesmaa, Nirmal Kandel, Outi Kuivasniemi, Päivi Sillanaukee

- Готовность к наводнениям в Европейском регионе ВОЗ: в начале пути 116**

Corinna Reinicke, Ute Enderlein

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Затяжная чрезвычайная ситуация в Турции – предоставление основных услуг здравоохранения сирийским гражданам, получившим временную защиту..... 127**

Pavel Ursu, Dorit Nitzan, Serap Şener, Bahadır Sucaklı, Murat Şimşek, Mërkur Beqiri, Matteo Dembech, Akfer Karaođlan Kahilođulları, Altin Malaj

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

- Система мониторинга и оценки Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и ее осуществление в Европейском регионе ВОЗ 141**

Ute Enderlein, Tanja Schmidt, Vasily Esenamanov, Franziska Hommes

EDITORIAL

WHO Health Emergencies Programme: How far have we got in Europe?

Zsuzsanna Jakab

WHO Regional Director for Europe



One and a half years after the establishment of the WHO Health Emergencies Programme, it is time to reflect on what it is already changing in our Organization and in countries of the European Region in the way we prepare for and respond to health emergencies.

Emergencies of all kinds – disease outbreaks, conflicts and natural disasters – are having increasingly devastating effects not only on people’s health but also on their societies and economies, and these effects often last for decades. Recent striking examples are the Syrian humanitarian crisis, and outbreaks of Ebola, Zika virus disease and Middle East respiratory syndrome in, respectively, Africa, the Americas, and the Arabian peninsula, all with repercussions for Europe. Increasingly, severe conflicts have domino effects as millions of people are affected and many move within and across countries. New challenges emerge as climate change makes disasters more frequent and destructive.

The Health Emergencies Programme is WHO’s response to more complex and demanding emergencies. It equips the Organization with a structure across its three levels that enables it to help countries prepare for, prevent, detect, respond to and recover from emergencies quickly, and in a more predictable, dependable and accountable way. Over the last 10 years the International Health Regulations (IHR) (2005) have made a difference to the way the world prepares for and responds to emergencies; the Regulations continue to be a central mechanism within the Health Emergencies Programme to guide countries towards achieving common approaches and capacity standards.

However, today, more efforts are needed to accelerate IHR (2005) implementation through improved and innovative mechanisms.

In the WHO Regional Office for Europe, we have established a programme consistent with the requirement to better tailor our work to country needs and to become more operational in health emergencies. WHO’s new vision under the draft thirteenth general programme of work 2019–2023 puts countries at the centre and makes health emergencies one of three strategic priorities. The global goal is to ensure that 1 billion more people are better protected from health emergencies by 2023; during the past 18 months we have made some progress towards contributing to that billion. But how are we concretely making the transition to a more predictable, dependable and accountable response to health emergencies?

We have been watching 24 hours a day, seven days a week, for any outbreak or emergency that puts people’s lives or health at risk. In 2017, about 20 000 outbreak and health emergency threats were detected, 2 000 were assessed and 50 were verified in the European Region, or one every week. There might be a serious event somewhere, but the flow of information, the ability to verify and assess it, and eventually to respond within hours are increasingly efficient and rapid.

The Health Emergencies Programme in the Regional Office has initiated a unique exercise of mapping hazards and vulnerabilities across the Region. This has led to the identification of 15 countries for action at different levels of priority. Zooming in on priority countries has enabled focused interventions for

emergency preparedness. These include assessing 225 hospitals for safety and resilience in 15 European countries; establishing a network of laboratories operating according to international principles of quality and safety; and scaling up emergency risk communication capacity-building that is tailored to country contexts and needs.

Our enhanced operational role means we can be there when countries need assistance in emergency response. We set the standards of care, offer technical guidance and mobilize funds. We also coordinate the work of health partners on the ground who are delivering medical supplies, providing health care, vaccinating communities and training medical staff. This is what we are doing in Ukraine in response to the continued humanitarian crisis that affects its eastern part in particular. This is what we are doing in and from Turkey to address the growing needs of Syrians affected by what is now an eight-year conflict.

Our experience tells us that no single organization can protect people in health emergencies, but jointly we can. Therefore, we are working with countries and partners to pre-position health professionals and other experts for rapid deployment. During the past year, five emergency medical teams in the European Region have successfully completed the WHO verification process to respond to health emergencies. In addition, European Global Outbreak Alert and Response Network partners have contributed to major response operations, which involved the deployment of experts to protect affected populations and European citizens alike.

Most importantly, we link operations with recovery and development, working with countries to make sure that their health systems become fully capable of coping with health emergencies. While responsive health systems are an integral part of IHR (2005) implementation, efforts to strengthen core capacities in line with the Regulations greatly contribute to improving health systems' resilience, in a virtuous circle.

To ensure that countries have an adequate level of health emergency preparedness, the Health Emergencies Programme provides enhanced technical support, guidance and tools to European countries to monitor and evaluate their national IHR (2005) capacities. Ten European countries have undergone a Joint External Evaluation, a voluntary assessment of country capacities across 19 technical areas that helps them to identify priority areas for intervention. National IHR (2005) action plans result from this exercise as an operational platform to boost each country's ability to respond to the next emergency.

In February 2018, a high-level meeting gathered all European countries to accelerate the use of existing mechanisms and identify successful initiatives to address the common challenges ahead. In particular, the meeting provided a unique platform to gather input for the development of a five-year IHR (2005) action plan tailored to regional needs, to be presented at the 68th session of the WHO Regional Committee for Europe in September 2018.

This is an ongoing process with and for countries. We share a common vulnerability and we need to join forces to address it. We have an extraordinary tool to make the world safer, the IHR (2005); let's make the best use of this tool and increase all-hazard risk detection and management capacities across the entire health emergency cycle. Increased preparedness of the entire health sector and better coordination with other sectors are essential if we are to attain the best possible health outcomes for all our people, in Europe and in the rest of the world. ■

ОТ РЕДАКЦИИ

Программа ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения: наши достижения в Европе на сегодняшний день

Жужанна Якаб

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Программа ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (WHE) была учреждена полтора года назад, и теперь пришло время проанализировать изменения, затронувшие нашу Организацию и страны Европейского региона в вопросах подготовки к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и реагирования на них.

Любые чрезвычайные ситуации: вспышки заболеваний, конфликты, стихийные бедствия, – оказывают все более разрушительное воздействие не только на здоровье людей, но и на социально-экономическую сферу их жизни, причем воздействие это зачастую длится десятилетиями. Среди недавних впечатляющих примеров можно отметить гуманитарный кризис в Сирии, а также вспышки заболеваний, вызываемых вирусами Эбола и Зика, и вспышку ближневосточного респираторного синдрома, затронувшие Африку, американский континент и Аравийский полуостров соответственно. Последствия всех этих чрезвычайных ситуаций ощущались и в Европе. Все чаще тяжелые конфликты развиваются по «принципу домино»: от них страдают миллионы людей, многие из которых вынуждены переселяться как в другие регионы внутри своих стран, так и за границу. Климатические изменения становятся причиной участвовавших стихийных бедствий, последствия которых все более разрушительны.

Программа по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения – это ответ ВОЗ на чрезвычайные ситуации, характеризующиеся значительно большей сложностью и тяжестью последствий. Программа обеспечивает сквозную структуру на всех трех уровнях ВОЗ, что позволяет создать

оптимальные возможности для помощи странам в подготовке к чрезвычайным ситуациям, их предотвращении и распознавании, реагировании на них и оперативном устранении последствий, причем в значительно более предсказуемом, надежном и прозрачном формате. Принятые десять лет назад Международные медико-санитарные правила (ММСП) (2005 г.) изменили мировую практику подготовки к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них; в рамках Программы по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения ММСП (2005 г.) по-прежнему остаются центральным механизмом содействия странам в выработке общих подходов и наращивании потенциала. Однако сегодня требуется еще больше усилий для ускорения реализации ММСП (2005 г.) благодаря внедрению усовершенствованных и инновационных механизмов.

Европейское региональное бюро ВОЗ учредило программу, отвечающую потребностям в большей адаптации нашей работы к нуждам стран и в повышении оперативности наших действий в чрезвычайных ситуациях. В соответствии с новой концепцией, отраженной в проекте Тринадцатой общей программы работы (ОПР-13) на 2019–2023 гг., особое внимание будет уделяться нуждам стран, а чрезвычайные ситуации в области здравоохранения станут одним из трех приоритетных стратегических направлений деятельности. Глобальная цель – к 2023 г. обеспечить, чтобы на 1 миллиард больше людей были лучше защищены перед лицом чрезвычайных ситуации в сфере здравоохранения. И в течение последних полутора лет мы достигли некоторого прогресса на пути к достижению этой цели. Какие же конкретные меры мы

предпринимаем для того, чтобы обеспечить большую предсказуемость, надежность и прозрачность ответных действий в чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения?

Мы ведем непрерывный и круглосуточный мониторинг для выявления любых вспышек заболеваний или иных чрезвычайных ситуаций, ставящих под угрозу жизни и здоровье людей. В 2017 г. было выявлено порядка 20 тысяч угроз вспышек заболеваний и чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, из них в отношении двух тысяч была проведена оценка, а 50 были подтверждены в Европейском регионе. То есть речь идет примерно об одной чрезвычайной ситуации в неделю. Серьезные происшествия могут случаться где угодно, однако информационные потоки и наши возможности в области подтверждения и оценки такого рода событий, а значит и оперативной – в течение нескольких часов – реакции на них, значительно возросли.

Программа по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения в Европейском региональном бюро инициировала беспрецедентную практику систематического учета и составления полной картины потенциальных рисков и уязвимых сторон нашего Региона. В результате были определены 15 стран, в которых требуется принятие мер разной степени приоритетности. Детальное рассмотрение ситуаций в этих приоритетных странах позволило осуществить целенаправленные действия для повышения уровня их готовности. Речь идет, в частности, об оценке 225 больниц в 15 странах Европейского региона на предмет их безопасности и устойчивости к внешним воздействиям; создании сети лабораторий, работающих в соответствии с международными стандартами качества и безопасности; наращивании потенциала в области оповещения о рисках чрезвычайных ситуаций в соответствии с контекстом и потребностями каждой страны.

Говоря о большей оперативности наших действий, мы имеем в виду нашу способность обеспечить свое присутствие в те моменты, когда странам необходима срочная помощь в связи с чрезвычайной ситуацией. Мы определяем стандарты оказания помощи, осуществляем техническое руководство и мобилизуем финансовые средства. Кроме того, мы координируем на местах работу партнеров, поставляющих медикаменты и медицинские принадлежности, оказывающих медицинскую помощь, проводящих вакцинацию населения и занимающихся обучением медперсонала. Именно этим мы занимаемся в Украине в условиях затяжного гуманитарного кризиса, поразившего в первую очередь восточные части страны. Аналогичную деятельность мы осуществляем в Турции и из Турции – в рамках удовлетворения растущих нужд

сирийцев, оказавшихся в зоне конфликта, который длится вот уже восемь лет.

Опыт учит нас, что ни одна организация в одиночку не может защитить людей в чрезвычайных ситуациях, представляющих опасность для здоровья: мы можем справиться с этой задачей, лишь объединив усилия. Поэтому мы все работаем в тесном сотрудничестве с государствами-членами и партнерами ВОЗ, обеспечивая возможность немедленного направления медицинских работников и других экспертов в зону чрезвычайной ситуации. За последний год пять бригад экстренной помощи Европейского региона успешно прошли верификационный процесс ВОЗ и готовы к немедленным действиям в условиях чрезвычайных ситуаций, представляющих опасность для здоровья людей. Кроме того, партнеры Европейского региона по Глобальной сети предупреждения о вспышках болезней и ответных действий приняли участие в масштабных операциях реагирования, включавших в себя направление экспертов для защиты пострадавшего населения и граждан европейских стран.

Очень важно, что наши операции напрямую связаны с деятельностью по ликвидации последствий и развитием – в тесном сотрудничестве со странами мы работаем над тем, чтобы их системы здравоохранения располагали всем необходимым для адекватных действий в чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения. А поскольку высокая степень адаптивности систем здравоохранения представляет собой одно из требований ММСП (2005 г.), усилия, направленные на укрепление основных возможностей в соответствии с ММСП (2005 г.), вносят весьма значительный вклад в повышение уровня устойчивости систем здравоохранения к внешним воздействиям, то есть мы имеем дело с системой усиливающих друг друга факторов.

В целях обеспечения адекватного уровня готовности к чрезвычайным ситуациям в странах Программа по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения предоставляет расширенную техническую поддержку, координационную помощь и весь инструментарий, необходимый европейским странам для осуществления мониторинга и оценки национального потенциала в соответствии с ММСП (2005 г.). Десять европейских стран прошли процедуру совместной внешней оценки (процедура оценки потенциала страны по 19 техническим критериям, реализуемая каждой страной добровольно и помогающая ей идентифицировать проблемные области, которые требуют принятия первоочередных мер). На основе результатов этой оценки были составлены национальные планы действий по осуществлению ММСП (2005 г.), ставшие операционной платформой для повышения уровня

готовности каждой из стран к реагированию на чрезвычайные ситуации, которые могут возникнуть в будущем.

В феврале 2018 г. представители всех европейских стран встретились на совещании высокого уровня, чтобы договориться о мерах по интенсификации использования действующих механизмов и определить наиболее перспективные инициативы по решению общих проблем. Это совещание предоставило беспрецедентную возможность для сбора идей и рекомендаций, которые будут использованы при разработке пятилетнего плана действий по ММСП (2005 г.), учитывающего региональные нужды. План должен быть представлен на утверждение на 68-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, которая состоится в сентябре 2018 г.

Эта работа является непрерывным процессом, осуществляемым с участием и во благо стран. У нас одни и те же факторы уязвимости, и нам необходимо объединить усилия для их устранения. В нашем распоряжении имеется уникальный инструмент, позволяющий нам сделать мир безопаснее, – ММСП (2005 г.). Давайте же в полной мере воспользуемся возможностями, которые предоставляет этот инструмент, максимально увеличим наш потенциал в сфере выявления рисков, а также оптимизируем механизмы управления всеми звеньями цикла реагирования на чрезвычайные ситуации. Высокий уровень готовности всего сектора здравоохранения и более эффективная координация его действий с действиями других секторов являются ключевыми условиями успеха нашей деятельности по охране здоровья всех людей как в Европе, так и во всем мире. ■

EDITORIAL

From prevention to preparedness and response – The Way W(H)E Work

Nedret Emiroglu

Director, Programme Management and Director of Health Emergencies and Communicable Diseases

Dorit Nitzan

Coordinator, Health Emergencies and Programme Area Manager, Emergency Operations



WHO Member States face an increasing number of emergencies with health consequences from many hazards including infectious disease outbreaks, conflicts, natural disasters, chemical or radionuclear spills, and food and environmental contamination. Many emergencies can be complex, with more than one cause, and can have significant public health, social, economic and political impacts. Updated information on countries with health concerns, crises and emergencies can be found at <http://www.who.int/hac/crises/en/>.

Article 2(d) of the Constitution of the WHO states that the Organization will “furnish appropriate technical assistance and, in emergencies, necessary aid upon the request or acceptance of Governments”. In Article 28(i), WHO is mandated “to take emergency measures within the functions and financial resources of the Organization to deal with events requiring immediate action. In particular it may authorize the Director-General to take the necessary steps to combat epidemics, to participate in the organization of health relief to victims of a calamity and to undertake studies and research the urgency of which has been drawn to the attention of the Board by any Member or by the Director-General”. Moreover, it states in Article 58: “A special fund to be used at the discretion of the Board shall be established to meet emergencies and unforeseen contingencies” (1). In addition, WHO has specific responsibilities and accountabilities

for emergency operations under the International Health Regulations (IHR) (2005) (2), the Sendai Framework (3), and within the global humanitarian system as the lead agency for the Global Health Cluster, a part of the Inter-Agency Standing Committee (IASC) (4).

These instruments underscore the need to focus on the full emergency cycle, including prevention, preparedness, response and recovery. Prevention and good planning can stop outbreaks from becoming epidemics, conflicts from becoming humanitarian crises, and natural disasters from generating chaos. Preparing for action when needed changes the course of emergencies, preventing them from becoming complex crises.

For this reason, Member States agreed to create the new WHO Health Emergencies Programme (WHE) at the Sixty-ninth World Health Assembly – designed for speed, flexibility, and effective impact to meet the health needs of affected people (5). The programme includes one workforce, one budget, one set of rules and processes, and one clear line of authority. The reports on its performance are presented to the WHO governing bodies (6). As a result, WHO has become more systematic in its response to different crises, better combining its technical and normative comparative advantages with renewed operational capacities.

WHO has also become a more predictable partner among the humanitarian response players. The WHE, at the heart of health partnerships, has a strong convening and coordinating role and is a provider of last resort. A set of procedures was developed together with the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), as part of the work of the IASC. These procedures provide criteria for when OCHA should activate the humanitarian system in response to infectious disease outbreaks, in consultation with WHO and the countries and humanitarian agencies concerned. The procedures bridge the two worlds of humanitarian assistance and infectious disease outbreaks. Under the new system, the roles of the health cluster and other IASC clusters are clear from the outset, as is whether they should be activated.

The WHE is comprised of five pillars:

1. infectious hazards management (IHM)
2. country health emergency preparedness and International Health Regulations (2005) (CPI)
3. health emergency information and risk assessment (HIM)
4. emergency operations (EMO)
5. management and administration (MGA).

Its focus is on achieving results at the country level, strengthening partnerships, and accountability and impact. By strengthening the IHR (2005) core capacities and health systems, countries will be able to attain the Sustainable Development Goals (SDGs), Health 2020; the European policy for health and well-being, and the political commitments made by Member States, such as through the G7 and G20. Indeed, SDG target 3.d, “Strengthen the capacity of all countries, in particular developing countries, for early warning, risk reduction and management of national and global health risks”, streamlines the needed actions and links universal health coverage with health security.

PREPAREDNESS – STRENGTHENING IHR (2005) CAPACITIES AND HEALTH SYSTEMS

The WHE is designed to address the immediate health needs of populations affected by health emergencies while tackling the root causes of their vulnerabilities. Everything the WHE does must contribute to the delivery of better results at the country level. This notion is embedded in the IHR (2005) which require all WHO Member States to “have in place capacities to “respond

promptly and effectively to public health risks and public health emergencies of international concern (PHEIC)” (Article 13).

In 2016, the Review Committee on the Role of the IHR (2005) in the Ebola Outbreak and Response continued to report that most Member States, across all regions, had achieved only minimum requirements to prepare for emergencies and struggle to fully implement the IHR (2005). It recommended that: “The WHO Secretariat should lead the development of a Global Strategic Plan to improve public health preparedness, in conjunction with States Parties and other key stakeholders, to ensure implementation of the IHR (2005), especially the establishment and monitoring of core capacities. The Global Strategic Plan should inform the development of regional office and national plans”. Furthermore it stated that “National Action Plans ... should be updated by States Parties within one year of the JEET [Joint External Evaluation Tool], with support from WHO regional and country offices as appropriate. This plan should address identified gaps in capacity in accordance with their national and IHR public health priorities. To fill capacity gaps that cannot be addressed using national resources, States Parties should develop active partnerships with partner countries or other international development partners...” (7).

As a follow-up, WHO developed the IHR (2005) Monitoring and Evaluation Framework, drawing on qualitative and quantitative assessments as well as desk reviews and functional assessments of capacities for prevention, detection and response. One component of the framework, the annual reporting to the World Health Assembly by States Parties, is mandatory, while the others are voluntary and include the joint external evaluation (JEE), after action reviews (AAR) and simulation exercises,, and Simulation Exercises (SIMEX) (Table 1). All countries are encouraged to participate and develop concrete action plans to ensure that their gaps in health security are addressed (8) (9) (10).

TABLE 1. GLOBAL STATUS OF THE IMPLEMENTATION OF VOLUNTARY IHR (2005) MONITORING AND EVALUATION FRAMEWORKS, UP TO DECEMBER 2017

Tool	Number of countries completed	Number of countries in the pipeline
JEE	62	29
Pilot assessments completed by the Global Health Security Agenda (GHSA)	6	
AAR	11	11
SIMEX	48	12

The IHR (2005) capacities are especially important during emergencies, when access to and the quality of essential health

services can be severely compromised. WHO continues life-saving operations for two long-standing humanitarian crises in the European Region; in Ukraine and in and from Turkey, under the whole of Syria response (11). Staff from the WHO European Region supported the establishment of the Incident Management System in Ethiopia, and in Iraq and Bangladesh. WHO also delivered standardized health kits of medicines and medical supplies from Italy to Albania to meet different health needs of flood victims in December 2017.

The gaps that are identified by the monitoring and evaluation framework tools provide a comprehensive, multisectoral understanding of the countries' capacities to detect, notify and respond to health emergencies. Each of the components contributes, in a different way, to the recognition of strengths, gaps and priorities that are then addressed in multisectoral National Action Plans for Health Security (NAPHS).

Improving IHR (2005) capacities cannot be done in silos, since each country has its own set of values and norms; social, political and financial context; and health system functions and health challenges. Each is also likely to have its own priorities for developing capacities for national and global health security. As a result, each NAPHS must be tailor-made and intersectoral. Indeed, health systems and emergency preparedness synergize, complement and reinforce one another, and contribute to the resilience of communities and countries. For this, the WHE, together with the WHO Division of Health Systems and Public Health (DSP), link and align the support provided to Member States. The focus on universal health coverage (UHC), health system and public health functions, as well as intersectoral involvement, is key to emergency preparedness, since the specific actors and activities, and their required relationships, should be in place and operate synchronistically. Strong human, animal and environmental health and other societal systems are the foundations of emergency preparedness. Equally, strengthening emergency preparedness builds the resilience of these systems globally, nationally and locally.

The WHE and DSP teams use different assessment tools to identify strengths and gaps, and to develop comprehensive NAPHS. The findings, plans and actions are portrayed in the WHE Strategic Partnership Portal and the new WHO Regional Office for Europe open access tool, the SHIELDS. In this way, the IHR (2005) Monitoring and Evaluation Framework is used to assess, steer, enhance, monitor and scale up Member State capacities through synergized work across the health sector and beyond. Intersectoral partners in government, as well as international partners, such as the Performance of Veterinary Services Pathway under the World Organization for Animal

Health, have key roles in supporting the success in addressing gaps in the IHR (2005) core capacities. The full process, from assessment to strategic plan and actions, is also aligned with World Bank initiatives, such as for financing preparedness. Globally, and up to December 2017, 14 countries had completed their NAPHS, 11 were under development and 18 were expecting to start.

Countries that do not need WHE support for the development of their NAPHS are still requested to follow the WHE validation process, aimed at ensuring interoperability with other country NAPHS. The most at-risk priority countries – for example, those confronted with health emergencies and faced with hazards and/or gaps in their resilience capacities – are offered a full package of mentoring and support.

SUMMARY

The new WHE is strongly linked with actions aimed at strengthening health systems towards universal health coverage. To attain the SDGs, the following are key: preparedness; the provision of health services to refugees, migrants and vulnerable persons during crises; preventing health system collapse in fragile, conflict-affected and vulnerable States; and using recovery opportunities to build back better health systems.

The IHR (2005) and the global and regional targets are at the centre of the WHE in the European Region, supporting Member States in reducing their gaps in implementing the IHR (2005), and ensuring quality health services and health security for all, while leaving no one behind.

REFERENCES

1. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf, accessed 18 February 2018).
2. International Health Regulations, Third Edition. Geneva: World Health Organization; 2005 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>, accessed 18 February 2018).
3. The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. 2015 (https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf, accessed 18 February 2018).
4. Health Cluster Guide. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/health_cluster_guide_6apr2010_en_web.pdf, accessed 18 February 2018).

5. World Health Assembly agrees new Health Emergencies Programme [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-25-may-2016/en/>, accessed 18 February 2018).
6. Global Policy Group Statement on reforms of WHO work in outbreaks and emergencies. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/dg/speeches/2016/reform-statement/en/>, accessed 18 February 2018).
7. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 27 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/21 Add.1 Rev.1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf?ua=1, accessed 18 February 2018).
8. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf?ua=1, accessed 18 February 2018).
9. Sustainable Development Goal 3 [website]. Sustainable Development Knowledge Platform. United Nations (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>, accessed 18 February 2018).
10. International Health Regulations (2005). 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/index.html>, accessed 18 February 2018).
11. A Strategic Framework for Emergency Preparedness. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254883/1/9789241511827-eng.pdf>, accessed 18 February 2018).
12. 2015 Syria Response Plan: Syrian Arab Republic. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2014 (https://docs.unocha.org/sites/dms/Syria/RM_Syria_20141217_upd20150223.pdf, accessed 13 January 2017). ■

ОТ РЕДАКЦИИ

От предупреждения к готовности и реагированию – работа Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (WHE)

Недрет Эмироглу,
директор по управлению программами, директор
Отдела по чрезвычайным ситуациям в области
здравоохранения и инфекционным болезням

Дорит Нитцан,
координатор по вопросам чрезвычайных ситуаций
в области здравоохранения, руководитель
программного направления по проведению
экстренных мероприятий



Государства-члены ВОЗ сталкиваются с растущим числом чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, вызванных множеством угроз, таких как вспышки инфекционных заболеваний, конфликты, стихийные бедствия, утечки химических, радиологических и ядерных веществ, а также загрязнение пищевых продуктов и окружающей среды. Многие чрезвычайные ситуации могут иметь комплексный характер, быть вызваны несколькими причинами одновременно и оказывать значительное воздействие на здоровье людей, социально-экономическую и политическую ситуацию. Обновленную информацию о странах, где имеются вызывающие обеспокоенность проблемы в области здоровья населения, о кризисах и чрезвычайных ситуациях можно найти на сайте ВОЗ: <http://www.who.int/hac/crises/ru/>.

Статья 2 (d) Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) говорит о том, что организация «окажет нужное техническое содействие и в экстренных случаях необходимую помощь по просьбе или с согласия соответствующего правительства». В Статье 28 (i) ВОЗ наделяется мандатом «в пределах круга ведения и финансовых возможностей принимать чрезвычайные меры в случаях, требующих немедленного действия. В частности, она может уполномочить Генерального директора принимать необходимые меры по

борьбе с эпидемиями, принимать участие в организации медицинской помощи жертвам народных бедствий и предпринимать изучение и исследование вопросов, на крайнюю срочность которых обращено внимание Комитета любым членом Организации или Генеральным директором». Более того, в Статье 58 говорится о том, что «для экстренных случаев и непредвиденных положений учреждается специальный фонд, который может быть использован по усмотрению Комитета» (1). Кроме того, ВОЗ наделена особыми обязательствами и несет ответственность за осуществление операций в чрезвычайных ситуациях в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (ММСП) (2005 г.) (2), Сендайской рамочной программой (3), а также в рамках глобальной гуманитарной системы в качестве ведущей организации Глобального кластера здравоохранения в составе Межучрежденческого постоянного комитета (МПК) (4).

Эти инструменты подчеркивают необходимость сосредоточить внимание на полном цикле работы применительно к чрезвычайным ситуациям, включая предупреждение, обеспечение готовности, ответные меры и восстановление. Предупреждение и эффективное планирование могут препятствовать превращению вспышек в эпидемии, конфликтов – в гуманитарные кризисы, стихийных

бедствий – в источник хаоса. Подготовка к принятию мер в случае необходимости меняет ход развития чрезвычайной ситуации, не позволяя ей превратиться в полномасштабный кризис.

По этой причине на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения государства-члены ВОЗ договорились о создании новой Программы ВОЗ по управлению чрезвычайными ситуациями в области здравоохранения (WHE), предназначенной для обеспечения быстрого, гибкого и эффективного воздействия с целью удовлетворения потребностей пострадавшего населения в области здоровья (5). Эта программа включает единый штат кадровых ресурсов, единый бюджет, единый свод правил и принципов, а также единую четкую систему подотчетности. Отчеты о ее деятельности должны быть представлены руководящим органам ВОЗ (6). Это позволяет ВОЗ более системно реагировать на различные кризисные ситуации, лучше сочетая свои технические и нормотворческие сравнительные преимущества с обновленными оперативными возможностями.

ВОЗ также стала более предсказуемым партнером в числе участников гуманитарного реагирования. Программа WHE, будучи в центре партнерских отношений в сфере здравоохранения, играет сильную объединяющую и координирующую роль, а также служит оплотом в наиболее сложных ситуациях. Совместно с Управлением ООН по координации гуманитарных вопросов (УКГВ ООН) в рамках работы Межучрежденческого постоянного комитета (МПК) был разработан набор процедур. Он содержит критерии для определения того, когда УКГВ ООН (по итогам консультаций с ВОЗ, заинтересованными странами и агентствами, предоставляющими гуманитарную поддержку) следует активировать систему гуманитарного реагирования в ответ на вспышки инфекционных заболеваний. Эти процедуры позволяют объединить два мира – гуманитарной поддержки и реагирования на вспышки инфекционных заболеваний. В рамках новой системы роли кластера здравоохранения и других кластеров МПК прописаны с самого начала, и с самого начала понятно, следует ли их приводить в действие.

Программа WHE включает пять основных элементов:

1. управление в случае инфекционных опасностей;
2. готовность к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения на уровне стран и Международные медико-санитарные правила (2005 г.);
3. информация и оценка рисков в случае чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения;
4. операции в случае чрезвычайных ситуаций;

5. управление и административное сопровождение.

Основное внимание уделяется достижению результатов на уровне стран, укреплению партнерского взаимодействия, а также подотчетности и воздействия. Укрепляя основные возможности в соответствии ММСП (2005 г.) и систем здравоохранения, страны смогут достичь Целей в области устойчивого развития (ЦУР), целевых ориентиров политики Здоровье-2020, а также реализовать политические обязательства, принятые государствами-членами, например, на саммитах G7 и G20. Действительно, задача 3.d ЦУР – «Наращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся стран, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья» – позволяет рационализировать необходимые действия и связать всеобщий охват услугами здравоохранения с обеспечением безопасности в здоровья.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ – УКРЕПЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В СООТВЕТСТВИИ С ММСП И СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Программа WHE предназначена для удовлетворения неотложных потребностей в области здоровья групп населения, пострадавших от чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, наряду с устранением исходных причин их уязвимости. Все, что делается в рамках WHE, должно способствовать достижению более высоких результатов на страновом уровне. Эта идея заложена в ММСП (2005 г.), которые требуют, чтобы все государства-члены ВОЗ «обладали возможностями для быстрого и эффективного реагирования на риски для здоровья населения и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение (ЧСЗМЗ)» (Статья 13, приложение 1).

В 2016 г. Комитет ВОЗ по обзору роли ММСП (2005 г.) по-прежнему сообщал о том, что большинство государств-членов во всех регионах удовлетворяют лишь минимальным требованиям по готовности к чрезвычайным ситуациям и едва ли могут в полном объеме осуществить ММСП (2005 г.). Комитет рекомендовал «Секретариату ВОЗ возглавить работу по подготовке Глобального стратегического плана повышения уровня готовности систем общественного здравоохранения совместно с государствами-участниками и другими

основными заинтересованными сторонами в целях осуществления ММСП (2005 г.), в особенности создания и мониторинга основных возможностей. Глобальный стратегический план должен послужить основой для разработки планов региональных бюро и национальных планов». Кроме того, было заявлено, что «государства-участники должны обновить свои национальные планы действий в течение одного года после оценки с использованием Инструмента совместной внешней оценки (ИСВО) при поддержке региональных и страновых бюро ВОЗ в случае необходимости. Такой план должен предусматривать устранение выявленных недостатков в отношении возможностей в соответствии с национальными приоритетами и приоритетными задачами общественного здравоохранения в соответствии с ММСП (2005 г.). Для устранения недостатков в отношении возможностей, которые не могут быть устранены с использованием национальных ресурсов, государства-участники должны установить активные партнерские отношения с государствами-партнерами или с другими международными партнерами в области развития...» (7).

В рамках последующих действий ВОЗ разработала Механизм мониторинга и оценки ММСП (2005 г.), основывающийся на качественных и количественных оценках, а также анализе документации и функциональных оценках возможностей для предупреждения, выявления и реагирования. Один из компонентов механизма, ежегодные отчеты государств-участников на сессиях Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ), является обязательным, в то время как остальные – добровольными, в том числе Совместная внешняя оценка (СВО), Анализ принятых мер (AAR) и Имитационные учения (SIMEX) (табл. 1). Всем странам рекомендуется участвовать и разрабатывать конкретные планы действий с целью устранения пробелов применительно к безопасности в области здоровья (8) (9) (10).

Возможности в соответствии с ММСП (2005 г.) особенно важны в чрезвычайных ситуациях, когда доступ к основным услугам здравоохранения и их качество могут серьезно пострадать. ВОЗ продолжает операции по спасению жизней в рамках двух долгосрочных гуманитарных кризисов в Европейском регионе; в Украине, а также в Турции и с территории Турции в рамках «общесирийского» подхода (чрезвычайные ситуации 3 уровня, У3) (11). Персонал Европейского регионального бюро ВОЗ содействовал созданию системы управления в чрезвычайных ситуациях в Эфиопии, Ираке и Бангладеш. Кроме того, ВОЗ обеспечила доставку стандартизированных наборов лекарственных средств и предметов медицинского назначения из Италии в Албанию с целью удовлетворить потребности в области здоровья лиц, пострадавших от наводнения в декабре 2017 г.

ТАБЛИЦА 1. СОСТОЯНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ДОБРОВОЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ММСП (2005 Г.) В МИРЕ ЗА ПЕРИОД ДО ДЕКАБРЯ 2017 Г.

Инструмент	Число завершивших стран	Число стран, ожидающих завершения
СВО	62	29
Пилотная оценка осуществлена Инициативой в области глобальной безопасности общественного здоровья (GHSA)	6	
AAR	11	11
SIMEX	48	12

Пробелы, выявленные с помощью инструментов мониторинга и оценки, позволяют получить комплексное, многосекторальное понимание возможностей стран применительно к выявлению, уведомлению и реагированию на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения. Каждый из компонентов по-своему способствует распознаванию сильных сторон, пробелов и приоритетных направлений, которые затем учитываются при разработке многосекторальных Национальных планов действий по обеспечению безопасности здоровья (НПДБЗ).

Укрепление потенциала в соответствии с ММСП (2005 г.) не может осуществляться странами в одиночку, поскольку у каждой страны имеется собственный набор ценностей и норм; социальные, политические и финансовые условия; специфические функции системы здравоохранения и вызовы в области охраны здоровья. Каждая из стран, как правило, по-своему видит приоритетные направления применительно к совершенствованию возможностей для обеспечения национальной и глобальной безопасности здоровья. Соответственно, каждый из их национальных планов действий должен носить как индивидуализированный так и межсекторальный характер. Действительно, системы здравоохранения и программы готовности к чрезвычайным ситуациям объединяют, дополняют и усиливают друг друга, а также способствуют устойчивости сообществ и стран. С этой целью Программа WHE совместно с Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья ВОЗ объединяют и приводят в соответствие меры поддержки, адресованной государствам-членам. Приоритетное внимание вопросам

всеобщего охвата услугами здравоохранения, функциям систем здравоохранения и служб охраны общественного здоровья, а также обеспечению межсекторального участия служит ключом к обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям, поскольку конкретные участники и мероприятия, а также их необходимые взаимосвязи должны быть четко определены и синхронизированы. В основе готовности к чрезвычайным ситуациям лежат отлаженные системы здравоохранения, охраны здоровья животных, защиты окружающей среды и иные общественные системы. В то же время, повышение готовности к чрезвычайным ситуациям укрепляет жизнестойкость этих систем на общемировом, национальном и местном уровне.

Для выявления сильных сторон и пробелов, а также для разработки комплексных НПДБЗ специалистами Программы WHE и Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья используются различные оценочные инструменты. Результаты, планы и мероприятия находят отражение на Портале по стратегическим партнерствам в рамках WHE, а также в новом открытом инструменте оценки WHE/ЕРБ ВОЗ – SHIELDS. Таким образом, Механизм мониторинга и оценки ММСП (2005 г.) используется в целях оценки, направления, укрепления и масштабирования возможностей государств-членов посредством синергической работы в рамках сектора здравоохранения и за его пределами. Межсекторальные партнеры в правительствах, а также международные партнеры, такие как Программа оценки деятельности ветеринарных служб под эгидой Всемирной организации здоровья животных (ВОЗЖ), играют ключевую роль в обеспечении успеха мероприятий, направленных на устранение пробелов в сфере основных возможностей в рамках ММСП (2005 г.). Весь процесс, от оценки до разработки и осуществления стратегических планов и мероприятий, согласуется также с инициативами Всемирного банка, такими как обеспечение финансирования в целях повышения готовности. По состоянию на декабрь 2017 г. 14 стран в мире завершили подготовку НПДБЗ, 11 находились в процессе разработки и 18 готовились ее начать.

Странам, не нуждающимся в поддержке Программы WHE для разработки НПДБЗ, тем не менее необходимо пройти процесс валидации в рамках Программы WHE с целью обеспечения совместимости с НПДБЗ других стран. Странам, требующим приоритетного внимания в связи с повышенным риском, например, столкнувшимся с чрезвычайными ситуациями в области здравоохранения, либо с угрозами и/или пробелами в их устойчивости перед внешними воздействиями, предлагается полный пакет наставничества и поддержки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новая Программа WHE тесно связана с мероприятиями, направленными на укрепление систем здравоохранения с целью обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Ключом к достижению ЦУР служат: обеспечение готовности; предоставление услуг здравоохранения беженцам, мигрантам и уязвимым группам населения в кризисных ситуациях; предотвращение краха системы здравоохранения в нестабильных, пострадавших от конфликтов и уязвимых государствах; использование возможностей восстановления для возрождения и улучшения систем здравоохранения.

ММСП (2005 г.), а также глобальные и региональные целевые ориентиры находятся в центре внимания Программы WHE в Европейском регионе, содействующей государствам-членам в преодолении пробелов на пути к осуществлению ММСП (2005 г.), а также обеспечению качественных услуг здравоохранения и безопасности в области здоровья для всех, не оставляя никого без внимания.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006 (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf?ua=1#page=9>, по состоянию на 7 марта 2018 г.).
2. Международные медико-санитарные правила, 3-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/ru/>, по состоянию на 7 марта 2018 г.).
3. Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 гг., 2015 (<https://www.preventionweb.net/files/resolutions/N1516719.pdf>, по состоянию на 7 марта 2018 г.).
4. Health Cluster Guide. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/health_cluster_guide_6apr2010_en_web.pdf, accessed 18 February 2018).
5. Всемирная ассамблея здравоохранения принимает новую Программу по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/wha69-25-may-2016/ru/>, по состоянию на 7 марта 2018 г.).

6. Заявление Глобальной группы по политике о реформах в деятельности ВОЗ во время вспышек заболеваний и чрезвычайных ситуаций. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/dg/speeches/2016/reform-statement/ru/>, по состоянию на 7 марта 2018 г.).
7. Осуществление международных медико-санитарных правил (2005 г.). Доклад Комитета по обзору о роли Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее. В: Шестьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 27 мая 2016 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (A69/21 Add.1 Rev.1, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-ru.pdf, по состоянию на 7 марта 2018 г.).
8. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf?ua=1, accessed 18 February 2018).
9. Sustainable Development Goal 3 [website]. Sustainable Development Knowledge Platform. United Nations (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>, accessed 18 February 2018).
10. Международные медико-санитарные правила (2005 г.). 2-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/ru/>, по состоянию на 7 марта 2018 г.).
11. A Strategic Framework for Emergency Preparedness. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254883/1/9789241511827-eng.pdf>, accessed 18 February 2018).
12. 2015 Syria Response Plan: Syrian Arab Republic. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2014 (https://docs.unocha.org/sites/dms/Syria/RM_Syria_20141217_upd20150223.pdf, accessed 13 January 2017). ■

PANORAMA PEOPLE

Interview with Nedret Emiroglu

by Cristiana Salvi

Nedret Emiroglu is the Director of Programme Management and the Director of the Division of Health Emergencies and Communicable Diseases.



Dr Nedret Emiroglu is a medical doctor with a PhD in public health and 30 years of national and international experience. As the Director of Programme Management, she is the principal adviser to the WHO Regional Office for Europe on health policies, strategies and technical priorities. She ensures strategic and technical coherence in the implementation of cross-cutting policy areas, in line with the European Health Policy Framework Health2020 and the Sustainable Development Goals. As the Director of the Division of Health Emergencies and Communicable Diseases, Dr Emiroglu leads divisional efforts to support Member States prepare for, rapidly detect and respond to health emergencies and outbreaks in the WHO European Region, as well as prevent and control communicable diseases including immunization.

What is your experience with the establishment of the WHO Health Emergencies Programme in the European Region?

The WHO Health Emergencies Programme is one of the boldest interventions that WHO has undertaken in my memory. It is greatly stimulating to be part of an organization that pushes its limits beyond itself and that broadens its role from the traditional normative to the operational. The term **operational** is more than simply a word: it comprises a set of structures, skills and people. It means putting countries at the core and being there on the ground where most needed: when disease outbreaks occur, when disasters and conflicts strike, and when people fall sick and die.

Together, we are learning day by day how to make this happen by mobilizing and repurposing existing structures and mechanisms.

It feels more and more like the three levels of WHO (global, regional and country levels) are working together as a single harmonious whole. As part of WHO's transformative agenda, the Health Emergencies Programme is propelling us forward into a new dimension of working with and for countries to save lives.

How do you think it addresses the challenges that the international community encountered with previous emergency responses?

Every organization learns from the lessons of the past, and we are no exception. Our experience in responding to emergencies has taught us the important lesson that no one is safe until everyone is safe, and that we need to work collectively to meet common standards and levels of capacity. We at WHO take this very seriously and have developed the Programme to glue together every step in the emergency cycle. No step is more important than any other: we invest in prevention and preparedness as well as in response and recovery, with strong links to rehabilitation. We work at global and regional levels to benefit all countries. This creates a virtuous circle that **builds back better**, eventually making health systems more resilient to emergencies.

Another important lesson from the past is that no single actor can ensure health security. The Health Emergencies Programme puts strong partnerships at the core of its work. We work with partners to address all needs including, but not limited to, health: other challenges are logistics, food security, shelter, water and sanitation. This is true for large disease outbreaks, where WHO leads the response, as well as for disasters, where

we coordinate the efforts of our health partners. We also work closely with countries and other organizations to pre-position health personnel and experts for rapid deployment.

Do you think that today WHO is better equipped to support affected countries on the ground?

The new WHO vision for the next five years – the draft thirteenth general programme of work – has countries firmly at its centre. This means that we are better equipping our country offices (staff, funding and training) to ensure they have the capacity and capability to respond to health emergencies, thus engendering a sense of empowerment and ownership. Our country staff are there when an outbreak starts and when disaster hits. They are the first to intervene and gauge each country's needs.

We have built a structure covering all WHO levels to help country staff to respond as needed. This is already operational in the two protracted emergencies to which the Health Emergencies Programme is responding in the European Region, the humanitarian crises in eastern Ukraine and northern Syria, with the latter being addressed in and from Turkey.

We have also built resources through a Contingency Fund for Emergencies to fill critical funding gaps: it allows us to release as much as US\$ 0.5 million with only 24 hours needed for approval. In this way, the entire WHO network is responsible for providing financial support for the emergency response in all countries, in addition to equipment and supplies. However, we need to bear in mind that the Health Emergencies Programme is only effective if it has funding. Only with the full political, moral and financial support of the international community can epidemics be prevented or rapidly controlled.

How do you see the future of the Programme and the way it protects people's lives in emergencies?

The draft thirteenth general programme of work has a clear target for 2023: to protect 1 billion more people from health emergencies. The Health Emergencies Programme is equipping us to achieve this: we are reshaping our existing structures and the way we work so that we can support countries to reach this target. However, all countries must equip themselves with the necessary tools to get there.

We are increasing our efforts to work with European countries to achieve, measure and enhance their ability to collectively address emergencies as a common threat. The International Health Regulations (IHR) (2005) – a legally binding instrument for 196 countries worldwide – form the foundation of this work;

through this mechanism, countries have managed to scale up their preparedness for all-hazard health emergencies over the last 10 years.

Our next step is to bring all European countries together within a new action plan to ensure that they have comparable levels of capacity and capability to avert or respond to emergencies. A new evaluation tool is already available for countries to map their own capacities and identify specific areas of intervention. This exercise entails the whole of government, steered by health, working together across sectors and levels.

How do you see the linkages between health security, public health functions and universal health coverage?

In the words of the WHO Director-General, “Universal health coverage and health emergencies are two faces of the same coin”. This could not have been better expressed: when we strengthen our health systems, we effectively implement the IHR (2005); and when we implement the IHR (2005), we develop greater health system resilience to emergencies. It is therefore crucial to adopt a combined approach in which universal health coverage and strengthened global health security are two mutually reinforcing agendas.

The strong link with the concept of **health for all** is also instrumental in ensuring that people affected by emergencies have rapid access to essential life-saving health services, including medicines and vaccines. At the same time, health protection through essential life-saving health services helps to prevent outbreaks.

In the WHO Regional Office for Europe, a great deal of our work focuses on the interlinkage between health security and health systems. This paradigm shift in our approach to working in health emergencies is inspired by the WHO European health policy framework, Health 2020, which prioritizes action to strengthen people-centred health systems and public health capacity, including emergency preparedness and response.

Ultimately, we want to prevent health systems, particularly those in more vulnerable countries, from becoming overstretched during emergencies so that they can cope with surging needs. We have identified 15 vulnerable countries within the European Region in which to invest our human and financial resources over the next few years as a priority. I trust that our structure, new capacities and capabilities, revised procedures and strong motivation will make us strong enough by 2023 to contribute to protecting 1 billion more people worldwide from health emergencies. ■

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с Недрет Эмироглу

Кристиана Сальви

Недрет Эмироглу – директор по управлению программами и директор Отдела по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и инфекционным заболеваниям.



Д-р Недрет Эмироглу имеет диплом врача и кандидатскую степень (PhD) по специальности «Общественное здравоохранение». Она обладает более чем тридцатилетним опытом работы на национальном и международном уровнях. Будучи директором по управлению программами, она является главным советником Европейского регионального бюро ВОЗ по направлениям политики, стратегиям и программным приоритетам в сфере здравоохранения. Она обеспечивает стратегическую и программную слаженность процесса реализации всеохватывающих стратегических направлений, сформулированных в европейской политике здравоохранения Здоровье-2020 и Целях в области устойчивого развития. В качестве директора Отдела по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и инфекционным заболеваниям д-р Эмироглу руководит работой Отдела, направленной на оказание поддержки государствам-членам в обеспечении готовности, оперативном выявлении и экстренном реагировании на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения и вспышки инфекционных болезней в Европейском регионе ВОЗ, а также в профилактике и контроле инфекционных болезней, в том числе при помощи иммунизации.

Расскажите, пожалуйста, о вашем опыте организации Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения в Европейском регионе.

Создание Программы по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения – одно из самых масштабных вмешательств, предпринимавшихся ВОЗ на моей памяти. Работа Организации, постоянно расширяющей горизонты своей деятельности, более не ограничивающейся контрольно-нормативной ролью и принимающей на себя оперативные функции, вдохновляет и настраивает на успех. Оперативные функции – не просто термин, он означает целый ряд структур, набор навыков и людей, работающих в данной области. Он также означает, что во главу угла ставятся страны: мы должны быть на месте событий тогда, когда в нас больше всего нуждаются, тогда, когда происходят вспышки болезней, когда случаются стихийные бедствия и разгораются конфликты, когда люди болеют и умирают.

Вместе мы каждый день учимся реализовывать эту задачу на практике путем мобилизации и перепрофилирования уже существующих структур и механизмов. С каждым днем все отчетливее видно, что все три уровня ВОЗ (глобальный, региональный и страновой) работают как одно гармоничное целое. Будучи частью преобразовательной повестки дня ВОЗ, Программа по чрезвычайным ситуациям переносит нас в другое функциональное измерение: работу вместе со странами и на благо стран ради спасения человеческих жизней.

Насколько, по вашему мнению, Программа по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения решает те проблемы, с которыми столкнулось

международное сообщество при реагировании на предыдущие чрезвычайные ситуации?

Любая организация делает выводы из прошлого опыта, и мы не исключение. Наш опыт реагирования на чрезвычайные ситуации научил нас главному: никто не может считать себя в безопасности до тех пор, пока не находится в безопасности все, и мы должны сообща работать над обеспечением соответствия общим стандартам и над достижением сравнимого уровня потенциала. Мы, сотрудники ВОЗ, отнеслись к этой задаче чрезвычайно серьезно и взяли за разработку программы, сводящей воедино все составные части цикла экстренного реагирования. Ни одна из частей этого цикла не является более важной, чем другие: мы вкладываем средства и усилия как в профилактику и готовность, так и в реагирование и ликвидацию последствий с обеспечением прочных связей с действиями по последующей реабилитации. И на глобальном, и на региональном уровне мы работаем на благо всех стран. Таким образом, формируется цикл положительных действий, способствующий более эффективному восстановлению и в конечном итоге укрепляющий устойчивость национальных систем здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций.

Еще один исключительно важный урок, который необходимо извлечь из прошлого опыта, заключается в том, что никто не может обеспечить безопасность здоровья в одиночку. Тесное сотрудничество – один из ключевых элементов Программы по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения. Мы работаем в сотрудничестве с нашими партнерами по обеспечению всех потребностей населения, круг которых включает вопросы здоровья и здравоохранения, но не ограничивается ими: в сферу нашей деятельности входят такие важные аспекты, как логистика, продовольственная безопасность, предоставление убежищ и временного жилья, обеспечение водоснабжения и санитарных условий. Все сказанное применимо не только к масштабным вспышкам болезней, т. е. ситуациям, когда ВОЗ берет на себя основное руководство мерами реагирования, но и к разного рода бедствиям, при которых мы координируем усилия наших партнеров в сфере здравоохранения. Кроме того, мы тесно сотрудничаем со странами и другими организациями по обеспечению наличия персонала и экспертов в области здравоохранения, готовых к оперативной отправке на места в случае возникновения чрезвычайной ситуации.

Полагаете ли вы, что сегодня ВОЗ лучше готова к оказанию помощи на местах странам, оказавшимся в чрезвычайных ситуациях?

В рамках новой концепции ВОЗ на ближайшие пять лет – в проекте Тринадцатой общей программы работы (ОПР-13) на 2019–2023 гг. – в центре внимания – страны. Это означает, что мы обращаем больше внимания на потенциал наших страновых офисов (кадры, финансирование и обучение) и их готовность к реагированию на чрезвычайные ситуации и, тем самым, расширяем их полномочия и укрепляем их чувство сопричастности. Когда где-то происходит вспышка заболевания или стихийное бедствие, сотрудники страновых офисов с самого начала находятся в гуще событий. Они первыми приходят на помощь и оценивают актуальные потребности стран.

Мы создали охватывающую все уровни ВОЗ структуру, которая оказывает содействие персоналу, работающему в странах, в обеспечении необходимых ответных действий. Эта структура уже активно используется в связи с двумя затяжными кризисами в Европейском регионе, реагирование на которые осуществляется в рамках Программы по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения: кризисами на востоке Украины и на севере Сирии – в последнем случае меры принимаются в Турции и с территории Турции.

Кроме того, для покрытия экстренных финансовых нужд мы организовали Резервный фонд для чрезвычайных ситуаций. Этот фонд позволяет при необходимости высвободить полмиллиона долларов с получением всех разрешений всего в течение 24 часов. Таким образом, вся сеть ВОЗ несет ответственность за предоставление финансовой поддержки для обеспечения ответных действий во всех странах, в дополнение к предоставлению необходимого оборудования и материалов. Однако не следует забывать о том, что Программа по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения может быть эффективной лишь при наличии финансирования. Предотвращение эпидемий и оперативное реагирование на них возможны только при условии полномасштабной политической, моральной и финансовой поддержки со стороны международного сообщества.

Каким вам представляется будущее Программы и формат помощи людям в чрезвычайных ситуациях?

В ОПР-13 поставлена четкая цель на 2023 г.: защитить на один миллиард больше людей, попавших в чрезвычайные ситуации в области здравоохранения. Программа по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения помогает нам достичь эту цель: в настоящий момент мы заняты преобразованием соответствующих структур и пересмотром наших подходов к работе, чтобы оказать более эффективную

поддержку странам. Однако все страны должны сами обеспечивать себя необходимым инструментарием.

Мы стараемся как можно интенсивнее сотрудничать со странами Европейского региона в рамках обеспечения, оценки и повышения уровня их готовности к коллективным действиям в случае любой из возможных чрезвычайных ситуаций, которые сегодня трактуются как общая угроза. В основе этой работы лежат Международные медико-санитарные правила (ММСП) (2005 г.) – юридический документ, признанный обязательным для выполнения 196 странами. Пользуясь этим механизмом, страны в течение последних 10 лет сумели существенно повысить уровень своей готовности ко всем чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения.

Следующим нашим шагом должно стать объединение всех европейских стран в рамках единого Плана действий, что обеспечит сопоставимые уровни их потенциала и возможностей в сфере предотвращения чрезвычайных ситуаций и реагирования на них. В распоряжении стран сегодня имеется оценочный инструментарий, позволяющий им анализировать собственные возможности и идентифицировать конкретные сферы, требующие вмешательства. Проведение такой оценки подразумевает общегосударственный подход – работу во всех секторах и на всех уровнях, направляемую сектором здравоохранения.

Как, по вашему мнению, должны быть связаны между собой безопасность здоровья, функции общественного здравоохранения и всеобщий охват услугами здравоохранения?

По словам Генерального директора ВОЗ, «всеобщий охват услугами здравоохранения и чрезвычайные ситуации в области здравоохранения – две стороны одной медали». Трудно найти более точное определение: укрепляя системы здравоохранения, мы обеспечиваем эффективную реализацию ММСП (2005 г.), а соблюдая принципы ММСП (2005 г.), мы повышаем уровень устойчивости систем здравоохранения к чрезвычайным ситуациям. Этот комплексный подход является необходимым условием соблюдения принципа всеобщего охвата услугами здравоохранения и укрепления безопасности здоровья на глобальном уровне – ведь речь идет о двух взаимодополняющих задачах.

В деле по обеспечению для всех людей, пострадавших при чрезвычайных ситуациях, незамедлительного доступа к жизненно важным услугам здравоохранения (в том числе к необходимым лекарственным средствам и вакцинам)

исключительно важную роль играет также неразрывная связь этого подхода с концепцией «здоровье для всех». В то же время охрана здоровья населения посредством оказания ему жизненно важных услуг здравоохранения предотвращает вспышки заболеваний.

Работа Европейского регионального бюро ВОЗ в значительной степени сосредоточена на укреплении взаимосвязей между безопасностью здоровья и системами здравоохранения: в этом заключается одно из качественных изменений нашего подхода к работе в чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения. Европейская политика здравоохранения Здоровье-2020, ставящая во главу угла укрепление ориентированных на нужды людей систем здравоохранения и повышение потенциала общественного здравоохранения, в том числе готовности и реагирования в связи с чрезвычайными ситуациями, является основой для подобного сдвига парадигмы.

В конечном счете, мы стремимся к тому, чтобы предотвратить ситуации, когда системы здравоохранения, особенно в тех странах, которые определены как уязвимые, чтобы справляться с растущими потребностями, вынуждены нести непосильную нагрузку. В Европейском регионе мы определили 15 таких уязвимых стран, и в ближайшие годы именно они станут приоритетными объектами вложения наших кадровых и финансовых ресурсов. Я уверена, что имеющаяся структура, новые возможности, пересмотренные процедуры и сильная мотивация – всё это позволит нам усилить наш потенциал настолько, чтобы внести весомый вклад в выполнение глобальной задачи: к 2023 г. защитить на миллиард больше людей во всем мире от угроз жизни и здоровью, обусловленных чрезвычайными ситуациями. ■

CASE STUDY

Laboratory core capacities to be improved in two countries of Central Asia through addressing national sample referral mechanisms

Joanna Salvi Le Garrec Zwetyenga¹, Gulmira Kalmambetova², Gulbarchyn Saparova³, Kyial Ormokoeva⁴, Kaliya Kasymbekova⁵, Firuz Davlatov⁶, Tatiana Volkova⁷, Zainab Salibaeva⁸, Abdulakhad Safarov⁹, Caroline Sarah Brown¹

¹ WHO Health Emergencies Programme (WHE), World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

² Reference laboratory of National Tuberculosis Centre, Bishkek, Kyrgyzstan

³ National Influenza Centre of Department of Prevention Diseases and Sanitary Epidemiological Surveillance, Bishkek, Kyrgyz Republic

⁴ Laboratory of Endocrinology Center, Bishkek, Kyrgyzstan

⁵ WHO Country Office, Bishkek, Kyrgyzstan

⁶ Public Health Laboratory, Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

⁷ National Reference Laboratory, Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

⁸ National Center for Veterinary Diagnostics, State Veterinary Surveillance, Ministry of Agriculture, Dushanbe, Tajikistan

⁹ WHO Country Office, Dushanbe, Tajikistan

Corresponding author: Joanna Salvi Le Garrec Zwetyenga (email: jzwetyenga@who.int)

ABSTRACT

The International Health Regulations (IHR) (2005) require countries to strengthen national laboratory core capacities for surveillance and the detection of emerging pathogens and outbreaks, requiring sample referral between laboratories at different levels of tiered systems.

An overview of the existing laboratory systems in both Kyrgyzstan and Tajikistan was prepared and laboratory sample referrals were assessed. Key gaps and opportunities for improvement in existing sample referral mechanisms are addressed here, thus identifying measures to strengthen laboratory systems.

In both countries, three laboratory systems (the State Sanitary and Epidemiology Surveillance, HIV and tuberculosis laboratories) have three-tiered laboratory systems, while the clinical diagnostic laboratories have two-tiered systems. The tuberculosis and HIV laboratory networks have well established testing and referral algorithms, in line with the levels of the laboratories. Private laboratories have also set up well established mechanisms for sample referral.

However, in the clinical diagnostic laboratories the sample referral rates are the lowest across both countries.

In order to improve these sample referral mechanisms, clear roles and responsibilities and the tests/methods at the different levels of the laboratory systems must be clearly defined. Once the systems are well defined, comprehensive sample referral mechanisms can be designed and implemented.

Through the Better Labs for Better Health initiative, national guidelines for the transport of all types of laboratory samples are being finalized and standard operating procedures and training material for all staff involved will soon be developed.

Countries can benefit from the pilot studies that are being carried out by the HIV and tuberculosis laboratory systems and from private systems' experiences. Ideally, national laboratory working groups should reinforce coordination of all laboratory activities and advocate for integration of sample collections and transport from all laboratory systems, where possible.

Keywords: LABORATORY, SAMPLE REFERRAL, LABORATORY SYSTEMS, CENTRAL ASIA, INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (IHR) (2005)

BACKGROUND

The International Health Regulations (IHR) (2005) (1) require countries to strengthen national core capacities to detect, assess, notify and report events, and to respond to acute public health events, including public health emergencies of international concern. Laboratories are an essential component of any country's early warning capacity, by supporting both surveillance and detection of emerging pathogens and outbreaks. This front-line role has been emphasized in the detection and control of recent epidemics and pandemics, including severe acute respiratory syndrome (SARS) (2), the 2009 H1N1 influenza pandemic (3), Ebola (4), and Zika virus (5).

In 2008, the Maputo Declaration called for the strengthening of laboratory systems in order to create one unified integrated tiered national laboratory network with defined tests at each level (6). In the same year the joint World Health Organization (WHO) and Centers for Disease Control (CDC), Atlanta conference on laboratory quality systems recommended the development of a national organization within the national health plan that should be responsive to the needs of patients and all users of the service. Emphasis was also placed on the need for laboratory quality management systems (7).

A laboratory system is a set of laboratories united by laboratory disciplines and organized through tiered levels, operating in a connected and dependent way according to their level. One of the main uses of a national laboratory system is to obtain more precise laboratory tests, which implies that district (rayon) laboratories refer samples to regional (oblast) or national reference laboratories for confirmatory and/or specialized testing. Consequently, a key indicator of a functional laboratory system is whether both sample referral within the system and sample transport are effective. This capacity to refer samples to perform correct testing is also essential to evaluate a country's capacity to detect and respond to emergencies.

CONTEXT

In several countries in the WHO European Region, laboratory services lack national coordination, oversight and standards. As a result, services are often fragmented, functions are duplicated, many laboratories operate under insufficient quality and safety levels, and staff are often trained using outdated curricula (8). For these reasons, in 2012 the WHO Regional Office for Europe launched the Better Labs for Better Health initiative in four countries to help them strengthen their national laboratory systems. The first step was to support countries in the

development of their national laboratory policies and strategic plans by establishing formally recognized national laboratory working groups (NLWG) (9).

The ministries of health in Kyrgyzstan and Tajikistan have endorsed a national policy and/or strategic plan for their countries, which has allowed the Better Labs for Better Health initiative to address the core cross-cutting elements of laboratory health addressed in these plans, amongst which are the organization of national laboratory systems and specimen referral mechanisms (9).

The subject of this paper addresses key gaps and opportunities for improvement in existing sample referral mechanisms, thus identifying measures to strengthen laboratory systems in order for countries to better detect, assess, notify and report events, and to respond to emergencies.

METHODOLOGY

In order to have an overview of the existing laboratory systems in each country, qualitative analyses of the laboratory system structures under the respective ministries of health were performed in 2017 through interviews with relevant staff of the Ministry and the NLWG, assisted by an international laboratory expert in Kyrgyzstan and Tajikistan. The analyses led to the drafting of the Ministry of Health's laboratory component's organigrams, which were presented in both country reports.

From April to August 2017, members of the NLWGs, supported by an international laboratory expert, developed a checklist to obtain a detailed situational analysis of existing sample referrals in tiered laboratory systems in Tajikistan and Kyrgyzstan. The heads of various laboratory networks (the HIV and tuberculosis (TB) laboratories; the Republic Center of Quarantine and Especially Dangerous Infections (RCQEDI); the State Sanitary and Epidemiology Surveillance (SSES) laboratories within SSES Stations; SSES parasitology laboratories; virology laboratories; bacteriology and hygiene laboratories; clinical diagnostic laboratories and laboratories from the private sector were interviewed by the NLWG members. RCQEDI and the SSES hygiene laboratories were only assessed in Kyrgyzstan.

Reports describing the evaluation outcomes and gaps were prepared for both countries and discussed by the NLWGs from both Tajikistan and Kyrgyzstan during a workshop. Discussions covered the need to develop national guidelines for sample referral and transport, as well as future national action plans on the subject.

So-called grey literature on national laboratory capacity assessments was also reviewed (for example reports from international conferences, WHO and other organizations' reports, national laboratory policies and strategic plans).

RESULTS

OVERVIEW OF NATIONAL LABORATORY SYSTEMS

Kyrgyzstan and Tajikistan have similar laboratory systems, as illustrated in Fig. 1.

In both countries, there are three three-tiered laboratory systems: the SSES, HIV and TB laboratories. At the national level, one or several national laboratories function as reference laboratories, at each oblast level there is a regional laboratory; and at the rayon level there are district laboratories that fall under the oblast laboratory authority.

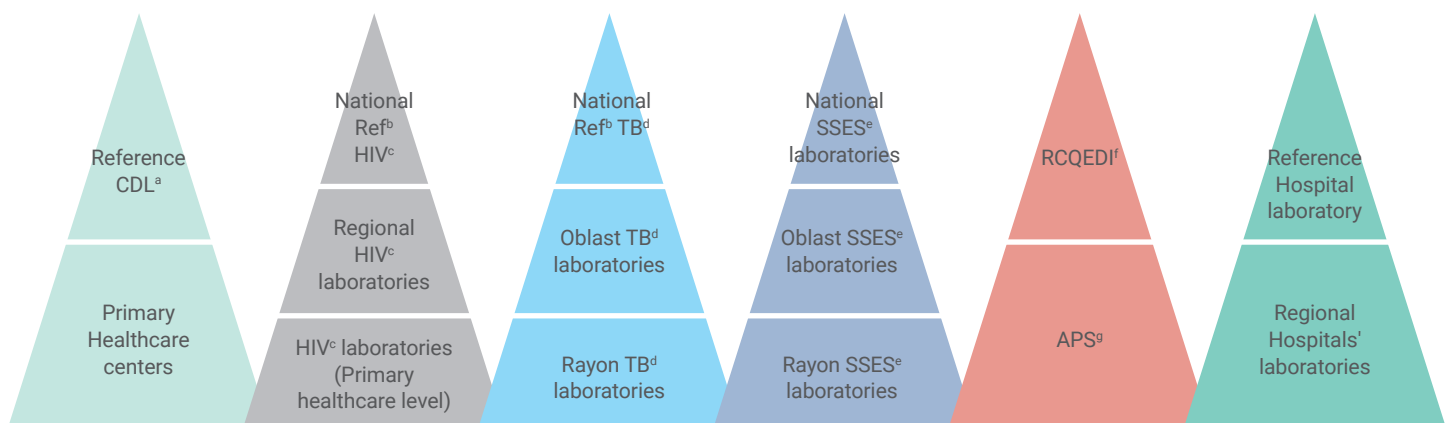
The SSES laboratory system, including all laboratory disciplines, effectively represents a network of around 200 institutions in Tajikistan and 300 in Kyrgyzstan (republican, oblast and rayon) contributing to public health management, and performing tests on human and environmental samples. The HIV laboratory

system represents approximately 40 laboratories in Tajikistan and 50 in Kyrgyzstan. HIV diagnostic laboratories also perform hepatitis diagnosis in these countries. The TB laboratory system represents approximately 90 TB diagnostic laboratories in Tajikistan and 130 in Kyrgyzstan.

For the HIV and SSES laboratories, samples are regularly referred from rayon laboratories to the oblast and national laboratories for specialized analysis and confirmatory testing. Oblast laboratories send samples to national reference laboratories when testing is not available at their level and, more rarely, for confirmatory purposes. For both networks, there are no specific guidelines or schedules for referral, and referral is based on the judgement of the laboratory. For the TB network, testing and referral algorithms are well established according to the levels of the laboratories.

The clinical diagnostic laboratories' systems, represented in Fig. 1 as hospital system and primary health care system, are two-tiered laboratory systems, not three-tiered systems as described above. Clinical diagnostic laboratories are public laboratories mostly based in hospitals, clinics or primary health care centres at oblast and rayon level. Their number is estimated at approximately 565 in Tajikistan and 300 in Kyrgyzstan. This number includes very small laboratories associated with a polyclinic or family health care centre up to large polyvalent laboratories associated

FIG. 1. SCHEMATIC REPRESENTATION OF THE LABORATORY SYSTEMS IN KYRGYZSTAN AND TAJIKISTAN



- ^a CDL: Clinical Diagnostic Laboratory
- ^b Ref: Reference laboratory
- ^c HIV: Human Immunodeficiency Virus laboratories
- ^d TB: Tuberculosis laboratories
- ^e SSES: State Sanitary and Epidemiology Surveillance Laboratories
- ^f RCQEDI: Republic Center of Quarantine and Especially Dangerous Infection laboratories
- ^g APS: Anti-Plague Station

with large hospitals in the main cities. Laboratories without a bacteriology unit at the oblast and big city levels send their samples to the oblast SSES bacteriology laboratories for analysis. There are clinical diagnostic reference laboratories at national level that perform specialized analyses and confirmatory testing.

The RCQEDI is a two-tiered system with a reference laboratory and anti-plague stations referring samples.

In both countries, private laboratories have set up collection points throughout the country and the analyses are performed in a central laboratory in the capital city.

SAMPLE REFERRAL MECHANISMS

Table 1 shows the results of the responses to the checklist that were provided by the heads of the clinical diagnostic, HIV, TB, RCQEDI, SSES parasitology, virology, bacteriology and hygiene laboratory systems, and by those private laboratories that agreed to participate.

For the two countries together, six systems out of nine monitor the quality of samples upon receipt, two systems check acceptance criteria and note the temperature upon receipt of the samples, and one system does not check any criteria. Transport systems between the different laboratories in the networks exist; however, it was reported that many patients nonetheless transport samples to the laboratories by their own means. The clinical diagnostic laboratory system shows few transport mechanisms in place in both countries; consequently, many patients are reported as having to send samples through personal channels, following no biosafety precautions, or by having to travel to the laboratory.

All laboratory systems provide training for laboratory staff in charge of packaging. Three laboratory systems (TB and SSES virology laboratories, and RCQEDI in Kyrgyzstan) provide training to their drivers to raise their awareness of what they are transporting so that they can act appropriately in the event of accidents. Three (the HIV, private and clinical diagnostic laboratories) have not provided training to all drivers across their network, and three (the SSES bacteriology, SSES parasitology and Kyrgyz SSES hygiene laboratories) have not provided any training and have no documents supporting training. It should be noted that the pre-analytical phase for environmental samples does not fall under the responsibility of the SSES hygiene laboratory.

Safe and secure transport, including the use of triple packaging and the traceability of samples, are ensured for HIV and TB sample referrals, especially in pilot regions. Triple packaging is of poorer quality in the cases of RCQEDI and the SSES hygiene laboratory, because of a lack of funding.

None of the laboratory systems provide computerized tracking of samples throughout the referral process, and only some private laboratory systems return the results through electronic reporting platforms such as a laboratory information system or by SMS. In all public laboratory systems, paper-based reports are given to the drivers when new samples are delivered to the reference laboratory. In general, all the laboratories have paper forms that document referred samples, except for the SSES parasitology laboratories, which have no forms or electronic information. Only three laboratory systems (HIV, TB and private) have standard operating procedures (SOPs) in place for sample packaging and transport.

For both countries, guidelines are being prepared and progressively implemented for the referral and transport of samples within the HIV and TB laboratory systems, in which pilot studies are also being carried out. Neither country has national guidelines for the transport of all samples throughout the entire laboratory systems.

For emergency responses, the SSES laboratories and RCQEDI in Kyrgyzstan have plans to refer samples to reference laboratories within the country, but no system has been through any practical emergency exercise.

DISCUSSION

The Better Labs for Better Health initiative has been working to improve laboratory systems by addressing sample referral mechanisms. In both countries, assessments of the existing sample referral mechanisms have shown that patients still either have to find the means of transporting their samples or go to the laboratory by themselves. The referral mechanisms exist, but show many weaknesses in that they are not routine, biosafety measures are not always in place and the quality of the samples is not always monitored.

In order to improve sample referral, organization of the laboratory systems needs to be improved. Clear roles and responsibilities and the tests/methods at the different levels of the laboratory systems for public health and clinical diagnostics must be clearly defined (10). Once the systems are well defined, comprehensive sample referral mechanisms can be designed to cover transport companies, equipment, logistics, results reporting, trained personnel, data management, monitoring and evaluation, budget lines with sufficient financing, and proper governance.

In both countries, the HIV and TB sample referral processes are stronger, because these benefit from global funding against AIDS, TB and malaria. Private laboratories have also shown

TABLE 1. SUMMARY OF RESULTS OF SAMPLE REFERRAL SYSTEMS ASSESSMENTS IN TAJIKISTAN AND KYRGYZSTAN

Activity	State CDL ^a	Private ^b CDL ^a	SSES ^c Virology lab	SSES ^c Parasitology lab	SSES ^c Bacteriology lab	RCQED ^d (KGZ ^e)	SSES ^c Hygiene lab (KGZ ^e)	HIV ^f	TB ^g
Quality of samples is monitored	-/+	++	++	-	-/+	+	+	++	++
Coverage of dependent primary health care units	-/+	++	++	++	++	++	++	++	++
Transport system exists	-/+	++	+	+	+	+	+	++	++
Patients reported to transport samples/ go to lab from remote area	++	+	+	+	+	+	+	+	+
Trained laboratory personnel	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Trained drivers	-/+	-/+	+	-	-	+	-	-/+	++
Safe and secure transport packaging	-/+	-/+	-/+	-	-/+	+	+	++	++
Documents (SOPs ^h , sample referral form, etc...)	-/+	++	+	-	-/+	+	+	++	++
Result sent by LIS ⁱ / SMS	-	-/+	-	-	-	-	-	-	-
On-line tracking of samples	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pilot studies	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Sample referral guideline	-	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+
Preparedness to emergency	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Source of financing	State	Private	State	State	State	State	State	GF ^j	GF ^j
<p>++ in place and functional + existing/in place, but not used in regular standard practice +/- in place in reference laboratories only or in a few laboratories - not existing/not in place ^aCDL: Clinical diagnostic laboratories ^bPrivate: Private laboratory system ^cSSES labs: State Sanitary and Epidemiology Surveillance Laboratories ^dRCQED: Republic Center of Quarantine and Especially Dangerous Infection laboratories ^eHIV: Human Immunodeficiency Virus laboratories ^fKGZ: Evaluated only in Kyrgyzstan ^gTB: Tuberculosis laboratories ^hSOP: Standard operating procedure ⁱLIS: Laboratory Information System ^jGF: Global Fund against AIDS, tuberculosis and malaria</p>									

that it is possible to establish functional country-wide sample referral. Countries can benefit from the pilot studies that are being carried out by the HIV and TB laboratory systems and from private systems' experiences. Ideally, countries should try and integrate sample collections from all systems and centralize transport to improve cost effectiveness. This comes back to implementing better coordination within and between the laboratory systems within the Ministry of Health.

Developing a national guideline for sample referral of all regular samples was identified as a key improvement. The Better Labs for Better Health initiative therefore organized a joint workshop for Kyrgyzstan and Tajikistan in August 2017 to draft both action plans and guidelines. Nonetheless, numerous documents are still needed including SOPs and work instructions (including policies and procedures for specimen collection, packaging, sample transport, temperature control or cold chain maintenance in transit, specimen and shipment tracking, spill containment and clean-up) as suggested in the best practice for sample management (11). Forms such as referral forms and registers, tracking slips and chain of custody forms, transport logs, and data collection forms for monitoring and evaluation purposes also need to be available.

Plans of action were drafted by both countries to take into account training to reinforce the skills of laboratory staff and drivers, for further work on defining laboratory systems' activities (with tests/methods to be defined for each level of the system), and for implementing a pilot test with full transport logistics for all samples.

The Better Labs for Better Health initiative also plans to develop and implement programmes for the regular training of staff involved in the preparation, transportation and reception of laboratory samples, in order to understand and implement best practices. These programmes should be incorporated into the curriculum and into service training, and certification for sample transport should be introduced.

To prepare their systems for an emergency, countries should perform actual test exercises that involve all relevant staff, including those involved in sample referral.

CONCLUSION

For countries to be able to detect and respond to any potential emergency, they need to have a well-designed and well-managed comprehensive public health specimen referral process in place for any type of specimen at any level of the health system. Such

systems can be substantially strengthened through clarifying the roles, responsibilities and activities of the laboratory systems, elaborating national guidelines, preparing SOPs and providing training for sample referrals.

Since 2012, the WHO Regional Office for Europe has worked with its Member States through the Better Labs for Better Health initiative to establish intersectoral NLWGs, in order to develop national laboratory policies and strategies. The endorsed national strategic plans set the basis for focusing on identified critical components in an intersectoral manner across all laboratory systems, for example the organization of tiered national laboratory systems and sample referral.

National guidelines for the transport of all types of laboratory samples are being finalized and SOPs and training material for all staff involved in sample referral will be developed in the coming year. The two countries have recognized that strengthening laboratory sample referral also requires work to optimize laboratory systems.

Disease-specific programs and private laboratory systems have shown that, with funding, sample referral can be implemented and coordinated. Their inclusion in the further development of national sample referral mechanisms will be beneficial, because it will make their experience and expertise available.

NLWGs have been approved by the respective ministries of health and have a coordinating role. These entities should reinforce coordination of all laboratory activities, as called for by the Maputo declaration (6). The NLWGs should encourage the health ministries to discuss the possibilities of integration of the different laboratory systems.

Acknowledgements: We thank the members of the NLWGs of Kyrgyzstan and Tajikistan for their contribution to this analysis.

Sources of funding: European Commission Directorate General for International Cooperation and Development; United States of America Centers for Disease Control and Prevention; and Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.

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. International Health Regulations, 2005, 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246107/1/9789241580496-eng.pdf?ua=1>, accessed 16 November 2017).
2. Mackenzie JS, Drury P, Ellis A, et al. The WHO response to SARS and preparations for the future. In: Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats; Knobler S, Mahmoud A, Lemon S, et al., editors. Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92476/>, 16 November 2017).
3. The Role of Community Molecular Diagnostics Laboratories in the H1N1 Pandemic. The Journal of Molecular Diagnostics 2009 Sep; 11 (5): 369-370. Jan A Nowak and Karen L Kaul. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729833/>, 16 November 2017).
4. Emergencies preparedness, response. World Health Organization website. (<http://www.who.int/csr/en/>, 16 November 2017).
5. Laboratory testing for Zika virus infection Interim guidance. Geneva: World Health Organization; March 2016 (WHO/ZIKV/LAB/16.1: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204671/1/WHO_ZIKV_LAB_16.1_eng.pdf, 16 November 2017).
6. The Maputo Declaration on strengthening of laboratory systems. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2008 (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/Maputo-Declaration_2008.pdf, 16 November 2017).
7. Joint WHO–CDC conference on health laboratory quality systems. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/lyon/report20080409.pdf>, 16 November 2017).
8. The Better Labs for Better Health initiative to strengthen laboratory systems in the WHO European Region. Activity report, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/318260/Better-Labs-Better-Health-initiative-activity-report.pdf, 16 November 2017).
9. Better Labs for Better Health: intersectoral challenges and solutions for laboratory systems strengthening. Public Health Panorama, volume 1, issue 2; September 2015; pp.111-204. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/287156/Better-labs-for-better-health-intersectoral-challenges-and-solutions-Eng.pdf, 16 November 2017).
10. Guidance for establishing a National Health Laboratory System, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2014 (http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/afro-guidance-lab-systems-final_dec2014_0.pdf, accessed 07 February 2018).
11. Redrup, Michael J., Harue Igarashi, Jay Schaeffgen, Jenny Lin, Lisa Geisler, Mohamed Ben M'Barek, Subramanian Ramachandran, Thales Cardoso, and Vera Hillewaert. "Sample Management: Recommendation for Best Practices and Harmonization from the Global Bioanalysis Consortium Harmonization Team." The AAPS Journal 18, no. 2 (March 1, 2016): 290–93. (<https://doi.org/10.1208/s12248-016-9869-2>, accessed 07 February 2018). ■

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Повышение основного потенциала лабораторий в двух странах Центральной Азии: укрепление национальных механизмов перенаправления проб

Joanna Salvi Le Garrec Zwetyenga¹, Gulmira Kalmambetova², Gulbarchyn Saparova³, Kyial Ormokoeva⁴, Kaliya Kasymbekova⁵, Firuz Davlatov⁶, Tatiana Volkova⁷, Zainab Salibaeva⁸, Abdulakhad Safarov⁹, Caroline Sarah Brown¹

¹ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

² Референс-лаборатория Национального центра фтизиатрии, Бишкек, Кыргызстан

³ Национальный центр по борьбе с гриппом Департамента профилактики заболеваний и санитарно-эпидемиологического надзора, Бишкек, Кыргызстан

⁴ Лаборатория эндокринологического центра, Бишкек, Кыргызстан

⁵ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Кыргызстане, Бишкек

⁶ Национальная лаборатория общественного здравоохранения, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

⁷ Национальная референс-лаборатория, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

⁸ Национальный центр ветеринарной диагностики, Государственный ветеринарный надзор, Министерство сельского хозяйства, Душанбе, Таджикистан

⁹ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Республике Таджикистан, Душанбе

Автор, отвечающий за переписку: Joanna Salvi Le Garrec Zwetyenga (адрес электронной почты: jzwetyenga@who.int)

АННОТАЦИЯ

В рамках Международных медико-санитарных правил (ММСР) (2005 г.) перед странами ставится задача укрепления основного потенциала национальных лабораторий для обеспечения надзора и выявления появляющихся патогенов и вспышек. Для достижения этой цели необходимы функционирующие на различных ступенях многоуровневых лабораторных систем механизмы перенаправления проб между лабораториями.

Был сделан обзор существующих лабораторных систем в Кыргызстане и Таджикистане и проведена оценка процесса перенаправления лабораторных проб. В данной работе рассматриваются основные существующие пробелы, а также возможности для усовершенствования имеющихся механизмов перенаправления проб и, таким образом, определяются меры, нацеленные на укрепление лабораторных систем.

В странах функционируют по три трехуровневые лабораторные системы: государственный санитарно-эпидемиологический надзор, лаборатории по диагностике ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Клинико-диагностические лаборатории (КДЛ) имеют два уровня. В лабораториях по диагностике туберкулеза и ВИЧ-инфекции существуют стандартные алгоритмы проведения исследований и перенаправлений проб на анализы, в соответствии с уровнем, к которому принадлежит данная лаборатория. В частных

лабораториях также действуют устойчивые механизмы перенаправления проб. Однако в КДЛ показатели перенаправления проб находятся на самом низком уровне.

Для того, чтобы усовершенствовать механизмы перенаправления проб необходимо четко определить роли и обязанности, тесты/методы на различных уровнях лабораторной системы. Как только соответствующие процессы будут налажены, можно будет начать разработку и внедрение комплексных механизмов перенаправления проб.

В рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» завершается работа по созданию национальных руководящих указаний в отношении транспортировки всех типов лабораторных проб и планируется разработка стандартных операционных процедур и обучающих материалов для всех сотрудников. Страны смогут извлечь пользу из пилотных исследований, проведенных в рамках системы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и туберкулеза, а также из опыта частных систем диагностики. Везде, где это возможно, национальные лабораторные рабочие группы должны усилить координацию лабораторных мероприятий и содействовать интеграции процессов сбора и транспортировки проб во всех лабораторных системах.

Ключевые слова: ЛАБОРАТОРИЯ, ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗЦОВ, ЛАБОРАТОРНЫЕ СИСТЕМЫ, ЦЕНТРАЛЬНАЯ АЗИЯ, МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА (ММСР) (2005 г.)

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

В рамках Международных медико-санитарных правил (ММСП) (2005 г.) (1) перед странами ставится задача – укрепить основной потенциал национальных лабораторий для выявления, оценки, уведомления и сообщения о событиях, а также для реагирования на острые ситуации в сфере охраны здоровья, в том числе на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение. В любой стране лаборатории являются важным компонентом потенциала системы раннего предупреждения об угрозах, оказывая поддержку для выявления и надзора за появляющимися патогенами и вспышками. Эта первостепенная роль подчеркивалась в контексте выявления и осуществления мер контроля в отношении недавних эпидемий и пандемий, таких как тяжелый острый респираторный синдром (SARS) (2), пандемия гриппа H1N1 в 2009 г. (3), вирус Эбола (4) и вирус Зика (5).

Мапутская декларация, принятая в 2008 г., призывает к усилению лабораторных систем в целях создания единой интегрированной многоуровневой сети национальных лабораторий с закреплением за каждым уровнем определенных видов исследований (6). В том же году на совместной конференции Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Центров по контролю заболеваний (CDC) по системам обеспечения качества лабораторных исследований была вынесена рекомендация о создании – в рамках национального плана развития здравоохранения – национальной организации, которая могла бы обеспечить реагирование на потребности пациентов и всех пользователей подобных услуг. Особое внимание также было уделено важности организации систем управления качеством в лабораториях (7).

Лабораторная система – это группа лабораторий, объединенных лабораторными дисциплинами и организованных в виде многоуровневой структуры, действующей по принципу взаимосвязанности и взаимозависимости в соответствии с их уровнем. Одна из основных целей национальной лабораторной системы – получение более точных результатов исследований, что подразумевает пересылку проб из районных лабораторий в областные или национальные референс-лаборатории для подтверждающей и/или специализированной диагностики. Следовательно, ключевой показатель хорошо функционирующей лабораторной системы – это эффективность механизмов перенаправлений проб внутри системы и их транспортировки. Для того, чтобы оценить возможности страны в области выявления чрезвычайных ситуаций и принятия ответных мер, важно учитывать потенциал

лабораторий в отношении перенаправления проб для проведения корректного тестирования.

КОНТЕКСТ

В нескольких странах Европейского региона ВОЗ лабораторные службы характеризуются отсутствием механизмов координации, контроля и стандартов на национальном уровне. В результате этого услуги в этой области зачастую носят фрагментарный характер, функции дублируются, множество лабораторий функционируют без надлежащих мер обеспечения качества и безопасности, а сотрудники проходят подготовку по устаревшим программам обучения (8). В качестве реагирования на эту ситуацию в 2012 г. силами Европейского регионального бюро ВОЗ была начата инициатива «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье», призванная предоставить четырем странам поддержку в усилении национальных лабораторных систем. Первым шагом инициативы стало создание официально признанных национальных лабораторных рабочих групп (НЛРГ) в целях разработки в странах национальной политики и стратегических планов развития лабораторных служб (9).

Министерства здравоохранения Кыргызстана и Таджикистана утвердили национальную политику и/или стратегические планы в своих странах, что позволило инициативе «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» направить внимание на сквозные элементы проблемы лабораторного обслуживания, рассматриваемые в этих планах. Среди этих элементов – организация национальных лабораторных систем и механизмов перенаправления образцов (9).

Предметом данного исследования является анализ основных пробелов и существующих возможностей для улучшения механизмов перенаправления проб и, таким образом, определения мер реагирования, нацеленных на укрепление лабораторных систем, в целях более эффективного осуществления странами процессов выявления, оценки, уведомления и сообщения о событиях и принятия ответных мер в чрезвычайных ситуациях.

МЕТОДОЛОГИЯ

В Кыргызстане и Таджикистане был проведен качественный анализ существующих лабораторных систем находящихся в ведении соответствующих министерств здравоохранения, что позволило составить общее представление о каждой из систем. Анализ проводился в 2017 г.

посредством интервью с соответствующими специалистами министерств и НЛРГ при поддержке международного эксперта в области лабораторного обслуживания. По результатам анализа были составлены организационные схемы лабораторных систем Министерств здравоохранения, которые были представлены в докладах по обеим странам.

С апреля по август 2017 г. члены НЛРГ, при поддержке международного эксперта в области лабораторного дела, разработали контрольный список, на основе которого был проведен подробный анализ текущей ситуации в отношении перенаправления проб в многоуровневых лабораторных системах Таджикистана и Кыргызстана. Члены НЛРГ провели интервью с руководителями различных сетей лабораторий (лабораторий по диагностике ВИЧ-инфекции и туберкулеза; Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций (РЦКиООИ); лабораторий Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) на станциях ГСЭН; паразитологических лабораторий ГСЭН; вирусологических лабораторий; бактериологических и санитарно-гигиенических лабораторий; КДЛ и лабораторий частного сектора). РЦКиООИ и санитарно-гигиенические лаборатории ГСЭН оценивались только в Кыргызстане.

Были подготовлены доклады с описанием результатов оценки и выявленных пробелов, которые обсуждались в ходе семинара с представителями НЛРГ из Таджикистана и Кыргызстана. В ходе дискуссии рассматривалась необходимость разработки национальных руководящих принципов перенаправления и транспортировки проб, а также национальных планов действий в этой области.

Также в анализ была включена так называемая серая литература с результатами оценки национального лабораторного потенциала (например, доклады на международных конференциях, отчеты ВОЗ и других организаций, а также национальная политика и стратегические планы развития лабораторных служб).

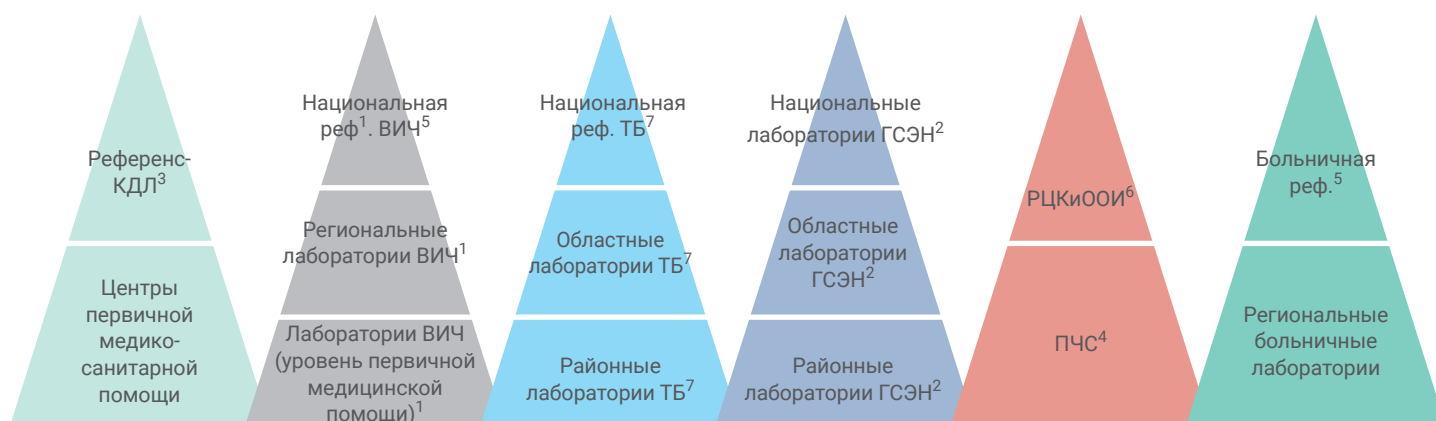
РЕЗУЛЬТАТЫ

ОБЗОР НАЦИОНАЛЬНЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ СИСТЕМ

Лабораторные системы в Кыргызстане и Таджикистане имеют сходную структуру, как это показано на рисунке 1.

В обеих странах существуют три трехуровневые лабораторные системы: лаборатории ГСЭН, лаборатории по диагностике ВИЧ-инфекции и лаборатории по диагностике

РИСУНОК 1. СХМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛАБОРАТОРНЫХ СИСТЕМ В КЫРГЫЗСТАНЕ И ТАДЖИКИСТАНЕ



¹ ВИЧ: Лаборатории по диагностике вируса иммунодефицита человека

² ГСЭН: Лаборатории Государственного санитарно-эпидемиологического надзора

³ КДЛ: Клинико-диагностическая лаборатория

⁴ ПЧС: Противочумная станция

⁵ Реф.: Референс-лаборатория

⁶ РЦКиООИ: Лаборатории Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций

⁷ ТБ: Лаборатории по диагностике туберкулеза

туберкулеза. На национальном уровне одна или несколько национальных лабораторий имеют статус референс-лабораторий. На областном уровне есть региональная лаборатория, а на районном имеются районные лаборатории, которые подчиняются областным лабораторным структурам.

Лабораторная система ГСЭН, охватывающая все лабораторные дисциплины, объединяет около 200 учреждений в Таджикистане и 300 – в Кыргызстане (республиканского, областного и районного уровней), участвуя в управлении системой здравоохранения и обеспечивая проведение исследований проб, взятых у людей и из окружающей среды. В лабораторной системе диагностики ВИЧ-инфекции насчитывается 40 лабораторий в Таджикистане и 50 в Кыргызстане. В обеих странах лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции также осуществляют диагностику гепатитов. Лабораторная система диагностики туберкулеза охватывает около 90 лабораторий в Таджикистане и 130 – в Кыргызстане.

В лабораторных системах ГСЭН и диагностики ВИЧ-инфекции пробы регулярно перенаправляются из районных в областные и национальные лаборатории для проведения специализированных и подтверждающих исследований. Областные лаборатории отсылают пробы в национальные референс-лаборатории в тех случаях, когда отсутствует возможность проведения тестирования на областном уровне, а также, что происходит реже, для подтверждающей диагностики. Для обеих систем лабораторий не существует каких-либо руководящих принципов или графиков перенаправлений; перенаправления осуществляются по решению лабораторий. В лабораторной системе диагностики туберкулеза существуют четкие алгоритмы проведения исследований и перенаправлений, в зависимости от уровня лабораторий.

Системы КДЛ (рис. 1) – это двухуровневые системы, функционирующие на основе лабораторий в больницах и в системе первичных медико-санитарных услуг. В основном в такую систему входят государственные лаборатории на областном и районном уровнях, расположенные в больницах, клиниках или центрах первичной медико-санитарной помощи. По сведениям, таких лабораторий 565 в Таджикистане и 300 в Кыргызстане. В их число также входят небольшие лаборатории при поликлиниках или центрах семейной медицины и крупные многофункциональные лаборатории при больших больницах в основных городах стран. Лаборатории, не имеющие бактериологических отделений на областном уровне или в крупных городах, отсылают свои пробы в областные бактериологические лаборатории центров

ГСЭН. Также существуют клинично-диагностические референс-лаборатории национального уровня, выполняющие специализированные или подтверждающие исследования.

Лабораторная система РЦКиООИ представляет собой двухуровневую систему с референс-лабораторией и противочумными станциями (ПЧС), в которой функционирует механизм перенаправления проб.

В обеих странах у частных лабораторий имеются центры забора биологического материала, охватывающее всю страну, в то время как исследования проводятся в центральной лаборатории в столице.

МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЯ ПРОБ

В таблице 1 представлены результаты заполнения контрольных списков руководителями КДЛ, лабораторий по диагностике ВИЧ-инфекции, диагностики туберкулеза, РЦКиООИ, паразитологических, вирусологических, бактериологических и санитарно-гигиенических лабораторий ГСЭН, а также частных лабораторий, согласившихся принять участие в опросе.

В целом в двух странах шесть из девяти лабораторных систем отслеживают качество проб при их получении, две системы проверяют пробы на соответствие критериям приемлемости и проверяют температуру в момент получения проб. В одной системе полностью отсутствуют критерии проверки проб. Между различными лабораториями функционирует сеть транспортировки, однако отмечалось, что несмотря на это, многие пациенты самостоятельно отвозят пробы в лаборатории. В системах КДЛ обеих стран механизмы транспортировки немногочисленны; в связи с этим пациентам приходится либо отсылать пробы самостоятельно, без соблюдения правил биобезопасности, либо самим привозить пробы в лабораторию.

Все лабораторные системы организуют обучение персонала, отвечающего за упаковку проб. Три лабораторные системы (лаборатории по диагностике туберкулеза, вирусологические лаборатории ГСЭН и РЦКиООИ в Кыргызстане) проводят обучение водителей, повышая их осведомленность о характере транспортируемых материалов и инструктируя о действиях в случае дорожно-транспортных происшествий. Три лабораторные системы (лаборатории по диагностике ВИЧ-инфекции, частные лаборатории и КДЛ) не охватывают обучением всех водителей своей сети, и три системы (бактериологические лаборатории ГСЭН, паразитологические лаборатории ГСЭН и кыргызские

ТАБЛИЦА 1. ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ МЕХАНИЗМОВ ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЯ ПРОБ В ТАДЖИКИСТАНЕ И КЫРГЫЗСТАНЕ

Компонент	Госуд. КДЛ ⁵	Частн. ¹⁰ КДЛ ⁵	Вирусологическая лаборатория ГСЭН ²	Паразитологическая лаборатория ГСЭН ²	Бактериологическая лаборатория ГСЭН ²	РЦКиООИ ⁷ (КГЗ) ⁴	Санитарно-гигиеническая лаборатория ГСЭН ² (КГЗ) ⁴	ВИЧ ¹	ТБ ⁹
Осуществляется мониторинг качества проб	-/+	++	++	-	-/+	+	+	++	++
Охват подчиненных центров первичной медико-санитарной помощи	-/+	++	++	++	++	++	++	++	++
Существует система транспортировки	-/+	++	+	+	+	+	+	++	++
Пациенты сообщают о самостоятельной перевозке проб / о необходимости приехать в лабораторию из удаленных районов	++	+	+	+	+	+	+	+	+
Подготовленный лабораторный персонал	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Подготовленные водители	-/+	-/+	+	-	-	+	-	-/+	++
Безопасная и надежная упаковка при перевозке	-/+	-/+	-/+	-	-/+	+	+	++	++
Документы (СОП ⁸ , форма перенаправления проб и др.)	-/+	++	+	-	-/+	+	+	++	++
Пересылка результатов посредством ЛИС/SMS ⁶	-	-/+	-	-	-	-	-	-	-
Отслеживание проб онлайн	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Пилотные исследования	-	-	-	-	-	-	-	+	+
Руководящие принципы по перенаправлению проб	-	-	-	-	-	-	-	-/+	-/+
Готовность к чрезвычайным ситуациям	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Источник финансирования	Госуд.	Частн.	Госуд.	Госуд.	Госуд.	Госуд.	Госуд.	ГФ ³	ГФ ³

++ в наличии и функционирует

+ существует / в наличии, но не используется в рамках регулярной стандартной практики

+/- в наличии только в референс-лабораториях или в нескольких лабораториях

- не существует / нет в наличии

1 ВИЧ: Лаборатории по диагностике вируса иммунодефицита человека

2 ГСЭН: Лаборатории Государственного санитарно-эпидемиологического надзора

3 ГФ: Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

4 КГЗ: Оценка проводилась только в Кыргызстане

5 КДЛ: Клинико-диагностические лаборатории

6 ЛИС: Лабораторная информационная система

7 РЦКиООИ: Лаборатории Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций

8 СОП: Стандартная операционная процедура

9 ТБ: Лаборатории по диагностике туберкулеза

10 Частн.: Частная лабораторная система

санитарно-гигиенические лаборатории ГСЭН) не предоставляют подобного обучения и не имеют какой-либо документации, которая позволила бы проводить подобное обучение. Необходимо отметить, что преаналитический этап работы с пробами окружающей среды не входит в функциональные обязанности санитарно-гигиенических лабораторий ГСЭН.

Безопасная и надежная транспортировка, предусматривающая использование тройной упаковки и системы отслеживания, обеспечивается в отношении перенаправлений проб для диагностики ВИЧ-инфекции и туберкулеза, особенно в пилотных регионах. Качество тройной упаковки хуже в случае образцов из РЦКиООИ и санитарно-гигиенической лаборатории ГСЭН, что связано с недостатком финансирования.

Во всех лабораторных системах отсутствуют компьютеризированное отслеживание проб на протяжении всего процесса перенаправления, и лишь в некоторых частных лабораторных системах результаты анализов направляются через электронные платформы – лабораторные информационные системы или SMS-оповещение. Во всех государственных лабораторных системах при отправлении новых проб в референс-лабораторию водителям выдаются бумажные акты. В целом, все лаборатории имеют систему бумажной регистрации перенаправляемых образцов. Паразитологические лаборатории ГСЭН не оснащены ни бумажными, ни электронными системами. Лишь в трех лабораторных системах (ВИЧ-инфекция, туберкулез и частные лаборатории) действуют стандартные операционные процедуры (СОП) в отношении упаковки и транспортировки проб.

В обеих странах разрабатываются и активно внедряются руководящие принципы перенаправления и транспортировки проб в лабораторных системах диагностики ВИЧ-инфекции и туберкулеза, в рамках которых также проводятся пилотные исследования. Ни в одной из стран не существует национальных директив в отношении транспортировки всех проб во всех лабораторных системах.

Для обеспечения чрезвычайного реагирования в лабораториях ГСЭН и РЦКиООО в Кыргызстане действуют планы перенаправления проб в референс-лаборатории в стране, однако каких-либо практических учений для отработки действий в случае чрезвычайной ситуации не проводилось ни в одной системе.

ОБСУЖДЕНИЕ

Инициатива «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» проводит работу с целью укрепления лабораторных систем, обращая особое внимание на процесс оптимизации механизмов перенаправления проб. Оценки существующих механизмов перенаправления проб в Кыргызстане и Таджикистане показали, что пациентам приходится либо самостоятельно искать способы транспортировки проб, либо самим отвозить их в лабораторию. Механизмы перенаправлений существуют, но имеют множество слабых сторон, поскольку не носят планового характера, не везде соблюдаются меры биобезопасности и не всегда отслеживается качество проб.

Для усовершенствования механизмов перенаправления проб необходимо улучшить организацию лабораторных систем. Требуется четкое распределение функций и обязанностей и анализов/методов на различных уровнях лабораторных систем, работающих в области общественного здравоохранения и клинической диагностики (10). Как только соответствующие процессы будут налажены, можно будет начать разработку комплексных механизмов перенаправления проб, охватывающих такие сферы, как транспортные компании, оборудование, логистика, сообщение результатов, обучение персонала, управление данными, мониторинг и оценка, бюджетные статьи с достаточным объемом финансирования, а также надлежащее управление.

В обеих странах процедуры перенаправления проб для диагностики ВИЧ-инфекции и туберкулеза отлажены лучше, поскольку их разработка поддерживалась из фондов глобального финансирования мер по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Частные лаборатории своим примером продемонстрировали возможность создания функциональной системы перенаправления проб, охватывающей всю страну. Страны могли бы извлечь пользу из пилотных исследований, проводимых лабораторными системами по диагностике ВИЧ-инфекции и туберкулеза, а также из опыта частных систем. В идеальной ситуации странам следует интегрировать сбор проб во всех системах и централизовать процессы транспортировки, что повысит экономическую эффективность этих систем. В этом контексте снова возникает вопрос об улучшении координации внутри и между лабораторными системами, подведомственными Министерству здравоохранения.

Разработка национальных руководящих принципов в области перенаправления на анализы проб всех стандартных образцов была определена как ключевая мера

усовершенствования ситуации. Для выполнения этой задачи в августе 2017 г. в рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» был организован совместный семинар для представителей из Кыргызстана и Таджикистана, на котором началась работа по созданию планов действий и руководящих принципов. Тем не менее, в настоящее время сохраняется потребность в разработке значительной части документации, в т. ч. СОП и инструкций по проведению работ (регламент и процедуры сбора образцов, упаковки, транспортировки проб, контроля температуры и обеспечения непрерывной холодильной цепи во время транспортировки, отслеживания образцов и движения груза, локализации и устранения последствий разлива), как это указано в рекомендациях в отношении эффективной практики работы с пробами (11). Также необходимо разработать формы и реестры перенаправлений, бланки отслеживания и формы учета ответственных за обеспечение сохранности проб, транспортные журналы и формы сбора данных для мониторинга и оценки.

Для стран были составлены планы действий, предусматривающие обучение персонала для развития навыков лабораторных сотрудников и водителей, дальнейшую работу по развитию лабораторных систем (определение анализов/методов для каждого уровня системы) и организацию пилотного тестирования с полной транспортной логистикой для всех проб.

В рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» также планируется разработка и внедрение программ регулярной подготовки сотрудников, участвующих в подготовке, транспортировке и приемке лабораторных проб, основанных на изучении и внедрении примеров эффективной практики в этой области. Эти программы должны стать частью учебных планов и служебной подготовки; также должна быть разработана система сертификации для транспортировки проб.

В целях подготовки к потенциальным чрезвычайным ситуациям странам необходимо провести практические учения с участием всех задействованных сотрудников, в том числе тех, кто участвует в процессах перенаправления проб.

ВЫВОДЫ

Выявление потенциальных чрезвычайных ситуаций и реагирование на них требует от стран наличия хорошо организованной и грамотно управляемой комплексной системы перенаправления образцов в рамках системы

здравоохранения, обеспечивающей надлежащую координацию образцов любого типа и на любом уровне системы здравоохранения. Эти системы могут быть существенно улучшены посредством таких мероприятий, как четкое определение функций, обязанностей и действий лабораторных систем, разработка национальных руководящих принципов, подготовка СОП и организация обучения по вопросам перенаправления проб.

С 2012 г. Европейское региональное бюро ВОЗ сотрудничает с государствами-членами в рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» в целях создания межсекторальных НЛРГ для разработки национальной политики и стратегий развития лабораторной структуры. Утвержденные национальные стратегические планы представляют собой основу для обеспечения скоординированного реагирования различных секторов на выявленные критические элементы по всем лабораторным системам – например, такие как разработка многоуровневых национальных лабораторных систем и механизмов перенаправления проб.

В настоящее время завершается разработка национальных руководящих принципов транспортировки для всех видов лабораторных проб, а СОП и учебные материалы для всех сотрудников, участвующих в процессах перенаправления проб, будут подготовлены в ближайший год. Обе страны признают, что укрепление механизмов перенаправления лабораторных проб также требует усилий по оптимизации лабораторных систем.

Опыт программ, нацеленных на борьбу с конкретными заболеваниями, и частных лабораторных систем продемонстрировал, что при наличии финансирования усилия по созданию и обеспечению координации механизма перенаправления проб могут быть весьма эффективными. Привлечение этих систем в дальнейшую работу по развитию национальных механизмов перенаправления проб может принести большую пользу, поскольку позволит воспользоваться существующим опытом и экспертными знаниями.

Деятельность НЛРГ была утверждена соответствующими министерствами здравоохранения; они выполняют координирующую роль в данном процессе. Эти группы должны принять меры по укреплению координации всех мероприятий в лабораторных структурах, как это предусматривается в Мапутской декларации (6). НЛРГ должны инициировать диалог на уровне министерств здравоохранения о возможностях интеграции различных лабораторных систем.

Выражение признательности: авторы благодарят членов НЛРГ Кыргызстана и Таджикистана за их вклад в подготовку данного анализа.

Источники финансирования: Генеральный директорат Европейской комиссии по вопросам международного сотрудничества и развития; Центры профилактики и борьбы с заболеваниями Соединенных Штатов Америки; Немецкое общество по международному сотрудничеству

Конфликт интересов: не заявлен.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Международные медико-санитарные правила, 2005 г., 2-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/ru/>, по состоянию на 16 ноября 2017 г.).
2. Mackenzie JS, Drury P, Ellis A, et al. The WHO response to SARS and preparations for the future. In: Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats; Knobler S, Mahmoud A, Lemon S, et al., editors. Learning from SARS: Preparing for the Next Disease Outbreak: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92476/>, accessed 16 November 2017).
3. The Role of Community Molecular Diagnostics Laboratories in the H1N1 Pandemic. The Journal of Molecular Diagnostics 2009 Sep; 11 (5): 369-370. Jan A Nowak and Karen L Kaul. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2729833/>, accessed 16 November 2017).
4. Готовность и реагирование на чрезвычайные ситуации [веб-сайт]. Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/csr/ru/>, по состоянию на 16 ноября 2017 г.).
5. Тестирование на вирусную инфекцию Зика в лабораторных условиях. Временное руководство. Всемирная организация здравоохранения, март 2016 г. WHO/ZIKV/LAB/16.1 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204671/5/WHO_ZIKV_LAB_16.1_rus.pdf, по состоянию на 16 ноября 2017 г.).
6. The Maputo Declaration on strengthening of laboratory systems. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2008 (http://www.who.int/diagnostics_laboratory/Maputo-Declaration_2008.pdf, accessed 16 November 2017).
7. Joint WHO–CDC conference on health laboratory quality systems. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/lyon/report20080409.pdf>, accessed 16 November 2017).
8. Инициатива «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье», направленная на укрепление лабораторных систем в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/319130/Better-Labs-Better-Health-initiative-activity-report-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 16 ноября 2017 г.).
9. «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье»: межсекторальные задачи и их решения с целью укрепления лабораторных систем. Панорама общественного здравоохранения, том 1, выпуск 2; сентябрь 2015 г.; стр. 111–204. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/287157/Better-labs-for-better-health-intersectoral-challenges-and-solutions-Rus.pdf, по состоянию на 16 ноября 2017 г.).
10. Guidance for establishing a National Health Laboratory System, Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2014 (http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/afro-guidance-lab-systems-final_dec2014_0.pdf, accessed 7 February 2018).
11. Redrup, Michael J., Harue Igarashi, Jay Schaeffgen, Jenny Lin, Lisa Geisler, Mohamed Ben M'Barek, Subramanian Ramachandran, Thales Cardoso, and Vera Hillewaert. "Sample Management: Recommendation for Best Practices and Harmonization from the Global Bioanalysis Consortium Harmonization Team." The AAPS Journal 18, no. 2 (March 1, 2016): 290–93. (<https://doi.org/10.1208/s12248-016-9869-2>, accessed 7 February 2018). ■

CASE STUDY

From capacity mapping to development of a national response plan: increasing emergency risk communication capacity in Romania

Cristiana Salvi¹, Melinda Frost¹, Valentin Popescu², Cassandra Butu³, Miljana Grbic³, Cristian-Vasile Grasu⁴, Raed Arafat², Dorit Nitzan¹

¹ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

² Ministry of Internal Affairs, Bucharest, Romania

³ WHO Country Office, Bucharest, Romania

⁴ Ministry of Health, Bucharest, Romania

Corresponding author: Cristiana Salvi (email: salvic@who.int)

ABSTRACT

Background: Romania is systematically working to improve its emergency response capabilities.

Methods: One area identified as a key response measure for improvement is emergency risk communication. In November 2017, Romania initiated the five-step package on capacity-building for emergency risk communication, with guidance from the World Health Organization Regional Office for Europe in conjunction with the WHO Country Office for Romania.

Research: Multisectoral response partners from Romania's health and emergency agencies at the national and subnational levels conducted a capacity

mapping exercise for emergency risk communication and wrote a response plan using draft templates from the Regional Office. This activity highlighted the strengths and challenges of national emergency risk communication and provided lessons learned for national and subnational capacity-building for emergency risk communication.

Conclusion: Outcomes can be adapted for use by other countries and aid agencies with similar goals.

Keywords: RISK COMMUNICATION, EMERGENCIES, CAPACITY-BUILDING

INTRODUCTION

In July 2017, the Health Emergency Programme of the World Health Organization Regional Office for Europe undertook a mission to review the Romanian emergency public health response system, in collaboration with the Ministry of Health (MoH) and the Ministry of Internal Affairs (MoIA). The mission focused on collaboration between the Regional Office and the ministries to support emergency preparedness, readiness and response. A specific objective was to improve emergency risk communication (ERC) principles and practice in Romania.

The leading authority for emergency management in Romania is the MoIA through its Department for Emergency Situations (DSU) and Inspectorate for Emergency Situations. A number of ministries support the management of specific emergency situations according to their ministerial mandates: the MoH; the Ministry of Regional Development and Public Administration;

the Ministry of the Environment and Climate Change; the Ministry of Agriculture and Rural Development; and the Ministry of Economy. National legislation defines the ministries responsible for specified emergencies.

The initial mission recommended that the Regional Office, with support from the World Health Organization Country Office for Romania, the MoH and the MoIA DSU, should organize a workshop to map ERC capacities and develop a draft response plan tailored to Romania's circumstances and needs. These activities form part of the Regional Office's five-step ERC draft capacity-building package that was introduced in the World Health Organization European Region in 2017. Romania became one of 13 countries plus Kosovo¹ within the Region to initiate and test the five-step package on ERC capacity-building between

¹ In accordance with Security Council resolution 1244 (1999)

March 2017 and February 2018. The five steps are: (i) training; (ii) capacity mapping; (iii) plan development; (iv) plan testing; and (v) plan adoption. The package incorporates the recognized need for capacity-building programmes to address structures and systems, staff and infrastructure, individual skills, and tools (1); multisectoral and national and subnational coordination (2); and country-driven processes to be measured according to results on the ground (3). Countries participate in the steps according to the existing ERC capacity. Upon completion of the pilot phase of the package, which includes refining its tools and templates, final versions of all documents and guidance will be available on the Regional Office website.

The Romanian ERC workshop on capacity mapping and plan development took place between 30 October and 2 November 2017. Communication, public health and emergency response professionals from institutions responsible for managing all-hazard emergencies, including health, gathered to identify Romania's strengths and challenges, and to address the latter. Participants represented the national and prefecture levels of the health (including hospitals), agriculture, emergency response and environment sectors and of civil society. Participants used the Regional Office's draft ERC capacity mapping tool to assess national ERC capacities across stakeholders and used the Regional Office's draft national health ERC plan template (4) to construct a multisectoral, all-hazards ERC plan tailored to the specific context and needs of Romania. Specific objectives were to:

- map ERC capacities and critical gaps across all response sectors and levels using the Regional Office's ERC capacity mapping tool;
- strengthen ERC collaboration between the MoH and MoIA;
- develop an ERC plan relevant for Romania which utilizes and strengthens identified capacities and channels;
- propose solutions to address gaps using the Regional Office's national health ERC plan template; and
- secure political commitment to develop, adopt and implement an ERC plan tailored to Romania's needs.

BACKGROUND

The ERC workshop proved a timely and poignant reminder of the need for an appropriate ERC response. The workshop dates coincided with the two-year anniversary of the tragic Colectiv nightclub fire, in which 64 people lost their lives and perceived shortcomings in the response led to reduced trust in Romania's political leaders (5). Workshop participants recalled the crucial

role of ERC in the response effort. During any emergency, the public needs to receive accurate information about what is happening (even if there is uncertainty) (6), what responders are doing to address the situation and what people can do to protect themselves. Conversely, although the media will cover developments in the emergency, their stories may lean towards assigning blame, resulting in sensational reporting (7). Thus, the correct balance must be found.

The MoIA DSU highlighted that ERC is an important part of its portfolio. In responding to emergencies and crises, the DSU will have to provide transparent, accurate and timely communication to position itself as the authoritative source of information and provide citizens with trustworthy recommendations. Today's news travels very fast on media and social media, and the advent of citizen reporters means that anyone can now report the news (9). Therefore, lack of transparency and timeliness can damage public trust in the emergency response system because unofficial sources can fill the news gap with potentially inaccurate information or baseless rumours (8). Response personnel then have to expend great effort in correcting rumours and re-establishing trust that will, in turn, lead to a higher uptake of guidance (10). This was recognized as a weakness within the Romanian public health emergency response system. Thus, strengthening actions among the various response sectors and between central and local levels to ensure consistent messaging through effective channels became a focus of the workshop.

METHODS

The World Health Organization Regional Office for Europe's risk communication experts, supported by the World Health Organization Country Office for Romania, worked with Romanian multisectoral and multilevel response personnel during the workshop on ERC capacity mapping and plan development in Bucharest. ERC capacity mapping was conducted on 30–31 October, and the resulting information was used for plan development on 1–2 November.

The workshop was attended by 45 participants comprising communication and technical experts working at national and prefecture levels in different sectors (including health, and hospitals, agriculture, emergency response, environment) and within civil society.

The Regional Office's capacity mapping tool was used to guide discussion and identify strengths and challenges. The tool is developed around four ERC capacities that need to be in place and implemented before, during and after an emergency: (i)

transparency and early announcement of a real or potential risk; (ii) coordinating public communication; (iii) listening through two-way communication; and (iv) selecting effective channels and trusted key influencers. The tool is synchronized with the International Health Regulations (IHR) (2005) Joint External Evaluation (JEE) (11) risk communication national assessment, but evaluates more capacities in greater detail using a scaled approach. It was developed to determine the four ERC capacities of national partners along the emergency response timeline on a five-point scale (from 1 “not prepared” to 5 “prepared and operational”). This approach enables countries and organizations to determine not only which capacities may need to be strengthened but also which phase of a public health emergency may be most challenging and how much capacity a system has to address it. The tool was devised by considering more detailed communication response requirements and potential contributions from multisectoral actors.

Part one of the capacity mapping exercise included the following open-ended questions to all participants.

- Describe mechanisms within the communication response system to ensure transparency and early announcement. Please provide examples.
- Describe ways in which communication to the public is coordinated and meets the information needs of affected populations. Please provide examples.
- Describe how your agency engages with different populations prior to and during an emergency. Please provide examples.
- Describe the communication channels and key influencers that your agency uses to communicate with different populations and their effectiveness. Please provide examples.

In part two of the capacity mapping exercise, participants were assigned to separate focus groups according to affiliation (the MoH, the MoIA, other response ministries, civil society and United Nations partners) and then asked more detailed questions. Combining the open plenary session with the focus group design facilitated the sharing of resources and lessons learned through open interactions, with more specific discussions in smaller groups.

The findings of the capacity mapping exercise contributed to the development of the ERC plan. Participants used the Regional Office’s national health ERC plan template, which also incorporates the four ERC capacities throughout the emergency life-cycle from prevention to recovery and evaluation. In this

exercise, participants were randomized into several working groups and each group discussed one of the capacities at each phase of the emergency. This approach promoted cross-sectoral discussion about individual skills and organizational resources. At the end of each session, the groups shared their recommendations for improving ERC capacity within each emergency phase, and all participants were allowed to edit, add or subtract elements of the ERC plan. The outcome of the plan development workshop was a draft master plan for Romania, which can be further tailored to the country’s situation and needs.

RESULTS

The ERC workshop identified a number of ERC strengths and challenges.

The following strengths were identified.

- ERC systems have been established and improved based on lessons learned (e.g. risk perception gathering mechanisms, channels, influencers, trainings, drills).
- ERC resources (e.g. spokespeople, trained staff at national to subnational level, survey instruments) are in place for non-public health emergencies.
- The MoH public health department has initiated threat-specific messages and protocol sharing via its website.
- The MoH has communication and medical assistance departments.
- There is existing health promotion capacity (National Health Institute and Red Cross).
- Civil society is coordinated, active and involved in emergency preparedness and response (e.g. Romanian Red Cross, Mobile Service for Emergencies, Rescue and Extrication).
- A social worker network is available to assist in community engagement and audience research, as needed in ERC – this can serve as a model for other countries.
- United Nations organizations with communication capacity are present in the country.

The following challenges were identified.

- Although personnel and communication functions are in place for non-public health emergencies, specially trained personnel and dedicated financial resources for ERC are needed, particularly for public health emergencies – this requires updating the existing legislation.
- Coordination between response agencies for health and other emergencies must be improved.
- There is no mechanism to ensure that strategies and guidance reach local levels and health care settings to ensure that consistent messages are given.
- Health spokespersons and communication staff at the local level and in health care settings should be officially appointed and trained in ERC.

WORKSHOP EVALUATION RESULTS

All participants felt that the capacity mapping was an effective way to determine ERC capacity within the health sector, and 94% felt it was an effective way to map non-health ERC capacity. Participants stated that the most useful elements of the capacity mapping were the opportunities to learn about the systems and experiences of multisectoral partners and to determine the surge capacity of these partners during health emergencies.

Participants reported that the workshop on ERC plan development and the national health ERC plan template were effective in developing an all-hazard, multisector ERC plan.

Participants provided the following feedback.

“I think that drafting a communications plan is a must. I’m glad to see that it happened here at this workshop.”

“I would describe this workshop in one word – Unity!”

“Our emergency response can be incredible, but if we don’t communicate well with our public, it will all be in vain. Everything that our emergency responders have done will have been for nothing if we don’t include communication as part of our response efforts.”

LESSONS LEARNED

The primary lesson learned from this workshop was the need for new facilitation methods. Capacity mapping exercises were more effective when conducted by groups of participants from individual agencies rather than a single multisectoral

group: an early attempt at capacity mapping in a large plenary session provided less useful information. Participating agencies reassessed their capacities in response to detailed questions because they realized their protocols had not been practiced sufficiently, had not been applied in a genuine health emergency or were not fully developed. Sessions with individual government response agencies and small groups of United Nations and nongovernmental partners gave a more accurate picture of the ERC capacity of Romania.

Likewise, attempts at writing ERC plans were less fruitful in large plenary sessions. Facilitators again revised their approach and established small multisectoral working groups to separately address each of the four key capacity areas in each emergency phase. The evaluation showed that participants considered the capacity mapping and plan writing activities valuable and that smaller multisectoral working groups improved the sharing of information and ideas.

DISCUSSION

Participants agreed with the World Health Organization Regional Office for Europe’s recommendation to establish an Emergency Joint Communication Committee (EJCC) to ensure the effective coordination of ERC. The EJCC should comprise communication specialists from different sectors and levels, and relevant partners. EJCC members should meet regularly during peace time and the Committee should function for 24 hours per day, seven days per week during emergencies. Standard operating procedures should be defined to clearly identify communication roles and responsibilities, including designation of a lead agency for the response based on the type of hazard. As every crisis starts at the local level, local authorities must be involved in the communication process and trained in ERC principles and practice. Within the health sector, communication coordination and guidance from the MoH to local public health departments and hospitals/health care workers should be strengthened by:

- assigning a focal point within the MoH to communicate to local and hospital levels;
- providing health care workers with guidance on protecting themselves and public health advice to be given to affected or at-risk populations; and
- appointing, recognizing, remunerating, training and guiding local and hospital spokespersons.

Both ministries acknowledge the role of the World Health Organization in supporting Romania to establish an effective EJCC. They also recommend regular training for spokespersons and communications specialists, including simulation exercises on the emergency response to test communication coordination and other capacities. This can be effectively done using existing MoIA communication tools and mechanisms.

CONCLUSION

Based on the capacity mapping, there were a number of recommendations.

- Existing laws could be updated (including all hazards under the IHR (2005) and other emergencies) to assist with coordination between agencies.
- Although a crisis communication structure is in place, the health sector needs to be more active and visible in crisis communication to the public.
- Response partners should recognize the need for a stronger health-focused crisis communication response.
- Health promotion personnel should be trained in ERC so that they can be redeployed as needed.
- Civil society (i.e. Red Cross, social workers) should support community engagement.
- United Nations organizations could provide communication surge capacity.

World Health Organization regional and country offices offered their full support to the MoH and MoIA to strengthen Romania's ERC response in health emergencies. The Government of Romania will further coordinate the ERC process with the support of the World Health Organization. The next steps agreed by participants at the conclusion of the workshop were as follows.

- Relevant laws should be updated and the EJCC established as soon as possible, before the Romanian ERC plan is adopted.
- The draft plan should be shared with relevant partners for comments before finalization.
- A future mission of the Regional Office should test the plan.

- After testing, the plan should be updated and included in the national emergency response system.
- Romania should apply for a joint external evaluation within the IHR (2005) framework to assess its ERC status and progress, along with other public health emergency response measures.
- The ERC capacity-building activities undertaken by the World Health Organization Regional Office for Europe's team in Romania should be made available for adaptation by other countries or aid agencies.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: Romania was part of the first phase of implementation of the five-step ERC draft capacity-building package that was piloted in other 12 countries plus Kosovo² between March 2017 and February 2018, thanks to the generous contribution of the Federal Ministry of Health of Germany (BNG).

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. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy Plan*. 2004;19(5):336–45.
2. Gamboa-Maldonado T, Marshak HH, Sinclair R, Montgomery S, Dyjack DT. Building capacity for community disaster preparedness: a call for collaboration between public environmental health and emergency preparedness and response programs. *J Environ Health*. 2012;75(2):24–9.
3. Schacter M. "Capacity building": a new way of doing business for development assistance organizations. Ottawa (ON): Institute on Governance; 2000 (<https://www.files.ethz.ch/isn/103082/policybrief6.pdf>, accessed 5 February 2018).
4. National health emergency risk communication plan, template. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
5. Dudau A. How could a fire in a nightclub bring down the Romanian government? *The Conversation*. 6 November 2015 (<http://theconversation.com/how-could-a-fire-in-a-nightclub->

² In accordance with Security Council resolution 1244 (1999).

- bring-down-the-romanian-government-50260, accessed 28 October 2017).
6. Fischhoff B. Communicating uncertainty: fulfilling the duty to inform. *Issues Sci Technol.* 2012;28(4) (<http://issues.org/28-4/fischhoff/>, accessed 5 February 2018).
 7. Ewart J, McLean H. Ducking for cover in the “blame game”: news framing of the findings of two reports into the 2010–11 Queensland floods. *Disasters.* 2015;39(1):166–84.
 8. World Health Organization outbreak communication planning guide. Geneva: World Health Organization; 2008.
 9. Bulkley K. The rise of citizen journalism. *The Guardian.* 11 June 2012 (<https://www.theguardian.com/media/2012/jun/11/rise-of-citizen-journalism>, accessed 5 February 2018).
 10. Shigemura J, Harada N, Tanichi M, Nagamine M, Shimizu K, Katsuda Y et al. Rumor-related and exclusive behavior coverage in Internet news reports following the 2009 H1N1 influenza outbreak in Japan. *Disaster Med Public Health Prep.* 2015;9(04):459–63.
 11. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016-18/en/>, accessed 5 February 2018). ■

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

От картирования потенциала до разработки национального плана реагирования: укрепление потенциала в области коммуникации рисков в Румынии

Cristiana Salvi¹, Melinda Frost¹, Valentin Popescu², Cassandra Butu³, Miljana Grbic³, Cristian-Vasile Grasu⁴, Raed Arafat², Dorit Nitzan¹

¹ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

² Министерство внутренних дел, Бухарест, Румыния

³ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Бухарест, Румыния

⁴ Министерство здравоохранения, Бухарест, Румыния

Автор, отвечающий за переписку: Cristiana Salvi (адрес электронной почты: salvic@who.int)

АННОТАЦИЯ

Исходные сведения: Румыния проводит систематическую работу по укреплению потенциала в области реагирования на чрезвычайные ситуации.

Методы: Коммуникация рисков при чрезвычайных ситуациях – одно из направлений, признанных ключевым в системе обеспечения мер экстренного реагирования. В ноябре 2017 г. Румыния инициировала осуществление пятиэтапного комплекса мер по укреплению потенциала в области коммуникации рисков – при руководящей поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ совместно со страновым офисом Всемирной организации здравоохранения в Румынии.

Исследование: Партнеры, представляющие множество секторов и органов здравоохранения, обеспечивающих реагирование на чрезвычайные

ситуации на национальном и субнациональном уровнях, провели картирование коммуникации рисков при чрезвычайных ситуациях и – на основе шаблонов Регионального бюро – составили план реагирования. Эта работа позволила выявить сильные стороны и насущные проблемы в области национальной коммуникации рисков и извлечь полезные уроки для укрепления потенциала в области коммуникации рисков на национальном и субнациональном уровнях.

Выводы: Результаты могут быть адаптированы для использования другими странами и учреждениями по оказанию помощи, имеющими схожие задачи.

Ключевые слова: КОММУНИКАЦИЯ РИСКОВ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ, УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА

ВВЕДЕНИЕ

В июле 2017 г. в рамках Программы Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения была проведена миссия в Румынию с целью оценки системы реагирования на чрезвычайные ситуации в здравоохранении – в сотрудничестве с Министерством здравоохранения (МЗ) и Министерством внутренних дел (МВД). Основное внимание миссии уделялось вопросам сотрудничества между Региональным бюро и министерствами в области подготовки, готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации. Одна из специальных задач заключалась

в улучшении принципов и практики коммуникации рисков при чрезвычайных ситуациях (КРЧС) в Румынии.

Ведущим органом по управлению чрезвычайными ситуациями в Румынии является МВД и его Департамент по чрезвычайным ситуациям (ДЧС) и Генеральный инспекторат по чрезвычайным ситуациям. В соответствии со своими министерскими полномочиями, поддержку действий в определенных чрезвычайных ситуациях также оказывают различные министерства: МЗ, Министерство регионального развития и государственной администрации; Министерство охраны окружающей среды и изменения климата; Министерство сельского хозяйства и городского

развития и Министерство экономики. В национальном законодательстве определены функции министерств в области реагирования на конкретные чрезвычайные ситуации.

Рекомендация этой начальной миссии заключалась в том, что Региональное бюро, при поддержке странового офиса Всемирной организации здравоохранения в Румынии, МЗ и ДЧС МВД, должно организовать семинар для картирования потенциала в области КРЧС и разработки проекта плана реагирования, адаптированного к потребностям и контексту Румынии. Эти мероприятия являются частью пилотного пятиэтапного комплекса мер по КРЧС, представленного Региональным бюро в 2017 г. для использования в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения. Румыния стала одной из 13 стран Региона плюс Косово¹, где в период с марта 2017 г. по февраль 2018 г. был внедрен и апробирован пятиэтапный комплекс мер по развитию потенциала в области КРЧС. В число этих пяти этапов входят: (i) обучение; (ii) картирование потенциала; (iii) разработка плана; (iv) тестирование плана и (v) утверждение плана. В комплексе мер отмечается необходимость решения задач, связанных со структурами и системами, персоналом и его функциями, индивидуальными навыками и инструментами, в рамках программ по укреплению потенциала (1); межведомственной, национальной и субнациональной координации (2); и оценки процессов, инициированных внутри стран, в соответствии с «результатами, полученными на местах» (3). Страны принимают участие в выполнении этапов в соответствии с имеющимися у них возможностями в области КРЧС. По завершении пилотной стадии внедрения комплекса мер, включающей доработку инструментов и шаблонов, заключительные версии всех документов и руководящих указаний будут опубликованы на веб-сайте Регионального бюро.

Семинар по картированию потенциала в области КРЧС и разработке плана проводился в Румынии с 30 октября по 2 ноября 2017 г. Специалисты в области коммуникации, общественного здравоохранения и экстренного реагирования, представляющие учреждения, отвечающие за принятие мер в ответ на любые виды угроз, включая чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, собрались для обсуждения сильных сторон, насущных проблем и путей их решения в Румынии. Участники представляли органы национального и префектурного уровней секторов здравоохранения (в т. ч. больничный сектор), сельского хозяйства, экстренного реагирования, окружающей среды

и гражданского общества. На основе проекта инструмента картирования потенциала в области КРЧС для оценки национальных возможностей различных заинтересованных сторон, а также разработанного Региональным бюро проекта шаблона национального плана по КРЧС в сфере здравоохранения (4) участники составили многоотраслевой план КРЧС с включением любых угроз, адаптированный к конкретной ситуации и потребностям в Румынии. Работа была нацелена на выполнение следующих конкретных задач:

- с помощью инструмента Регионального бюро провести картирование потенциала в области КРЧС и критических пробелов во всех секторах и на различных уровнях экстренного реагирования;
- укрепить сотрудничество в области КРЧС между МЗ и МВД;
- разработать актуальный для Румынии план по КРЧС, предназначенный для использования и укрепления выявленного потенциала и средств коммуникации;
- предложить варианты решения проблем на основе шаблона национального плана по КРЧС в сфере здравоохранения;
- обеспечить политическую приверженность вопросам разработки, утверждения и внедрения плана по КРЧС, адаптированного к ситуации в Румынии.

ИСХОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Семинар по КРЧС стал своевременным и актуальным напоминанием о том, что Румынии необходимо направить усилия на развитие системы КРЧС. По датам семинар совпал с двухлетней годовщиной трагического события – пожара в ночном клубе Colectiv, в котором погибли 64 человека и в результате которого, из-за предполагаемых недостатков системы экстренного реагирования, снизился уровень доверия к румынским политическим лидерам (5). Участники семинара подчеркнули решающую роль процедур КРЧС в организации ответных мер. В любой чрезвычайной ситуации население должно получать достоверную информацию о происходящем (даже в случае неопределенности) (6) и о том, что предпринимают службы экстренного реагирования, а также о необходимых мерах самозащиты для населения. С другой стороны, средства массовой информации хотя и освещают события в чрезвычайных ситуациях, в их сообщениях нередко содержатся попытки найти виноватых, что придает им излишнюю сенсационность (7).

¹ В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999 г.).

Таким образом, в этой сфере необходимо найти правильный баланс.

Представители ДЧС МВД подчеркнули, что КРЧС является важной частью их сферы полномочий. Проводя меры реагирования во время чрезвычайной ситуации или кризиса, ДЧС должен осуществлять прозрачную, достоверную и своевременную коммуникацию, чтобы позиционировать себя в качестве авторитетного источника информации и предоставлять населению заслуживающие доверия рекомендации. Благодаря средствам массовой информации и социальным сетям, новости в наше время распространяются чрезвычайно быстро, а развитие «гражданской журналистики» приводит к тому, что освещать события может практически каждый (9). Поэтому отсутствие прозрачности или своевременной реакции может подорвать доверие общества к государственной системе экстренного реагирования, поскольку неофициальные источники информации могут восполнить возникший новостной вакуум потенциально недостоверной информацией или необоснованными слухами (8). В таких ситуациях от персонала экстренных служб потребуются огромные усилия для опровержения слухов и восстановления доверия, что, в свою очередь, приведет к более широкому соблюдению их рекомендаций (10). Это было признано слабой стороной румынской системы реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения. Таким образом, основной темой семинара стал вопрос повышения эффективности действий различных секторов, обеспечивающих реагирование, а также укрепления сотрудничества между учреждениями центрального и местного уровней с целью обеспечения последовательного информирования населения с использованием эффективных каналов коммуникации.

МЕТОДЫ

В ходе семинара по картированию потенциала и разработке плана по КРЧС, состоявшегося в Бухаресте, эксперты в области коммуникации рисков Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения, при поддержке странового офиса Всемирной организации здравоохранения в Румынии, провели совместную работу с сотрудниками служб экстренного реагирования, представляющих множество секторов и уровней. Картирование потенциала проводилось 30–31 октября, а разработка плана на основе полученных результатов – 1–2 ноября.

В семинаре приняли участие 45 специалистов, включая экспертов по коммуникации и техническим вопросам,

работающих в различных секторах на национальном и префектурном уровнях (здравоохранение и больничный сектор, сельское хозяйство, экстренное реагирование, окружающая среда), а также представляющих организации гражданского общества.

На основе инструмента Регионального бюро по картированию потенциала была организована дискуссия с целью определения сильных сторон и насущных проблем в стране. Инструмент разработан с учетом четырех основных возможностей КРЧС, которые должны быть в наличии и должны использоваться до, во время и после чрезвычайной ситуации: (i) прозрачность и раннее оповещение о реальном или потенциальном риске; (ii) координация взаимодействия с населением; (iii) выслушивание в рамках двусторонней коммуникации и (iv) выбор эффективных каналов и ключевых авторитетных лиц, пользующихся общественным доверием.

Инструмент согласуется с принципами национальной оценки коммуникации рисков, проводимой в рамках Совместной внешней оценки осуществления Международных медико-санитарных правил (ММСП) (11), однако в нем более подробно, на основе специальной шкалы, измеряется большее число основных возможностей. Он был разработан для определения четырех основных возможностей национальных партнеров в области КРЧС в соответствии с временными рамками экстренного реагирования по пятибалльной шкале (где 1 означает «не готовы», а 5 – «готовы и функционируют»). Этот подход позволяет странам и организациям определить, какие основные возможности необходимо усилить, а также на каких этапах чрезвычайной ситуации в сфере здравоохранения могут возникнуть наибольшие трудности и каким потенциалом обладает система для реализации ответных мер в этом направлении. Инструмент разрабатывался с учетом требований в отношении более детальных мер экстренной коммуникации с потенциальным участием представителей различных секторов.

В рамках первого этапа картирования потенциала участникам задавали следующие открытые вопросы.

- Опишите механизмы системы экстренной коммуникации, призванные обеспечить прозрачность и раннее оповещение. Просьба привести примеры.
- Опишите методы, с помощью которых координируется коммуникация с населением и удовлетворяются потребности затронутых групп в необходимой информации. Просьба привести примеры.

- Опишите, как ваше ведомство взаимодействует с различными группами населением до и во время чрезвычайной ситуации. Просьба привести примеры.
- Опишите, какие каналы коммуникации и каких ключевых авторитетных лиц использует ваше ведомство при коммуникации с различными группами населения, а также эффективность использования этих каналов и лиц. Просьба привести примеры.

В рамках второго этапа картирования потенциала, участников распределили на разные фокус-группы в соответствии с представляемым ими ведомством (МЗ, МВД, другие министерства с функцией экстренного реагирования, гражданское общество и партнерские учреждения Организации Объединенных Наций). Сочетание открытого пленарного заседания с форматом фокус-группы позволило участникам обменяться ресурсами и полученным опытом в ходе открытого общения, после чего в формате малых групп были проведены дискуссии по более узким вопросам.

На основе результатов картирования потенциала был разработан план по КРЧС. Участники использовали шаблон национального плана по КРЧС в сфере здравоохранения, разработанный Региональным бюро, в который также включены четыре основные возможности КРЧС на протяжении всего жизненного цикла чрезвычайной ситуации – от предотвращения до восстановления и оценки. В рамках этого упражнения участники были в случайном порядке разделены на несколько рабочих групп, и каждая группа обсудила одну из основных возможностей в контексте каждой стадии чрезвычайной ситуации. Этот подход дал импульс для проведения межсекторальной дискуссии по вопросам развития индивидуальных навыков и организационных ресурсов. В конце каждого заседания группы представляли свои рекомендации по укреплению потенциала в области КРЧС для каждой стадии чрезвычайной ситуации, и все участники получили возможность внести свой вклад в разработку плана по КРЧС, изменяя, добавляя или удаляя различные компоненты. В результате проведения семинара по разработке плана был составлен проект генерального плана по КРЧС для Румынии, который может быть дополнительно адаптирован с учетом ситуации и потребностей в стране.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На семинаре были определены сильные стороны и насущные проблемы в области КРЧС.

Были определены следующие сильные стороны.

- Созданы и укреплены системы КРЧС с учетом усвоенных уроков (механизмы оценки воспринимаемого риска, каналы коммуникации, авторитетные лица, тренинги, учения и т. д.).
- Обеспечена готовность ресурсов в сфере КРЧС (пресс-секретари, обученный персонал на национальном и субнациональном уровнях, инструменты опросных исследований и т. д.) для реагирования на чрезвычайные ситуации вне сферы здравоохранения.
- Департамент общественного здравоохранения МЗ обеспечивает распространение соответствующих сообщений и протоколов реагирования на конкретные угрозы через свой веб-сайт.
- В МЗ функционируют департаменты коммуникации и медицинской помощи.
- Существует потенциал в области укрепления здоровья (Национальный институт здоровья и Красный Крест).
- Обеспечивается координация и активное участие гражданского общества в мероприятиях по обеспечению готовности и реагированию на чрезвычайные ситуации (Румынский Красный Крест, мобильные сервисы оповещения о чрезвычайных ситуациях, службы спасения и эвакуации и т. д.).
- Существует сеть социальных работников, готовая оказывать помощь в обеспечении участия общественности и проведении исследований среди различных аудиторий, как того требует система КРЧС; эта модель может послужить примером для других стран.
- В стране присутствуют учреждения Организации Объединенных Наций, обладающие потенциалом в области коммуникации.

Были определены следующие насущные проблемы.

- Несмотря на наличие персонала и процедур коммуникации для реагирования на чрезвычайные ситуации, не связанные со здравоохранением, существует потребность в специально обученных сотрудниках и целевых финансовых ресурсах в области КРЧС, особенно в контексте чрезвычайных ситуаций в области общественного

здравоохранения – для этого необходим пересмотр существующего законодательства.

- Следует улучшить координацию между службами реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения и других сферах.
- Отсутствует механизм, позволяющий убедиться в том, что стратегии и руководящие принципы действительно попадают на местный уровень и в местные учреждения здравоохранения, чтобы обеспечить распространение согласованной информации.
- Необходимо официально назначить пресс-секретарей и специалистов по коммуникации в сфере здравоохранения на местном уровне и в учреждениях здравоохранения и обеспечить их подготовку по вопросам КРЧС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СЕМИНАРА

Все участники согласились с тем, что картирование потенциала – эффективный метод оценки потенциала в области КРЧС в секторе здравоохранения; 94% отметили, что это эффективный метод картирования потенциала в области коммуникации рисков при чрезвычайных ситуациях, не связанных со здравоохранением. Среди наиболее полезных компонентов картирования потенциала участники назвали возможность изучения систем и опыта партнеров из разных секторов и определения «резервного потенциала» этих партнеров в контексте реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения.

Участники отметили, что семинар по разработке плана по КРЧС и шаблон национального плана по КРЧС в сфере здравоохранения являются эффективными инструментами разработки многоотраслевого плана по КРЧС с включением всех угроз.

Несколько участников поделились своими впечатлениями.

«Я считаю, что разработка плана коммуникации является насущной необходимостью. И я рад, что это произошло на данном семинаре».

«Я бы описал этот семинар одним словом – единство!»

«У нас может быть невероятная система реагирования на чрезвычайные ситуации, но если при этом мы не взаимодействуем с населением, все наши усилия будут напрасны. Все меры, принятые экстренными службами, не будут

иметь смысла, если мы не сделаем коммуникацию частью наших механизмов экстренного реагирования».

УСВОЕННЫЕ УРОКИ

Основной урок, извлеченный в ходе данного семинара, – это необходимость использования новых методов организации учебного процесса. Упражнения по картированию потенциала были более эффективными, когда они проводились в группах, состоящих из представителей одного ведомства, а не в объединенной межсекторальной группе: первая попытка картирования потенциала в ходе пленарного заседания принесла меньше полезной информации. Отвечая на детальные вопросы, участвовавшие в семинаре службы провели переоценку своих возможностей, осознав, что их протоколы либо недостаточно отработаны на практике, либо не применялись в реальной чрезвычайной ситуации, либо не были всесторонне продуманы. Занятия с индивидуальными государственными ведомствами, отвечающими за вопросы экстренного реагирования, и малыми группами с участием представителей учреждений ООН и неправительственных партнеров позволили получить более четкое представление о потенциале в области КРЧС в Румынии.

Аналогичным образом, попытки составления планов по КРЧС во время пленарных заседаний принесли достаточное количество желаемых результатов. Организаторы семинара пересмотрели свой подход и разбили участников на небольшие межсекторальные рабочие группы, которые отдельно оценивали каждую из четырех ключевых возможностей для каждого этапа чрезвычайной ситуации. Оценка показала, что участники высоко оценили мероприятия по картированию потенциала и разработке планов, и что работа в малых межсекторальных группах позволила оптимизировать обмен информацией и идеями в отношении планирования.

ОБСУЖДЕНИЕ

Участники согласились с рекомендацией Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения о создании Комитета по совместной коммуникации в чрезвычайных ситуациях (КСК-ЧС), который будет обеспечивать эффективную координацию процессов КРЧС. В состав КСК-ЧС должны войти специалисты по коммуникации, представляющие различные секторы и уровни экстренного реагирования, а также соответствующие партнеры. Члены КСК должны проводить регулярные совещания в условиях отсутствия чрезвычайных ситуаций и должны работать 24 часа в сутки и семь дней в неделю в случае

возникновения чрезвычайных ситуаций. Также следует разработать Стандартные операционные процедуры, в которых будут четко прописаны функции и обязанности в области коммуникации, включая процедуру назначения ведущей службы, отвечающей за экстренное реагирование в зависимости от вида угрозы. Поскольку любой кризис начинается на местном уровне, местные органы власти должны участвовать в процессах коммуникации и проходить подготовку с изучением принципов и практики КРЧС. В секторе здравоохранения необходимо улучшить координацию и управление процессами коммуникации между МЗ и местными департаментами общественного здравоохранения и руководством больниц / работниками здравоохранения. Это может быть осуществлено путем:

- создания контактного центра в МЗ для коммуникации на местном и больничном уровнях;
- предоставления работникам здравоохранения руководящих указаний о методах самозащиты и рекомендаций в области охраны общественного здоровья, которые должны распространяться среди затронутого населения или групп, подвергающихся риску;
- назначения пресс-секретарей на местном уровне и на уровне стационарных медицинских учреждений с официальным признанием их роли, оплатой труда, проведением необходимой подготовки и оказанием методической поддержки в работе.

Оба министерства признают роль Всемирной организации здравоохранения в поддержке усилий Румынии по созданию эффективного КСК-ЧС. Они также рекомендуют проведение регулярного обучения для пресс-секретарей и специалистов по коммуникации, в т. ч. имитационных упражнений для отработки координации механизмов коммуникации и других возможностей реагирования при чрезвычайных ситуациях. Это может быть эффективно осуществлено на основе существующих инструментов и механизмов коммуникации МВД.

ВЫВОДЫ

По итогам картирования потенциала был вынесен ряд рекомендаций.

- По возможности – пересмотреть существующие законы (в т. ч. в отношении реагирования на все угрозы в рамках

ММСП и другие чрезвычайные ситуации) в целях улучшения координации между ведомствами.

- Структура коммуникации в период кризиса существует, однако сектор здравоохранения должен принимать более активное и заметное участие в осуществлении кризисной коммуникации с населением.
- Партнерам в области экстренного реагирования следует признать потребность в укреплении механизмов экстренной коммуникации в кризисных ситуациях с акцентом на вопросы здравоохранения.
- Сотрудники, отвечающие за вопросы укрепления здоровья, должны пройти обучение в области КРЧС, с тем чтобы при необходимости их также можно было задействовать в этой работе.
- Гражданское общество (Красный Крест, социальные работники и т. д.) должны содействовать участию местного населения в этих процессах.
- Учреждения ООН также могут предоставить специалистов в сфере коммуникации, являющихся частью их резервного потенциала в области экстренного реагирования.

Региональные бюро и страновые офисы Всемирной организации здравоохранения предложили свою всестороннюю поддержку МЗ и МВД в их усилиях по укреплению систем КРЧС в контексте реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения в Румынии. При поддержке Всемирной организации здравоохранения правительство Румынии будет обеспечивать дальнейшую координацию процессов КРЧС. В завершение семинара участники определили ряд дальнейших действий.

- В кратчайшие сроки должны быть пересмотрены соответствующие законы и создан КСК-ЧР – перед утверждением проекта плана Румынии по КРЧС.
- Проект румынского плана необходимо направить соответствующим партнерам для получения их комментариев до подготовки окончательной версии проекта.
- В будущем план должен быть протестирован в ходе миссии Регионального бюро.

- После этого план будет скорректирован и включен в национальную систему реагирования на чрезвычайные ситуации.
- Румыния должна подать заявку на проведение совместной внешней оценки в рамках ММСП в целях проведения анализа своего текущего положения и достигнутых результатов в рамках КРЧС, параллельно с оценкой других мер реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения.
- Информация о мероприятиях по повышению потенциала в области КРЧС, проведенных Европейским региональным бюро ВОЗ в Румынии, должна быть опубликована, с тем чтобы в перспективе она могла быть адаптирована другими странами и учреждениями по оказанию помощи.

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: Румыния принимала участие в первой стадии внедрения проекта пятиэтапного комплекса мер по развитию потенциала в области КРЧС, апробация которого проводилась в 12 странах Региона и Косово² в период с марта 2017 г. по февраль 2018 г., при щедрой поддержке Федерального министерства здравоохранения Германии (BMG).

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. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy Plan.* 2004;19(5):336–45.
2. Gamboa-Maldonado T, Marshak HH, Sinclair R, Montgomery S, Dyjack DT. Building capacity for community disaster preparedness: a call for collaboration between public environmental health and emergency preparedness and response programs. *J Environ Health.* 2012;75(2):24–9.
3. Schacter M. "Capacity building": a new way of doing business for development assistance organizations. Ottawa (ON):

- Institute on Governance; 2000. (<https://www.files.ethz.ch/isn/103082/policybrief6.pdf>, accessed 5 February 2018).
4. National health emergency risk communication plan, template. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
5. Dudau A. How could a fire in a nightclub bring down the Romanian government? *The Conversation.* 6 November 2015 (<http://theconversation.com/how-could-a-fire-in-a-nightclub-bring-down-the-romanian-government-50260>, accessed 28 October 2017).
6. Fischhoff B. Communicating uncertainty: fulfilling the duty to inform. *Issues Sci Technol.* 2012;28(4) (<http://issues.org/28-4/fischhoff/>, accessed 5 February 2018).
7. Ewart J, McLean H. Ducking for cover in the "blame game": news framing of the findings of two reports into the 2010–11 Queensland floods. *Disasters.* 2015;39(1):166–84.
8. World Health Organization outbreak communication planning guide. Geneva: World Health Organization; 2008. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44014/1/9789241597449_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 17 March 2018).
9. Bulkley K. The rise of citizen journalism. *The Guardian.* 11 June 2012 (<https://www.theguardian.com/media/2012/jun/11/rise-of-citizen-journalism>, accessed 5 February 2018).
10. Shigemura J, Harada N, Tanichi M, Nagamine M, Shimizu K, Katsuda Y et al. Rumor-related and exclusive behavior coverage in Internet news reports following the 2009 H1N1 influenza outbreak in Japan. *Disaster Med Public Health Prep.* 2015; 9(04):459–63.
11. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/204368>, accessed 5 February 2018).

² В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999 г.).

CASE STUDY

Emergency risk communication – early lessons learned during the pilot phase of a five-step capacity-building package

Cristiana Salvi¹, Melinda Frost¹, Cory Couillard¹, Ute Enderlein¹, Dorit Nitzan¹

¹World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Cristiana Salvi (email: salvic@who.int)

ABSTRACT

Background: Emergency risk communication (ERC) is one of the eight core public health capacities that WHO Member States must fulfil as States Parties to the International Health Regulations (IHR) (2005). A pilot five-step ERC capacity-building package was launched by the Health Emergencies Programme of the WHO Regional Office for Europe in February 2017 under the IHR (2005) as a unique, sustained and country-tailored capacity-building project.

Approach: The five-step package engages Member States in an iterative process to develop, test, adopt and implement national health ERC plans

and integrate them into new or existing national action plans for emergency preparedness and response under the IHR (2005). Thirteen countries of the European Region and Kosovo¹ started implementation between March 2017 and February 2018.

Observations: Challenges to improving ERC have been identified in the pilot countries, including: coordination among response agencies; sustained human and financial resources; and stronger engagement with communities. Opportunities for improved ERC lie in developing or updating regulations and in better use of existing systems and capacities.

Keywords: RISK COMMUNICATION, EMERGENCY PREPAREDNESS AND RESPONSE, INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (IHR) (2005), PUBLIC HEALTH, CAPACITY-BUILDING

BACKGROUND

Emergency risk communication (ERC) is one of the eight core capacities that all WHO Member States made a commitment to develop and implement as States Parties to the International Health Regulations (IHR) (2005) (1), and is a component of preparedness within the Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework (2). The overarching goal of ERC is to mitigate the adverse effects of public health emergencies by ensuring informed decision-making and encouraging protective behaviours among affected people. ERC is a public health intervention required throughout the prevention, preparedness, response and recovery phases of a serious public health event (3, 4).

In times of crisis, people's perceptions require special attention, communication channels are filled with information, and the media is thirsty for news (5, 6). Recent global health emergencies serve as a reminder that effective ERC is instrumental in shortening the time required for emergency control and ensuring that affected communities receive the information that they need. During the Ebola epidemic in West Africa, surveillance

and contact tracing were hampered because affected people were not responsive to communication efforts (7). In responding to Zika virus disease, about which little is known but which has huge emotional implications, affected communities require accurate information and public health advice that takes their concerns into account (8).¹

To meet the needs for effective ERC, capacity-building was prioritized in the WHO European Region in the biennium 2014–2015 and further boosted in 2016–2017 (9). In late 2014, the WHO Regional Office for Europe established a project to scale up ERC capacity-building in the Region under the IHR (2005) and the PIP Framework. From 2014 to 2016, around 150 representatives of 30 countries were trained across the European Region. Recognizing how important it is for public health emergency responders from a broad range of disciplines both to know and to utilize ERC principles (10), participants in ERC activities organized by the Regional Office included

¹ In accordance with Security Council resolution 1244 (1999).

emergency authorities, epidemiologists, communicable disease and animal health experts, communications and health promotion specialists, influenza and immunization managers, civil society and international stakeholders.

Following this phase, and absorbing the lessons learned from the Ebola and Zika outbreaks (7, 8), European countries increased their demands for ERC capacity-building. ERC response personnel recognized a need to improve their skills and embed ERC in emergency preparedness and response at both the national and local levels.

In February 2017, the Regional Office shifted its approach to targeted in-country support and began to pilot a five-step ERC capacity-building package to guide countries in the Region. The five-step package builds upon past ERC capacity-building projects undertaken by the Regional Office while addressing common gaps in ERC capacity-building as a whole. The pilot project aimed to help countries develop, test, adopt and implement national health ERC plans as part of new or existing overall national action plans for emergency preparedness and response under the IHR (2005). Thirteen countries of the European Region and Kosovo² embarked on the pilot package between March 2017 and February 2018, and more are in the pipeline for 2018–2019. The Regional Office is supporting countries with tools, missions and technical assistance.

OVERVIEW OF THE FIVE-STEP ERC CAPACITY-BUILDING PACKAGE

The draft capacity-building package (Fig. 1) systematically identifies and addresses ERC needs at country level. It consists of the following steps: (1) training, (2) capacity mapping, (3) plan development, (4) plan testing and (5) plan adoption. Countries can access the package at any stage according to their level of ERC capacity. Support missions are conducted; these enable countries to complete two or three steps within a week. The aim is to ensure continuity of national and local level contributions to capacity mapping and plan writing as well as a final consensus and “buy in” among stakeholders regarding the approach taken and the next steps, which are typically plan testing and adoption.

Support by the Regional Office has so far included undertaking multiple missions to countries in the various phases of the

five-step ERC package, as well as providing countries with the tools to implement the package. The role of WHO country offices is critical in engaging the relevant stakeholders and steering the process.

The five-step package begins with training to provide a country’s multisectoral representatives with a “common language” of ERC. The capacity mapping step often occurs next, consisting of a review of the capacity mapping tool completed in advance by national health response agencies. Following the capacity mapping step, an ERC plan template is adapted to country needs and response mechanisms. Typically, countries further refine the plan following the mission and use it to ensure that a more coordinated ERC response is in place with partners. The plan is then tested through a simulation exercise. Refinements to the plan will be made and ultimately the plan will go through an adoption step according to a country’s policy approval or ratification process.

THE FIVE-STEP ERC CAPACITY-BUILDING PACKAGE: A NEW APPROACH

INCLUSION OF MULTISECTORAL AND LOCAL PARTNERS

An important aspect of the five-step package is multisectoral and multilevel engagement (11). While past ERC training workshops run by the Regional Office have mostly involved public health response personnel (epidemiologists, influenza and vaccine-preventable disease managers, etc.), the 2017 revision includes a wider array of partners and stakeholders. In the framework of the IHR (2005), the five-step package takes a multi-hazard approach, aiming at engaging the whole of society while addressing real or potential risks. Application of these constructs in the five-step ERC package ensures that all response partners are brought to the same table to work together through training, capacity mapping and plan development processes. It ensures a more effective implementation of ERC principles and practice (10). This expanded list of partners, and the reasons for involving them, includes:

- technical and communication experts, to have a common understanding of needs and to work together in times of peace and crisis;
- relevant sectors for emergency preparedness and response, including emergency, agriculture and environment, to ensure coordinated intersectoral action;

² In accordance with Security Council resolution 1244 (1999).

- different levels of government, to ensure a unified and consistent approach; and
- other relevant partners and stakeholders, including health care workers, hospital administrators, civil society, United Nations and other international organizations, to ensure a whole-of-society approach.






ERC TRAINING STARTS AND ENDS WITH COORDINATION

Recognizing the need to move capacity-building beyond simple, one-off training workshops, the ERC package addresses country-centric needs by using inputs and adaptations from local response agencies, such as practising responses to nationally determined top public health threats, while measuring impact on the ground (12). The five-step package was also designed to address needs beyond merely the communicator's media response skills. One of the key aspects of effective ERC is coordination, which is part of the delivered package. During a public health emergency, communication does not occur solely through a public health agency. Partners and other responders will present their messages, which might be in contradiction with public health recommendations. Ensuring that all response "voices" are in sync and provide consistent recommendations helps avoid confusion and mistrust among the population (13). ERC principles and practice are more easily and effectively absorbed into the national response fabric through training that involves multisectoral partners (10). In addition, effective ERC training, such as the course designed for the five-step package, includes methods for working closely with affected communities and designing messages for at-risk populations (10).

ERC CAPACITY MAPPING THROUGH ALL PHASES OF AN EMERGENCY

The five-step package emphasizes systematic capacity-building by addressing ERC structures and systems, staff and roles, skills and tools (14). This is reflected in the draft ERC capacity mapping tool. The capacity mapping tool supports national counterparts to reach consensus on assessing the four ERC capacities across the emergency lifecycle. The tool gauges the level of capacity through a five-point scale ranging from "not prepared" to "prepared and operational" on each of 78 indicators. It is complementary to Joint External Evaluations (JEEs) that assess a country's capacity to prevent, detect and rapidly respond to public health risks in compliance with the IHR (2005) (15). In the WHO European Region, Albania, Armenia, Kyrgyzstan and Turkmenistan conducted JEEs in 2016 and Belgium, Finland, Slovenia and Switzerland did so in 2017. The five-step ERC capacity mapping tool differs from the JEE tool in that it provides countries with

FIGURE 1. THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE FIVE-STEP ERC CAPACITY-BUILDING PACKAGE

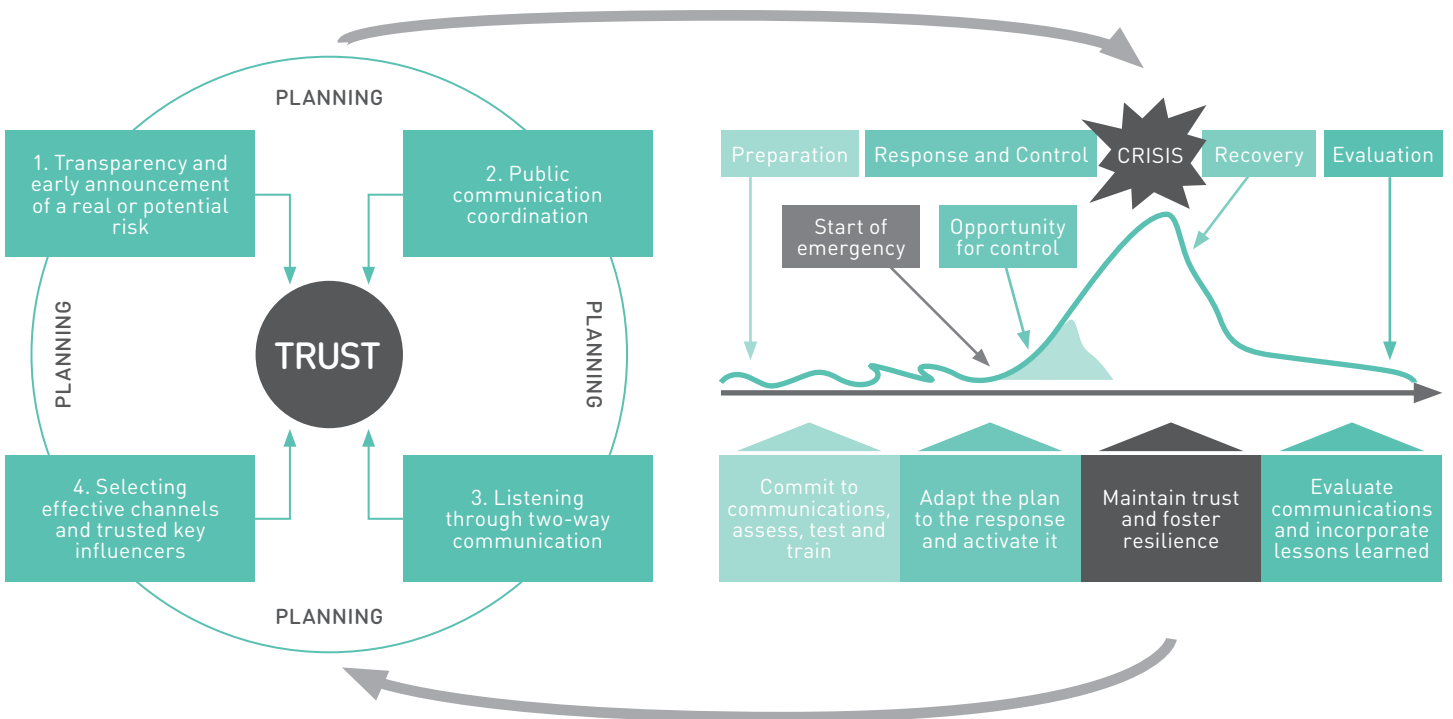
	<p>Step 1. ERC training</p> <p>ERC training sessions are tailored to meet identified needs and gaps, based on existing national ERC plans and documents. Through a mix of lectures, skill drills and media tips, participants learn and practise effective communication in public health emergencies. The training targets epidemiologists, experts on pandemic preparedness and immunization, and emergency response and communications specialists.</p>
	<p>Step 2. ERC capacity mapping tool and mission</p> <p>The ERC capacity mapping tool is the starting point in identifying needs and gaps with a view to strengthening in-country ERC.</p> <p>The ERC capacity mapping mission aims to review ERC priority areas for intervention to be addressed in the ERC plan and in a national ERC capacity-building roadmap.</p>
	<p>Step 3. ERC plan: development</p> <p>The ERC plan template aims to support and facilitate the development of a tailored national multi-hazard ERC plan. The Regional Office also assists countries to adapt and integrate the ERC plan into national preparedness and emergency response plans, in line with governance structures.</p>
	<p>Step 4. ERC plan: testing</p> <p>The Regional Office supports testing of the ERC plan through multisectoral simulation and table-top exercises, focusing on:</p> <ul style="list-style-type: none"> • health emergencies: disease outbreaks (including pandemic influenza), natural disasters, humanitarian and environmental crises; • ERC principles: early and transparent communications, communication coordination, listening and community engagement, effective channels and key influencers.
	<p>Step 5. ERC plan: adoption</p> <p>Based on the results of the simulation exercise, the Regional Office provides recommendations for updating the national ERC plan and facilitates its integration into national preparedness and response plans.</p> <p>As part of this process, the Regional Office supports the development and implementation of a capacity-building roadmap based on identified priorities. The roadmap can include ERC training courses and workshops that engage different audiences and support integration of ERC into technical capacity-building activities and field simulation exercises.</p>

a detailed view of their strengths and challenges at each phase of an emergency response.

THE EMERGENCY LIFECYCLE

All five-step tools were developed around the following approach:

FIG. 2. ERC CAPACITIES AND THE EMERGENCY RESPONSE LIFECYCLE



BOX 1: WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE ERC CAPACITY DEFINITIONS

Transparency and early announcement of a real or potential risk

Maintaining the public's trust throughout an emergency requires transparency, including timely and complete information on a real or potential risk and its management. The first announcement frames the risk and addresses concerns. As new developments occur over the course of an outbreak they should be communicated proactively. What is known and what is not yet known must be communicated transparently. When transparency is high, people are more likely to trust the responders and follow recommendations.

Public communication coordination

Proactive public communication and internal communication and coordination with partners before, during and after an emergency are crucial to ensuring effective, consistent and trustworthy risk communication that addresses both internal and public concerns. If this is done, public communication resources are used effectively, confusion is reduced, and outreach and influence are strengthened.

Listening through two-way communication

Community engagement is essential. Communities must be at the heart of any health emergency response. Responders must understand who the target communities are, how they perceive a given risk, and what their existing beliefs and practices are. Without this knowledge, they may fail to influence decisions and behaviour changes that protect health, resulting in more severe social and economic disruption than necessary.

Selecting effective channels and trusted key influencers

Following audience analysis, it is essential to select the right channels to reach the relevant audience. There is no universal recipe for which channels work best; it all depends on the local context and the specific audience to be reached. As a general rule, the most effective channels are those that the target audience already uses. These can include traditional media, web-based social media, hotlines, SMS and others. Influencers play a critical role in delivering messages, as they are trusted opinion makers, often belonging to the community.

The emergency lifecycle, which includes (i) preparation, (ii) initial response, (iii) crisis response and control, (iv) recovery, and (v) evaluation is interlinked with the four ERC capacities of (i) transparency and early announcement of a real or potential risk, (ii) public communication coordination, (iii) listening through two-way communication, and (iv) selecting effective

channels and trusted key influencers (Fig. 2 and Box 1). This matrix provides countries with defined goals and actions in each of the emergency phases according to the four ERC capacities.

WRITING AN ERC PLAN THAT WILL NOT SIT ON A SHELF

The draft ERC plan template constitutes the main application of this method and is the central piece of the five-step package. In response to countries' requests, the Regional Office has developed, peer reviewed and piloted this template, which facilitates nationally tailored plan writing (5). The plan uses the information obtained from the training and capacity mapping components, which provide a baseline to guide the development of procedures to sustain national ERC capacities.

The plan is developed to address the unique threats and specific emergency response structures of each country involved in the ERC capacity-building package; it uses a multilevel and multisectoral approach and engages with the whole of government and whole of society to include all relevant government sectors and stakeholders.

TESTING AND REFINING A USABLE ERC PLAN

The next step is plan testing through simulation exercises that either focus solely on the ERC response or include ERC as a response activity of equal importance and in step with epidemiological, laboratory, clinical management and other key emergency response components. The type of simulation is based

on country specificities and ranges from table-top exercises to a more comprehensive series of drills or functional exercises. While only one country at the time of publication has gone through the testing process, it is anticipated that the exercise will provide insights into any necessary refinements to the plan.

ADOPTING THE FINAL PLAN TO MAKE IT A LIVING DOCUMENT

Plan adoption entails the country defining a roadmap to strengthen the weaker areas identified in the simulation exercises and reviewing political processes for adoption of the plan as part of new or existing national preparedness and response plans.

THIRTEEN COUNTRIES ENROLLED IN ONE YEAR: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

The European Region is the first of the six WHO regions to scale up ERC capacity-building for plan development, testing and adoption. This unique, sustained and country-tailored project aims to increase the effectiveness of the ERC response, in concert with multisectoral partners.

TABLE 1. THE FIVE-STEP ERC PACKAGE IN THE WHO EUROPEAN REGION

	Training	Capacity mapping	Plan development	Plan testing	Plan adoption
Armenia	X	X ^a	X		
Bosnia and Herzegovina	X	X	X		
Estonia		X			
Kosovo ^b		X			
Kyrgyzstan	X	X ^a	X		
Romania		X	X		
Serbia		X			
Slovakia	X				
Slovenia	X	X ^a	X		
Sweden	X				
Tajikistan	X	X	X		
Turkey	X		X		
Turkmenistan	X	X ^a	X	X	X
Ukraine	X	X			

Notes: ^a mapping through JEE; ^b In accordance with United Nations Security Council resolution 1244 (1999).

Thirteen countries in the Region (Armenia, Bosnia and Herzegovina, Estonia, Kyrgyzstan, Romania, Serbia, Slovakia, Slovenia, Sweden, Tajikistan, Turkey, Turkmenistan and Ukraine) out of 53, plus Kosovo³ (16) embarked in the process between March 2017 and February 2018 and are at various stages of progress (Table 1). Turkmenistan is the first among these countries to have completed the process with the adoption of an ERC plan.

The following are the main common challenges facing countries that were identified in the pilot process:

1. dedicated human and financial resources for ERC are lacking within health ministries;
2. protocols for transparency are not in place or need strengthening;
3. coordination among response agencies for health emergencies is in general unstructured and not routinely tested;
4. expertise for listening to and engaging with communities, and message testing, is underdeveloped;
5. channels other than the media are not systematically used;
6. key influencers, such as health care workers, are unprepared and underequipped with effective ERC tools and resources.

The following are the main opportunities in countries for establishing strong, integrated ERC systems:

1. updating or developing laws for plan adoption;
2. training and repurposing health promotion staff for ERC;
3. linking the emergency and health sectors for coordination purposes;
4. ensuring that the ERC plan connects to existing or developing emergency structures;
5. using existing expertise in community engagement from civil society and international partners;
6. engaging with trusted opinion leaders and influencers.

LESSONS LEARNED

The five-step ERC capacity-building package has raised high interest in the European Region, and 13 countries plus Kosovo⁴ requested the support of the Regional Office in beginning the process of plan development and adoption. Many countries

³ In accordance with United Nations Security Council resolution 1244 (1999).

⁴ In accordance with United Nations Security Council resolution 1244 (1999).

acknowledge that they need to increase their capacity and capability in the field of emergency preparedness.

In the year between March 2017 and February 2018, many lessons were learned from missions to implement the five-step package in the countries. Consolidation of these lessons indicated that the following are the central issues for consideration and follow up.

- The health sector usually has the lead in disease outbreak response, but is part of a broader intersectoral response in case of other hazards (including natural or environmental disasters): this needs to be taken into account in development and adoption of the plan as well as in defining roles and responsibilities, utilizing the comparative advantages of response agencies and referring to national structures and systems.
- Coordination among sectors needs to be strengthened. While the process might be steered by health, particularly for disease outbreaks, it is likely that the health sector will not be able to manage an entire emergency response alone and will need partners' channels and resources to conduct a more effective communication response.
- Many countries are in the process of instituting an incident management system (IMS) – a formal and standardized mechanism to manage an emergency response – operated out of another ministry (e.g. the interior, emergency or civil protection ministry). Emergency communication focal points in other sectors may or may not have ERC experience and therefore the operationalization of the ERC plan needs to be integrated into this IMS structure.
- Activities under the five-step ERC package must be adjusted constantly to meet the needs and unique situations of different countries. This requires a certain amount of expertise from ERC facilitators and the package will need to be further refined to make it applicable and useful to other countries and organizations that are considering embarking on this process.

CONCLUSION

The five-step ERC capacity-building package is unique in its country-tailored approach that maps multisectoral and multilevel communication capacities, develops ERC plans using these capacities, and results in the testing and adoption of plans. The Health Emergency Programme in the Regional Office will continue to explore the most effective methods to improve national ERC capacity and capability across European countries. This includes identifying and engaging partners and

raising the interest, commitment and resources of policy-makers and donors. As other countries in the Region implement the five-step package, additional findings and lessons learned will be documented and shared. A more comprehensive assessment of the five-step process will follow and a full study report will highlight changes in package development, resulting in a final product for use in other countries and by other capacity-building agencies. Other countries and organizations will then be able to use the final five-step package to improve ERC interventions at the local and national levels before, during and after public health emergencies.

Sources of funding: The first phase of implementation of the five-step ERC draft capacity-building package was piloted in 13 countries plus Kosovo⁵ between March 2017 and February 2018, thanks to the generous contribution of the Federal Ministry of Health of Germany (BMG).

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. International Health Regulations (2005) core capacity monitoring framework: Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1, accessed 16 February 2018).
2. Pandemic influenza preparedness (PIP) risk communication [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/risk-communication/pandemic-influenza-preparedness/en/>, accessed 16 February 2018).
3. World Health Organization outbreak communication planning guide. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Crisis and emergency risk communication. Atlanta (GA): US Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
5. Reintjes R, Das E, Klemm C, Richardus JH, Kessler V, Ahmad A. "Pandemic public health paradox": Time series analysis of the 2009/10 influenza A/H1N1 epidemiology, media attention, Risk perception and public reactions in 5 European countries. *PLoS One*. 2016;11(3):e0151258.
6. Chang C. News coverage of health-related issues and its impacts on perceptions: Taiwan as an example. *Health Commun*. 2012;27(2):111–23.
7. Gillespie AM, Obregon R, El Asawi R, Richey C, Manoncourt E, Joshi K et al. Social mobilization and community engagement central to the Ebola response in West Africa: Lessons for future public health emergencies. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(4):626–46.
8. Tambo E, Madjou G, Khayeka-Wandabwa C, Olalubi OA, Chengho CF, Khater EIM. Ethical, legal and societal considerations on Zika virus epidemics complications in scaling-up prevention and control strategies. *Philos Ethics Humanit Med*. 2017;12(3) (<http://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-017-0046-8>, accessed 16 February 2018).
9. Capacity building [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/international-health-regulations/capacity-building-and-risk-communication/capacity-building>, accessed 16 February 2018).
10. Miller AN, Sellnow T, Neuberger L, Todd A, Freihaut R, Noyes J et al. A systematic review of literature on effectiveness of training in emergency risk communication. *J Health Commun*. 2017;22(7):612–29.
11. Miller JL, Rambeck JH, Snyder A. Improving emergency preparedness system readiness through simulation and interprofessional education. *Public Health Rep*. 2014;129 Suppl 4:129–35.
12. Schacter M. "Capacity building": A new way of doing business for development assistance organizations. Ottawa: Institute on Governance; 2000 (<https://www.files.ethz.ch/isn/103082/policybrief6.pdf>, accessed 16 February 2018).
13. Fischhoff B. Communicating uncertainty: Fulfilling the duty to inform. *Issues Sci Technol*. 2012;28(4) (<http://issues.org/28-4/fischhoff/>, accessed 16 February 2018).
14. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy Plan*. 2004;19(5):336–45.
15. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016-18/en/>, accessed 16 February 2018).
16. United Nations Security Council resolution 1244. New York (NY): United Nations; 1999 ([http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1244\(1999\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1244(1999)), accessed 16 February 2018). ■

⁵ In accordance with Security Council resolution 1244 (1999).

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Коммуникация рисков при чрезвычайных ситуациях – первые результаты пилотной стадии пятиэтапного комплекса мер по укреплению потенциала

Cristiana Salvi¹, Melinda Frost¹, Cory Couillard¹, Ute Enderlein¹, Dorit Nitzan¹

¹ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Cristiana Salvi (адрес электронной почты: salvic@who.int)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные: коммуникация рисков при чрезвычайных ситуациях (КРЧС) – одна из восьми основных возможностей в сфере общественного здравоохранения, которую должны обеспечить государства-члены ВОЗ согласно Международным медико-санитарным правилам (ММСП) (2005 г.). Пилотный пятиэтапный комплекс мер по укреплению потенциала в области КРЧС был введен в действие в феврале 2017 г. Программой по чрезвычайным ситуациям в сфере здравоохранения (WHE) в Европейском региональном бюро ВОЗ в соответствии с ММСП (2005 г.), в качестве уникального и устойчивого проекта по укреплению потенциала, разработанного с учетом странового контекста.

Подход: пятиэтапный комплекс мер предусматривает участие государств-членов в циклических процессах разработки, апробации, принятия

и реализации национальных планов КРЧС в сфере здравоохранения и их интеграции в новые или существующие планы действий в области готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях в рамках ММСП (2005 г.). В период с марта 2017 г. по февраль 2018 г. процесс реализации начали 13 стран Европейского региона и Косово¹.

Наблюдения: в пилотных странах определены следующие вызовы, касающиеся улучшения КРЧС: координация между учреждениями, принимающими ответные меры; устойчивые кадровые и финансовые ресурсы; более активное вовлечение сообществ. Возможности для улучшения КРЧС заключаются в разработке и обновлении правил и более эффективном использовании существующих систем и потенциала.

Ключевые слова: КОММУНИКАЦИЯ РИСКОВ, ГОТОВНОСТЬ И РЕАГИРОВАНИЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ, МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА (ММСП) (2005 г.), ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА

К ИСТОРИИ ВОПРОСА

Коммуникация рисков при чрезвычайных ситуациях (КРЧС) – одна из восьми основных возможностей в сфере общественного здравоохранения, которую должны обеспечить государства-члены ВОЗ согласно Международным медико-санитарным правилам (ММСП) (2005 г.) (1), а также один из компонентов готовности в рамках Механизма обеспечения готовности к пандемическому гриппу (ГПГ) (2). Всеобщая задача КРЧС заключается в минимизации негативных последствий чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здравоохранения через содействие принятию информированных решений и стимулирование защитных форм поведения у затронутого населения. КРЧС – это меры общественного здравоохранения, принимаемые на этапах

профилактики, обеспечения готовности, реагирования и восстановления в контексте серьезных событий в сфере общественного здравоохранения (3, 4)¹.

Во времена кризиса необходимо обращать особое внимание на чувства людей: каналы коммуникации переполнены информацией, а средства массовой информации жаждут новостей (5, 6). Недавние чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения на глобальном уровне служат напоминанием о том, что эффективные процессы КРЧС позволяют сократить время, необходимое для установления контроля над ситуацией, и обеспечить затронутые сообщества

¹ В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999).

необходимой информацией. Во время вспышки заболевания, вызванного вирусом Эбола в Западной Африке, процедуры эпиднадзора и отслеживания контактов осложнялись тем, что затронутое население не реагировало на коммуникацию с ними (7). В контексте реагирования на вирус Зика – заболевание, о котором немного известно, но которое влечет за собой огромные эмоциональные последствия, – затронутые сообщества должны быть обеспечены достоверной информацией и рекомендациями в отношении здоровья, в которых будут учитываться волнующие их вопросы (8).

Для того, чтобы обеспечить эффективную КРЧС, в 2014–2015 гг. приоритетное значение в Европейском регионе ВОЗ получили задачи по укреплению потенциала, а в 2016–2017 гг. эта работа активизировалась далее (9).

В конце 2014 г. Европейское региональное бюро ВОЗ инициировало проект расширения усилий по укреплению потенциала в области КРЧС в Регионе ВОЗ в рамках ММСП (2005 г.) и Механизма ГПП. В период с 2014 г. по 2016 г. около 150 представителей из 30 стран Региона прошли соответствующее обучение. Признавая важность знаний и практических навыков в отношении принципов КРЧС среди представителей различных дисциплин, ответственных за реагирование при чрезвычайных ситуациях (10), к участию в мероприятиях в области КРЧС, организованных Региональным бюро, были приглашены представители органов по чрезвычайным ситуациям, эпидемиологи, специалисты во области инфекционных заболеваний и ветеринарии, специалисты по вопросам коммуникации и укрепления здоровья, руководители программ профилактики гриппа и иммунизации и представители гражданского общества и международных организаций.

По завершении этого этапа, а также принимая во внимание опыт, полученный при реагировании на вспышки заболеваний, вызванных вирусами Эбола и Зика (7, 8), страны Региона осознали потребность в более интенсивном укреплении потенциала в области КРЧС. Специалисты по КРЧС признали необходимость повышения своей квалификации и интеграции КРЧС в процедуры готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях на национальном и местном уровнях.

В феврале 2017 г. Региональное бюро изменило свой подход, акцентировав внимание на целенаправленную поддержку в странах, и начало осуществлять пятиэтапный пилотный комплекс мер по укреплению потенциала в области КРЧС для стран Региона. Комплекс основывается на ранних

проектах Регионального бюро по укреплению потенциала в области КРЧС, и при этом позволяет устранять типичные пробелы в потенциале КРЧС как таковом. Пилотный проект был инициирован с целью оказания помощи странам в разработке, апробации, утверждении и реализации национальных планов КРЧС в здравоохранении в рамках новых или существующих планов действий в области готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях, предусмотренных ММСП (2005 г.). Тринадцать стран Европейского региона и Косово² начали пилотный проект в период с марта 2017 г. по февраль 2018 г., а в 2018–2019 гг. к ним присоединится еще больше стран. Региональное бюро предоставляет для стран свой инструментарий, проводит миссии и оказывает техническую помощь.

ОБЗОР ПЯТИЭТАПНОГО КОМПЛЕКСА МЕР ПО УКРЕПЛЕНИЮ ПОТЕНЦИАЛА В ОБЛАСТИ КРЧС

Проект комплекса мер по укреплению потенциала (рис. 1) обеспечивает систематическое выявление и реагирование на потребности в области КРЧС на уровне стран. Он состоит из следующих этапов: (1) обучение, (2) комплексный анализ потенциала, (3) разработка плана, (4) апробация плана и (5) утверждение плана. Страны могут использовать комплекс начиная с любого этапа – в зависимости от их потенциала в области КРЧС. Организуются миссии по оказанию поддержки, которые позволяют странам завершить два или три этапа плана в течение недели. Цель этой работы – обеспечить непрерывный вклад на национальном и местном уровнях в комплексный анализ потенциала и разработку планов, а также способствовать достижению консенсуса и одобрения заинтересованными сторонами принятого подхода и последующих шагов, которые обычно включают апробацию и утверждение плана.

До настоящего момента поддержка Регионального бюро заключалась в проведении целого ряда миссий в страны, находящиеся на различных стадиях подготовки пятиэтапного комплекса мер в области КРЧС, а также в предоставлении странам инструментов для реализации этих планов. Роль страновых офисов ВОЗ заключается в привлечении соответствующих представителей заинтересованных сторон и в руководстве процессом.

² В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999).






Пятиэтапный комплекс начинается с обучения, на основе которого представители страны от целого ряда секторов смогут найти общий язык по вопросам КРЧС. За этим обычно следует этап комплексного анализа, с изучением результатов оценки потенциала, предварительно проведенной национальными учреждениями, отвечающими за реагирование при чрезвычайных ситуациях в здравоохранении. После этого страны адаптируют стандартную форму для плана по КРЧС к своим потребностям и механизмам реагирования. Затем обычно происходит корректировка плана по результатам миссии и его последующее внедрение с целью обеспечения лучшим образом скоординированных действий в области КРЧС совместно с партнерами. После этого план апробируется в формате учений. В план вносятся коррективы, а затем он проходит этап утверждения в соответствии с национальной процедурой одобрения или ратификации политики.

ПЯТИЭТАПНЫЙ КОМПЛЕКС МЕР ПО УКРЕПЛЕНИЮ ПОТЕНЦИАЛА В ОБЛАСТИ КРЧС: НОВЫЙ ПОДХОД

ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СЕКТОРОВ И МЕСТНЫХ ПАРТНЕРОВ

Важное условие для реализации пятиэтапного комплекса мер заключается в привлечении партнеров, представляющих широкий круг секторов на разных уровнях (11). В то время как предыдущие учебные семинары Регионального бюро по КРЧС проводились с участием специалистов в сфере реагирования на угрозы для здоровья населения (эпидемиологов, руководителей программ по гриппу и по заболеваниям, предупреждаемым с помощью вакцин, и др.), модель обучения от 2017 г. предусматривает вовлечение более широкого круга партнеров и заинтересованных сторон. В контексте ММСП (2005 г.) пятиэтапный комплекс мер основывается на принципе учета всех возможных рисков, ставя своей целью вовлечение всего общества для противодействия реальным или потенциальным рискам. Внедрение этих элементов пятиэтапного комплекса мер в области КРЧС позволяет сделать так, чтобы все партнеры по ответным мерам могли вместе принять участие в совместном обучении, комплексном анализе потенциала и разработке плана, а также в дальнейшей работе. Благодаря этому обеспечивается более эффективное осуществление принципов КРЧС на практике (10). В расширенный список партнеров (с обоснованиями для их вовлечения) входят:

РИСУНОК 1. ПЯТИЭТАПНЫЙ КОМПЛЕКС МЕР ПО УКРЕПЛЕНИЮ ПОТЕНЦИАЛА, РАЗРАБОТАННЫЙ ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНАЛЬНЫМ БЮРО ВОЗ

	<p>Этап 1. Обучение по вопросам КРЧС</p> <p>Обучающие занятия по вопросам КРЧС разрабатываются с учетом выявленных потребностей и пробелов на основе существующих национальных планов и документов в сфере КРЧС. Сочетание лекций, упражнений по отработке навыков и рекомендаций по работе со СМИ позволяет слушателям изучить и отработать методы эффективной коммуникации при чрезвычайных ситуациях в здравоохранении. Обучение предназначено для эпидемиологов, специалистов по иммунизации и обеспечению готовности к пандемиям, а также специалистов в области реагирования на чрезвычайные ситуации и коммуникации.</p>
	<p>Этап 2. Инструмент для комплексного анализа потенциала в области КРЧС и проведение миссии</p> <p>Инструмент для комплексного анализа потенциала в области КРЧС служит отправной точкой для процесса выявления потребностей и пробелов внутри страны, конечная цель которого – укрепление механизмов КРЧС.</p> <p>Цель миссии по комплексному анализу потенциала в области КРЧС состоит в том, чтобы сделать обзор приоритетных областей для реагирования, которые будут включены в план по КРЧС и в национальную дорожную карту мероприятий по укреплению потенциала в области КРЧС.</p>
	<p>Этап 3. Разработка плана по КРЧС</p> <p>На основе стандартной формы плана по КРЧС страны разрабатывают собственные национальные планы, позволяющие реагировать на широкий спектр угроз. Региональное бюро также оказывает странам помощь в адаптации и интеграции плана по КРЧС в национальные планы готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях в рамках существующих структур государственного управления.</p>
	<p>Этап 4. Апробация плана по КРЧС</p> <p>Региональное бюро оказывает поддержку в апробации плана по КРЧС посредством межсекторальных имитаций и кабинетных учений по следующим направлениям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • чрезвычайные ситуации в здравоохранении: вспышки заболеваний (в т. ч. пандемического гриппа), природные катастрофы, гуманитарные и экологические кризисы; • принципы КРЧС: методы ранней и открытой коммуникации, координация коммуникации, умение слушать людей и общаться с ними, эффективные каналы коммуникации и ключевые источники влияния.
	<p>Этап 5. Утверждение плана по КРЧС</p> <p>По итогам учений Региональное бюро предоставляет рекомендации по доработке национального плана по КРЧС и содействует его интеграции в национальные планы готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях.</p> <p>При этом Региональное бюро поддерживает разработку и внедрение дорожной карты мероприятий по укреплению потенциала на основе выявленных приоритетов. Дорожная карта может включать учебные курсы и семинары по КРЧС для различной аудитории, проводимые с целью содействия интеграции КРЧС в мероприятия по укреплению технического потенциала и в полевые учения.</p>

- технические эксперты и специалисты по коммуникации – для выработки единого понимания потребностей и осуществления совместной работы как во время кризисов, так и в их отсутствие;
- секторы, отвечающие за готовность к чрезвычайным ситуациям и реагирование при них, включая органы по чрезвычайным ситуациям, сельское хозяйство и окружающую среду – для проведения скоординированных межсекторальных мероприятий;
- различные уровни государственного управления – для осуществления единого и последовательного подхода;
- другие партнеры и заинтересованные стороны, в том числе работники здравоохранения, администраторы больниц, гражданское общество, Организация Объединенных Наций и другие международные организации – для осуществления принципа вовлечения всех сфер общества.

ОБУЧЕНИЕ ПО ВОПРОСАМ КРЧС НАЧИНАЕТСЯ И ЗАКАНЧИВАЕТСЯ КООРДИНАЦИЕЙ

Ввиду необходимости в более широких мерах по укреплению потенциала, нежели проведение единичных и простых семинаров, комплекс мер в области КРЧС призван решать конкретные задачи стран, что достигается благодаря использованию адаптированного к контексту опыта местных служб по реагированию – например, через практическую отработку на центральном уровне мер реагирования на основные угрозы в области здравоохранения и оценку эффекта от них на местах (12). Пятиэтапный комплекс мер также отражает более широкий круг потребностей, не ограничивающийся навыками коммуникации со СМИ. Одним из ключевых аспектов эффективных мер по КРЧС является координация, и в разработанном комплексе ей уделяется значительное внимание. Во время чрезвычайной ситуации в области здравоохранения коммуникация ведется не только через службы общественного здравоохранения: партнеры и другие стороны, участвующие в реагировании, также будут распространять свои сообщения, которые могут идти вразрез с рекомендациями в области здравоохранения. Для того, чтобы избежать путаницы и недоверия со стороны населения, следует сделать так, чтобы все «голоса звучали в унисон», а рекомендации были последовательными (13). Более эффективная интеграция принципов и методик КРЧС в национальные системы реагирования может быть обеспечена за счет обучения с участием представителей партнеров из всех секторов (10). Помимо этого

эффективное обучение по вопросам КРЧС, в частности – учебный курс по пятиэтапному комплексу мер, включает методики по тесному взаимодействию с затронутым населением и составление информационных сообщений для людей, подвергающихся риску (10).

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ПОТЕНЦИАЛА В ОБЛАСТИ КРЧС НА ВСЕХ СТАДИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Пятиэтапный комплекс мер предусматривает систематическое укрепление потенциала через выполнение задач, касающихся структур и систем КРЧС, кадров и их функций и навыков, а также инструментов (14). Все это отражено в проекте инструмента для комплексного анализа потенциала в области КРЧС. Инструмент для комплексного анализа потенциала помогает партнерам в пределах страны достичь консенсус в отношении оценки четырех категорий потенциала для КРЧС на протяжении всего цикла чрезвычайной ситуации. Потенциал измеряется по пятибалльной шкале в диапазоне от «не готовы» до «готовы и функционируют» для каждого из 78 показателей. Инструмент дополняет совместные внешние оценки (СВО) потенциала стран в области предотвращения и выявления угроз для здоровья населения и быстрого реагирования на них в соответствии с ММСП (2005 г.) (15). В Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. СВО провели Албания, Армения, Кыргызстан и Туркменистан, а в 2017 г. – Бельгия, Словения, Финляндия и Швейцария. Инструмент для комплексного анализа в рамках пятиэтапного комплекса мер в области КРЧС отличается от инструмента СВО тем, что он позволяет странам подготовить детальный обзор сильных и слабых сторон для каждого этапа процесса реагирования.

ЦИКЛ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

Все пятиэтапные инструменты были разработаны на основе следующего подхода:

Цикл чрезвычайной ситуации, включающий этапы (i) подготовки, (ii) первоначального реагирования, (iii) кризисного реагирования и установления контроля, (iv) восстановления и (v) оценки, тесно связан с четырьмя основными направлениями деятельности в рамках КРЧС: (i) гласность и раннее оповещение о реальном или потенциальном риске, (ii) координация взаимодействия с населением, (iii) умение слушать и вести двустороннюю коммуникацию и (iv) выбор эффективных каналов и ключевых агентов влияния, пользующихся доверием (рис. 2 и вставка 1). На основе этой матрицы страны получают обзор четко определенных целей и действий на каждом этапе чрезвычайной ситуации в соответствии с четырьмя возможностями в рамках КРЧС.

Стандартная форма для плана по КРЧС – это основное применение данного метода и центральный элемент пятиэтапного комплекса мер. Выполняя запросы стран, Региональное бюро разработало, коллегиально оценило и апробировало стандартную форму, на основе которой страны могут составлять свои национальные планы (5). В планах учитывается информация, полученная во время обучения и анализа потенциала, т. е. на этапах, предоставляющих исходные данные для разработки процедур укрепления национального потенциала в области КРЧС.

План должен обеспечивать реагирование на уникальные угрозы и задействовать структуры реагирования при чрезвычайных ситуациях в каждой стране, участвующей в разработке комплекса мер по укреплению потенциала в области КРЧС; им предусмотрено привлечение партнеров, представляющих широкий круг секторов, на разных уровнях, и применение общегосударственного подхода и вовлечение всех сфер общества и заинтересованных сторон.

АПРОБАЦИЯ И ДОРАБОТКА ПРИГОДНОГО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАНА ПО КРЧС

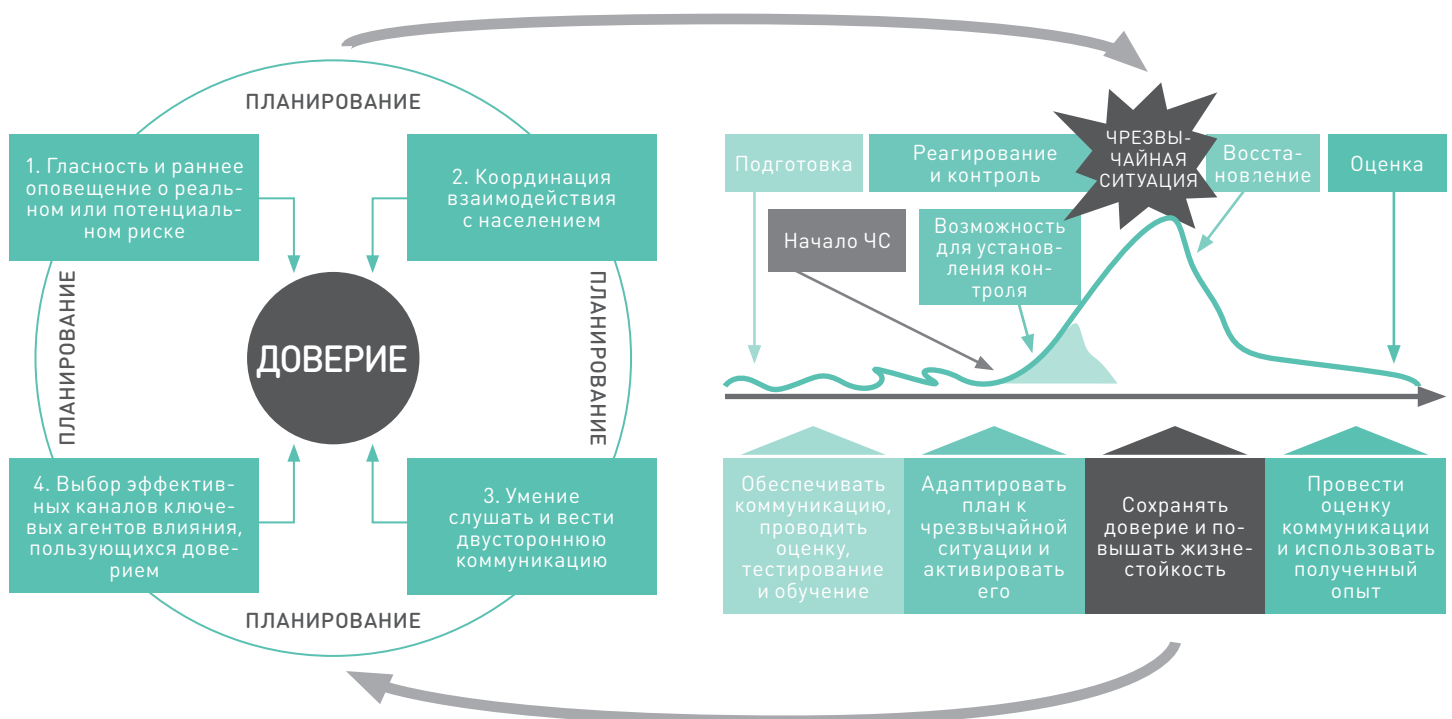
Следующий шаг – это апробация плана с проведением учений, ориентированных либо исключительно на отработку реагирования в области КРЧС, либо предусматривающих КРЧС в качестве одного из одинаково важных компонентов,

включая эпидемиологические, лабораторные, клинические и другие меры реагирования при чрезвычайной ситуации. Выбор типа учений зависит от специфики страны: это может быть как кабинетное моделирование, так и более обширная серия учений или оперативных мероприятий. К моменту публикации данного материала этап апробации прошла лишь одна страна, однако ожидается, что это упражнение станет важным инструментом для доработки составленного плана.

ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ПЛАНА КАК «ЖИВОГО» ДОКУМЕНТА

Утверждение плана на уровне страны предусматривает составление дорожной карты, с помощью которой будут укрепляться слабые места, выявленные в ходе учений, а также политический анализ плана для его включения в состав новых или существующих национальных планов готовности и реагирования.

РИСУНОК 2. ПОТЕНЦИАЛ КРЧС И ЭТАПЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА ЧРЕЗВЫЧАЙНУЮ СИТУАЦИЮ



ВСТАВКА 1: ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ В ОТНОШЕНИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В РАМКАХ КРЧС**Гласность и раннее оповещение о реальном или потенциальном риске**

Сохранение доверия населения при чрезвычайной ситуации требует гласности действий, в том числе своевременного предоставления полной информации о реальных и потенциальных рисках и мерах реагирования. Первое объявление о ситуации должно содержать описание риска и ответы на возможные вопросы населения. Если в ходе вспышки появляется новая информация, ее необходимо сразу доносить до населения. Следует обеспечить максимальную открытость коммуникации и распространять информацию обо всех известных и неизвестных фактах, связанных с инцидентом. Чем выше уровень гласности, тем выше будет доверие населения к службам по реагированию, и больше уровень готовности следовать рекомендациям.

Координация взаимодействия с населением

Интенсивная коммуникация с населением и внутренняя коммуникация и координация с партнерами до, во время и после чрезвычайной ситуации – важнейшие инструменты для обеспечения эффективной, последовательной и вызывающей доверие коммуникации рисков в отношении внутренних и общественных проблем. Если этого удалось добиться, то это означает, что средства информирования населения используются эффективно, с минимальным объемом противоречивой информации, а охват мерами реагирования и оказываемое ими влияние – повышаются.

Умение слушать и вести двустороннюю коммуникацию

Чрезвычайно важно обеспечить вовлечение местных сообществ. Сообщества должны находиться в центре любых мер реагирования при чрезвычайных ситуациях в здравоохранении. Службы реагирования должны хорошо знать свою целевую аудиторию и то, как она воспринимает угрожающий ей риск и какими будут ее убеждения и действия. Без этих знаний службы не смогут повлиять на решения и изменить поведение людей в целях защиты их здоровья, что только усугубит социальную и экономическую дестабилизацию.

Выбор эффективных каналов и ключевых агентов влияния, пользующихся доверием

После анализа целевой аудитории важно выбрать надлежащие каналы коммуникации для ее информирования. Для выбора наиболее эффективных каналов универсального механизма нет: все зависит от местного контекста и специфики целевой аудитории. Как правило, наиболее эффективными будут те каналы, которыми уже пользуется целевая аудитория. Это могут быть традиционные СМИ, социальные сети в интернете, горячие линии, смс-оповещение и др. Важную роль в распространении информации играют агенты влияния – т. е. пользующиеся доверием лидеры общественного мнения, которые зачастую сами являются частью местного сообщества.

В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ЗАРЕГИСТРИРОВАЛИСЬ ТРИНАДЦАТЬ СТРАН: ТРУДНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Европейский регион ВОЗ стал первым из шести регионов Организации, который начал расширение мероприятий по укреплению потенциала в области КРЧС в целях разработки, тестирования и утверждения плана. Этот уникальный и устойчивый проект, разработанный с учетом потребностей конкретных стран, нацелен на повышение эффективности реагирования в области КРЧС в сотрудничестве с партнерами из различных секторов.

Тринадцать (из 53) стран Региона (Армения, Босния и Герцеговина, Кыргызстан, Румыния, Сербия, Словакия,

Словения, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Украина, Швеция и Эстония) и Косово³ (16) приступили к реализации указанных задач в период с марта 2017 г. по февраль 2018 г. и сейчас находятся на разных стадиях этого процесса (табл. 1). Туркменистан стал первой страной, завершившей процесс и принявшей план по КРЧС.

В ходе пилотных мероприятий страны назвали следующие основные трудности:

- 1) в министерствах здравоохранения недостаточно кадровых и финансовых ресурсов для КРЧС;
- 2) протоколы по обеспечению гласности отсутствуют или нуждаются в усовершенствовании;
- 3) координация между органами реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения над-

³ В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999 г.).

ТАБЛИЦА 1. ПЯТИЭТАПНЫЙ КОМПЛЕКС МЕР В ОБЛАСТИ КРЧС В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

	Обучение	Анализ потенциала	Разработка плана	Апробация плана	Утверждение плана
Армения	X	X ^a	X		
Босния и Герцеговина	X	X	X		
Косово ^b		X			
Кыргызстан	X	X ^a	X		
Румыния		X	X		
Сербия		X			
Словакия	X				
Словения	X	X ^a	X		
Таджикистан	X	X	X		
Туркменистан	X	X ^a	X	X	
Турция	X		X		
Украина	X	X			
Швеция	X				
Эстония		X			

Примечание: ^a комплексный анализ в рамках СВО; ^b В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999 г.).

лежащим образом не структурирована и не проходит регулярных проверок;

- 4) отсутствует достаточный экспертный опыт в том, что касается умения выслушивать мнение местных сообществ и взаимодействовать с ними, а также опыт в апробации информационных тезисов;
- 5) не используются на систематической основе иные каналы коммуникации, кроме СМИ;
- 6) агенты влияния – например, работники здравоохранения – не имеют надлежащей подготовки и не обеспечены эффективными инструментами и ресурсами КРЧС.

Были выявлены следующие основные возможности для создания в странах устойчивых и крепких интегрированных систем в области КРЧС:

- 1) дополнение или выработка законодательства для утверждения плана;
- 2) обучение или перепрофилирование специалистов по укреплению здоровья для работы в сфере КРЧС;
- 3) обеспечение координации между секторами чрезвычайных ситуаций и здравоохранения;

- 4) связь плана по КРЧС с деятельностью существующих или создаваемых структур по чрезвычайным ситуациям;
- 5) использование опыта гражданского общества и международных организаций в том, что касается работы с местными сообществами;
- 6) сотрудничество с пользующимися доверием лидерами общественного мнения и агентами влияния.

ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ

Страны Европейского региона проявили немалый интерес к пятиэтапному комплексу мер по укреплению потенциала в области КРЧС, и 13 стран и Косово⁴ попросили Региональное бюро оказать поддержку в организации процесса разработки и утверждения плана. Многие страны признают необходимость повышения потенциала и наращивания готовности к чрезвычайным ситуациям.

За прошедший год (с марта 2017 г. по февраль 2018 г.) был получен немалый практический опыт, связанный

⁴ В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999 г.).

с проведением миссий для реализации пятиэтапного комплекса мер в странах. Обобщение этого опыта позволяет выделить следующие ключевые вопросы для рассмотрения и последующих действий.

- Сектор здравоохранения обычно играет ведущую роль в реагировании на вспышки заболеваний, но при этом он участвует и в более широком межсекторальном реагировании на другие угрозы (в т. ч. природные и экологические катастрофы); это нужно учитывать при разработке и утверждении плана, а также при определении функций и обязанностей, используя сравнительные преимущества органов по реагированию и принимая во внимание национальные структуры и системы.
- Необходимо укреплять механизмы координации между секторами. Основную руководящую роль, особенно при вспышках заболеваний, здесь обычно играет сектор здравоохранения, однако существует и вероятность того, что усилиями лишь одного этого сектора осуществить полный комплекс мер реагирования при чрезвычайной ситуации будет невозможно, поэтому для организации более эффективной коммуникации и ответных мер потребуются информационные каналы и ресурсы партнеров.
- Многие страны в настоящее время создают системы контроля инцидентов – формальные стандартизированные механизмы для управления реагированием при чрезвычайных ситуациях – находящиеся в ведении других министерств (например, внутренних дел, чрезвычайных ситуаций или гражданской обороны). Координаторы по коммуникации при чрезвычайных ситуациях в других секторах не всегда обладают опытом в применении КРЧС, и потому меры по введению в действие плана по КРЧС должны быть интегрированы в структуру системы контроля инцидентов.
- Работа, предусмотренная пятиэтапным комплексом мер в области КРЧС, должна систематически корректироваться для адекватного отражения потребностей и конкретной ситуации в разных странах. Для этого требуется экспертный опыт координаторов КРЧС, а также постепенная доработка комплекса мер, чтобы он мог сохранять свою практическую актуальность и полезность для других стран и организаций, рассматривающих возможность участия в этом процессе.

ВЫВОДЫ

Пятиэтапный комплекс мер в области КРЧС уникален тем, что в его основе лежит учет индивидуального контекста стран и осуществляются комплексный анализ имеющегося у различных секторов потенциала для ведения коммуникации на разных уровнях, разработка планов по КРЧС на основе этого потенциала, а также апробация и утверждение. Программа Регионального бюро по чрезвычайным ситуациям в сфере здравоохранения будет продолжать поиск наиболее эффективных методов для укрепления национального потенциала и функций в области КРЧС в странах Европы. Эти задачи включают взаимодействие с партнерами и обеспечение интереса и приверженности и привлечение ресурсов разработчиков политики и доноров. По мере внедрения пятиэтапного комплекса мер в других странах Региона, будет вестись учет и распространение результатов и опыта проведенной работы. На следующей стадии будет проведена более полная оценка пятиэтапного процесса и опубликован полный отчет об исследовании с описанием изменений в процессе разработки комплекса мер. Итогом работы станет появление окончательного продукта, готового к использованию другими странами и другими структурами, отвечающими за укрепление потенциала. Таким образом, другие страны и организации смогут использовать окончательный вариант пятиэтапного комплекса мер для усовершенствования работы в области КРЧС на местном и национальном уровнях – до, во время и после развития чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здравоохранения.

Источники финансирования: В первой стадии внедрения проекта пятиэтапного комплекса мер по развитию потенциала в области КРЧС, апробация которого проводилась в 13 странах Региона и Косово⁵ в период с марта 2017 г. по февраль 2018 г., при щедрой поддержке Федерального министерства здравоохранения Германии (BMG).

Конфликт интересов: не заявлен.

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

⁵ В соответствии с резолюцией Совета Безопасности Организации Объединенных Наций 1244 (1999 г.).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. International Health Regulations (2005) core capacity monitoring framework: Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1, accessed 16 February 2018).
2. Pandemic influenza preparedness (PIP) risk communication. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/risk-communication/pandemic-influenza-preparedness/en/>, accessed 16 February 2018).
3. World Health Organization outbreak communication planning guide. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/outbreak-communication-guide/en/>, accessed 16 February 2018).
4. Crisis and emergency risk communication. Atlanta (GA): US Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
5. Gillespie AM, Obregon R, El Asawi R, Richey C, Manoncourt E, Joshi K et al. Social mobilization and community engagement central to the Ebola response in West Africa: Lessons for future public health emergencies. *Glob Health Sci Pract.* 2016;4(4):626–46.
6. Tambo E, Madjou G, Khayeka-Wandabwa C, Olalubi OA, Chengho CF, Khater EIM. Ethical, legal and societal considerations on Zika virus epidemics complications in scaling-up prevention and control strategies. *Philos Ethics Humanit Med.* 2017;12(3) (<http://peh-med.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13010-017-0046-8>, accessed 16 February 2018).
7. Reintjes R, Das E, Klemm C, Richardus JH, Kessler V, Ahmad A. “Pandemic public health paradox”: Time series analysis of the 2009/10 influenza A/H1N1 epidemiology, media attention, Risk perception and public reactions in 5 European countries. *PLoS One.* 2016;11(3):e0151258.
8. Chang C. News coverage of health-related issues and its impacts on perceptions: Taiwan as an example. *Health Commun.* 2012;27(2):111–23.
9. Capacity building [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/international-health-regulations/capacity-building-and-risk-communication/capacity-building>, accessed 16 February 2018).
10. Miller AN, Sellnow T, Neuberger L, Todd A, Freihaut R, Noyes J et al. A systematic review of literature on effectiveness of training in emergency risk communication. *J Health Commun.* 2017;22(7):612–29.
11. Miller JL, Rambeck JH, Snyder A. Improving emergency preparedness system readiness through simulation and interprofessional education. *Public Health Rep.* 2014;129 Suppl 4:129–35.
12. Schacter M. “Capacity building”: A new way of doing business for development assistance organizations. Ottawa: Institute on Governance; 2000 (<https://www.files.ethz.ch/isn/103082/policybrief6.pdf>, accessed 16 February 2018).
13. Fischhoff B. Communicating uncertainty: Fulfilling the duty to inform. *Issues Sci Technol.* 2012;28(4) (<http://issues.org/28-4/fischhoff/>, accessed 16 February 2018).
14. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy Plan.* 2004;19(5):336–45.
15. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016-18/en/>, accessed 16 February 2018).
16. Резолюция 1244 Совета Безопасности Организации Объединенных Наций. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 1999 г. ([http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1244\(1999\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/1244(1999)), по состоянию на 16 февраля 2018 г.). ■

CASE STUDY

Strengthening public health: making the case for mass gatherings

Ute Enderlein¹, Jetri Regmi¹

¹ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Ute Enderlein (email: enderleinu@who.int)

ABSTRACT

Mass gatherings like sporting events or religious pilgrimages are highly visible events attended by a sufficient number of people to potentially strain the public health resources of the hosting community, city or country. Potential public health risks created by mass gathering events thus require considerable preparedness and response capabilities on the part of the hosting community and may even represent significant challenges for the health care system as a whole. The high visibility of mass gatherings and the political commitment required to host them can be leveraged to strengthen the emergency preparedness of the health system, including core capacities under the International Health Regulations (IHR) (2005). The enhancement of the public health system for a specific event may leave a positive legacy for

the health system as a whole, especially if this enhancement includes capacity development and appropriate health technology investment. At the request of a Member State, the WHO Regional Office for Europe, in collaboration with WHO headquarters and the network of WHO collaborating centres on mass gatherings, has provided advice and technical support for mass gatherings, including in Poland (2016 World Youth Day), Spain (2017 World Pride Festival) and Turkmenistan (2017 Asian Indoor and Martial Arts Games), to ensure that such large international events are as safe as possible from public health risks and to encourage a positive public health legacy. No major public health incident was reported in the three countries during and in the aftermath of the above-mentioned events.

Keywords: MASS GATHERINGS, INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (IHR) (2005), EMERGENCY PREPAREDNESS, EUROPE

INTRODUCTION

World Health Organization (WHO) defines mass gatherings as “events attended by a sufficient number of people to strain the planning and response resources of a community, state or nation” (1). Mass gatherings present complex planning and preparedness challenges for public health infrastructure. With mass gatherings becoming increasingly international in attendance, natural, accidental and deliberate risks to health security, including but not limited to those posed by communicable diseases, must be addressed during the planning of public health measures (2). Under the pressure imposed by these challenges, public health preparedness measures must also be taken to counteract any serious issues arising in the evolving international health context, such as a terrorist threat/attack or environmental hazard; the public health response to mass gatherings is analogous to that for public health emergencies in which the existing infrastructure may be inadequate for the surge in demand (3). While resources must be in place to respond to infectious disease risks, public health preparedness must be undertaken for all-hazard threats.

Nevertheless, mass gatherings may offer an opportunity for the host country to improve the health of the local community, and constitute a platform on which to raise awareness of health issues and leave a positive legacy. The hosting of an event has the potential to boost intersectoral coordination and communication as well as investment in capacity development at various levels and for various areas of expertise. Mass gatherings, therefore, provide the opportunity to bring about lasting benefits to health systems and health security (4–7).

WHO supports Member States hosting mass gatherings with public health preparedness, implementation and legacy capture. The benefit of WHO’s work in mass gatherings was recognized

by the Executive Board in 2012.¹ Globally, WHO collaborates with its Member States, collaborating centres and scientific and public health partners to improve planning for mass gatherings. This entails analysing and acting on the risks and opportunities of mass gatherings in the countries concerned, their existing capacities and the additional needs imposed by the gatherings, as well as the countries' requests for support.

In 2016–2017, the WHO Regional Office for Europe provided support to the following Member States hosting mass gathering events: Poland (World Youth Day), Spain (World Pride Festival), and Turkmenistan (Asian Indoor and Martial Arts Games).

Specific areas of WHO support include:

- all-hazard risk assessment and response: ensuring that correct standards are applied to risk assessment, surveillance and response, including outbreak management, infection control and vaccination;
- emergency medical services and hospitals: supporting planning for the management of mass casualties and emergencies in local communities, at event venues and in related locations (such as fan zones);
- laboratory capacity: ensuring that adequate diagnostic capacities (including human resources and reagents) and transport procedures are in place;
- travel medicine: ensuring that procedures are in place to provide updated health advice and guidance for visitors on topics such as vaccinations, food and water safety, and emergency contact numbers;
- promotion of healthy behaviours: carrying out activities before and during mass gatherings to encourage such behaviours, such as increased physical activity, cessation of tobacco use, avoidance of excess alcohol and safe sex practices.

¹ See decision EB130/DIV/3, (EB130(3): Global mass gatherings: implications and opportunities for global health security), which states: "The Executive Board, having considered the report on global mass gatherings: implications and opportunities for global health security, recognizing that mass gatherings have significant implications for public health beyond the acute public health events which may occur and require rapid detection and effective management; recognizing that the planning and organization of mass gatherings is the responsibility of the Member States; building on the existing WHO resources to support the planning and conduct of mass gathering events; and acknowledging the challenges of some Member States in managing mass gatherings (...): (1) requested the Director-General to further develop and disseminate multisectoral guidance on planning, management, evaluation and monitoring of all types of mass gathering events(...)"

The following case studies highlight some of the key activities carried out by the Regional Office in collaboration with WHO headquarters in preparation for and during three mass gathering events in 2016 and 2017.

CASE STUDIES

A.

World Youth Day brought an estimated 2.5 million young people from all over the world to Krakow, Poland, on 25–31 July 2016. Poland has a long history of hosting mass gathering events, such as the 2012 UEFA European Football Championship and annual music festivals. Prior to the event the country's preparedness was assessed and WHO acknowledged the positive effect of previous mass gatherings on public health preparedness, notably strong interministerial and intersectoral coordination, and adequate public health infrastructure and services, including emergency medical services (8).

During the event, the Regional Office supported enhanced event-based surveillance through implementation of an electronic platform called the Hazard Detection and Risk Assessment System (HDRAS) that monitors a wide range of information sources (such as news media, social media, blogs and specialized news aggregators). Experts in emergency preparedness, health security and infectious disease control use the system to rapidly identify and monitor public health threats. During the event, the Regional Office was in regular contact with the Polish Ministry of Health and the Chief Sanitary Inspectorate, which were also monitoring potential public health threats. No major public health incident occurred during the event, but a fatal case of meningitis was reported afterwards. All of the deceased person's close contacts received a prophylactic antibiotic as a precaution and no further infection was reported.

B.

About 3 million people participated in the World Pride Festival that was held in Madrid, Spain, from 23 June to 2 July 2017. The Regional Office conducted a risk assessment on the likelihood of transmission of hepatitis A during the event and on that basis provided guidance for attendees to be followed before, during and after the event (9). WHO also worked with the European Centre for Disease Prevention and Control on reviewing and providing input to a rapid risk assessment of communicable disease risks related to the event. In the first three months of 2017 Spain had six times more cases of hepatitis A than in the same period in 2016. Most cases were in men aged between 15 and 45 years, and men having sex with men were the most affected group (10).

C.

The Asian Indoor and Martial Arts Games in September 2017 was the first international mass gathering event ever held in Turkmenistan. The Ministry of Health requested WHO to provide expert technical assistance in planning and carrying out a risk assessment. Before the event, WHO headquarters and the Regional Office conducted several training sessions for national experts based on the relevant WHO guidance (1). The curriculum addressed public health issues such as preventing or minimizing risk of injury and outbreaks of infectious diseases, and maximizing safety for participants, spectators, event staff and residents. Following the training, the Regional Office supported national experts in conducting a comprehensive risk assessment for the event, which identified technical areas that required further strengthening. The identified gaps led the Regional Office to conduct, jointly with national partners, training on mass casualty management, food safety and risk communication, as well as hospital safety assessments and simulation exercises. In preparation for the event, Turkmenistan also developed with the Regional Office a document on emergency risk communication planning and the country volunteered for a Joint External Evaluation of its International Health Regulations (2005) core capacities (11), which was conducted in June 2016 (12).

During the event, the Regional Office supported enhanced event-based surveillance using the HDRAS platform. While 7 030 news items on the Asian Indoor Games were scanned over the 12 days of the event, no significant events of public health impact were reported either locally or internationally. After the event, the Regional Office provided technical support to Turkmenistan to conduct a workshop aimed at identifying how the enhanced systems for the event could be integrated into the regular public health system, bringing together all the stakeholders involved.

In line with its core function of providing leadership on matters critical to health, in November 2017 WHO organized a technical consultation on planning for and hosting mass gathering events for experts from seven countries in the WHO European Region and 11 cities in the Russian Federation, which is to host the 2018 FIFA World Cup. The experts, from countries with considerable experience in hosting mass gathering events, discussed challenges, best practices and the operational nuances of planning for and hosting such events, as well as potential legacies. Conclusions drawn included the understanding that:

1. mass gatherings are opportunities to build the capacities of countries for more resilient health systems;
2. these capacities can be used to strengthen existing health systems, including multisectoral networking and interdisciplinary knowledge transfer;

3. enhanced coordination mechanisms between countries, interregionally and internationally are key prerequisites for the successful management of the health-related aspects of mass gatherings;
4. strong IHR (2005) core capacities improve the preparedness and management of mass gatherings; and
5. integration of enhanced services, developed as a result of the mass event, into the wider health system following a mass gathering event should be an important aspect of the lasting positive legacy of any mass gathering event.

DISCUSSION

Mass gatherings often generate political momentum and resources and they present an important opportunity to build sustainable and long-term health improvements in four areas: improved medical and hospital services; a strengthened public health system; an enhanced living environment; and increased health education and awareness. The health legacy is one of the most important results of large-scale events. WHO's efforts to support health authorities in planning for such events is in line with the all-hazard and whole-of-society approaches driving public health risk management under the IHR (2005). The potential positive legacy of public health preparedness for mass gatherings is thus a core focus of the involvement of the Regional Office.

As the three case studies above show, positive legacy areas include improvements in IHR (2005) compliance, capacity and capability building, surveillance and response, stronger health care systems, emergency planning, environmental health, health promotion, social infrastructure such as parks, stadiums and roads and the ability to host future mass gatherings. The example from Turkmenistan shows that political commitment to successful hosting of mass gathering events can be leveraged by national health authorities to enhance IHR (2005) core capacities. The examples also highlight the fact that mass gatherings can be powerful platforms for promoting health messages, especially physical activity and active living, healthy nutrition and hygiene advice.

Recognizing the importance of knowledge sharing to enhance positive legacies for health systems, WHO has developed, jointly with Public Health England (WHO Collaborating Centre for Mass Gatherings and Global Health Security), a framework for legacy research based on four areas of health system improvement:

- improved medical and hospital services;

- strengthened public health system;
- an enhanced living environment;
- increased health awareness.

So far the results are mainly case study reports and there is no systematic or standardized approach to the legacy of mass gatherings. The positive benefits of hosting mass gatherings still need to be standardized and promoted. There is a growing desire to make the hosting of mass events cost effective, which means there is a focus on long-term benefits for the host in a variety of areas, such as public health and education (1). So far, the most important and tangible positive legacy seems to be passing the knowledge gained on to future planners of other mass gathering events.

CONCLUSION

Based on the experience gained by the Regional Office in 2016 and 2017, it is clear that early involvement of health authorities in the planning of mass gathering events has beneficial effects in terms of both improving public health measures for the event itself and providing long-term gains to the health system following the event. Investments, activities and improvements to existing public health system should permanently benefit the host countries' public health capacities and infrastructure. The political support and additional visibility that result from mass gatherings provide an opportunity to build capacity in public health and compliance with the IHR (2005) by strengthening the core functional capacities of Member States.

The Regional Office will use the opportunity provided by mass gatherings to build and strengthen core capacity in line with the IHR (2005) in countries and use the political momentum that comes with organizing mass gathering events to ensure positive legacy for the countries involved and knowledge transfer to other Member States.

Acknowledgements: The authors are grateful to the public health authorities of Poland, the Russian Federation, Spain and Turkmenistan, WHO staff who were involved in supporting mass gathering activities in these countries, and Public Health England.

Conflict 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. Public health for mass gatherings: key considerations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162109/1/WHO_HSE_GCR_2015.5_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 23 February 2018).
2. Blumberg L, Regmi J, Endericks T, McCloskey B, Petersen E, Zumla A et al. Hosting of mass gathering events during the 2013–2016 Ebola virus outbreak in West Africa: experience from three African countries. *Int J Infect Dis.* 2016;47:38–41 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971216310955#>, accessed 23 February 2018).
3. Abubakar I, Gautret P, Brunette GW, Blumberg L, Johnson D, Pomeroy G et al. Global perspectives for prevention of infectious diseases associated with mass gatherings. *Lancet Infect Dis.* 2012;12:66–74 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309911702468> accessed 23 February 2018).
4. Smallwood CAH, Arbuthnott KG, Banczak-Mysiak B, Borodina M, Coutinho AP, Payne-Hallström L et al. Euro 2012 European Football Championship Finals: planning for a health legacy. *Lancet.* 2014;383:2090–7 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613623843>, accessed 23 February 2018).
5. McCloskey B, Endericks T, Catchpole M, Zambon M, McLauchlin J, Shetty N et al. London 2012 Olympic and Paralympic Games: public health surveillance and epidemiology. *Lancet.* 2014;383:2083–9 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613623429>, accessed 23 February 2018).
6. World Health Organization, Department of Health of the Republic of South Africa. 2010 FIFA World Cup public health legacy: Analysis of the benefits arising from the organisation of a mass gathering (<http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/2010-fifa-wcphl-print.pdf>, accessed 23 February 2018).
7. Dapeng J, Ljungqvist A, Troedsson H, editors. The health legacy of the 2008 Beijing Olympic Games: success and recommendations. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2010 (http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/7955/9789290614593_eng.pdf, accessed 23 February 2018).

8. World Youth Day 2016. In: Poland [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/poland/news/news/2016/08/world-youth-day-2016>, accessed 26 February 2018).
9. Hepatitis A outbreaks mostly affecting men who have sex with men – European Region and the Americas. In: Emergency preparedness, response [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/csr/don/07-june-2017-hepatitis-a/en/>, accessed 26 February 2018).
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Potential public health risks related to communicable diseases at the WorldPride festival in Madrid, 23 June–2 July 2017 (<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/RRA-Mass%20gathering-WorldPride-Spain-5-May-2017.pdf>, accessed 23 February 2018).
11. International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/>, accessed 23 February 2018).
12. Joint External Evaluation of IHR core capacities of Turkmenistan. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255632/1/WHO-WHE-CPI-2017.29-eng.pdf?ua=1>, accessed 23 February 2018). ■

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ

Укрепление системы общественного здравоохранения: опыт организации массовых мероприятий

Ute Enderlein¹, Jetri Regmi¹

¹ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Ute Enderlein (адрес электронной почты: enderleinu@who.int)

АННОТАЦИЯ

Массовые мероприятия, такие как спортивные состязания или религиозные паломничества, являются резонансными событиями в которых принимает участие достаточно большое количество людей, способное подвергнуть серьезному испытанию ресурсы общественного здравоохранения соответствующего сообщества, города или страны. Потенциальные риски для общественного здоровья, сопутствующие массовым мероприятиям, требуют от принимающего сообщества значительного уровня готовности и средств реагирования и могут представлять существенную проблему для всей системы здравоохранения в целом. Такие факторы, как повышенное общественное внимание к массовым мероприятиям и политическая ответственность, лежащая на принимающей стороне, можно использовать в интересах повышения готовности системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям, включая мобилизацию основных возможностей в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.). Расширение возможностей системы общественного здравоохранения в связи с тем или иным конкретным событием может оставить

ценное наследие для всей системы здравоохранения в целом – особенно если такое расширение подразумевает развитие профессиональных компетенций сотрудников системы здравоохранения и вложения в соответствующие медицинские технологии. По запросам государств-членов организации, Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с штаб-квартирой ВОЗ и сетью соответствующих сотрудничающих центров ВОЗ осуществляли консультативно-техническое сопровождение ряда массовых мероприятий, в том числе в Польше (Всемирный день молодежи, 2016 г.), Испании (Всемирный прайд-парад, 2017 г.), и Туркменистане (Азиатские игры в закрытых помещениях и по боевым искусствам, 2017 г.), с целью обеспечения максимальной безопасности масштабных международных мероприятий перед лицом рисков в области общественного здоровья и повышения потенциала общественного здравоохранения в целом. В этих трех странах не было зафиксировано ни одного значительного инцидента, имевшего серьезные негативные последствия для здоровья людей, – ни во время, ни после вышеупомянутых мероприятий.

Ключевые слова: МАССОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА (ММСП) (2005 г.), ГОТОВНОСТЬ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ, ЕВРОПА

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с определением ВОЗ массовые мероприятия – это «мероприятия, количество зрителей или участников которых достаточно велико для того, чтобы подвергнуть серьезному испытанию механизмы планирования и реагирования соответствующего сообщества, государства или народа» (1). Массовые мероприятия ставят перед инфраструктурой общественного здравоохранения сложные задачи в сфере планирования и обеспечения должного уровня готовности. А учитывая тот факт, что масштабные массовые мероприятия всё чаще собирают людей из разных стран мира, угрозы здоровью людей, обусловленные природными явлениями и связанные с потенциальными

несчастными случаями, равно как и с целенаправленными действиями, включая, но не ограничиваясь, рисками, вызванными инфекционными заболеваниями, необходимо брать под контроль уже на этапе планирования мер, принимаемых системой общественного здравоохранения (2). Все эти угрозы обуславливают необходимость принятия мер по повышению готовности системы общественного здравоохранения к противодействию серьезным инцидентам, таким как террористические угрозы/атаки и экологические риски. Ответные действия системы общественного здравоохранения в условиях массовых мероприятий должны быть аналогичны ее реакции на чрезвычайные ситуации, представляющие опасность для здоровья населения, когда существующая инфраструктура может не справиться с резким повышением

спроса (3). Тогда как необходимо располагать ресурсами, требуемыми для реагирования на угрозу распространения инфекционных заболеваний, система общественного здравоохранения должна быть готова ко всем типам рисков.

С другой стороны, массовые мероприятия могут открывать перед странами-организаторами возможности по оптимизации системы здравоохранения соответствующего местного сообщества и способствовать привлечению общественного внимания к проблемам здравоохранения; кроме того, после их проведения страна получает ценное наследие, пригодное к дальнейшему использованию. Проведение такого мероприятия может стать трамплином для дальнейшей координации усилий и взаимодействия различных секторов, а также для вложений в повышение профессиональных компетенций на разных уровнях и в разных сферах деятельности. В целом, массовые мероприятия открывают перед системами здравоохранения долговременные позитивные перспективы, в том числе и в аспекте обеспечения безопасности здоровья (4–7).

ВОЗ оказывает государствам-членам поддержку при проведении ими массовых мероприятий, в частности в таких вопросах, как готовность системы здравоохранения, организация мероприятий и дальнейшее использование положительных результатов. Эффективность работы ВОЗ по подготовке и проведению массовых мероприятий была отмечена Исполнительным комитетом ВОЗ в 2012 г¹. На мировом уровне ВОЗ работает над оптимизацией планирования мер по подготовке к массовым мероприятиям в сотрудничестве с государствами-членами, сотрудничающими центрами, а также с партнерами, представляющими научные круги и системы общественного здравоохранения. Эта работа включает в себя рассмотрение рисков и возможностей развития событий при массовых мероприятиях

¹ См. Решение EB130(3) в EB130/DIV/3, в котором говорится о том, что «Исполнительный комитет, рассмотрев доклад „Глобальные массовые мероприятия: их значение и возможности для обеспечения безопасности здоровья в мире“ (Документ EB130/17), признавая, что массовые мероприятия влекут за собой существенные последствия для здоровья населения, выходящие за рамки серьезных событий в области общественного здравоохранения, которые могут возникнуть и которые должны быть быстро выявлены и надлежащим образом устранены; признавая, что ответственность за планирование и организацию массовых мероприятий лежит на государствах-членах; основываясь на существующих ресурсах ВОЗ для поддержки планирования и проведения массовых мероприятий; и признавая проблемы, с которыми сталкиваются некоторые государства-члены в организации массовых мероприятий (...): (1) предложил Генеральному директору доработать и распространить многосекторальное руководство по планированию, проведению, оценке и мониторингу всех видов массовых мероприятий (...)».

в соответствующих странах, анализ имеющихся резервов и дополнительных потребностей, обусловленных ситуацией большого скопления людей, а также учитывает запросы стран на получение поддержки.

В 2016–2017 гг. Европейское региональное бюро ВОЗ обеспечило поддержку следующим государствам-членам, организовывавшим массовые мероприятия: Испания (Всемирный прайд-парад), Польша (Всемирный день молодежи) и Туркменистан (Азиатские игры в закрытых помещениях и по боевым искусствам).

ВОЗ оказывает странам поддержку, в частности в следующих конкретных областях:

- оценка всех факторов риска и меры реагирования: обеспечение ориентации на нужные стандарты оценки рисков, контроля над ними и ответных действий, в том числе мер по управлению ситуацией при вспышках заболеваний, а также мер инфекционного контроля и вакцинации;
- службы неотложной медицинской помощи и больницы: поддержка планирования действий при происшествиях с большим количеством пострадавших и в чрезвычайных ситуациях в местных сообществах, а также действий в местах проведения мероприятий и на связанных с ними объектах (в фан-зонах и т. д.);
- лабораторный потенциал: обеспечение адекватного потенциала (в том числе кадровых ресурсов и реагентов) для диагностики и наличие процедур транспортировки;
- медицина путешествий: подготовка процедур адекватного медицинского консультирования и рекомендаций для гостей мероприятий; по таким вопросам, как вакцинация, пищевая безопасность и безопасность воды, а также телефоны экстренных служб;
- популяризация здорового образа жизни: перед массовыми мероприятиями и во время их проведения – осуществление деятельности, направленной на популяризацию таких видов здорового поведения, как повышение интенсивности физической активности, отказ от табакокурения и избыточного потребления алкоголя, безопасный секс и т. д.

Приведенное ниже описание ситуационных исследований содержит информацию о ключевых видах деятельности, осуществлявшихся Региональным бюро в рамках

подготовки к массовым мероприятиям 2016 и 2017 гг. и в процессе их проведения в сотрудничестве с штаб-квартирой ВОЗ.

ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ

А.

По оценкам Всемирный день молодежи, состоявшийся 25–31 июля 2016 г. в Кракове, Польша, собрал 2,5 миллиона человек. У Польши имеется большой опыт организации массовых мероприятий: в 2012 г. в стране прошел Чемпионат Европы по футболу, ежегодно проводятся музыкальные фестивали. Перед мероприятием ВОЗ оценила уровень готовности страны и отметила положительное влияние предыдущих массовых мероприятий на готовность системы здравоохранения, в особенности прочную координацию действий между министерствами и секторами, а также адекватность инфраструктуры системы здравоохранения и медицинских услуг, включая службы экстренной медицинской помощи (8).

Во время мероприятия Региональное бюро оказывало поддержку в реализации ориентированного на специфику мероприятия полномасштабного контроля над ситуацией за счет внедрения электронной платформы под названием «Система обнаружения опасности и оценки риска» (HDRAS), осуществляющей мониторинг широкого спектра информационных источников (новостных СМИ, социальных сетей, блогов, специализированных новостных агрегаторов). Специалисты по подготовке к чрезвычайным ситуациям, безопасности здоровья и контролю над инфекционными заболеваниями используют эту систему для оперативного обнаружения и мониторинга угроз в сфере общественного здравоохранения. Во время мероприятия Региональное бюро поддерживало постоянный контакт с Министерством здравоохранения и Главной санитарной инспекцией Польши, которые тоже осуществляли мониторинг потенциальных угроз для здоровья населения. Во время мероприятия не было зафиксировано ни одного инцидента, связанного со здоровьем людей, однако после его окончания был зарегистрирован случай смерти от менингита. Все члены группы, в составе которой прибыл умерший, прошли профилактический курс приема антибиотиков; дальнейшего распространения инфекции зафиксировано не было.

Б.

Во Всемирном прайд-параде, прошедшем в Мадриде, Испания, с 23 июня по 2 июля 2017 г., приняло участие около трех миллионов человек. Региональное бюро провело оценку риска в отношении вероятности распространения гепатита А во время мероприятия и на основе результатов этой оценки подготовило руководство для участников, содержащее основные правила, которым рекомендовалось следовать до, во время и после мероприятия (9). Кроме того, ВОЗ в сотрудничестве с Европейским центром профилактики и контроля заболеваний проанализировала и актуализировала существующие процедуры оперативной оценки риска распространения инфекционных заболеваний применительно к этому мероприятию. В первые три месяца 2017 г. в Испании было зафиксировано в шесть раз больше случаев гепатита А, чем за аналогичный период в 2016 г. Большинство заболевших были мужчинами в возрасте от 15 до 45 лет, наиболее затронутой группой были мужчины, практикующие секс с мужчинами (10).

В.

Азиатские игры в закрытых помещениях и по боевым искусствам, прошедшие в сентябре 2017 г., стали первым международным массовым мероприятием, проведенным в Туркменистане. Министерство здравоохранения страны направило в Региональное бюро запрос на предоставление экспертной технической помощи в планировании и осуществлении оценки рисков. Перед мероприятием Региональное бюро провело несколько тренингов для национальных экспертов, ориентируясь на соответствующие руководящие указания ВОЗ (1). Учебная программа включала в себя такие вопросы, как исключение или минимизация риска травматизма и вспышек инфекционных заболеваний, а также обеспечение максимальной безопасности участников, зрителей, сотрудников и местного населения. По окончании тренингов Региональное бюро оказывало национальным экспертам поддержку в проведении комплексной оценки рисков, связанных с мероприятием; при этом были выявлены технические аспекты, нуждающиеся в доработке. На основании выявленных недочетов Региональное бюро приняло решение о проведении совместно со страновыми партнерами тренингов по действиям в случаях происшествий с большим количеством пострадавших, пищевой безопасности и оповещении о рисках, а также об организации занятий по оценке безопасности больниц и моделированию соответствующих ситуаций. В процессе подготовки к мероприятию Туркменистан совместно с Региональным бюро ВОЗ разработал документ по

планированию оповещения о рисках. Кроме того, страна добровольно приняла участие в совместной внешней оценке своих основных возможностей, предусмотренных Международными медико-санитарными правилами (ММСП) (2005 г.) (11): оценка была проведена в июне 2016 г. (12).

Во время мероприятия Региональное бюро оказывало поддержку в реализации ориентированного на специфику мероприятия полномасштабного контроля над ситуацией с использованием платформы HDRAS. За 12 дней было изучено 7030 информационных сообщений, касающихся Азиатских игр в закрытых помещениях, – при этом ни в местных, ни в международных новостях не было обнаружено ни одного упоминания о сколько-нибудь значимых инцидентах, связанных с общественным здоровьем.

По окончании мероприятия при поддержке Регионального бюро был проведен семинар с участием всех заинтересованных сторон. Тема семинара – пути интеграции комплексных систем, разработанных и внедренных в связи с мероприятием, в штатную работу системы общественного здравоохранения.

В рамках осуществления своей основной функции, заключающейся в управлении принятием мер, критичных для работы системы здравоохранения, в ноябре 2017 г. ВОЗ организовала технические консультации по планированию и проведению массовых мероприятий для экспертов из семи стран Европейского региона ВОЗ и из 11 городов Российской Федерации, в которых будут проходить матчи Чемпионата мира по футболу в 2018 г. Эксперты из стран, имеющих значительный опыт в организации массовых мероприятий, обсуждали проблемы, методы передовой практики и оперативные нюансы планирования и проведения такого рода мероприятий, а также их потенциальное наследие. В результате они констатировали следующее.

1. Массовые мероприятия открывают перед странами-организаторами широкие возможности в сфере укрепления жизнестойкости национальных систем здравоохранения.
2. Эти возможности можно использовать для укрепления существующих систем здравоохранения, в том числе для взаимодействия между секторами и междисциплинарного обмена знаниями и информацией.
3. Ключевым условием успешного контроля над аспектами, связанными со здоровьем, при проведении массовых мероприятий являются отлаженные механизмы координации действий между разными странами, между регионами и на международном уровне.

4. Наличие основных возможностей, предусмотренных ММСП (2005 г.), повышает готовность стран к чрезвычайным ситуациям и их потенциал в сфере управления массовыми мероприятиями.
5. Интеграция усовершенствованных систем в штатную практику здравоохранения по окончании массовых мероприятий должна стать важным аспектом использования долгосрочного наследия любого массового мероприятия.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Массовые мероприятия зачастую генерируют политический импульс и ресурсы, а также открывают широкие возможности для внедрения устойчивых и долгосрочных усовершенствований в области здравоохранения, а именно в следующие четыре сферы этой системы: улучшение медицинских и больничных служб; укрепление системы общественного здравоохранения; улучшение жилой среды; расширение просвещения по вопросам здоровья и соответствующей осведомленности. Одним из важнейших результатов крупномасштабных мероприятий становится их наследие в отношении здоровья. Деятельность ВОЗ по поддержке органов здравоохранения при планировании таких мероприятий вписывается в предусмотренные ММСП (2005 г.) подходы к управлению рисками для здоровья населения, основанные на идентификации всех типов угроз и при участии всего общества. Подлежащее дальнейшему использованию наследие, сформированное в процессе подготовки системы здравоохранения к массовым мероприятиям, есть один из ключевых аспектов участия Регионального бюро в этом процессе.

Все три описанных выше примера из практики демонстрируют, что к ценному наследию массовых мероприятий относятся улучшения соблюдения требований ММСП (2005 г.), наращивание потенциала и возможностей, совершенствование эпиднадзора и мер реагирования, повышение эффективности системы здравоохранения, улучшение планирования на случай чрезвычайных ситуаций, развитие экологической медицины, популяризация здорового образа жизни, развитие социальной инфраструктуры, в частности парков, стадионов и дорог и организационного потенциала для проведения массовых мероприятий в будущем. Пример Туркменистана показывает, что политическая воля к успешному проведению массовых мероприятий может быть использована национальными органами здравоохранения для укрепления основных возможностей согласно ММСП (2005 г.). Кроме того, эти примеры

подтверждают тот факт, что массовые мероприятия могут стать прочной платформой для популяризации здорового образа жизни – особенно разумной физической нагрузки и активного образа жизни, здорового питания и норм гигиены.

Признавая важность обмена информацией и знаниями в целях обеспечения позитивного наследия для систем здравоохранения, ВОЗ совместно с Департаментом здравоохранения Англии (сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам массовых мероприятий и глобальной безопасности здоровья) разработала рамочную программу анализа наследия на основе четырех сфер усовершенствования системы здравоохранения:

- оптимизация медицинского и больничного обслуживания;
- укрепление системы общественного здравоохранения;
- оздоровление жилой среды;
- просвещение в области здоровья и медицины.

На настоящий момент результатом этой деятельности в основном являются отчеты о ситуационных исследованиях. «Систематический или стандартизованный подход к оценке наследия массовых мероприятий пока не выработан. Его благотворная роль по-прежнему нуждается в стандартизации и продвижении. Налицо растущее стремление к обеспечению рентабельности массовых мероприятий, а для этого необходимо сфокусироваться на долгосрочных выгодах, обеспечиваемых этими мероприятиями странам-организаторам в самых разных областях, в том числе и в сфере общественного здравоохранения и образования» (1). На сегодняшний день самым важным и осязаемым наследием представляется передача полученных знаний и опыта организаторам будущих массовых мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основываясь на опыте, приобретенном Региональным бюро в 2016 и 2017 гг., можно с уверенностью утверждать, что участие органов здравоохранения в планировании массовых мероприятий оказывает благотворное воздействие как на усовершенствование мер в области общественного здравоохранения в поддержку самого мероприятия, так и обеспечивая долгосрочный положительный эффект для системы здравоохранения после его окончания. Инвестиции,

предпринимаемые шаги и реализуемые усовершенствования должны оказывать долгосрочное благотворное влияние на потенциал и инфраструктуру общественного здравоохранения стран-организаторов. Массовые мероприятия обеспечивают политическую поддержку и рост общественного внимания, что, в свою очередь, открывает перед системами здравоохранения возможность наращивания потенциала и соблюдения ММСП (2005 г.) за счет укрепления основных функциональных возможностей государств-членов ВОЗ.

Региональное бюро будет использовать возможности, предоставляемые массовыми мероприятиями для создания и укрепления основных возможностей в соответствии с ММСП (2005 г.) в странах, а также использовать политический импульс, генерируемый при организации массовых мероприятий, для обеспечения соответствующих стран ценным наследием и для содействия передаче полученного опыта другим государствам-членам ВОЗ.

Выражение признательности: авторы выражают признательность органам общественного здравоохранения Испании, Польши, Российской Федерации и Туркменистана, сотрудникам ВОЗ, принимавшим участие в поддержке организации массовых мероприятий в этих странах, а также Департаменту здравоохранения Англии.

Конфликт интересов: не заявлен.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Public health for mass gatherings: Key considerations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162109/1/WHO_HSE_GCR_2015.5_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 23 February 2018).
2. Blumberg L, Regmi J, Endericks T, McCloskey B, Petersen E, Zumla A et al. Hosting of mass gathering events during the 2013–2016 Ebola virus outbreak in West Africa: experience from three African countries. *Int J Infect Dis.* 2016;47:38–41 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971216310955#>, accessed 23 February 2018).

3. Abubakar I, Gautret P, Brunette GW, Blumberg L, Johnson D, Pomeroy G et al. Global perspectives for prevention of infectious diseases associated with mass gatherings. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:66–74 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309911702468>, accessed 23 February 2018).
4. Smallwood CAH, Arbuthnott KG, Banczak-Mysiak B, Borodina M, Coutinho AP, Payne-Hallström L et al. Euro 2012 European Football Championship Finals: planning for a health legacy. *Lancet*. 2014;383:2090–7. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62384-3.
5. McCloskey B, Endericks T, Catchpole M, Zambon M, McLauchlin J, Shetty N et al. London 2012 Olympic and Paralympic Games: public health surveillance and epidemiology. *Lancet*. 2014;383:2083–9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62342-9.
6. 2010 FIFA World Cup public health legacy: Analysis of the benefits arising from the organisation of a mass gathering. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa (<http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/2010-fifa-wcphl-print.pdf>, accessed 23 February 2018).
7. Dapeng J, Ljungqvist A, Troedsson H, editors. The health legacy of the 2008 Beijing Olympic Games: Success and recommendations. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2010 (http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/7955/9789290614593_eng.pdf, accessed 23 February 2018).
8. World Youth Day 2016. In: Poland [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/countries/poland/news/news/2016/08/world-youth-day-2016>, accessed 26 February 2018).
9. Вспышки гепатита А в основном затрагивают мужчин, имеющих секс с мужчинами, – Европейский регион и страны Америки. В: Готовность и реагирование на чрезвычайные ситуации [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.who.int/csr/don/07-june-2017-hepatitis-a/ru/>, по состоянию на 6 марта 2018 г.).
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Potential public health risks related to communicable diseases at the WorldPride festival in Madrid, 23 June–2 July 2017 (<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/RRA-Mass%20gathering-WorldPride-Spain-5-May-2017.pdf>, accessed 23 February 2018).
11. Международные медико-санитарные правила (2005 г.), 2-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 (<http://www.who.int/ihr/9789241596664/ru/>, по состоянию на 6 марта 2018 г.).
12. Joint External Evaluation of IHR core capacities of Turkmenistan. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255632/1/WHO-WHE-CPI-2017.29-eng.pdf?ua=1>, accessed 23 February 2018).

REPORT

Innovative Pandemic influenza preparedness Framework paves the way for sustainable improvements to pandemic preparedness

Michala Hegermann-Lindencrone¹, Sayohat Hasanova¹, Dmitriy Pereyaslov¹, Nune Dolyan², Kaliya Kasymbekova³, Abdulakhad Safarov⁴, Ayjeren Myratdurdyeva⁵, Anna Pashalishvili⁶, Liana Torosyan⁷, Dinagul Otorbaeva⁸, Firdavs Akhrorov⁹, Gurbangul Ovllyakuliyeva¹⁰, Dilorom Tursunova¹¹, Maureen O'Leary¹, Mohir Ahmedov¹, Caroline Sarah Brown¹

¹ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

² WHO Country Office, Yerevan, Armenia

³ WHO Country Office, Bishkek, Kyrgyzstan

⁴ WHO Country Office, Dushanbe, Tajikistan

⁵ WHO Country Office, Ashgabat, Turkmenistan

⁶ WHO Country Office, Tashkent, Uzbekistan

⁷ National Center for Disease Control and Prevention, Ministry of Health, Yerevan, Armenia

⁸ Department of Prevention of Diseases and Sanitary Epidemiological Surveillance, Ministry of Health, Bishkek, Kyrgyzstan

⁹ State Sanitary and Epidemiological Surveillance Services, Ministry of Health and Social Protection of the Population, Dushanbe, Tajikistan

¹⁰ State Sanitary and Epidemiological Surveillance Services, Ministry of Health, Ashgabat, Turkmenistan

¹¹ Sanitary and Epidemiology Department, Ministry of Health, Tashkent, Uzbekistan

Corresponding author: Michala Hegermann-Lindencrone (email: hegermannlindenc@who.int)

ABSTRACT

The Pandemic influenza preparedness (PIP) Framework benefit sharing mechanism has been used to support the strengthening of pandemic preparedness in five countries in the WHO European Region. The support laid the foundation for sustainable influenza surveillance and response systems in the countries by strengthening influenza laboratory and surveillance capacities as well as capacities to detect and respond to outbreaks and treat patients with severe forms

of influenza. The results achieved will increase the contribution of countries in the WHO European Region to national, regional and global influenza surveillance and will help countries to be better prepared for the next influenza pandemic. The WHO Regional Office for Europe's implementation of the PIP Framework, is an example of how country commitment, sustained funding and a solid methodological approach can lead to enhanced pandemic preparedness in countries.

Keywords: INFLUENZA, PREPAREDNESS, PIP FRAMEWORK, SURVEILLANCE, LABORATORY, OUTBREAK INVESTIGATION AND RESPONSE

BACKGROUND

GLOBAL CONTEXT OF PANDEMIC PREPAREDNESS AND PIP FRAMEWORK

Influenza pandemics have occurred throughout history, causing widespread disease and deaths as well as high socioeconomic costs (1). The previous four pandemics, the most recent having occurred in 2009, are estimated collectively to have caused up to 50 million deaths, including 20–40 million attributed to the 1918 H1N1 pandemic almost one century ago. Even the relatively mild 2009 H1N1 pandemic is estimated to have caused between 150 000–580 000 deaths in population groups not usually associated with

a high risk of death due to influenza (2, 3), and a new pandemic is considered inevitable. Despite the extensive efforts made to prepare for a pandemic prior to 2009, the conclusion of the International Health Regulations (IHR) Review Committee, following the 2009 pandemic, was that “The world is ill-prepared to respond to a severe influenza pandemic or to any similarly global, sustained and threatening public-health emergency” (4).

In 2014–2016, the outbreaks of Ebola and Zika further emphasized the need for substantial revisions in the way the global community prepares for and responds to epidemics and pandemics. As a consequence, significant reforms were

implemented within WHO with the establishment of the WHO Health Emergencies Programme (WHE), which enhances WHO's operational capacity to respond to any acute public health event, whether caused by a biological, natural or man-made hazard or disaster, including pandemic influenza. The WHE support in the area of pandemic preparedness goes hand-in-hand with efforts to accelerate the implementation of the IHR (2005) core capacities (5). Moreover, the need for enhanced global action in the area of IHR (2005) and health emergency preparedness was corroborated with the adoption of the Sustainable Development Goals (SDGs) in 2015: SDG 3, target D, states the importance of "early warning, risk reduction and management of national and global health risks" (6).

An important instrument in the global efforts to strengthen preparedness for an influenza pandemic is PIP Framework (7), which was adopted by the World Health Assembly at its Sixty-fourth session in 2011. The PIP Framework is a unique partnership between WHO, Member States, industry and civil society who work together for a common goal: to improve the sharing of influenza viruses with human pandemic potential, and to ensure the equitable access of countries to vaccines and other pandemic-related supplies.

UTILIZATION OF PIP FRAMEWORK BENEFITS TO IMPROVE PANDEMIC PREPAREDNESS

The PIP Framework is based on two fundamental pillars: virus sharing and benefit sharing. The virus sharing pillar emphasizes the sharing of influenza viruses with pandemic potential by countries with the WHO Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) for the purpose of risk assessment, surveillance and the development of diagnostics, antivirals and vaccines.

The benefit pillar is composed of two parts: a) standard contracts, namely Standard Material Transfer Agreements, with companies and institutions that receive PIP biological materials from WHO GISRS and which, in return, guarantee WHO access to vaccines, antivirals and other supplies in a pandemic for use in countries; and b) the partnership contribution (PC) which entails annual cash payments from influenza vaccine manufacturers and other beneficiaries of PIP biological materials provided by WHO GISRS. Collectively, US\$ 28 million per year is received by WHO through this mechanism, of which 30% is reserved for the response to the next pandemic and 70% is used to strengthen pandemic preparedness as described in the global PIP PC Implementation Plan (8).

OBJECTIVE

The objective of this paper is to describe the approach taken and the achievements made in the implementation of the laboratory and surveillance component of the PIP PC Implementation Plan in the WHO European Region in the period 2014–2017. Five countries were identified as PIP PC recipient countries in the Region, namely Armenia, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan. These countries were selected based on an assessment of capacities available at the country level, including national ability to detect influenza viruses and to share data and viruses with WHO.

Through the implementation of the PIP PC, countries are supported to build laboratory and surveillance capacities that are essential to respond to a pandemic. Firstly, the capacities to detect a novel influenza virus, conduct risk assessment, implement response measures and inform vaccine composition. And secondly, the capacities to track the spread of a pandemic, identify risk groups and monitor impact and severity. This in turn will inform public health interventions such as pandemic vaccine, antivirals, appropriate clinical care and non-pharmaceutical public health measures (9). Many of these capacities are based on well-functioning systems for the detection and monitoring of influenza during the influenza season.

APPROACH

Between 2014 and 2017, the PIP PC was used to support the five PIP PC recipient countries in building capacities related to influenza surveillance, laboratory services, outbreak investigation and response and the clinical management of patients with severe forms of influenza. Capacity-building was done with a view to establishing sustainable mechanisms in the countries and obtaining synergistic effects by linking the aforementioned areas to each other where relevant. Four central principles were followed to ensure a successful implementation of the PIP PC:

1. OBTAINING HIGH-LEVEL COMMITMENT FROM THE PIP PC RECIPIENT COUNTRIES

In 2014, a high-level meeting was held in Copenhagen to mark the commencement and endorsement of the implementation of the PIP PC in the recipient countries.¹ Participants included the minister of health from one country and deputy ministers of

¹ Implementation of the PIP PC in Kyrgyzstan started in 2015.

health or other high-level representatives from the other countries. The purpose of the meeting was to obtain high-level commitment to PIP PC implementation in the countries (10). During the meeting, the WHO Regional Director for Europe emphasized the importance of high-level engagement and country ownership as well as the central role of the national PIP focal points who were nominated to facilitate implementation in the countries.

2. DEVELOPING ANNUAL IMPLEMENTATION PLANS AND ESTABLISHING TEAMS OF EXPERTS

Since 2014, annual country-specific implementation plans have been developed in close collaboration between the PIP focal points, ministries of health, WHO country offices and the Regional Office. At the beginning of each year, the final plans were sent by the Regional Office to the ministers of health to obtain formal approval of the planned activities and to ensure continuing country commitment. Implementation in the countries was led by national PIP focal points and supported by a dedicated team of WHO staff and consultants. In order to make the best use of resources, the work was done in synergy with activities implemented by Armenia and Kyrgyzstan under Bilateral Cooperative Agreements with the United States Centers for Disease Control and Prevention.

3. APPLYING STANDARDIZED METHODOLOGIES AND BEST PRACTICE APPROACHES TO IMPLEMENTATION

As a first step towards the implementation of activities, comprehensive assessments based on standardized methodologies were conducted in the five countries to identify strengths and shortcomings in existing national systems for sentinel surveillance, laboratory capacity, outbreak investigation and response, and the clinical management of patients with severe forms of influenza. These assessments built on previous work which described the status of influenza surveillance in the Region (11). Following the system assessments, a parallel and similar implementation process was applied in each country, adapted to the national context.

Global and regional WHO surveillance assessment tools (12) were used to assess the existing influenza surveillance systems. For the purpose of optimizing sentinel influenza surveillance systems, feasibility studies were conducted to select representative sentinel sites to deliver high-quality data for influenza surveillance. Following the feasibility studies and the development of national surveillance guidelines, with adapted modules and standard operating procedures for sentinel sites, implementation took place through training in, for example, sample collection, reporting, data entry and bulletin

generation. Existing information technology platforms and data management capacities were assessed and country-tailored solutions were made by adapting software that was proven to be fit for purpose in other countries. Annual influenza meetings were held in each country to mark the start of the influenza season and to highlight new developments and mechanisms introduced through the PIP PC implementation. The meetings included representatives from human and animal health sectors and served as platforms for information exchange and intersectoral collaboration.

Based on initial laboratory assessments, capacity-building plans for each country were developed. These included mentoring in laboratory quality (13) as well as training in influenza virological techniques, both on-site and at the expert institution, Research Institute of Influenza in Saint Petersburg, Russian Federation, to enhance the ability of national influenza laboratories to detect and characterize influenza viruses. Support was also provided to procure essential laboratory supplies needed for specimen collection and influenza testing. In addition, laboratory personnel were trained and certified in the shipment of influenza viruses using the WHO Infectious Substances Shipping Training (14). The sharing of influenza viruses with WHO GISRS is a prerequisite for WHO recognition as a National Influenza Centre (15).

In the area of outbreak investigation and response, existing national guidelines were reviewed and tested through case studies to identify strengths and weaknesses. Based on this and best practice examples from other countries, the national guidelines were revised. Subsequently, country-specific training packages were developed and training of trainers provided for national members of rapid response teams with technical support from the Robert Koch Institute in Germany.

In addition, training in the clinical management of patients with severe forms of influenza was provided to specialists in infectious disease, intensive care and respiratory medicine in the five countries, using WHO's global Critical Care Training Short Course (16) programme and following the training of trainers model. These training courses led to the conclusion that national guidelines in this area needed to be updated. Consequently, national working groups were established to revise the existing guidelines with support from WHO.

4. SHARING OF EXPERIENCES BETWEEN COUNTRIES

As the five countries went through a similar process in the same time period, many opportunities for sharing experiences and lessons learned were created through numerous intercountry meetings between the five countries. Examples were the annual

meetings for PIP national focal points, meetings of sentinel influenza surveillance site coordinators, an intercountry workshop to develop training materials for outbreak investigation and response, as well as intercountry training courses for laboratory experts.

ACHIEVEMENTS

Progress made in PIP PC implementation is formally measured at the global level through semi-annual qualitative reporting on PIP indicators and yearly qualitative reports from national experts and WHO staff working on PIP PC implementation. Quantitative and qualitative reports are presented twice a year at the PIP Advisory Group meetings which are attended by country representatives, WHO, industry and civil society. Furthermore, financial and technical implementation of PIP PC can be tracked on the PIP PC Implementation Portal (17).

In the WHO European Region, measurable achievements were made by all five countries during the first four years of PIP PC implementation (Table 1).

Firstly, influenza surveillance in the five countries has been improved with newly developed or revised national sentinel surveillance guidelines and sentinel surveillance systems that will allow for the collection of high-quality data on influenza-like illnesses and severe acute respiratory infections from newly established, or improved, sentinel sites. Furthermore, the electronic data management systems that have been developed allow for better management, analysis and interpretation of surveillance data, as well as for automated influenza bulletin generation. The introduction of influenza bulletins represents a new approach to the communication of scientific information relating to influenza in the five countries and it will enable more timely, targeted and explanatory information sharing with decision-makers, health care workers, communications experts and the media. These improvements also facilitate the sharing of influenza surveillance data with the European Surveillance System for publication in the Flu News Europe weekly influenza update, by the WHO Regional Office for Europe and the European Centre for Disease Prevention and Control, as well as in WHO global surveillance reports. Furthermore, the annual national influenza meetings held in each country are considered to be valuable platforms for the sharing of experience between national human and animal health experts and as a forum for debating recent developments in the area of influenza.

Secondly, the comprehensive training of laboratory personnel in both influenza diagnostics and laboratory quality and biosafety

TABLE 1. ACHIEVEMENTS BY THE FIVE PIP PC RECIPIENT COUNTRIES IN THE WHO EUROPEAN REGION

	2014	2017
Newly established or improved sentinel influenza surveillance sites	2	5
Developed a national influenza surveillance bulletin	1	3
Consistently ^a reported ILI/ARI ^b data to WHO during the influenza season	3	3
Consistently reported SARI ^c data to WHO during the influenza season	2	4
Consistently reported virological data to WHO during the influenza season	2	3
Shared influenza viruses with WHO	2	3
Scored 100% in the WHO EQAP ^d	1	5
Uploaded genetic sequence data to GISAID ^e	1	2
Held national annual influenza meeting with participation of animal health sector	0	5
Developed guidelines and associated training for outbreak investigation and response	0	5
Developed guidelines and associated training for clinical management of patients with severe forms of influenza	0	5
^a As defined in the PIP PC Implementation Plan 2013–2016, “consistently” means that a country reports most of the weeks during the influenza season(s)		
^b Influenza-like illness and acute respiratory infection		
^c Severe acute respiratory infection		
^d External Quality Assessment Project		
^e Global Initiative on Sharing All Influenza Data		

has enabled national influenza laboratories to enhance testing for seasonal as well as novel influenza viruses, and to ship samples to WHO GISRS, in compliance with international transport regulations, in time for vaccine strain selection. In particular, national influenza laboratories in Armenia, Kyrgyzstan and Tajikistan shared viruses with WHO GISRS. In addition, national influenza laboratories in all five countries scored 100% in the 2017 WHO External Quality Assessment Project on the detection of influenza viruses by polymerase chain reaction assay as a result of their improvements in laboratory capacity. Furthermore, the national influenza laboratories in Armenia and Tajikistan are in the final stages of being formally recognized by WHO, and formal WHO recognition of the national influenza laboratories in Turkmenistan and Uzbekistan is pending the establishment of mechanisms for sharing influenza viruses with

WHO GISRS. The national influenza laboratory in Kyrgyzstan was formally recognized by WHO in 2008 and the activities described here have contributed to maintaining this status.

Thirdly, the five countries have developed national guidelines on outbreak investigation and response and rapid response teams have been trained. The national guidelines include step-wise and standardized approaches to multidisciplinary and intersectoral outbreak investigation and timely response and provide a number of practical tools to be applied in the field. A team of core trainers was trained in all countries to facilitate roll-out of the guidelines and to cascade training down to the subnational level. These guidelines and the corresponding training package are applicable for investigating and responding to any infectious disease outbreak. Such guidelines, as well as training packages to operationalize them, were so far lacking in the five countries. Representatives from the animal health sector also participated in the training in outbreak investigation and response to enhance collaboration at the human–animal interface.

Fourthly, training courses in the clinical management of patients with severe forms of influenza have enhanced the knowledge and capacities of the countries' frontline health care workers. With a view to ensuring sustainability, representatives of educational institutions attended the courses and it is foreseen that the training modules will be included in national post-graduate education curricula in the coming years. The ability to treat patients with severe forms of influenza is vital both during seasonal influenza epidemics, when severely ill patients are admitted to hospital, as well as during a pandemic. In addition, the treatment procedures are also applicable to severe respiratory infections caused by pathogens other than influenza. The treatment procedures introduced through the training courses have been formalized in newly developed or updated clinical management guidelines and, to maximize the number of health care workers trained, training has been delivered as cascade training from national to local hospitals.

Finally, in addition to country-specific work, PIP PC funds have also allowed for an enhancement of regional initiatives, such as the publication of the weekly influenza update *Flu News Europe (18)* in English and Russian, as well as strengthening of the influenza network in the WHO European Region through, for example, annual influenza meetings.

CONCLUSION

Between 2014 and 2017, measurable progress has been made towards strengthening seasonal and pandemic influenza

preparedness in the WHO European Region. The five PIP PC recipient countries have strengthened some of the essential capacities related to detecting and sharing influenza viruses, responding to outbreaks, monitoring epidemics and treating patients. As the work conducted has enhanced public health functions that go beyond influenza, such as outbreak investigation and response, it has contributed to preparedness for health hazards beyond influenza as well as the strengthening of IHR (2005) core capacities. We believe that the progress made can be attributed to: country commitment leveraged by the formal endorsement of the PIP Framework by countries; sustained funding; and the tailored, step-wise and standardized approach to capacity building that is described in this paper.

While certain achievements are already tangible, others are expected to lay the foundation for sustainable influenza surveillance and response systems in the countries. However, the costs of operating national influenza surveillance systems is one of the areas yet to be assessed on and this will support national governments in allocating and prioritizing resources for the continuation of influenza surveillance systems. These are some of the aspects to be addressed in the coming years as the support to the five countries continues under the PIP PC high-level implementation plan (2018–2023).² This continuation of support provides a means to work towards sustainability by institutionalizing mechanisms and systems within the countries, including their use of surveillance outputs to inform public health actions during the influenza season and in their response to the next pandemic.

Conflict 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.

² The PIP PC high level implementation plan (2018–2023) is in the final stages of publication at the time of writing.

REFERENCES

1. Smith RD, Keogh-Brown MR, Barnett T, Tait J. The economy-wide impact of pandemic influenza on the UK: a computable general equilibrium modelling experiment. *The BMJ*. 2009;339. doi: 10.1136/bmj.b4571.
2. Dawood FS, Iuliano D, Reed C, Meltzer M, Shay DK, Cheng PY, et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2012;12(9):687–695. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70121-4.
3. Simonsen L, Spreeuwenberg P, Lustig R, Taylor RJ, Fleming DM, Kroneman M, et al. Global Mortality Estimates for the 2009 Influenza Pandemic from the GLaMOR Project: A Modeling Study. *PLOS Medicine*. 2013; 10(11). (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001558>, accessed 11 March 2018).
4. Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1, accessed 5 March 2018, accessed 2018).
5. International Health Regulations (2005) third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246107/1/9789241580496-eng.pdf?ua=1>, accessed 5 March 2018).
6. Sustainable Development Goal 3 [website]. Sustainable Development Knowledge Platform. United Nations Department of Economic and Social Affairs. (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>, accessed 5 March 2018).
7. Pandemic influenza preparedness Framework. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/gb/pip/pdf_files/pandemic-influenza-preparedness-en.pdf), accessed 5 March 2018).
8. Pandemic influenza preparedness Framework Partnership Contribution Plan 2013-2016. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcpimplan_17jan2014.pdf, accessed 5 March 2018).
9. Pandemic Influenza Risk Management. A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/PIRM_withCoverPage_201709_FINAL.pdf?ua=1, accessed 5 March 2018).
10. Four countries to benefit from Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/countries/tajikistan/news/news/2014/07/four-countries-to-benefit-from-pandemic-influenza-preparedness-pip-framework>, accessed 30 October 2017).
11. Hegermann-Lindenchrone M, Gross D, Meerhoff T, Pereyaslov D, Jorgensen P, Snacken R, et al. Performance of the European Region Influenza Surveillance Network: Alignment with Global Standards. *Public Health Panorama*. 2015;1(1):79.
12. WHO Regional Office for Europe guidance for sentinel influenza surveillance in humans. Updated May 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/90443/E92738.pdf?ua=1, accessed 5 March 2018).
13. Laboratory mentoring for quality systems implementation under the Better Labs for Better Health initiative: 2016 in review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/laboratory-services/better-labs-for-better-health/laboratory-mentoring-for-quality-systems-implementation-under-the-better-labs-for-better-health-initiative-2016-in-review>, accessed 5 March 2018).
14. Infectious Substances Shipping Training. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/ihr/i_s_shipping_training/en/, accessed 5 March 2018).
15. WHO Global Influenza Programme. Terms of Reference for National Influenza Centres. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/influenza/gisn_laboratory/national_influenza_centres/terms_of_reference_for_national_influenza_centres.pdf, accessed 3 October 2017).
16. WHO Critical Care Training Short Course. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/214786/WHO-Critical-Care-Training-Short-Course.pdf?ua=1, accessed 5 March 2018).
17. Pandemic Influenza Preparedness Framework Partnership Contribution Implementation Portal. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://extranet.who.int/pip-pc-implementation/>, accessed 30 October 2017).
18. Flu News Europe. Joint ECDC-WHO/Europe weekly influenza update [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<https://flunewseurope.org/>, accessed 3 October 2017). ■

ОТЧЕТ

Инновационный Механизм обеспечения готовности к пандемическому гриппу открывает путь для устойчивого повышения готовности к пандемии

Michala Hegermann-Lindencrone¹, Sayohat Hasanova¹, Dmitriy Pereyaslov¹, Nune Dolyan², Kaliya Kasymbekova³, Abdulakhad Safarov⁴, Ayjeren Myratdurdyeva⁵, Anna Pashalishvili⁶, Liana Torosyan⁷, Dinagul Otorbaeva⁸, Firdavs Akhrorov⁹, Gurbangul Ovliyakuliyeva¹⁰, Dilorom Tursunova¹¹, Maureen O'Leary¹, Mohir Ahmedov¹, Caroline Sarah Brown¹

¹ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

² Страновой офис ВОЗ, Ереван, Армения

³ Страновой офис ВОЗ, Бишкек, Кыргызстан

⁴ Страновой офис ВОЗ, Душанбе, Таджикистан

⁵ Страновой офис ВОЗ, Ашхабад, Туркменистан

⁶ Страновой офис ВОЗ, Ташкент, Узбекистан

⁷ Национальный центр по контролю и профилактике заболеваний, Министерство здравоохранения, Ереван, Армения

⁸ Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Министерство здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан

⁹ Служба государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Министерство здравоохранения и социальной защиты, Душанбе, Таджикистан

¹⁰ Государственная санитарно-эпидемиологическая служба, Министерство здравоохранения, Ашхабад, Туркменистан

¹¹ Главное управление санитарно-эпидемиологического надзора, Министерство здравоохранения, Ташкент, Узбекистан

Автор, отвечающий за переписку: Michala Hegermann-Lindencrone (адрес электронной почты: hegermannlindenc@who.int)

АННОТАЦИЯ

Обеспечивающий совместный доступ к преимуществам Механизма обеспечения готовности к пандемическому гриппу (ГПГ) используется для того, чтобы содействовать повышению готовности к пандемиям в пяти странах в Европейском регионе ВОЗ. Такая поддержка легла в основу устойчивых систем эпиднадзора за гриппом и реагирования на него благодаря наращиванию институционально-кадрового потенциала лабораторий и эпиднадзора за гриппом, расширению возможностей для выявления вспышек и реагирования на них, а также для лечения пациентов

с тяжелыми формами гриппа. Достигнутые результаты увеличат вклад стран в Европейском регионе ВОЗ в национальный, региональный и глобальный эпиднадзор за гриппом и помогут странам лучше подготовиться к следующей пандемии гриппа. Использование средств, выделяемых в рамках Механизма обеспечения ГПГ, Европейским региональным бюро ВОЗ служит примером того, как приверженность стран, устойчивое финансирование и взвешенный методологический подход ведут к повышению пандемической готовности в странах.

Ключевые слова: ГРИПП, ГОТОВНОСТЬ, МЕХАНИЗМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОТОВНОСТИ К ПАНДЕМИЧЕСКОМУ ГРИППУ (ГПГ), ЭПИДНАДЗОР, ЛАБОРАТОРИЯ, РАССЛЕДОВАНИЕ ВСПЫШЕК И РЕАГИРОВАНИЕ НА НИХ

К ИСТОРИИ ВОПРОСА

ГЛОБАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ ГОТОВНОСТИ К ПАНДЕМИИ И МЕХАНИЗМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОТОВНОСТИ К ПАНДЕМИЧЕСКОМУ ГРИППУ

Пандемии гриппа в истории человечества происходили неоднократно, приводя к широкому распространению

заболевания и многочисленным случаям смерти, а также к высоким социально-экономическим издержкам (1). По оценкам, четыре предшествующие пандемии, последняя из которых произошла в 2009 г., в общей сложности привели к смерти 50 млн человек, причем от 20 до 40 млн человек из них умерли во время пандемии гриппа H1N1 в 1918 г., т. е. почти столетие назад. Даже относительно мягкая пандемия гриппа H1N1 в

2009 г. стала причиной смерти 150 000–580 000 человек из групп населения, обычно не ассоциируемых с высоким риском смерти от гриппа (2, 3), и новая пандемия считается неизбежной. Несмотря на значительные усилия по подготовке к пандемии, предпринимавшиеся до 2009 г., заключение Комитета по обзору Международных медико-санитарных правил (ММСП) (2005 г.), сделанное после пандемии 2009 г., сводится к тому, что «мир плохо подготовлен к реагированию на сильные пандемии гриппа или на любые подобные глобальные, длительные и угрожающие общественному здравоохранению чрезвычайные ситуации» (4).

Вспышки болезни, вызванные вирусами Эбола и Зика, в 2014–2016 гг. в очередной раз подчеркнули необходимость тщательного пересмотра шагов, предпринимаемых мировым сообществом в целях подготовки к эпидемиям и пандемиям и реагирования на них. Как следствие, в рамках ВОЗ произошли существенные реформы с созданием Программы по чрезвычайным ситуациям (WHE), которая повышает оперативные возможности для реагирования на любое обострение ситуации в области общественного здравоохранения, вызванное какой-либо биологической, природной или техногенной угрозой или катастрофой, включая пандемию гриппа. Содействие WHE в повышении готовности к пандемии происходит на фоне усилий по ускорению реализации основных возможностей ММСП (5). Кроме того, необходимость активизации глобальных действий в отношении ММСП и повышения готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения подтверждена принятием в 2015 г. целей в области устойчивого развития (ЦУР): так, задача D ЦУР 3 подчеркивает важность «раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья» (6).

Важным инструментом в рамках глобальных усилий по повышению готовности к пандемии гриппа является Механизм обеспечения ГПГ (7), утвержденный на Шестидесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2011 г. Механизм обеспечения ГПГ представляет собой уникальное партнерство ВОЗ, государств-членов, индустрии и гражданского общества, которые совместно работают для достижения общей цели: улучшить и укрепить обмен вирусами гриппа, обладающими пандемическим потенциалом для человека, и обеспечить справедливый доступ стран к вакцинам и иным поставкам, связанным с пандемией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВ МЕХАНИЗМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГПГ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ГОТОВНОСТИ К ПАНДЕМИИ

Механизм обеспечения ГПГ основан на двух основных принципах: обмен вирусами и обмен преимуществами. Принцип обмена вирусами подчеркивает необходимость обмена вирусами гриппа, обладающими пандемическим потенциалом, между странами и Глобальной системой эпиднадзора за гриппом и принятия ответных мер (ГСЭГО) ВОЗ в целях оценки рисков, эпиднадзора и разработки диагностических средств, противовирусных препаратов и вакцин.

В части преимуществ речь идет о двух компонентах: а) стандартных контрактах, а именно Стандартных соглашениях о передаче материалов, с компаниями и учреждениями, получающими биологические материалы для ГПГ от ГСЭГО ВОЗ и, в свою очередь, гарантирующими ВОЗ доступ к вакцинам, противовирусным препаратам и другим поставкам в ходе пандемий для использования в странах; и б) вкладе партнеров, что предполагает ежегодные денежные выплаты со стороны производителей противогриппозных вакцин и других получателей биологических материалов для ГПГ, предоставляемых ГСЭГО ВОЗ. В совокупности, посредством этого механизма ВОЗ ежегодно получает в виде добровольных взносов 28 млн долл. США, 30% из которых резервируется в целях реагирования на следующую пандемию, а 70% используется для повышения готовности к пандемиям, как это описано в глобальном Плане реализации вклада партнеров в Механизм обеспечения ГПГ (8).

ЗАДАЧА

Задача данного документа состоит в том, чтобы описать выбранный подход и успехи, достигнутые в ходе реализации лабораторного и эпиднадзора компонента Плана реализации вклада партнеров для ГПГ в Регионе в период с 2014 по 2017 г. Получателями вклада партнеров для ГПГ были выбраны пять стран в Регионе, а именно Армения, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Эти страны были выбраны на основании оценки возможностей, имеющихся на страновом уровне, включая способность к выявлению вирусов гриппа и к обмену данными и вирусами с ВОЗ.

Благодаря реализации вклада партнеров для ГПГ страны получают поддержку в наращивании потенциала в области лабораторных исследований и эпиднадзора, необходимого

для реагирования на пандемию. Во-первых, речь идет о возможности выявить новый вирус гриппа, провести оценку риска, осуществить меры реагирования и дать информацию по необходимому составу вакцины. Во-вторых, имеется в виду возможность отследить распространение пандемии, выявить группы риска и осуществлять мониторинг воздействия и тяжести. Все это, в свою очередь, будет учтено при разработке вмешательств в области охраны общественного здоровья, таких как создание противопандемической вакцины, противовирусных препаратов, оказание необходимой клинической помощи, а также при реализации нефармацевтических мер общественного здравоохранения (9). Многие из этих возможностей основываются на наличии отлаженных систем выявления и мониторинга гриппа во время сезона гриппа.

ПОДХОД

В период с 2014 по 2017 г. вклад партнеров для ГПП использовался для поддержки пяти стран-получателей в целях наращивания потенциала применительно к эпиднадзору за гриппом, лабораторным исследованиям, расследованию вспышек и реагированию на них, а также применительно к клиническому ведению пациентов с тяжелыми формами гриппа. Наращивание потенциала велось с расчетом на создание устойчивых механизмов в странах и достижение синергетического эффекта путем формирования связей между вышеперечисленными областями при необходимости таковых. Для успешной реализации вклада партнеров для ГПП использовались четыре основных принципа.

1. ПОЛУЧЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ НА ВЫСОКОМ УРОВНЕ ОТ СТРАН-ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ВКЛАДА ПАРТНЕРОВ ДЛЯ ГПП

В 2014 г. в Копенгагене состоялось совещание высокого уровня, посвященное началу и утверждению реализации вклада партнеров для ГПП в странах-получателях¹. В число участников вошли министр здравоохранения одной из стран и заместители министров здравоохранения или иные высокопоставленные представители из других стран. Цель совещания состояла в том, чтобы на высоком уровне заручиться поддержкой в деле реализации вклада партнеров для ГПП в странах (10). В ходе совещания Региональный директор Европейского регионального бюро ВОЗ подчеркнула важность поддержки на высоком уровне

¹ В Кыргызстане в 2015 г. началось осуществление Плана реализации вклада партнеров в Механизм обеспечения ГПП.

и самостоятельности стран, а также ведущую роль национальных координаторов ГПП, назначенных для того, чтобы организовать процесс реализации в странах.

2. РАЗРАБОТКА ЕЖЕГОДНЫХ ПЛАНОВ РЕАЛИЗАЦИИ И СОЗДАНИЕ ГРУПП ЭКСПЕРТОВ

Начиная с 2014 г. в условиях тесного сотрудничества между координаторами ГПП, министерствами здравоохранения, страновыми офисами ВОЗ и Региональным бюро происходит разработка ежегодных планов реализации для конкретных стран. В начале каждого года Региональное бюро направляет окончательные планы министрам здравоохранения, чтобы получить официальное одобрение запланированных мероприятий и убедиться в неослабевающей готовности стран продолжать начатую работу. Реализация в странах ведется под руководством национальных координаторов ГПП при поддержке специальной группы сотрудников и консультантов ВОЗ. В целях максимально эффективного использования ресурсов, эта работа проводилась в сочетании с мероприятиями, осуществляемыми Арменией и Кыргызстаном в рамках двусторонних соглашений о сотрудничестве с Центрами США по контролю и профилактике заболеваний (CDC).

3. ПРИМЕНЕНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ МЕТОДИК И ПОДХОДОВ С УЧЕТОМ ПЕРЕДОВОЙ ПРАКТИКИ В ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ

В качестве первого шага на пути к осуществлению мероприятий в пяти странах была проведена комплексная оценка на основе стандартизированных методик с целью выявить сильные и слабые стороны существующих национальных систем с позиций дозорного эпиднадзора, лабораторного потенциала, расследования вспышек и реагирования на них, а также клинического ведения пациентов с тяжелыми формами гриппа. Эта оценка опиралась на предшествующую работу, позволившую описать ситуацию в области эпиднадзора за гриппом в Регионе (11). После оценки существующих систем в каждой из стран был одновременно и сходным образом осуществлен процесс реализации, адаптированный к национальному контексту.

Для оценки существующих систем эпиднадзора за гриппом были использованы глобальные и региональные оценочные инструменты ВОЗ (12). В целях оптимизации систем дозорного эпиднадзора за гриппом были проведены технико-экономические исследования, призванные определить репрезентативные пункты дозорного эпиднадзора для предоставления высококачественных данных в целях

эпиднадзора за гриппом. После подготовки технико-экономических обоснований и разработки национальных руководств по эпиднадзору, содержащих адаптированные модули и стандартные операционные процедуры для пунктов дозорного эпиднадзора, были предприняты шаги по реализации посредством обучения, например, в области забора образцов, отчетности, ввода данных и выпуска информационных бюллетеней. Была проведена оценка имеющихся информационно-технических платформ и возможностей для работы с данными и предложены подобранные с учетом потребностей стран решения, предполагающие адаптацию программного обеспечения, прошедшего проверку на соответствие заданной цели в других странах. В каждой из стран в начале очередного сезона гриппа проводились ежегодные совещания по этой теме, призванные привлечь внимание к новым разработкам и механизмам, внедряемым посредством реализации вклада партнеров для ГПП. В совещаниях принимали участие представители секторов охраны здоровья человека и животных. Такие мероприятия служили платформой для обмена информацией и для межсекторального сотрудничества.

На основе исходных оценок лабораторий для каждой из стран были разработаны планы по наращиванию потенциала. Планы предусматривали наставничество в вопросах обеспечения лабораторного качества (13), а также обучение вирусологическим методам по гриппу как на местах, так и в экспертной организации – Научно-исследовательском институте гриппа в Санкт-Петербурге (Российская Федерация) – с целью расширить возможности национальных лабораторий по гриппу в области выявления и характеристики вирусов гриппа. Было также оказано содействие в приобретении необходимых лабораторных материалов для забора и исследования респираторных образцов. Кроме того, персонал лабораторий был обучен и прошел сертификацию в области транспортировки вирусов гриппа в рамках курса ВОЗ по перевозке инфекционных веществ (14). Обмен вирусами гриппа с ГСЭГО ВОЗ является обязательным условием для получения статуса Национального центра гриппа, признанного ВОЗ (15).

В области расследования вспышек и реагирования на них были проанализированы имеющиеся национальные руководства, которые подверглись проверке на конкретных практических примерах с целью выявления их сильных и слабых сторон. Национальные руководства были пересмотрены с учетом результатов проделанного анализа и примеров передовой практики из других стран. Далее были разработаны ориентированные на конкретные страны пакеты учебных материалов и проведены курсы по

обучению инструкторов для делегатов от стран в группах реагирования, при технической поддержке Института им. Роберта Коха (Германия).

Кроме того, для специалистов по инфекционным заболеваниям, интенсивной терапии и респираторной медицине из пяти стран в рамках глобального Краткого курса ВОЗ по интенсивной терапии (16) и последующего применения модели обучения инструкторов было организовано обучение по вопросам клинического ведения пациентов с тяжелыми формами гриппа. Эти учебные курсы привели к выводу о необходимости обновления национальных руководств в данной области. С учетом этого были созданы национальные рабочие группы для пересмотра существующих руководств при содействии ВОЗ.

4. ОБМЕН ОПЫТОМ МЕЖДУ СТРАНАМИ

Поскольку похожие процессы происходили в пяти странах одновременно, многочисленные межстрановые совещания с участием представителей этих пяти стран открыли множество возможностей для обмена опытом и извлеченными уроками. В качестве примеров можно назвать ежегодные совещания национальных координаторов ГПП, встречи координаторов пунктов дозорного эпиднадзора за гриппом, межстрановое рабочее совещание по разработке учебных материалов по вопросам расследования вспышек и реагирования на них, а также межстрановые учебные курсы для вирусологов.

ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Прогресс, достигнутый в реализации вклада партнеров для ГПП, на глобальном уровне официально измеряется с помощью полугодовых качественных отчетов по индикаторам ГПП и ежегодных качественных отчетов национальных экспертов и сотрудников ВОЗ, работающих в области реализации вклада партнеров для ГПП. Два раза в год происходит представление количественных и качественных отчетов на совещаниях Консультативной группы ГПП, в которых принимают участие представители стран, ВОЗ, индустрии и организаций гражданского общества. Кроме того, финансовые и технические аспекты реализации вклада партнеров для ГПП можно отслеживать на Портале реализации вклада партнеров для ГПП (17).

В Европейском регионе ВОЗ за первые четыре года реализации вклада партнеров для ГПП измеримые результаты были достигнуты всеми пятью странами (таблица 1).

ТАБЛИЦА 1. ДОСТИЖЕНИЯ ПЯТИ СТРАН – ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ВКЛАДА ПАРТНЕРОВ ДЛЯ ГПГ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

	2014 г.	2017 г.
Вновь созданные или усовершенствованные пункты дозорного эпиднадзора за гриппом	2	5
Разработаны национальные информационные бюллетени по вопросам эпиднадзора за гриппом	1	3
Последовательно ^а сообщаются ВОЗ данные по ГПЗ/ОРИ ^б на протяжении сезона гриппа	3	3
Последовательно сообщаются ВОЗ данные по ТОРИ ^в на протяжении сезона гриппа	2	4
Последовательно сообщаются ВОЗ вирусологические данные на протяжении сезона гриппа	2	3
Направление вирусов гриппа в ВОЗ	2	3
Набрано 100% в ПВОК ^г ВОЗ	1	5
Данные генетического секвенирования загружены в GISAID ^д	1	2
Состоялось ежегодное национальное совещание по вопросам гриппа с участием представителей ветеринарного сектора	0	5
Разработаны руководства и проведено соответствующее обучение для расследования вспышек и реагирования	0	5
Разработаны руководства и проведено соответствующее обучение для клинического ведения пациентов с тяжелыми формами гриппа	0	5

^а Как определено в Плане реализации вклада партнеров в Механизм обеспечения ГПГ на 2013–2016 гг., «последовательно» означает, что во время сезона (-ов) гриппа страна отчитывается практически еженедельно.

^б Гриппоподобные заболевания и острые респираторные инфекции.

^в Тяжелые острые респираторные инфекции.

^г Проект по внешней оценке качества.

^д Глобальная инициатива по обмену всеми данными по гриппу.

Во-первых, эпиднадзор за гриппом в пяти странах улучшился благодаря вновь разработанным или пересмотренным национальным руководствам по дозорному эпиднадзору и системам дозорного эпиднадзора, которые позволят собирать высококачественные данные в отношении гриппоподобных заболеваний (ГПЗ) и тяжелых острых респираторных инфекций (ТОРИ) во вновь созданных или усовершенствованных пунктах дозорного эпиднадзора. Кроме того, разработанные электронные системы обработки данных позволят обеспечить оптимальную обработку, анализ

и интерпретацию данных, а также автоматизированную подготовку информационных бюллетеней по гриппу. Выпуск бюллетеней по гриппу представляет собой новый подход к распространению научной информации, касающейся гриппа, в пяти странах и позволит обеспечить более своевременный, адресный и позволяющий давать разъяснения обмен информацией с лицами, формирующими политику, работниками здравоохранения, специалистами по коммуникации и СМИ. Эти улучшения также облегчают обмен данными эпиднадзора за гриппом с Европейской системой эпиднадзора с целью публикации в еженедельном электронном бюллетене «Последние новости о гриппе в Европе», выпускаемом Европейским региональным бюро ВОЗ и Европейским центром по контролю и профилактике заболеваний (ECDC), а также в глобальных докладах ВОЗ об эпиднадзоре. Кроме того, ежегодные национальные совещания по вопросам гриппа, проводимые в каждой из стран, считаются важной платформой для обмена опытом между национальными экспертами в области здравоохранения и ветеринарии, а также форумом для обсуждения недавних событий в области гриппа.

Во-вторых, всесторонняя подготовка персонала лабораторий как в области диагностики гриппа, так и в области лабораторного качества и биобезопасности позволила национальным лабораториям по гриппу повысить качество исследований сезонных и новых вирусов гриппа, а также обеспечить доставку образцов в ГИСЭР ВОЗ в соответствии с международными правилами транспортировки, своевременно для выбора вакцинных штаммов. В частности, вирусы были направлены в ГИСЭР ВОЗ национальными лабораториями по гриппу в Армении, Кыргызстане и Таджикистане. Кроме того, в результате наращивания лабораторного потенциала национальные лаборатории по гриппу во всех пяти странах набрали 100% в рамках Программы внешней оценки качества ВОЗ 2017 г. при выявлении вирусов гриппа методом полимеразной цепной реакции. Кроме того, национальные лаборатории по гриппу в Армении и Таджикистане находятся на завершающем этапе процесса официального признания ВОЗ, а официальное признание ВОЗ национальных лабораторий по гриппу в Туркменистане и Узбекистане отложено до тех пор, пока не будут созданы механизмы обмена вирусами гриппа с ГСЭГО ВОЗ. Национальная лаборатория по гриппу в Кыргызстане была официально признана ВОЗ в 2008 г., и описываемые здесь мероприятия способствовали поддержанию этого статуса.

В-третьих, пять стран разработали национальные руководства по расследованию вспышек и реагированию на них, и были подготовлены группы быстрого реагирования.

Национальные руководства включают поэтапные и стандартизированные подходы к многодисциплинарному и межсекторальному расследованию вспышек и своевременному реагированию на них, а также содержат ряд практических инструментов, которые могут быть применены в полевых условиях. Во всех странах были подготовлены группы ведущих инструкторов, которые смогут положить начало применению руководств и организовать дальнейшее каскадное обучение на субнациональном уровне. Эти руководства и соответствующие им пакеты учебных материалов применимы для расследования и реагирования на вспышки любых инфекционных заболеваний. Такие руководства, так же как и пакеты учебных материалов для организации их практического применения, в вышеуказанных пяти странах до настоящего времени отсутствовали. Представители ветеринарного сектора также приняли участие в обучении по вопросам расследования вспышек и реагирования на них, что способствовало укреплению сотрудничества секторов ветеринарии и здравоохранения.

В-четвертых, учебные курсы по клиническому ведению пациентов с тяжелыми формами гриппа расширили знания и возможности медицинских работников первичного звена в указанных странах. В целях обеспечения устойчивости системы, обучение также прошли представители образовательных учреждений, и предполагается, что в ближайшие годы эти учебные модули будут включены в национальные программы последипломного образования. Способность лечить пациентов с тяжелыми формами гриппа чрезвычайно важна как во время сезонных эпидемий гриппа, когда тяжело больные пациенты поступают в больницы, так и во время пандемий. Кроме того, такие процедуры лечения применимы также к случаям тяжелых респираторных инфекций, вызванных патогенами, отличными от гриппа. Процедуры лечения, представленные в рамках учебных курсов, получили формальное отражение во вновь разработанных или обновленных руководствах по клиническому ведению, и, для того чтобы максимально расширить число обученных медицинских работников, обучение проводилось по каскадному принципу – от центральных вплоть до местных больниц.

Наконец, в дополнение к работе в конкретных странах, средства вклада партнеров для ГПГ были использованы в целях расширения региональных инициатив, таких как выпуск еженедельно обновляемого электронного бюллетеня по вопросам гриппа *Flu News Europe (18)* на английском и русском языках, а также укрепление сети по гриппу в Европейском регионе ВОЗ посредством, например, проведения ежегодных совещаний по вопросам гриппа.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В период с 2014 по 2017 г. в Европейском регионе ВОЗ был достигнут ощутимый прогресс в том, что касается повышения готовности к сезонному и пандемическому гриппу. Пять стран – получателей вклада партнеров для ГПГ расширили некоторые из основных возможностей, связанных с выявлением вирусов гриппа и обмена ими, реагированием на вспышки, мониторингом эпидемий и лечением пациентов. Поскольку проделанная работа позволяет расширить функции общественного здравоохранения, относящиеся не только к гриппу, такие как расследование вспышек и реагирование на них, она способствовала обеспечению готовности и к другим угрозам для общественного здоровья, а также укреплению основных возможностей ММСП. Мы уверены, что достижение прогресса стало возможным благодаря приверженности стран, подкрепленной официальным одобрением странами Механизма обеспечения ГПГ, устойчивому финансированию, а также адресному, поэтапному и стандартизированному подходу к наращиванию потенциала, который описан в этой статье.

Некоторые достижения уже ощутимы. Другие, как ожидается, лягут в основу устойчивого эпиднадзора за гриппом и систем реагирования в странах. Тем не менее, определение эксплуатационной стоимости национальных систем эпиднадзора за гриппом – это одна из областей, разработка которых еще предстоит, и это поможет правительствам стран более четко выделять и приоритизировать ресурсы, необходимые для поддержания систем эпиднадзора за гриппом. Это некоторые из аспектов работы, которую предстоит проделать в ближайшие годы, чтобы помочь пяти странам в соответствии с Планом реализации вклада партнеров в Механизм обеспечения ГПГ (2018–2023 гг.)². Такая последовательная поддержка служит средством достижения устойчивости путем институционализации механизмов и систем внутри стран, включая использование результатов эпиднадзора при разработке мер общественного здравоохранения во время сезона гриппа, а также в ходе реагирования на следующую пандемию.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют

² На момент подготовки данной статьи План реализации вклада партнеров в Механизм обеспечения ГПГ (2018–2023 гг.) находился на стадии подготовки к публикации.

решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Smith RD, Keogh-Brown MR, Barnett T, Tait J. The economy-wide impact of pandemic influenza on the UK: a computable general equilibrium modelling experiment. *The BMJ*. 2009;339. doi: 10.1136/bmj.b4571.
- Dawood FS, Iuliano D, Reed C, Meltzer M, Shay DK, Cheng PY, et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*. 2012;12(9):687–695. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70121-4.
- Simonsen L, Spreeuwenberg P, Lustig R, Taylor RJ, Fleming DM, Kroneman M, et al. Global Mortality Estimates for the 2009 Influenza Pandemic from the GLaMOR Project: A Modeling Study. *PLOS Medicine*. 2013; 10(11). (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001558>, accessed 11 March 2018).
- Заключительный доклад Комитета по обзору ММСП. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- Международные медико-санитарные правила (2005 г.), 3-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246188/1/9789244580493-rus.pdf?ua=1>, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- Sustainable Development Goal 3 [website]. Sustainable Development Knowledge Platform. United Nations Department of Economic and Social Affairs. (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>, accessed 5 March 2018).
- Механизм обеспечения готовности к пандемическому гриппу. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44796/4/9789244503089_rus.pdf?ua=1, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- Pandemic Influenza Preparedness Framework Partnership Contribution Plan 2013-2016. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/influenza/pip/pip_pcmplan_17jan2014.pdf, accessed 5 March 2018).
- Pandemic Influenza Risk Management. A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/PIRM_withCoverPage_201709_FINAL.pdf?ua=1, accessed 5 March 2018).
- Механизм обеспечения готовности к пандемическому гриппу (ГПГ) начнет применяться в первых четырех странах. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/tajikistan/news/news/2014/07/four-countries-to-benefit-from-pandemic-influenza-preparedness-pip-framework>, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- Hegermann-Lindencrone M, Gross D, Meerhoff T, Pereyaslov D, Jorgensen P, Snacken R, et al. Деятельность сети эпиднадзора за гриппом в Европейском регионе: согласование с глобальными стандартами. *Панорама общественного здравоохранения*. 2015;1(1):79 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/public-health-panorama/journal-issues/volume-1,-issue-1,-june-2015/performance-of-the-european-region-influenza-surveillance-network-alignment-with-global-standards>, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- Руководство Европейского регионального бюро ВОЗ по дозорному эпиднадзору за гриппом среди людей. Обновлено: май 2011 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2011/who-regional-office-for-europe-guidance-for-sentinel-influenza-surveillance-in-humans-2011>, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- Наставничество для реализации систем управления качеством в лабораториях в рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье»: обзор за 2016 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/laboratory-services/better-labs-for-better-health/laboratory-mentoring-for-quality-systems-implementation-under-the-better-labs-for-better-health-initiative-2016-in-review>, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- Подготовка по вопросам перевозки инфекционных материалов – учебный курс для грузоперевозчиков. Учебный курс, пересмотренный в январе 2015 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://www.who.int/ihr/i_s_shipping_training/ru/, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
- WHO Global Influenza Programme. Terms of Reference for National Influenza Centres. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/influenza/gisn_laboratory/national_influenza_centres/terms_of_reference_for_national_influenza_centres.pdf, accessed 3 October 2017).
- WHO Critical Care Training Short Course. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/214786/WHO-Critical-Care-Training-Short-Course.pdf?ua=1, accessed 5 March 2018).
- Pandemic Influenza Preparedness Framework Partnership Contribution Implementation Portal. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://extranet.who.int/pip-pc-implementation/>, accessed 30 October 2017).
- Последние новости о гриппе в Европе. Еженедельный электронный бюллетень ECDC-ЕПБ ВОЗ [вебсайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<https://flunewseurope.org/>, по состоянию на 20 февраля 2018 г.). ■

SHORT COMMUNICATION

Joint External Evaluation of Finland: enhancing health security through a comprehensive whole-of-government approach

Simo Nikkari¹, Anni Virolainen-Julkunen², Sebastian Hielm³, Jouni Pousi⁴, Jukka Lähesmaa², Nirmal Kandel⁵, Outi Kuivasniemi², Päivi Sillanaukee²

¹ Finnish Defence Forces, Helsinki, Finland

² Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland

³ Ministry of Agriculture and Forestry, Helsinki, Finland

⁴ Ministry of the Interior, Helsinki, Finland

⁵ World Health Organization Health Emergencies Programme, Geneva, Switzerland

Corresponding author: Simo Nikkari (email: simo.nikkari@mil.fi)

ABSTRACT

Finland underwent a joint external evaluation (JEE) in March 2017 conducted by 12 experts from the World Health Organization (one team lead and one expert), other international organizations (two experts) and other countries (one team lead and seven experts). Finland was the fifth country in the World Health Organization European Region to undergo a JEE and the 35th globally. Altogether, 67 countries had been evaluated by February 2018. The Finnish JEE was coordinated and hosted by a five-member multisectoral team of contacts

under the authority of the Security Committee, a coordinating body that assists the Finnish Government and its ministries in issues related to comprehensive security. Recommendations of the JEE are being implemented by the team of contacts: they have already been integrated into the comprehensive document, Security strategy for society and will be integrated into other relevant policies, strategies, action plans and, most importantly, new legislation currently under revision.

Keywords: JOINT EXTERNAL EVALUATION (JEE), INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS IHR (2005), HEALTH SECURITY, ONE HEALTH

BACKGROUND

The need to strengthen the national capacity for health risks is an integral part of the 2030 Agenda for Sustainable Development and is linked to major global processes (1). The need for countries to have the capability to prevent, detect and respond to all hazards, regardless of cause, is underlined by the International Health Regulations (IHR) (2005) (2), the Performance of Veterinary Services of the World Organization for Animal Health (3), the commitments made through the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (4), and the Biological and Toxin Weapons Convention (5).

Most emerging epidemics are zoonoses, that is, infectious diseases of animal origin (6). Furthermore, antimicrobial resistance is of increasing concern for both human and animal health.

The lack of effective antimicrobial agents to treat sick animals is damaging to food production and to livelihoods in the farming, animal husbandry and food industries. We clearly need to tackle the current threats to health security by adopting a holistic, multisectoral One Health approach, with high-level commitment to secure its implementation (7). Strengthening essential public health functions and IHR (2005) core capacities are integral parts of these broader efforts to strengthen health systems.

Implementation of the technical framework that supports IHR (2005) monitoring and evaluation provides a foundation for a concrete plan of collective efforts to increase preparedness (8). The four components of the framework are: (i) the self-assessment annual reporting tool; (ii) a voluntary joint external evaluation (JEE) of the IHR (2005) core capacities; (iii) simulation exercises; and (iv) an after action review.

The JEE should lead to the development of a national action plan for health security (NAPHS). The United Republic of Tanzania was the first country to undergo a JEE in February 2016 (9). Since then, the country (with its official One Health policy) has been a global forerunner in developing a NAPHS (10). According to the World Health Organization Strategic Partnership Portal, national planning has currently been completed in 19 countries (11). Finland was the 35th country globally to undergo a JEE and the second country in the World Health Organization European Region (after Kyrgyzstan) to finalize a strategy for developing a NAPHS. Previous reports have described the JEE process (12, 13). This report outlines the approach of Finland in coordinating the JEE nationally and developing a NAPHS.

SELF-EVALUATION

In Finland, the JEE was preceded by comprehensive self-evaluation that started in November 2016. A large group of authorities and experts ($n = 200\text{--}300$) from different fields undertook the self-evaluation over approximately four months. During this period, 19 groups of experts from different authorities developed the narratives and tentative priority actions and proposed scores for each of the technical areas of the JEE. This was facilitated by extensive communication, information exchange and collaboration between different governmental sectors and institutions both within and between teams.

Instead of appointing a single point of contact, Finland nominated a five-member team of contacts to coordinate the JEE and correspond with the World Health Organization and external team leads, facilitators and experts. The team of contacts comprised members from government sectors representing agriculture, civil protection, defence and health.

JOINT EXTERNAL EVALUATION

The JEE was performed during the week of 27–31 March 2017. First, in accordance with World Health Organization guidelines, results of self-evaluation using the JEE tool were presented to the international external evaluation group (14, 15). After a week of interactive sessions with Finnish experts and on-site excursions with the external team and host country representatives, the international expert team recommended specific measures for the Finnish authorities to use for sustaining and further strengthening health security. Thus, the JEE was carried out as a peer-to-peer review. The agenda for the JEE is shown in Table 1.

FINDINGS OF THE JOINT EXTERNAL EVALUATION

The JEE team acknowledged Finland's strong public health capacity, along with the potential to share its knowledge and skills to support other countries in capacity-building for implementing IHR (2005) to promote global health security. However, the team underlined the need to maintain the national capacity for health security. It recommended the following high-level actions.

- Ensure that plans, policies, strategies, regulations and legislation continue to support the implementation of IHR (2005), One Health policy and the comprehensive security approach with adequate provision of resources in each technical area and investment to maintain operations and functions in public, animal and environmental health.
- In the absence of major, real events there is a risk of complacency; thus, it is necessary to continue advocacy on investing in IHR (2005) capacity.
- Complement high levels of collaboration with multisectoral partners with a clear chain of command and decision-making structures.

A total of 66 priority actions were identified in the final report (16). Table 2 shows the scores for the 19 technical areas based on the self-evaluation and JEE. Only minor adjustments to the self-evaluation scores were made following the JEE, demonstrating the robustness of both the evaluation process and tool. Of the 52 self-evaluation scores, only three were lowered by a single point and four were raised by a single point during the JEE. For one indicator (D.4.3. Workforce strategy), the self-evaluation score of 2 was increased by two points to a JEE score of 4. The self-evaluation teams had failed to reach a consensus on two scores (P.2.1 and D.4.2) and had included separate scores for humans and animals for two indicators in the Antimicrobial resistance capacity. However, all final scores were agreed by the external team and country representatives: modifications to scores were mainly based on differing interpretations of the definition for each indicator. Indeed, the first version of the JEE tool (15) used in this evaluation has recently undergone revision (17).

The report for Finland was finalized within 10 weeks of the JEE mission (16). It was reviewed for possible factual errors in Finland before being submitted by the JEE team and its leadership to the World Health Organization for publication. The report has been available online since 15 June 2017.

REVIEW AND IMPLEMENTATION OF PRIORITY ACTIONS IN FINLAND

The JEE is part of an iterative process to identify and fill gaps in national and global health security. As all countries are different, the process needs to be adapted to each country's national circumstances. Some countries have developed a separate NAPHS. In Finland, the JEE recommendations have been carefully studied for developing the NAPHS. The recommendations have been integrated into the comprehensive document, Security strategy for society (English version not available) (18), and are gradually being incorporated into other relevant policies, strategies, action plans and, most importantly, new legislation that is currently under revision.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

The Finnish experience of hosting the JEE and using the acquired information provides an example and useful information for countries developing their capacities to prevent, detect and respond to health security threats with a whole-of-society approach. In Finland, many intersectoral structures, such as the 2003 Strategy for securing the functions vital to society (18), existed prior to the Security strategy for society 2017 (19). Nevertheless, an early decision to share responsibility for managing the JEE between several authorities through the team of contacts was a critical element in creating a sense of ownership beyond the health sector. High-level government commitment, especially for developing the NAPHS, came from engaging the national Security Committee as the guardian of the process. As the NAPHS is embedded in the Security strategy for society 2017, it thus represents whole-of-government and whole-of-society commitment. Each branch of government is responsible for integrating the actions into its legislation and operations, while a steering group for health security will ensure follow-up through regular reports to the national Security Committee. As the elements of health security are highly interlinked in the actions by different authorities, ensuring that they are comprehensive, coherent and mutually supportive is of great importance. Financing for the range of new measures will be integrated into the normal budgetary processes of the government. We believe that this model will support a sustainable, comprehensive approach to effective and efficient preparedness through improving the capacities for prevention, detection and response to all hazards.

The JEE is a country-driven process that begins with a request to be evaluated, which stems from a willingness to better understand the level of preparedness and a desire to improve the national health system (20). A key element of the JEE process is that it is not an inspection: the peer-to-peer approach and dialogue between the external team and the national authorities promote positive engagement and a sense of ownership for the national authorities. A country's scores are not directly comparable with those of other countries, but are more relevant to measuring its own development over time. The transparency of the JEE process is unprecedented and should be highly valued.

The JEE process is important for all countries, regardless of their level of development and implementation of the IHR (2005) capacities. First and foremost, building and maintaining national capacities for health security requires a national, whole-of-government commitment. However, as many countries need assistance in capacity-building, developing costed NAPHS is an important part of the process. Finland led the establishment of the JEE Alliance (21), a platform to promote JEEs and national planning for preparedness capacity-building.

Acknowledgements: We are grateful to the governments of Estonia, Germany, Israel, Sweden, the Netherlands, the United Kingdom and the United States of America for providing technical experts for the external review process. Anders Tegnell is acknowledged as the team lead of the JEE. We also thank The European Centre for Disease Prevention and Control, the World Health Organization Regional Office for Europe and the Food and Agricultural Organization of the United Nations for contributing experts to the mission, and acknowledge the collaboration and support of the Centers for Disease Control and Prevention, the Global Health Security Agenda and the World Organization for Animal Health. We also thank State Secretary Paula Lehtomäki, Prime Minister's Office; permanent secretaries Jaana Husu-Kallio, Jukka Juusti, Päivi Nerg and Harri Pursiainen of the Ministries of Agriculture and Forestry, Defence, Interior, Transport and Communications, respectively and Under State Secretary Elina Kalkku, Ministry for Foreign Affairs for their whole-of-government leadership, and Vesa Valtonen, Secretary-General of the Security Committee, for coordinating the JEE. Tiina Raijas and Anna Wickström-Noejgaard supported the work of the team of contacts. Experts from the National Institute for Health and Welfare, Jari Jalava, Markku Kuusi, Jussi Sane, Taneli Puumalainen and Mika Salminen, contributed greatly to the work. Furthermore, the team leads and team members for each of the 19 technical areas covered in the JEE are recognized with gratitude. Kaisa Lähdepuro is acknowledged for critical review and technical assistance.

Sources of funding: Funding was provided by the European Commission Directorate General for International Cooperation and Development; the United States Centers for Disease Control and Prevention; and Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.

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. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [website]. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2018 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 9 March 2018).
2. International health regulations (2005), third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246107/1/9789241580496-eng.pdf?ua=1>, accessed 9 March 2018).
3. The OIE PVS pathway [website]. Paris: World Organization for Animal Health. (<http://www.oie.int/en/support-to-oie-members/pvs-pathway>, accessed 9 March 2018)
4. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 [website]. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015 (<https://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>, accessed 9 March 2018).
5. Convention on the Prohibition of the Development, Production and Stockpiling of Bacteriological (Biological) and Toxin Weapons and their Destruction [website]. New York: United Nations Office for Disarmament Affairs (<https://www.un.org/disarmament/wmd/bio>, accessed 9 March 2018).
6. Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature* 2008;451:990–3.
7. Karesh WB, Cook RA. One world – one health. *Clin Med* 2009;9:259–60.
8. Public health preparedness and response. Implementation of the International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (EB142/10; http://apps.who.int/gb/e/e_eb142.html, accessed 9 March 2018).
9. Joint external evaluation of IHR core capacities of the United Republic of Tanzania. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.7/en/>, accessed 9 March 2018).
10. The United Republic of Tanzania launches the national action plan for health security [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.afro.who.int/news/united-republic-tanzania-launches-national-action-plan-health-security>, accessed 9 March 2018).
11. Strategic Partnership Portal. Country Planning [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://extranet.who.int/spp/country-planning>, accessed 9 March 2018).
12. Kandel N, Sreedharan R, Chungong S, Sliter K, Nikkari S, Ijaz K et al. Joint external evaluation process: bringing multiple sectors together for global health security. *Lancet Glob Health*. 5(9):e857–8.
13. Bell E, Tappero JW, Ijaz K, Bartee M, Fernandez J, Burris H et al. Joint external evaluation – development and scale-up of global multisectoral health capacity evaluation process. *Emerging Infect Dis*. 23(suppl 1): S33–9.
14. Joint external evaluation – Finland’s Health Security 2017_ MASTER [video]. Helsinki: Ministry for Social Affairs and Health; 2017 (<https://vimeo.com/241497899>, accessed 9 March 2018).
15. Joint external evaluation tool: international health regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf, accessed 9 March 2018).
16. Joint external evaluation of IHR core capacities of the Republic of Finland. Mission report: March 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.24-Report/en/>, accessed 9 March 2018).
17. Meeting report: WHO technical review meeting of the Joint External Evaluation (JEE) tool and process. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/WHE/CPI/2017.53; <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259206/1/WHO-WHE-CPI-2017.53-eng.pdf?ua=1>, accessed 9 March 2018).
18. Strategy for securing functions vital to society. Government Resolution 27.11.2003 [in Finnish]. Helsinki: Finnish Government; 2003 (http://www.defmin.fi/files/248/2515_1687_Yhteiskunnan_elintArkeiden_toimintojen_turvaamisen_strategia_1_.pdf, accessed 9 March 2018).
19. The security strategy for society 2017. Helsinki: Security Committee, Ministry of Defence; 2018 (<https://www.turvallisuuskomitea.fi/index.php/en/yhteiskunnan-turvallisuusstrategia-yts>, accessed 9 March 2018).
20. IHR (2005) monitoring and evaluation framework: Joint External Evaluation tool and process overview. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/entity/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016-18/en/index.html>, accessed 9 March 2018).
21. JEE Alliance [website]. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2017 (<https://www.jeealliance.org/>, accessed 9 March 2018). ■

TABLE 1. AGENDA FOR THE EXTERNAL EVALUATION WEEK

Day 1. Monday. House of the Estates/National Institute for Health and Welfare	
09:30–10:00	<i>Coffee</i>
10:00–10:30	Opening and introductions
10:30–11:00	Objectives for the week Overview of the IHR and JEE
11:00–11:30	Overview of the health system in Finland
11:30–12:00	<i>Transportation to the National Institute for Health and Welfare</i>
12:00–12:45	<i>Lunch</i>
12:45–13:00	Welcome remarks by Director General
13:00–14:00	Technical area discussion • National legislation, policy and financing
14:00–15:00	Technical area discussion • IHR coordination communication, and advocacy
15:00–15:30	<i>Coffee/tea break</i>
15:30–17:00	Technical area discussion • Antimicrobial resistance
17:00–18:30	Technical area discussion • Zoonotic disease
18:30	Close of day 1
Day 2. Tuesday: National Institute for Health and Welfare	
08:30–11:30	Site visits Team 1: laboratories (HUSLAB, clinical laboratory services) Team 2: emergency operations (Helsinki City Rescue Department) Team 3: primary health care services (Vantaa)
09:00–10:00	Technical area discussion • Food safety
10:00–11:00	Technical area discussion • Immunization
11:00–11:30	<i>Coffee/tea break</i>
11:30–12:30	Technical area discussion • Workforce development
12:30–13:30	<i>Lunch, time for informal working groups (if needed)</i>
13:30–15:00	Technical area discussion • Biosafety and biosecurity
15:00–16:30	Technical area discussion • Real-time surveillance
16:30–17:00	Close of day 2

Day 3. Wednesday: National Institute for Health and Welfare	
08:30–13:30	Site visits Team 1: laboratories (Finnish Food Safety Authority Evira) Team 2: points of entry (Helsinki airport, Port of Helsinki)
09:00–10:30	Technical area discussion • Risk communication
10:30–11:00	Coffee/tea break
11:00–12:30	Technical area discussion • Preparedness
12:30–13:30	Lunch, time for informal working groups (if needed)
13:30–15:00	Technical area discussion • Points of entry
15:00–16:30	Technical area discussion • National laboratory system
16:30–17:00	Close of day 3
19:00–21:30	Dinner at the Government Banquet Hall
Day 4. Thursday: National Institute for Health and Welfare	
08:30–11:30	Site visits Team 1: laboratories (National Institute for Health and Welfare) Team 2: hospital visit (Helsinki University Hospital) Team 3: Radiation and Nuclear Safety Authority
09:00–10:15	Technical area discussion • Linking public health and security authorities
10:15–10:45	Coffee/tea break
10:45–12:00	Technical area discussion • Medical countermeasures and personnel deployment
12:00–13:30	Lunch, time for informal working groups (if needed)
13:30–14:30	Technical area discussions • Reporting
14:30–15:30	Technical area discussions • Emergency response operations
15:30–16:30	Technical area discussion • Chemical events
16:30–17:30	Technical area discussion • Radiation emergencies
17:30–18:00	Close of day 4

Day 5. Friday: House of the Estates	
09:00–10:00	Preview of the eight site visits (5 minute debriefing for each)
10:00–11:30	Time for external team meeting (optional), National Institute for Health and Welfare
11:30–12:15	Lunch at the National Institute for Health and Welfare (external team) <i>Transportation to the House of Estates</i>
13:00–15:30	Debriefing for high-level government officials and local stakeholders Summary of JEE Evaluation Findings and Closing Remarks
15:30–16:00	Summary of the JEE findings Remarks by the high-level representative of the Finnish Government Close of the week

TABLE 2. SELF-EVALUATION AND EXTERNAL EVALUATION SCORES

Capacity	Indicators	Score	
		Self-evaluation	External evaluation
National legislation, policy and financing	P.1.1. Legislation, laws, regulations, administrative requirements, policies or other government instruments in place are sufficient for implementation of IHR	4	4
	P.1.2. The state can demonstrate that it has adjusted and aligned its domestic legislation, policies and administrative arrangements to enable compliance with the IHR (2005)	5	5
IHR coordination, communication and advocacy	P.2.1. A functional mechanism is established for the coordination and integration of relevant sectors in the implementation of IHR	4–5 ^a	4
Antimicrobial resistance	P.3.1. Antimicrobial resistance detection	4 (human sector) 4 (animal sector)	4
	P.3.2. Surveillance of infections caused by antimicrobial-resistant pathogens	5 (human sector) 3 (animal sector)	4
	P.3.3. Health-care-associated infection prevention and control programmes	3 (human sector) 3 (animal sector)	3
	P.3.4. Antimicrobial stewardship activities	3 (human sector) 4 (animal sector)	4
Zoonotic disease	P.4.1. Surveillance systems in place for priority zoonotic diseases/pathogens	5	5
	P.4.2. Veterinary or animal health workforce: human/animal	4	4
	P.4.3. Mechanisms for responding to zoonoses and potential zoonoses are established and functional	3	3
Food safety	P.5.1. Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to foodborne disease and food contamination	5	5

TABLE 2. SELF-EVALUATION AND EXTERNAL EVALUATION SCORES

Capacity	Indicators	Score	
		Self-evaluation	External evaluation
Biosafety and biosecurity	P.6.1. Whole-of-government biosafety and biosecurity system is in place for human, animal and agriculture facilities	2	3
	P.6.2. Biosafety and biosecurity training and practices	3	3
Immunization	P.7.1. Vaccine coverage (measles) as part of national programme	4	4
	P.7.2. National vaccine access and delivery	5	5
National laboratory system	D.1.1. Laboratory testing for detection of priority diseases	5	5
	D.1.2. Specimen referral and transport system	5	5
	D.1.3. Effective modern point of care and laboratory based diagnostics	5	5
	D.1.4. Laboratory quality system	5	5
Real-time surveillance	D.2.1. Indicator and event based surveillance systems	4	4
	D.2.2. Interoperable, interconnected, electronic real-time reporting system	4	4
	D.2.3. Analysis of surveillance data	5	4
	D.2.4. Syndromic surveillance systems	4	4
Reporting	D.3.1. System for efficient reporting to WHO, FAO and OIE	4	4
	D.3.2. Reporting network and protocols in country client reporting to WHO, FAO and OIE	4	4
Workforce development	D.4.1. Human resources are available to implement IHR core capacity requirements	3	4
	D.4.2. Field Epidemiology Training Program or other applied epidemiology training program in place	3–4 ^a	4
	D.4.3. Workforce strategy	2	4
Preparedness	R.1.1. Multihazard national public health emergency preparedness and response plan is developed and implemented	5	5
	R.1.2. Priority public health risks and resources are mapped and utilized	5	5
Emergency response operations	R.2.1. Capacity to activate emergency operations	4	4
	R.2.2. Emergency operations centre operating procedures and plans	4	4
	R.2.3. Emergency operations programme	5	5
	R.2.4. Case management procedures are implemented for IHR relevant hazards	5	5
Linking public health and security authorities	R.3.1. Public health and security authorities, (e.g. law enforcement, border control, customs) are linked during a suspect or confirmed biological event	5	5
Medical countermeasures and personnel deployment	R.4.1. System is in place for sending and receiving medical countermeasures during a public health emergency	5	5
	R.4.2. System is in place for sending and receiving health personnel during a public health emergency	5	5

TABLE 2. SELF-EVALUATION AND EXTERNAL EVALUATION SCORES

Capacity	Indicators	Score	
		Self-evaluation	External evaluation
Risk communication	R.5.1. Risk communication systems (plans, mechanisms, etc.)	4	4
	R.5.2. Internal and partner communication and coordination	4	4
	R.5.3. Public communication	4	4
	R.5.4. Communication engagement with affected communities	3	3
	R.5.5. Dynamic listening and rumour management	4	4
Points of entry	PoE.1. Routine capacities are established at points of entry	4	4
	PoE.2. Effective public health response at points of entry	4	4
Chemical events	CE.1. Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to chemical events or emergencies	5	4
	CE.2. Enabling environment is in place for management of chemical events	4	4
Radiation emergencies	RE.1. Mechanisms are established and functioning for detecting and responding to radiological and nuclear emergencies	5	5
	RE.2. Enabling environment is in place for management of radiation emergencies	5	5

^a The technical area self-assessment team failed to agree on the score.

FAO: Food and Agricultural Organization of the United Nations; OIE: World Organization for Animal Health.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Совместная внешняя оценка Финляндии: укрепление безопасности в сфере здравоохранения через реализацию комплексного общегосударственного подхода

Simo Nikkari¹, Anni Virolainen-Julkunen², Sebastian Hielm³, Jouni Pousi⁴, Jukka Lähesmaa², Nirmal Kandel⁵, Outi Kuivasniemi², Päivi Sillanauke²

¹ Силы обороны Финляндии, Хельсинки, Финляндия

² Министерство социальных дел и здравоохранения, Хельсинки, Финляндия

³ Министерство сельского и лесного хозяйства, Хельсинки, Финляндия

⁴ Министерство внутренних дел, Хельсинки, Финляндия

⁵ Программа Всемирной организации здравоохранения по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения, Женева, Швейцария

Автор, отвечающий за переписку: Simo Nikkari (адрес электронной почты: simo.nikkari@mil.fi)

АННОТАЦИЯ

Совместная внешняя оценка (СВО) была проведена в Финляндии в марте 2017 г. силами 12 экспертов Всемирной организации здравоохранения (один руководитель группы и один эксперт), других международных организаций (два эксперта) и других стран (один руководитель группы и семь экспертов). Финляндия стала пятой страной в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения, в которой была проведена СВО, и 35-й в мире. В целом к февралю 2018 г. оценки были проведены в 67 странах. СВО в Финляндии координировалась и проводилась многоотраслевой группой из пяти контактных представителей под руководством

Комитета безопасности – координирующего органа, оказывающего содействие финскому правительству и его министерствам в вопросах обеспечения комплексной безопасности. Рекомендации СВО воплощаются в жизнь группой контактных представителей: они уже были включены в комплексный документ, Стратегию обеспечения безопасности общества, и также будут интегрированы в соответствующие политические документы, стратегии, планы действий и, что самое важное, в новое законодательство, которое в настоящее время находится в стадии пересмотра.

Ключевые слова: СОВМЕСТНАЯ ВНЕШНЯЯ ОЦЕНКА (СВО), МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА (ММСП) (2005 г.), БЕЗОПАСНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЕДИНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ИСХОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Задачи укрепления национального потенциала в области реагирования на риски в сфере здравоохранения являются неотъемлемой частью Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года и пересекаются с ведущими глобальными инициативами (1). Задачи по обеспечению возможностей предотвращения и выявления всех угроз, независимо от вызвавших их причин, и быстрого реагирования на них отражены в Международных медико-санитарных правилах (ММСП) (2005 г.) (2), Инструменте для оценки эффективности работы ветеринарных служб Всемирной организации охраны здоровья животных (3), обязательствах по Сендайской рамочной программе по

снижению риска бедствий (4) и Конвенции о запрещении биологического и токсинного оружия (5).

Большинство возникающих эпидемий вызываются зоонозами – т. е. инфекционными заболеваниями животного происхождения (6). Также растущую обеспокоенность вызывает устойчивость к противомикробным препаратам, представляющая опасность как для здоровья человека, так и для здоровья животных. Отсутствие эффективных противомикробных средств для лечения больных животных наносит ущерб процессу производства пищевых продуктов и экономическому положению лиц, задействованных в сельском хозяйстве, животноводстве и пищевой промышленности. Нам, несомненно, нужно реагировать на существующие угрозы

безопасности в сфере здравоохранения через принятие целостного, межсекторального подхода «Единое здравоохранение», реализация которого должна получать поддержку на самом высоком уровне (7). Укрепление жизненно важных функций здравоохранения и основных возможностей в рамках ММСП – неотъемлемая часть этих более широких мероприятий по укреплению систем здравоохранения.

Внедрение технической рамочной программы для проведения мониторинга и оценки ММСП создает условия для осуществления конкретного плана совместных усилий по повышению уровня готовности (8). Рамочная программа предусматривает реализацию четырех следующих компонентов: (i) инструмент ежегодной отчетности на основе самооценки; (ii) добровольная совместная внешняя оценка (СВО) основных возможностей, предусмотренных ММСП; (iii) имитационные упражнения; и (iv) обзор по итогам принятых мер.

За проведением СВО должна последовать разработка национального плана действий по обеспечению безопасности в области здравоохранения (NAPHS). В феврале 2016 г. Объединенная Республика Танзания стала первой страной, осуществившей СВО (9). С тех пор эта страна (с ее официальной политикой «Единое здравоохранение») является мировым лидером в разработке NAPHS (10). В соответствии с информацией, размещенной на Портале Всемирной организации здравоохранения по стратегическим партнерствам, на сегодняшний день процессы национального планирования завершили в 19 странах (11). Финляндия была 35-й страной в мире, которая провела СВО, и второй страной Европейского региона Всемирной организации здравоохранения (после Кыргызстана), которая завершила подготовку стратегии по разработке NAPHS. В предыдущих докладах описывался процесс проведения совместной внешней оценки (12, 13). В настоящем докладе кратко описывается подход Финляндии к национальной координации СВО и разработке NAPHS.

САМООЦЕНКА

Проведению СВО в Финляндии предшествовал процесс организации комплексной самооценки, инициированный в ноябре 2016 г. Большая группа руководящих лиц и экспертов ($n = 200\text{--}300$), представляющих различные секторы, в течение приблизительно четырех месяцев проводила процедуру самооценки. В этот период 19 групп экспертов из различных руководящих органов разработали описательные доклады и предварительные списки приоритетных мер,

а также провели балльную оценку по каждой из технических областей СВО. Эти процессы поддерживались с помощью активной коммуникации, обмена информацией и сотрудничества между различными секторами правительства и учреждениями как в рамках групп, так и между ними.

Вместо определения одного контактного центра в Финляндии была создана группа из пяти контактных представителей, отвечающая за координацию СВО и корреспонденцию со Всемирной организацией здравоохранения и руководителями внешних групп, поддерживающим персоналом и экспертами. В группу вошли представители государственных секторов – сельского хозяйства, гражданской защиты, обороны и здравоохранения.

СОВМЕСТНАЯ ВНЕШНЯЯ ОЦЕНКА

СВО проводилась 27–31 марта 2017 г. На первом этапе, в соответствии с руководящими указаниями ВОЗ, результаты самооценки с использованием инструмента СВО были представлены внешней международной группе оценки (14, 15). После недели интерактивных заседаний с финскими экспертами и визитов на места совместно с внешней группой и представителями принимающей страны, международная группа экспертов рекомендовала руководящим органам Финляндии конкретные меры по обеспечению устойчивости и дальнейшему укреплению безопасности в сфере здравоохранения. Таким образом, СВО была проведена по принципам коллегиального обзора. Программа недели совместной внешней оценки представлена в Таблице 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ СВО

Группа СВО отметила наличие в Финляндии мощного потенциала в области общественного здравоохранения, а также возможностей распространения знаний и навыков для поддержки других стран в их усилиях по укреплению потенциала, необходимого для осуществления ММСП в целях повышения безопасности в сфере здравоохранения во всем мире. При этом группой была выявлена потребность в поддержании необходимого уровня национального потенциала в области безопасности общественного здоровья. К осуществлению на высоком руководящем уровне были рекомендованы следующие меры:

- Необходимо обеспечить внедрение планов, политики, стратегий, нормативно-правовых актов и законов,

поддерживающих реализацию ММСП, стратегии «Единое здравоохранение» и принципа комплексной безопасности, с выделением достаточных ресурсов в каждой технической области и инвестированием в поддержание функций и оперативной деятельности в сферах общественного здравоохранения, охраны здоровья животных и гигиены окружающей среды.

- В отсутствие крупных, реальных событий возникает риск потери бдительности; в этой связи необходимо продолжать адвокацию в пользу инвестирования в мероприятия по укреплению основных возможностей ММСП (2005 г.).
- Высокий уровень взаимодействия с партнерами из многочисленных секторов следует дополнить наличием четкой системы субординации и принятия решений.

В заключительном докладе были определены 66 приоритетных мер (16). В Таблице 2 приведены оценочные баллы по 19 техническим областям, полученные в результате самооценки и СВО. После проведения СВО показатели самооценки претерпели лишь незначительные изменения, что говорит о надежности как процесса оценки, так и самого инструмента. Из 52 категорий самооценки лишь три оценки были снижены на один балл и четыре повышены на один балл в ходе СВО. По одному показателю «D.4.3. Стратегия развития трудовых ресурсов», получившему оценку 2 в ходе процедуры самооценки, оценка после СВО повысилась на два балла – до 4. Группы, проводившие самооценку, не смогли прийти к консенсусу в отношении двух оценок (P.2.1 и D.4.2) и поставили разные оценки для сектора охраны здоровья людей и сектора охраны здоровья животных по двум показателям в категории «Устойчивость к противомикробным препаратам». Однако по всем заключительным показателям оценки внешняя группа и страновые представители пришли к соглашению: изменение оценок преимущественно касалось различий в интерпретации определений для каждого показателя. Действительно, первый вариант инструмента СВО (15), использовавшийся в рамках этой оценки, недавно был подвергнут пересмотру (17).

Доклад по Финляндии был завершен в течение 10 недель миссии СВО (16). Доклад был рассмотрен экспертами в Финляндии на предмет устранения фактических ошибок, прежде чем группа СВО направила его Всемирной организации здравоохранения для публикации. С 15 июня 2017 г. доклад находится в открытом доступе в интернете.

ОБЗОР И РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНЫХ МЕР В ФИНЛЯНДИИ

СВО является частью циклического процесса выявления и восполнения пробелов в национальной и глобальной безопасности в сфере здравоохранения. Все страны отличаются друг от друга, поэтому этот процесс должен быть адаптирован к национальным условиям каждой страны. Некоторые страны разработали отдельный NAPHS. В Финляндии для разработки NAPHS были тщательно изучены рекомендации СВО. Эти рекомендации были интегрированы во всеобъемлющий документ – Стратегию по обеспечению жизненно важных общественных функций (доступна только на финском языке) (18); в настоящее время они постепенно включаются в соответствующие политические документы, стратегии, планы действий, и, что самое важное, в новое законодательство, которое в настоящее время находится в стадии пересмотра.

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Опыт Финляндии в проведении СВО и использовании полученных данных может служить примером и источником информации для стран, работающих над укреплением потенциала в области предотвращения и выявления угроз безопасности в сфере здравоохранения и быстрого реагирования на них на основе подхода с участием всего общества. До принятия Стратегии обеспечения безопасности общества 2017 г. (19) в Финляндии существовало множество межсекторальных систем, таких как Стратегия 2003 г. по обеспечению жизненно важных общественных функций (18). Тем не менее, заблаговременно принятое решение о разделении ответственности за управление СВО между различными органами власти посредством создания группы контактных представителей стало важнейшим компонентом формирования чувства заинтересованного коллективного участия среди различных секторов, а не только сектора здравоохранения. Поддержка правительства на высоком руководящем уровне, особенно в отношении разработки NAPHS, выражалась в участии в этой работе национального Комитета безопасности в качестве гаранта данного процесса. А поскольку NAPHS заложен в Стратегию обеспечения безопасности общества 2017 г., он олицетворяет собой принятие обязательств и участие всего государства и всего общества. Каждая ветвь правительства отвечает за интеграцию этих действий в свою законодательную базу и операционную деятельность, а руководящая группа

по вопросам безопасности в сфере здравоохранения будет контролировать ход работы и регулярно отчитываться в национальный Комитет безопасности. Поскольку компоненты безопасности в сфере здравоохранения плотно вплетены в структуру действий различных органов, важно обеспечить их всестороннюю направленность, согласованность и взаимодополняемость. Финансирование комплекса новых мер будет интегрировано в стандартные бюджетные процедуры правительства. Мы считаем, что в рамках этой модели предлагается устойчивый, комплексный подход к эффективному и действенному обеспечению готовности через укрепление потенциала в области предотвращения и выявления любых угроз и быстрого реагирования на них.

СВО – это процесс, инициируемый самой страной, который начинается с запроса о проведении оценки, обусловленного желанием лучше понять уровень готовности и усовершенствовать национальную систему здравоохранения (20). Ключевая характеристика процесса СВО заключается в том, что он не является инспекционной проверкой: коллегиальный подход и диалог между представителями внешней группы и национальных руководящих органов обеспечивает позитивное взаимодействие органов власти и рождает у них чувство ответственности за данный процесс. Полученные оценки несопоставимы напрямую между странами – они скорее предназначены для отслеживания странами собственного прогресса с течением времени. Прозрачность процесса СВО является беспрецедентной, и это следует рассматривать в качестве его преимущества.

Процесс СВО важен для всех стран, независимо от их уровня развития и прогресса в осуществлении возможностей ММСП (2005 г.). Развитие национального потенциала в области безопасности в сфере здравоохранения и его поддержание на необходимом уровне в первую очередь требует национальных, общегосударственных обязательств. Тем не менее, поскольку многим странам необходима поддержка в укреплении потенциала, разработка плана NAPHS со сметой расходов является важной частью процесса. Финляндия сыграла ведущую роль в создании Альянса СВО (21) – платформы для содействия проведению СВО и процессам национального планирования мероприятий по укреплению потенциала в области обеспечения готовности к реагированию.

Выражение признательности: благодарим правительства Германии, Нидерландов, Соединенного Королевства, Соединенных Штатов Америки, Швеции и Эстонии за назначение технических экспертов для проведения внешней оценки. Выражаем признательность Anders Tegnell за

его роль в качестве руководителя группы СВО. Благодарим также Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения и Продовольственную и сельскохозяйственную организацию Организации Объединенных Наций за предоставление экспертов для участия в миссии, а также признаем ценный вклад и поддержку центров по контролю и профилактике заболеваний, Повестки дня в области глобальной безопасности общественного здоровья и Всемирной организации по охране здоровья животных. Мы также хотели бы выразить признательность Государственному секретарю Paula Lehtomäki, канцелярия премьер-министра; постоянным секретарям Jaana Husu-Kallio, Jukka Juusti, Päivi Nerg и Harri Pursiainen министерств сельского и лесного хозяйства, внутренних дел, транспорта и коммуникаций соответственно; заместителю Государственного секретаря Elina Kalkku, Министерство иностранных дел, за ведущую роль в координации общегосударственного подхода, и Vesa Valtonen, Генеральному секретарю Комитета безопасности, за координацию СВО. Tiina Raijas и Anna Wickström-Noejgaard оказывали поддержку в работе группы контактных представителей. Эксперты из Национального института здравоохранения и социального обеспечения – Jari Jalava, Markku Kuusi, Jussi Sane, Taneli Ruumalainen и Mika Salminen – внесли ценный вклад в проведенную работу. Помимо этого благодарим за плодотворное сотрудничество руководителей и участников групп по каждой из 19 технических областей, оценивавшихся в рамках СВО. Также выражаем признательность Kaisa Lähdeperu за критический обзор материала и техническую поддержку.

Источники финансирования: финансирование было предоставлено Генеральным директоратом Европейской комиссии по вопросам международного сотрудничества и развития; Центрами профилактики и борьбы с заболеваниями Соединенных Штатов Америки; Германским агентством по международному сотрудничеству (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit).

Конфликт интересов: не заявлен.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

- Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [веб-сайт]. Нью-Йорк: Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам; 2018 (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R, по состоянию на 9 марта 2018 г.).
- Международные медико-санитарные правила (2005 г.), 3-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246188/1/9789244580493-rus.pdf>, по состоянию на 9 марта 2018 г.).
- The OIE PVS pathway [website]. Paris: World Organization for Animal Health. (<http://www.oie.int/en/support-to-oie-members/pvs-pathway>, accessed March 9 2018).
- Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 [website]. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015 (<https://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>, accessed March 9 2018).
- Конвенция о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) и токсинного оружия и об их уничтожении [веб-сайт]. Нью-Йорк: Управление ООН по вопросам разоружения (<https://www.un.org/disarmament/ru/wmd/%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5-%D0%BE%D1%80%D1%83%D0%B6%D0%B8%D0%B5>, по состоянию на 9 марта 2018 г.).
- Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature* 2008;451:990–3. doi:10.1038/nature06536.
- Karesh WB, Cook RA. One world – one health. *Clin Med* 2009;9:259–60. (<http://www.oie.int/en/for-the-media/editorials/detail/article/one-world-one-health/>, accessed March 9 2018).
- Обеспечение готовности и реагирование систем общественного здравоохранения. Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Женева: Всемирная организация здравоохранения 2016 (EB142/10: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB142/B142_10-ru.pdf, по состоянию на 9 марта 2018 г.).
- Joint external evaluation of IHR core capacities of the United Republic of Tanzania. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.7/en/>, accessed March 9 2018).
- The United Republic of Tanzania launches the national action plan for health security [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.afro.who.int/news/united-republic-tanzania-launches-national-action-plan-health-security>, accessed March 9 2018).
- Strategic Partnership Portal. Country Planning [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://extranet.who.int/spp/country-planning>, accessed March 9 2018).
- Kandel N, Sreedharan R, Chungong S, Sliter K, Nikkari S, Ijaz K et al. Joint external evaluation process: bringing multiple sectors together for global health security. *Lancet Glob Health*. 5(9):e857–8.
- Bell E, Tappero JW, Ijaz K, Bartee M, Fernandez J, Burris H et al. Joint external evaluation – development and scale-up of global multisectoral health capacity evaluation process. *Emerging Infect Dis*. 23(suppl 1): S33–9.
- Joint external evaluation – Finland's Health Security 2017–MASTER [video]. Helsinki: Ministry for Social Affairs and Health; 2017 (<https://vimeo.com/241497899>, accessed March 9 2018).
- Joint external evaluation tool: international health regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf, accessed March 9 2018).
- Joint external evaluation of IHR core capacities of the Republic of Finland. Mission report: March 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.24-Report/en/>, accessed March 9 2018).
- Meeting report: WHO technical review meeting of the Joint External Evaluation (JEE) tool and process. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/WHE/CPI/2017.53; <http://www.who.int/iris/handle/10665/259206>, accessed March 9 2018).
- Strategy for securing functions vital to society. Government Resolution 27.11.2003 [in Finnish]. Helsinki: Finnish Government; 2003 (http://www.defmin.fi/files/248/2515_1687_Yhteiskunnan_elintArkeiden_toimintojen_turvaamisen_strategia_1_.pdf, accessed March 9 2018).
- The security strategy for society 2017. Helsinki: Security Committee, Ministry of Defence; 2018 (<https://www.turvallisuuskomitea.fi/index.php/en/yhteiskunnan-turvallisuusstrategia-yts>, accessed March 9 2018).
- IHR (2005) monitoring and evaluation framework: Joint External Evaluation tool and process overview. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/entity/ihr/publications/WHO-HSE-GCR-2016-18/en/index.html>, accessed March 9 2018).
- JEE Alliance [website]. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2017 (<https://www.jeealliance.org/>, accessed March 9, 2018). ■

ТАБЛИЦА 1. ПРОГРАММА НЕДЕЛИ ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

День 1. Понедельник. Дом сословий / Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения	
09:30–10:00	<i>Кофе/чай</i>
10:00–10:30	Открытие и представление участников
10:30–11:00	Задачи недели внешней оценки Обзор ММСП и СВО
11:00–11:30	Обзор системы здравоохранения Финляндии
11:30–12:00	<i>Трансфер в Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения</i>
12:00–12:45	<i>Обед</i>
12:45–13:00	Приветственное слово Генерального директора
13:00–14:00	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Национальное законодательство, политика и финансирование
14:00–15:00	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Координация, коммуникация и информационно-разъяснительная деятельность в отношении ММСП
15:00–15:30	<i>Перерыв на кофе/чай</i>
15:30–17:00	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Устойчивость к противомикробным препаратам
17:00–18:30	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Зоонозные болезни
18:30	Завершение первого дня
День 2. Вторник. Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения	
08:30–11:30	Визиты на места Группа 1: лаборатории (HUSLAB, служба клинических лабораторий) Группа 2: чрезвычайные операции (Служба спасения г. Хельсинки) Группа 3: служба первичной медико-санитарной помощи (Вантаа)
09:00–10:00	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Безопасность пищевых продуктов
10:00–11:00	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Иммунизация
11:00–11:30	<i>Перерыв на чай/кофе</i>
11:30–12:30	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Развитие трудовых ресурсов
12:30–13:30	<i>Обед, встречи неформальных рабочих групп (при необходимости)</i>
13:30–15:00	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Биобезопасность и биозащита
15:00–16:30	Обсуждение технической области <ul style="list-style-type: none"> Эпиднадзор в режиме реального времени
16:30–17:00	Завершение второго дня

День 3. Среда. Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения	
08:30–13:30	Визиты на места Группа 1: лаборатории (Eviira – Финское управление безопасности пищевых продуктов) Группа 2: пункты въезда (аэропорт Хельсинки, морской порт Хельсинки)
09:00–10:30	Обсуждение технической области • Коммуникация рисков
10:30–11:00	Перерыв на чай/кофе
11:00–12:30	Обсуждение технической области • Готовность
12:30–13:30	Обед, встречи неформальных рабочих групп (при необходимости)
13:30–15:00	Обсуждение технической области • Пункты въезда
15:00–16:30	Обсуждение технической области • Национальная лабораторная система
16:30–17:00	Завершение третьего дня
19:00–21:30	Ужин в правительственном банкет-холле
День 4. Четверг. Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения	
08:30–11:30	Визиты на места Группа 1: лаборатории (Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения) Группа 2: визит в больницу (Университетская больница Хельсинки) Группа 3: Управление радиационной и ядерной безопасности
09:00–10:15	Обсуждение технической области • Связь между органами общественного здравоохранения и органами безопасности
10:15–10:45	Перерыв на чай/кофе
10:45–12:00	Обсуждение технической области • Направление медицинских средств реагирования и персонала
12:00–13:30	Обед, встречи неформальных рабочих групп (при необходимости)
13:30–14:30	Обсуждение технической области • Подача сведений
14:30–15:30	Обсуждение технической области • Оперативные мероприятия по реагированию на чрезвычайные ситуации
15:30–16:30	Обсуждение технической области • Химические события
16:30–17:30	Обсуждение технической области • Радиационные чрезвычайные ситуации
17:30–18:00	Завершение четвертого дня

День 5. Пятница. Дом сословий	
09:00–10:00	Обзор восьми визитов на места (пятиминутный дебрифинг по каждому)
10:00–11:30	Встреча внешней группы (при необходимости), Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения
11:30–12:15	Обед в Национальном институте здравоохранения и социального обеспечения (внешняя группа) <i>Трансфер в Дом сословий</i>
13:00–15:30	Дебрифинг для высокопоставленных представителей правительства и местных партнеров Обзор результатов СВО и заключительное слово
15:30–16:00	Обзор результатов СВО Комментарии высокопоставленного представителя правительства Финляндии Завершение недели внешней оценки

ТАБЛИЦА 2. БАЛЛЫ САМООЦЕНКИ И ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

Основные возможности	Показатели	Оценка (балл)	
		Самооценка	Внешняя оценка
Национальное законодательство, политика и финансирование	P.1.1. Имеющиеся законодательство, законы, нормативные акты, административные требования, стратегии или другие правительственные документы достаточны для осуществления ММСП	4	4
	P.1.2. Государство может продемонстрировать, что оно откорректировало внутреннее законодательство, политику и административные меры, приведя их в соответствие с требованиями ММСП (2005 г.)	5	5
Координация, коммуникация и информационно-разъяснительная деятельность в отношении ММСП	P.2.1. Создан функциональный механизм для координации и интеграции соответствующих секторов в реализации ММСП	4–5 ^a	4

Основные возможности	Показатели	Оценка (балл)	
		Самооценка	Внешняя оценка
Устойчивость к противомикробным препаратам	Р.3.1. Выявление устойчивости к противомикробным препаратам	4 (охрана здоровья человека)	4
		4 (охрана здоровья животных)	
	Р.3.2. Эпиднадзор за инфекциями, вызываемыми устойчивыми возбудителями	5 (охрана здоровья человека)	4
		3 (охрана здоровья животных)	
Р.3.3. Программы профилактики и контроля инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	3 (охрана здоровья человека)	3	
	3 (охрана здоровья животных)		
Р.3.4. Меры, направленные на рациональное применение противомикробных средств	3 (охрана здоровья человека)	4	
	4 (охрана здоровья животных)		
Зоонозные болезни	Р.4.1. Имеются системы эпиднадзора за приоритетными зоонозами/ возбудителями	5	5
	Р.4.2. Кадровые ресурсы ветеринарии и охраны здоровья животных: сектор охраны здоровья людей / сектор охраны здоровья животных	4	4
	Р.4.3. Созданы и функционируют механизмы реагирования на случаи зоонозных инфекций и потенциальный риск их возникновения	3	3
Безопасность пищевых продуктов	Р.5.1. Созданы механизмы выявления и реагирования на болезни пищевого происхождения и случаи заражения пищевых продуктов	5	5

Основные возможности	Показатели	Оценка (балл)	
		Самооценка	Внешняя оценка
Биобезопасность и биозащита	P.6.1. Имеется общегосударственная система обеспечения биобезопасности и биозащиты для медицинских, ветеринарных и сельскохозяйственных учреждений	2	3
	P.6.2. Обучение и практика обеспечения биобезопасности и биозащиты	3	3
Иммунизация	P.7.1. Охват вакцинацией (против кори) в рамках национальной программы	4	4
	P.7.2. Доступность вакцин и проведение вакцинации на национальном уровне	5	5
Национальная лабораторная система	D.1.1. Лабораторные тесты для диагностики приоритетных заболеваний	5	5
	D.1.2. Система перенаправления и транспортировки образцов	5	5
	D.1.3. Эффективная современная диагностика по месту лечения и в лаборатории	5	5
	D.1.4. Система качества лабораторий	5	5
Эпиднадзор в режиме реального времени	D.2.1. Системы эпиднадзора на основе показателей и событий	4	4
	D.2.2. Совместимые, взаимосвязанные электронные системы отчетности в режиме реального времени	4	4
	D.2.3. Анализ данных эпиднадзора	5	4
	D.2.4. Системы синдромного эпиднадзора	4	4
Подача сведений	D.3.1. Система эффективной подачи сведений в ВОЗ, ФАО и МЭБ	4	4
	D.3.2. Сеть и протоколы подачи сведений для представления страной отчетности в ВОЗ, ФАО и МЭБ	4	4
Развитие трудовых ресурсов	D.4.1. Доступны кадровые ресурсы для выполнения требований к основным возможностям согласно ММСП	3	4
	D.4.2. Имеется Программа обучения полевой эпидемиологии или другая программа обучения прикладной эпидемиологии	3–4 ^a	4
	D.4.3. Стратегия развития трудовых ресурсов	2	4
Готовность	R.1.1. Разработан и введен в действие национальный план обеспечения готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения с учетом любых угроз	5	5
	R.1.2. Проведено картирование приоритетных рисков для здоровья населения и ресурсов общественного здравоохранения, и эта информация используется на практике	5	5
Оперативные мероприятия по реагированию на чрезвычайные ситуации	R.2.1. Потенциал для инициирования оперативных мероприятий при чрезвычайных ситуациях	4	4
	R.2.2. Операционные процедуры и планы центра по чрезвычайным ситуациям	4	4
	R.2.3. Программа оперативных мероприятий при чрезвычайных ситуациях	5	5
	R.2.4. Внедрены процедуры ведения случаев при возникновении угроз, относящихся к сфере применения ММСП	5	5
Связь между органами общественного здравоохранения и органами безопасности	R.3.1. Органы общественного здравоохранения и органы безопасности (например, службы охраны правопорядка, пограничный контроль, таможня) взаимодействуют во время предполагаемого или подтвержденного биологического события	5	5
Направление медицинских средств реагирования и персонала	R.4.1. Имеется система направления и приема медицинских средств реагирования во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения	5	5
	R.4.2. Имеется система направления и приема медицинского персонала при чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения	5	5

Основные возможности	Показатели	Оценка (балл)	
		Самооценка	Внешняя оценка
Коммуникация рисков	R.5.1. Системы коммуникации рисков (планы, механизмы и др.)	4	4
	R.5.2. Внутренняя коммуникация и координация действий с партнерами	4	4
	R.5.3. Коммуникация с общественностью	4	4
	R.5.4. Коммуникация, направленная на взаимодействие с затронутыми местными сообществами	3	3
	R.5.5. Динамичное слушание и управление слухами	4	4
Пункты въезда	PoE.1. В пунктах въезда созданы возможности для проведения плановой работы	4	4
	PoE.2. Эффективное медико-санитарное реагирование в пунктах въезда	4	4
Химические события	CE.1. Созданы и функционируют механизмы для выявления и реагирования на химические события или чрезвычайные ситуации	5	4
	CE.2. Создана благоприятная среда для контроля над химическими событиями	4	4
Радиационные чрезвычайные ситуации	RE.1. Созданы и функционируют механизмы для выявления и реагирования на радиационные и ядерные чрезвычайные ситуации	5	5
	RE.2. Создана благоприятная среда для контроля за радиационными чрезвычайными ситуациями	5	5

^a Группа, проводившая самооценку в данной технической области, не смогла прийти к консенсусу касательно выставляемого балла.

ФАО: Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН; МЭБ: Всемирная организация по охране здоровья животных.

SHORT COMMUNICATION

Flood preparedness in the WHO European Region: paving the way

Corinna Reinicke¹, Ute Enderlein²

¹ Independent consultant

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

Corresponding author: Ute Enderlein (email: enderleinu@who.int)

ABSTRACT

Flooding is one of the most commonly experienced natural disasters in the WHO European Region. In the Balkans, severe floods have the potential to cause serious harm to the health of the population and health services to the point of requiring international support. In 2014, a period of heavy rainfall in the Balkans resulted in such an emergency, with major health infrastructure and financial implications. The WHO Regional Office for Europe provided emergency support within the WHO Emergency Response Framework during the flood. After the

event, WHO and the health authorities involved identified lessons learned from the experience and emphasized the importance of strengthened preparation for emergencies. Since 2014, the Regional Office has worked with countries, partners and other stakeholders to inform the development of two tools to be used to bolster Member State preparation for floods: the flood preparedness planning guidelines and the flood preparedness checklist.

Keywords: EMERGENCY PREPAREDNESS AND RESPONSE, HEALTH SYSTEMS STRENGTHENING, PUBLIC HEALTH, EUROPE

INTRODUCTION

In the WHO European Region, floods are one of the most common disasters, causing extensive damage and disruption of health and health services. The health of a population can be affected through contact with flood waters or indirectly from damage to infrastructure, ecosystems, food and water supplies or social support systems (1). Two thirds of deaths associated with flooding are from drowning, and the other third result from physical injury and trauma, heart attacks, and secondary causes such as electrocution, carbon monoxide poisoning and fire. Flooding endangers the continuity and delivery of emergency and routine health services through the flooding of or damage to health facilities and may lead to population displacement. Loss or degradation of infrastructure, such as the water supply and electrical power, transportation and communication capacities, is common (2). Floods may lead to major microbial and chemical hazards that leave entire populations vulnerable to waterborne and vector-borne diseases (3). The floods in May 2014 were a prime example of such devastation in the European Region, particularly in Bosnia and Herzegovina, eastern Croatia and Serbia.

In the face of emergencies like this, the strengthening of the national level to adequately prepare and respond or to support the local response is of the utmost importance for WHO (4), especially as many countries lack the resources, supplies and/or training to enable them to do so.

The aim of this short communication paper is therefore to summarize key issues of the WHO 2014 flood response in the Balkans and the ensuing development of two flood preparedness tools.

LOCAL CONTEXT

On 13 May 2014, Cyclone Tamara triggered heavy rainfall in the Balkans, resulting in flooding and landslides across Bosnia and Herzegovina, eastern Croatia and Serbia.

More than 2 million people were affected across the three countries, primarily in Bosnia and Herzegovina and Serbia (5). The disaster claimed the lives of over 60 people, caused an untold burden of morbidity, and displaced more than 85 000 people, many of whom were evacuated to collective shelters.

The flooding disrupted public services for weeks, and partially damaged or destroyed over 40 health facilities in all three countries (6). Beyond the impacts on life and health, the financial implications of the floods were immense: the affected countries were confronted with the urgent restoration of water and energy supplies, the reconstruction of houses and public buildings, as well as the rehabilitation of livelihoods (3). The estimated cost to the affected countries' health sectors alone came to more than €2.5 million. International donors committed €1.5 billion to address the immediate needs.

KEY ISSUES OF THE WHO RESPONSE TO THE FLOOD

Within the Emergency Response Framework, WHO is tasked with delivering on four critical functions: leadership, information, technical expertise and core services. These functions are essential to the response itself, and to the preparation and readiness of Member States for future disasters or events. In emergencies, when requested by a Member State, WHO provides leadership and coordination of the health sector/cluster response in support of the national and local health authorities. It coordinates the collection, analysis and dissemination of essential information on health risks, needs, gaps and performance. WHO provides technical assistance with partners or by covering critical gaps as needed and it supports core services related to logistics and administration (7).

During the emergency response to the Balkan floods, Bosnia and Herzegovina and Serbia each issued a state of emergency and requested international assistance. The emergency notification triggered a large-scale response from all levels of WHO. In the following days, the WHO Global Emergency Management Team identified this crisis as a Grade 2 emergency (8) at which point the Regional Office initiated emergency deployments of 12 experts from the Regional Office and the European Centre for Environment and Health in Bonn, Germany, to Bosnia and Herzegovina and Serbia as an emergency support team. Once in country, the team activated and led the health cluster in close cooperation the different health authorities in Bosnia and Herzegovina. Further WHO emergency staff were deployed to support the Ministry of Health and the WHO Country Office in Serbia. In immediate response to the emergency and to help meet the additional burden on the still-functioning health facilities, WHO procured Interagency Emergency Health Kits for Bosnia and Herzegovina and Serbia; each kit contains medicines and supplies to cover the basic health needs of up to 10 000 people for three months. Additionally, WHO experts worked with the health authorities in Bosnia and Herzegovina,

Croatia and Serbia on vector-control measures and developed a common strategy in flood-affected areas to avoid outbreaks of vector-borne diseases (6).

Thus, WHO provided comprehensive public health advice to health authorities, as well as technical guidance and expertise. It coordinated health partners, donors and stakeholders, and managed the regional communication and information platform with regard to the emergency and potential public health threats.

LESSONS LEARNED

Following the emergency response, the Regional Office held two lessons learned workshops with the Ministries of Health of Bosnia and Herzegovina, Croatia and Serbia. The major conclusions of the workshops were that:

- Bosnia and Herzegovina and Serbia lacked a proper national health emergency response plan;
- equipment and staffing of health authorities and first responders were insufficient;
- Serbia lacked legislation to allow the importation of non-registered drugs even during an emergency;
- the political division of Bosnia and Herzegovina posed a challenge for the procurement of essential medicines and supplies.

In summary, one of the most valuable lessons was that of the importance of preparedness and having the appropriate materials and plans in place to enable the Member States to respond effectively to an emergency. Serbia, with the support of the Regional Office, updated and strengthened its national health emergency response plan, introduced an emergency operations centre, conducted a flood simulation exercise and ensured that national staff participated in relevant Regional Office capacity development.

Because of the need to further guide Member States, WHO developed the Strategic Framework for Emergency Preparedness, which identifies the principles and elements of effective country health emergency preparedness. It takes account of the major lessons of previous initiatives and describes the planning and implementation process by which countries can determine their priorities and develop or strengthen their operational capacities (9). In the aftermath of the 2014 emergency in the Balkans, the Regional Office developed tools and guidelines as well as

advocacy leaflets to assist health emergency managers in Member States in assessing the health risks of flooding, ensuring their own readiness, and developing the public health responses for flood prevention in the context of wider emergency planning (3):

- flood preparedness planning guidelines;
- a flood preparedness checklist;
- a flood-related information leaflet for health workers; and
- a flood-related information leaflet for the public.

All these products were translated into Russian, were distributed to the high priority countries, and are easily adaptable to the local context.

REGIONAL OFFICE FLOOD PREPAREDNESS TOOLS

The Regional Office health sector flood preparedness planning guidelines support Member States in preparing for an emergency by outlining the essential considerations and prerequisites regarding: leadership and governance; the health workforce; medical products; vaccines and technology; health information; health financing; and service delivery. The guidelines also include materials to support flood contingency planning, including key principles, scenarios and assumptions, mitigation strategies, response preparedness, monitoring and testing. The guidelines are based on available literature, lessons learned, particularly those from the 2014 Balkan floods, and recommendations by partners. They propose actions to be carried out to prepare for flood emergencies in order to minimize the impact on affected people. These actions include the development, implementation, simulation, monitoring and regular update of a flood-specific preparedness and response plan that is reflective of the dynamic situation of a country and its resources. It is not meant to be a comprehensive manual but highlights important aspects of planning and management with a view to mitigating the impacts of floods (3).

The flood preparedness checklist outlines key sectors to include and considerations that for every country preparing for such an event. It too falls under the health system framework and covers: leadership and governance; the health workforce; medical products, vaccines and technology; health information; health financing; and service delivery. It provides criteria for national authorities to cross-check across the different planning levels of planning. These levels include multi-hazard planning,

multisectoral and health sector specific flood planning, surveillance systems, national and international information sharing, health facility emergency preparedness, continuity of health services, logistics and operational support. Ministries of health and other health authorities can use this checklist to ensure that they have factored in the relevant areas.

CONCLUSION

The emergency preparedness products developed by the Regional Office are a result of lessons learned and a response to gaps exposed during the emergency response in the Balkans in 2014. They mark an improvement in WHO's ability to support the health systems of Member States before, during and after emergencies and promote evidence-informed public health action.

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. Floods and health: Fact sheets for health professionals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/252601/Floods-and-health-Fact-sheets-for-health-professionals.pdf?ua=1, accessed 20 February 2018).
2. Menne B, Murray V, editors. Floods in the WHO European Region: Health effects and their prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/189020/e96853.pdf, accessed 20 February 2018).
3. Flooding: Managing health risks in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/341616/Flooding-v11_ENG-web.pdf, accessed 20 February 2018).

4. United Nations Disaster Assessment and Coordination Team. End of mission report: Mission to Serbia – Floods, 18–31 May 2014 (<http://www.undp.org.rs/download/Final%20UNDAC%20Report%20-%20Serbia%20Floods%20May2014.pdf>, accessed 20 February 2018).
5. Evaluation of Balkan flood response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
6. Situation Report 3: Floods in the Balkans: Bosnia and Herzegovina, Croatia and Serbia. 13 June 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/252094/Balkan-Floods-Sitrep-3-rev.pdf?ua=1, accessed 20 February 2018).
7. Health emergency highlights: Emergency risk management and humanitarian response. Issue 15, May 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/hac/donorinfo/highlights/highlights_may2014.pdf?ua=1, accessed 20 February 2018).
8. Emergency Response Framework. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/hac/about/erf/en/>, accessed 20 February 2018).
9. A strategic framework for emergency preparedness. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241511827/en/>, accessed 20 February 2018). ■

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Готовность к наводнениям в Европейском регионе ВОЗ: в начале пути

Corinna Reinicke¹, Ute Enderlein²

¹ Независимый консультант

² Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Ute Enderlein (адрес электронной почты: enderleinu@who.int)

АННОТАЦИЯ

Наводнения – один из наиболее распространенных видов стихийных бедствий в Европейском регионе ВОЗ. Так, на Балканском полуострове масштабные наводнения способны нанести здоровью людей и учреждениям здравоохранения серьезный ущерб, для ликвидации которого часто требуется международная помощь. Подобная чрезвычайная ситуация произошла на Балканах в 2014 году, когда в результате ливневых дождей сильно пострадала медицинская инфраструктура и был нанесен финансовый ущерб. Во время наводнения Европейское региональное бюро ВОЗ оказало пострадавшим районам экстренную поддержку в соответствии

с Рамочной программой ВОЗ по реагированию на чрезвычайные ситуации. После бедствия ВОЗ и органы здравоохранения сформулировали выводы на основе полученного опыта, уделив особое внимание повышению готовности к чрезвычайным ситуациям. Начиная с 2014 г. Региональное бюро сотрудничает с государствами, партнерами и другими заинтересованными сторонами в вопросах разработки двух инструментов, которые помогут государствам-членам в повышении готовности к наводнениям: руководства по планированию готовности к наводнениям и контрольного перечня для оценки готовности к наводнениям.

Ключевые слова: ГОТОВНОСТЬ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ, ОТВЕТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ, УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЕВРОПА

ВВЕДЕНИЕ

Наводнения – один наиболее распространенных видов стихийных бедствий в Европейском регионе ВОЗ. Они наносят серьезный ущерб и приводят к ухудшению здоровья населения и к перебоям в оказании медицинской помощи. Вред здоровью может причинить как контакт с паводковыми водами, так и – косвенным образом – нарушение функционирования инфраструктуры, экосистем, систем снабжения продовольствием и водой и механизмов социальной поддержки (1). Две трети смертей, связанных с наводнениями, относятся к утоплениям, а еще треть вызвана телесными повреждениями и травмами, инфарктами и такими вторичными факторами, как поражение электрическим током, отравление угарным газом или пожары. Наводнения ставят под угрозу непрерывность и саму возможность оказания экстренной и плановой медицинской помощи вследствие затопления или разрушения учреждений здравоохранения, и могут вызвать необходимость во временном перемещении людей. Наводнения часто сопровождаются уничтожением или повреждением объектов инфраструктуры,

таких как системы водо- и электроснабжения, транспорта и коммуникации (2). Кроме того, наводнения могут быть сопряжены с серьезными угрозами бактериологического и химического характера, при которых риск заражения заболеваниями, распространяемыми с переносчиками и через воду, угрожает всему населению пораженных бедствием районов (3). В качестве примера подобной разрушительной катастрофы в Европейском регионе можно привести наводнения в мае 2014 г., которые особенно сильно затронули Боснию и Герцеговину, Сербию и восточную часть Хорватии.

Перед лицом подобных бедствий первостепенную важность для ВОЗ приобретает укрепление потенциала государств-членов для надлежащей подготовки к чрезвычайным ситуациям, ликвидации их последствий или оказания поддержки для мер реагирования на местах (4), особенно с учетом того, что многие страны не располагают достаточными ресурсами, материальным обеспечением и/или квалифицированными кадрами для решения подобных задач.

Цель настоящего краткого отчета состоит в том, чтобы резюмировать ключевые меры, принятые ВОЗ в связи с наводнениями 2014 г. на Балканском полуострове, а также описать два разработанных по итогам этих мер документа по обеспечению готовности к наводнениям.

МЕСТНАЯ СПЕЦИФИКА

13 мая 2014 г. циклон «Тамара» принес на Балканский полуостров затяжные проливные дожди, что привело к наводнениям и оползням в Боснии и Герцеговине, Сербии и восточной части Хорватии.

В этих трех странах от стихийного бедствия пострадало свыше двух миллионов человек, особенно в Боснии и Герцеговине и Сербии (5). Более 60 человек погибли, причинен огромный вред здоровью населения, свыше 85 тысяч человек были вынуждены покинуть свои жилища, причем многих пришлось эвакуировать в убежища. Наводнение на несколько недель парализовало деятельность коммунальных служб, более 40 учреждений здравоохранения в трех странах были повреждены или полностью разрушены (6). Помимо ущерба для жизни и здоровья людей, был нанесен огромный материальный урон: пострадавшие страны были вынуждены в экстренном порядке восстанавливать системы водо- и энергоснабжения, заново отстраивать жилые дома и административные здания и обеспечивать средства к существованию (3). Сумма убытков в одной только сфере здравоохранения в пострадавших странах оценивается в общей сложности более чем в 2,5 млн евро. На удовлетворение неотложных нужд были собраны пожертвования зарубежных доноров в размере 1,5 млрд евро.

КЛЮЧЕВЫЕ МЕРЫ, ПРИНИМАЕМЫЕ ВОЗ ПРИ НАВОДНЕНИЯХ

В соответствии с Рамочной программой по реагированию на чрезвычайные ситуации, перед ВОЗ стоит задача выполнять четыре ключевые функции: лидерство, информирование, предоставление технической экспертной поддержки и оказание базовых услуг. Эти функции имеют огромное значение как для ликвидации последствий конкретного катаклизма, так и для повышения уровня государств-членов к бедствиям и чрезвычайным ситуациям в будущем. В чрезвычайных обстоятельствах ВОЗ, по запросу пострадавшего государства-члена, берет на себя руководство

деятельностью сектора/кластера здравоохранения по преодолению ситуации и координирует их действия, оказывая таким образом поддержку органам здравоохранения национального и местного уровня. ВОЗ осуществляет координацию сбора, анализа и распространения ключевой информации, касающейся факторов риска, потребностей, нужд и задач в сфере здравоохранения. Кроме того, Организация оказывает техническую помощь в привлечении партнеров или посредством устранения, по мере необходимости, основных пробелов, а также поддерживает оказание базовых услуг в сфере материально-технического снабжения и администрирования (7).

В ходе ликвидации последствий наводнений на Балканском полуострове правительства Боснии и Герцеговины и Сербии объявили чрезвычайное положение и обратились к международному сообществу с призывом о помощи. После оповещения о введении чрезвычайного положения ВОЗ перешла к крупномасштабным действиям на всех уровнях. В течение нескольких дней Глобальная группа ВОЗ по управлению в чрезвычайных ситуациях отнесла бедствие к уровню 2 (8), после чего Региональное бюро командировало в Боснию и Герцеговину и Сербию группу экстренной поддержки в составе 12 экспертов из Регионального бюро и Европейского центра по окружающей среде и охране здоровья, расположенного в Бонне (Германия). Прибыв в Боснию и Герцеговину, группа активизировала и возглавляла работу кластера здравоохранения в тесном сотрудничестве с органами здравоохранения страны. Специалисты ВОЗ по чрезвычайным ситуациям также были направлены для поддержки Министерства здравоохранения и странового офиса ВОЗ в Сербии. В рамках немедленного реагирования на чрезвычайную ситуацию и поддержки функционирующих учреждений здравоохранения, нагрузка на которые значительно возросла, ВОЗ сформировала для Боснии и Герцеговины и Сербии межучрежденческие медицинские комплекты для оказания экстренной помощи, содержащие лекарственные средства и медицинские товары в количестве, достаточном для удовлетворения базовых медицинских потребностей 10 тысяч человек в течение трех месяцев. Кроме того, эксперты ВОЗ вместе с органами здравоохранения Боснии и Герцеговины, Сербии и Хорватии осуществляли меры по борьбе с переносчиками инфекций и выработали общую стратегию действий по предотвращению вспышек трансмиссивных заболеваний в пострадавших от наводнений районах (6).

Таким образом, наряду с технической и экспертной помощью ВОЗ оказывала органам здравоохранения комплексную консультативную поддержку в сфере общественного

здравоохранения. Силами ВОЗ осуществлялась координация действий партнеров, доноров и других заинтересованных сторон, а также управление региональной информационно-коммуникационной платформой, посредством которой освещались вопросы, связанные с чрезвычайной ситуацией и потенциальным угрозам здоровью населения.

АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННОГО ОПЫТА

По окончании экстренных действий Региональное бюро провело с представителями министерств здравоохранения Боснии и Герцеговины, Сербии и Хорватии два семинара, посвященных анализу полученного опыта. Основные выводы, к которым пришли участники семинаров, приведены ниже.

- В Боснии и Герцеговине и Сербии отсутствовали надлежащие национальные планы действий в чрезвычайной ситуации.
- Органы здравоохранения и службы оперативного реагирования оказались недостаточно обеспечены как оборудованием, так и кадрами.
- В Сербии отсутствовали законодательные нормы, разрешающие импорт незарегистрированных лекарств даже в экстренных ситуациях.
- Административно-территориальное деление Боснии и Герцеговины затрудняло снабжение пострадавших районов необходимыми лекарствами и медицинскими материалами.

Один из самых важных выводов заключался в том, что для принятия действенных мер в экстренных ситуациях государствам-членам необходимо обеспечить готовность и иметь запасы всех необходимых материалов. При поддержке Регионального бюро в Сербии был пересмотрен и оптимизирован национальный план действий в экстренных ситуациях, учрежден центр кризисного реагирования, проведены учения для отработки действий в случае наводнений и обеспечено участие сотрудников национальных органов здравоохранения в мероприятиях Регионального бюро по развитию профессионального потенциала.

Учитывая необходимость в дальнейшей координации действий государств-членов, ВОЗ разработала документ под названием «Стратегическая рамочная программа

для повышения готовности к чрезвычайным ситуациям» [Strategic Framework for Emergency Preparedness], определяющий принципы и составляющие надлежащей готовности стран к чрезвычайным ситуациям. В Программе учтены основные выводы, сделанные на основе анализа предыдущих инициатив, и описаны процессы планирования и реализации, с помощью которых страны смогут определить приоритетные задачи и создать или укрепить необходимый оперативный потенциал (9). После бедствия на Балканах в 2014 году Региональное бюро разработало инструменты, руководства и информационные материалы для руководителей, ответственных за действия в чрезвычайных ситуациях в области здравоохранения в государствах-членах, посвященные оценке риска для здоровья при наводнениях, обеспечению готовности и планированию действий органов здравоохранения по предотвращению наводнений в контексте составления чрезвычайного плана действий более общего характера, включая (3):

- руководство по планированию готовности к наводнениям;
- контрольный перечень для оценки готовности к наводнениям;
- информационная брошюра о наводнениях для работников здравоохранения;
- информационная брошюра о наводнениях для широкой общественности.

Все эти материалы переведены на русский язык, направлены в страны высокого приоритета и могут быть легко адаптированы к местным условиям.

МАТЕРИАЛЫ РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ГОТОВНОСТИ К НАВОДНЕНИЯМ

Руководство по планированию готовности к наводнениям разработано Региональным бюро в помощь государствам-членам для подготовки к действиям при чрезвычайных ситуациях. В нем изложены существенные принципы и необходимые условия, касающиеся лидерства и управления, кадровых ресурсов здравоохранения, медицинской

продукции, вакцин и технологий, информации здравоохранения, финансирования здравоохранения и оказания услуг. В Руководство также включены материалы, необходимые для планирования действий в условиях наводнений, в том числе ключевые принципы, сценарии и исходные условия, стратегии снижения риска, меры реагирования и инструменты мониторинга и тестирования. Руководство составлено на основе имеющейся литературы и полученного опыта (прежде всего – в отношении балканских наводнений 2014 г.), а также рекомендаций партнеров. В нем предлагаются конкретные меры по подготовке к наводнениям и минимизации ущерба для людей в пострадавших районах. В число таких мер входят подготовка, реализация, отработка, мониторинг и регулярная актуализация готовности к наводнениям, а также составление плана кризисного реагирования, соответствующего динамике сложившейся в стране ситуации и имеющимся ресурсам. Руководство задумано не как подробное пособие, но как краткий перечень важнейших аспектов планирования и управления действиями в целях сокращения ущерба от наводнений (3).

Контрольный перечень для оценки готовности к наводнениям включает список основных секторов, которые должны быть вовлечены в такую деятельность, и основные соображения для подготовки к подобной чрезвычайной ситуации. Он также относится к структуре системы здравоохранения и освещает такие аспекты, как лидерство и управление, кадровые ресурсы здравоохранения, медицинскую продукцию, вакцины и технологии, информация здравоохранения, финансирование здравоохранения и оказание услуг. Кроме того, в нем приводятся критерии, на которые могут ориентироваться органы государственной власти при оценке соответствия стратегий планирования на разных уровнях. К таким уровням относятся планирование с учетом множественных факторов риска, многосекторальное планирование и планирование действий сферы здравоохранения при наводнениях, системы эпиднадзора, обмен информацией на государственном и международном уровнях, готовность объектов здравоохранения к работе в чрезвычайных ситуациях, непрерывность оказания медицинской помощи, материально-техническое снабжение и оперативная поддержка. Министерства здравоохранения и другие структуры по охране здоровья могут ориентироваться на этот контрольный перечень для того, чтобы обеспечить учет всех соответствующих сфер.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Составленные Региональным бюро материалы по повышению готовности к чрезвычайным ситуациям основаны на анализе опыта, полученного во время стихийного бедствия, разразившегося на Балканском полуострове в 2014 году, и выявленных в тот период системных недочетах. Они знаменуют собой повышение готовности ВОЗ к поддержке систем здравоохранения государств-членов до, во время и после чрезвычайных ситуаций и способствуют осуществлению мер общественного здравоохранения с учетом фактических данных.

Конфликт интересов: не заявлен.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Floods and health: Fact sheets for health professionals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/252601/Floods-and-health-Fact-sheets-for-health-professionals.pdf?ua=1, accessed 20 February 2018).
2. Menne B, Murray V, editors. Floods in the WHO European Region: Health effects and their prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/189020/e96853.pdf, accessed 20 February 2018).
3. Наводнения: управление рисками для здоровья в европейских государствах-членах ВОЗ. Копенгаген: Европейское Региональное Бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/flooding-managing-health-risks-in-the-who-european-region-2017>, по состоянию на 20 февраля 2018 г.).
4. United Nations Disaster Assessment and Coordination Team. End of mission report: Mission to Serbia – Floods, 18–31 May 2014 (<http://www.undp.org.rs/download/Final%20UNDAC%20Report%20-%20Serbia%20Floods%20May2014.pdf>, accessed 20 February 2018).
5. Evaluation of Balkan flood response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
6. Situation Report 3: Floods in the Balkans: Bosnia and Herzegovina, Croatia and Serbia. 13 June 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/252094/Balkan-Floods-Sitrep-3-rev.pdf?ua=1, accessed 20 February 2018).

7. Health emergency highlights: Emergency risk management and humanitarian response. Issue 15, May 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/hac/donorinfo/highlights/highlights_may2014.pdf?ua=1, accessed 20 February 2018).
8. Emergency Response Framework. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/hac/about/erf/en/>, accessed 20 February 2018).
9. A strategic framework for emergency preparedness. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241511827/en/>, accessed 20 February 2018). ■

ORIGINAL RESEARCH

Protracted emergency in Turkey – supporting provision of essential health services to Syrians under temporary protection

Pavel Ursu¹, Dorit Nitzan², Serap Şener³, Bahadır Sucaklı³, Murat Şimşek³, Mërkur Beqiri³, Matteo Dembech³, Akfer Karaoğlan Kahiloğulları³, Altin Malaj³

¹ World Health Organization Representative in Turkey

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

³ WHO Country Office, Ankara, Turkey

ABSTRACT

Introduction: Turkey is currently hosting the largest number of refugees in the world. Over 3.4 million Syrians are under temporary protection in Turkey. The Ministry of Health and the World Health Organization are working together to ensure all Syrian refugees are ensured increased access to quality and affordable essential health services. This is being achieved by training and positioning Syrian doctors, nurses and medical translators to serve in primary health care. The World Health Organization supports the adaptation training of all these professionals, with funding from the European Union.

Methods: We analysed data from pre- and post-test scores of 984 Syrian doctors, 538 nurses and 298 translators, and 233 Syrian and Turkish doctors providing mental health services, trained between November 2016 and June 2017. The data collected was analysed using paired t-tests. Health service utilization data from seven refugee health training centres, measured as number of consultations and reported monthly, were analysed for trends.

Results: Training evaluation data indicated a statistically significant increase in the post-test scores of Syrian health professionals, which was attributable to the training process supported by the World Health Organization. Health service utilization data shows an increase in the number of primary health care consultations in the seven refugee health training centres during 2017, with the exception of the month of June due to the holy month of Ramadan.

Conclusions: Training and employment of Syrian health professionals, renovation of facilities, provision of equipment, increased availability of health services and increased accessibility of such services provided for free to Syrian refugees under temporary protection in Turkey has led to improved access to quality and affordable essential health services. This model – tested in the protracted emergency situation in Turkey – is documented and may be a useful example to similar situations worldwide.

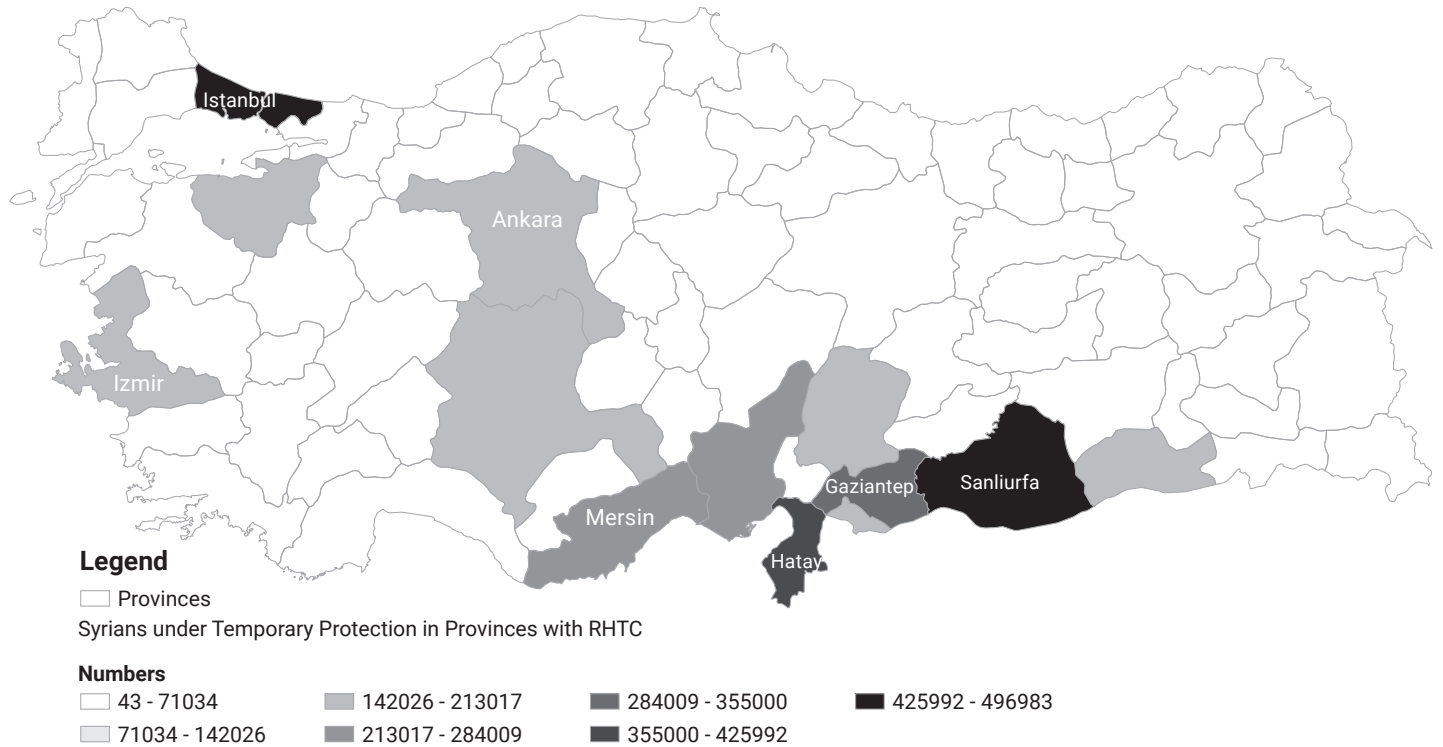
Keywords: PROTRACTED EMERGENCIES, SYRIAN REFUGEES, TURKEY, ESSENTIAL HEALTH SERVICES, UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

INTRODUCTION

Since 2011, over 3.4 million Syrians fleeing from the raging conflict in their homeland sought refuge in Turkey (1) and have been offered temporary protection by the Government of Turkey (2). Seven per cent are cared for in temporary hosting shelters, while the rest have spread to all 81 provinces in Turkey and are living among host communities (see Fig. 1). The Government and the coalition of United Nations (UN) agencies, donors and partners (including nongovernmental organizations (NGOs) have put concerted efforts to extend support to the Syrians under temporary protection: providing shelter, food and equitable access to quality and affordable services.

Efforts in the health sector are led by the Turkish Ministry of Health and supported by the World Health Organization (WHO) and several other UN agencies, donor and partners. The humanitarian work is coordinated and implemented under the Regional Refugee and Resilience Plan (3RP) (3) as part of the Whole of Syria operation. The health support is based on refugee population health needs and gaps identified through a series of surveys and rapid assessments conducted in past years. The surveys focused on assessing health status and also identifying risks from communicable and noncommunicable diseases (4). The findings were used by the Ministry of Health and partners to design public health interventions in support of vaccination campaigns (that reached over 365 000 Syrian children under five

FIG. 1. DISTRIBUTION OF SYRIANS UNDER TEMPORARY PROTECTION IN TURKEY, 2017



years of age) (5) and mental health and psychological support programs (6) aimed at both the refugees and host communities (see Fig. 2).

WHO supported the Ministry of Health to design and provide essential health services to the Syrian refugees during this protracted emergency (7) by improving access to quality and affordable services and by designing and implementing adaptation training of Syrian doctors, nurses, medical

translators, mental health and psychosocial workers (8). The professionals – trained with support from generous multi-donor funding – are planned to be hired by the Ministry to serve largely in primary health care. Improved access would come primarily by direct access to linguistically and culturally sensitive services delivered by Syrian providers. Improved quality of service was assured by providing direct support to the renovation, staffing and provision of equipment and medical supplies to seven refugee health training centres (9), located in the seven provinces with the highest concentration of Syrian refugees.

FIG. 2. SYRIAN CHILD RECEIVING A CONSULTATION AT REFUGEE HEALTH TRAINING CENTRE



Photo by WHO

The model of service provision implemented in these seven centres was used by the Ministry of Health to design and establish 42 extended migrant health centres as part of a larger network of 178 such centres, consisting of 790 migrant health units (each staffed by one Syrian doctor and one nurse) under the auspices of the, “Improving the health status of the Syrian population under temporary protection and related services provided by Turkish authorities” (SIHHAT) project (10), funded under a direct grant under the Facility for Refugees (11) in Turkey, with European Union (EU) funding. It is the vision of the Ministry to employ Syrian health professionals in Turkey, as part of the Turkish health system, to ensure that all Syrians under temporary protection are provided the same universal health coverage (12) as the Turkish citizens. The integration of the Syrian health professionals, increased coordination and efficiency in service provision, improved access (13) and quality of essential services for refugees has also led to reduced burden on the Turkish secondary health

care (hospital) sector. Overall, the health measures taken at all levels have led to increased health system resilience that is better adapted to serve the needs of both the refugee population and the host communities, thus further reducing the tensions stemming from the arrival of large numbers of refugees over a short period of time. Furthermore, the employment of the Syrian health professionals by the Ministry of Health in Turkey has also provided further opportunities for socioeconomic development of the Syrian population, improved health in the long term and eased full integration into Turkish society (14).

Data from current training indicated that half of the graduates are specialist doctors, who are making use of the WHO supported training and SIHHAT employment opportunities to work in primary health care settings. Should the Ministry of Health decide to include Syrian health professionals in secondary health care in the future, additional training will be needed to meet health needs at all levels of care. Future training efforts will be focused on both strengthening the adaptation training, complemented with Turkish language and IT skills, but also continuous medical education training on a semi-annual basis.

METHODS

The aim of this paper is to provide evidence on the efficacy of WHO implemented activities in Turkey, in support of the Ministry of Health's efforts to provide essential health services to the Syrian refugees. The first way we propose to do this is to look at the knowledge gained through the theoretical part of the training of Syrian doctors, nurses, translators and mental health and psychosocial workers. We compared pre- and post-test results of 984 Syrian doctors, 538 nurses and 298 translators, and 233 Syrian and Turkish doctors providing mental health services.

The pre- and post-tests were designed and conducted by Turkish universities with experience in providing training to doctors, nurses and translators for medical terminology. The pre- and post-tests took place within one week of each other, before and after five days of the theoretical part of the adaptation training. The questionnaires included questions linked to the topics taught in each of the training curricula by specialty. The theoretical part of the training aimed to provide knowledge to Syrian health professionals on how the Turkish health system is set up, policies and procedures (including referrals) and names of pharmaceuticals in Turkey.

The pre- and post-test scores were reported for each cohort of trainees, starting from November 2016 until June 2017. The data was entered in Excel 2010 and analysed with Stata 14

for Windows. We used paired t-tests to analyse whether the observed differences in pre- and post-test scores were statistically significant, in an attempt to determine whether any observed difference was attributable to our training program or had in fact happened by chance.

The second way we propose to look at improvements in health service delivery is to assess the health service utilization data, primarily the reported number of primary health care consultations at the seven refugee health training centres in the seven Turkish provinces with the highest number of refugees. These centres are used as training grounds for the practical on-the-job rotation of Syrian doctors, nurses and mental health and psychosocial workers. The primary health care model supported by WHO in these seven centres included provision of primary health care services, complemented with a range of additional services, for example mental health and psychosocial support; sexual and reproductive health services; safe spaces for women and girls etc. The refugee health training centres are located in accessible areas of the provinces of Istanbul, Izmir, Ankara, Mersin, Gaziantep, Hatay and Sanliurfa, all with a high density of Syrian refugees. Public transportation to reach the centres is available, and transportation and translation for referral services (to hospitals) was also provided. The centres were renovated with WHO support, and equipment and medical supplies were provided to cover the needs of primary health care.

The renovated centres have a waiting area, patient guides/translators that help new patients reach the necessary provider in the facility and information services that record the patient demographics and their reason for the consultation. All the services in these centres are provided for free to all Syrian refugees, by Syrian doctors and nurses. The activity of the trainees undergoing their on-the-job clinical rotation is directly supervised by Turkish doctors who make use of Arabic-Turkish translators. The data collected at the facility level is entered in the Turkish health information system by all general practitioners. Facility level aggregate data is shared by the Turkish Ministry of Health with WHO on a monthly basis.

As of July 2017, over 980 Syrian doctors and over 500 nurses had completed the theoretical part of the adaptation training and over 600 doctors and 400 nurses had completed the practical on-the-job clinical rotations. Over 300 translators were trained in medical terminology. The number of Syrian health professionals employed through the SIHHAT project was reported to be 484, with the number increasing every month. The estimated number of clinical consultations provided to the Syrian refugees by the strengthened seven health centres amounts to 360 000 every year.

The joint efforts between the Ministry of Health and WHO showed progress in increased training numbers and also in improved knowledge and enhanced service.

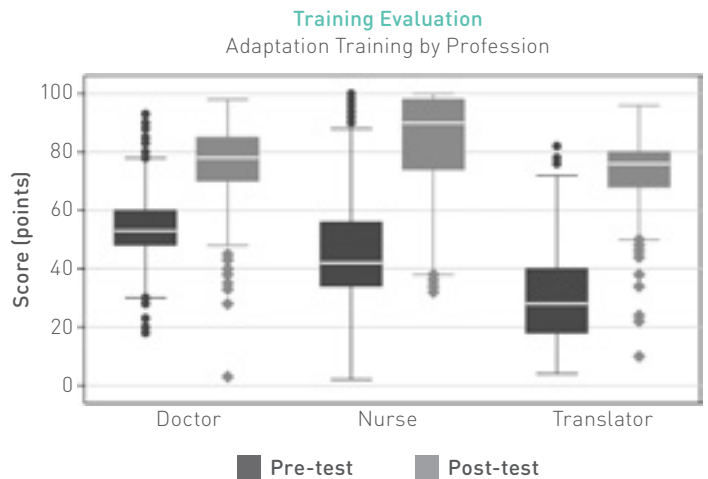
RESULTS

The results from statistical testing comparing the pre- and post-test scores of Syrian doctors, nurses and translators showed an increased number of correct answers in the post-test. These increases vary from 24 (out of 100) points for doctors, 39 points for nurses and 43 points for translators. The t-test results are listed in Table 1. All these results were statistically significant at the $P < 0.05$ level. Fig. 3 is a box plot graph of the same training evaluation data for doctors, nurses and medical translators.

The majority of doctors trained through the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), a WHO training program and toolkit designed to assist primary care physicians identify, diagnose, treat and refer cases needing mental health and psychosocial support, are now serving in the network of refugee/migrant health centres.

The t-test results for the Turkish and Syrian doctors trained in mhGAP show increases in post-test scores that are 4.4 points for Turkish and 16 points for Syrian doctors. These results are significant at $P < 0.005$ (Table 2). Figs. 4a and 4b show the boxplot graph of the same results.

FIG. 3. THE PRE- AND POST-TEST SCORES BOXPLOT GRAPH FOR DOCTORS, NURSES AND TRANSLATORS



The reported number of primary health care consultations in the seven centres supported by WHO was measured and reported monthly to the Turkish Ministry of Health. The health information management working group, co-chaired by WHO Country Office in Turkey, meets monthly and analyses the health service utilization data. Fig. 5 shows the monthly number of consultations provided by the seven refugee health training centres, from January to December 2017. Despite the drop observed in June, linked to the holy month of Ramadan, the data suggests an increasing trend. The increased utilization of services, measured as number of consultations, is linked to increased access of health services and likely due to improved quality, better information and improved management of services.

TABLE 1. COMPARISON OF PRE- AND POST-TEST SCORES FOR SYRIAN DOCTORS, NURSES AND TRANSLATORS

Doctors	Observed	Mean	Standard Error	Standard deviation	95% confidence interval
Post-test score	984	77.304	0.335	10.524	76.646 –77.962
Pre-test score	984	53.061	0.319	10.019	52.434 –53.688
Difference	984	24.243	0.375	11.758	23.507 –24.978

Nurses	Observed	Mean	Standard Error	Standard deviation	95% confidence interval
Post-test score	538	84.790	0.657	15.241	83.499 –86.081
Pre-test score	538	45.678	0.827	19.183	44.054 –47.303
Difference	538	39.112	0.861	19.970	37.420 –40.803

Translators	Observed	Mean	Standard Error	Standard deviation	95% confidence interval
Post-test score	298	73.057	0.724	12.491	71.633 –74.481
Pre-test score	298	29.628	0.889	15.344	27.878 –31.377
Difference	298	43.430	0.904	15.609	41.650 –45.209

TABLE 2. COMPARISON OF PRE- AND POST-TEST SCORES FOR TURKISH AND SYRIAN DOCTORS TRAINED IN MHGAP

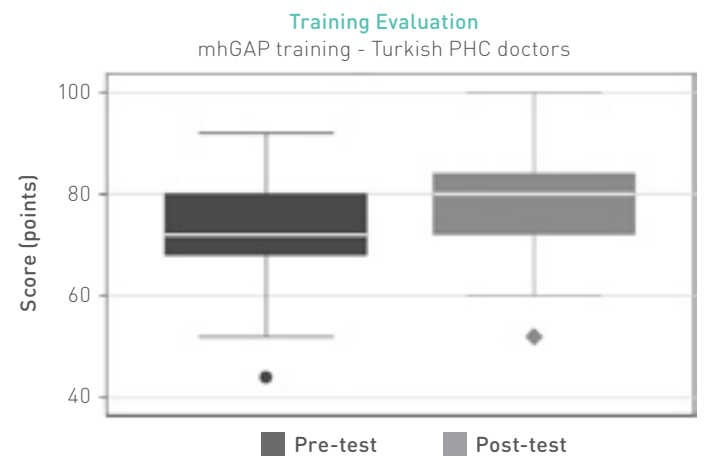
Turkey	Observed	Mean	Standard Error	Standard deviation	95% confidence interval
Post-test score	103	77.243	0.878	8.910	75.501–78.984
Pre-test score	103	72.816	0.912	9.261	71.006–74.625
Difference	103	4.427	1.251	12.698	1.946–6.909

Syria	Observed	Mean	Standard Error	Standard deviation	95% confidence interval
Post-test score	130	88.677	0.591	6.740	87.507–89.847
Pre-test score	130	72.308	0.957	10.908	70.415–74.200
Difference	130	16.369	1.030	11.738	14.332–18.406

FIGS. 4A AND 4B. THE PRE- AND POST-TEST SCORES BOXPLOT GRAPH FOR SYRIAN AND TURKISH WHO MENTAL HEALTH GAP ACTION PROGRAMME (MHGAP) TRAINED DOCTORS



Student's Paired T-test was significant at $p < 0.000$; $N = 130$
Source: MoH/WHO - Oct 2017



Student's Paired T-test was significant at $p < 0.003$; $N = 103$
Source: MoH/WHO - Oct 2017

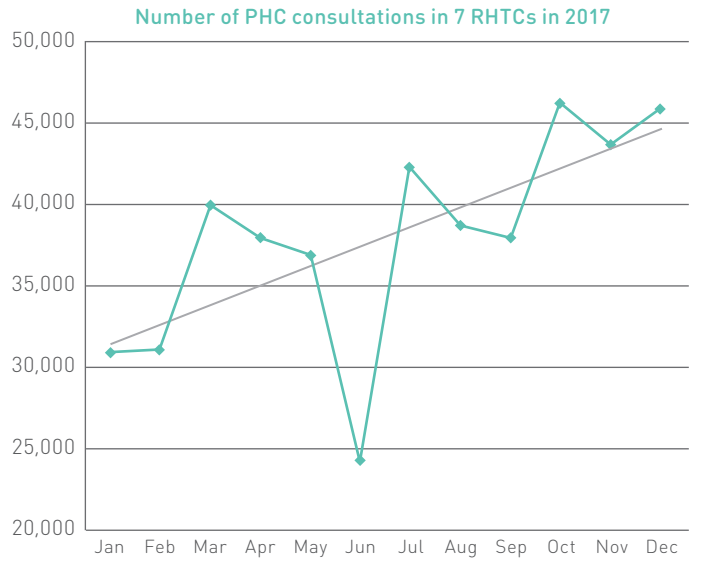
CONCLUSIONS

Turkey hosts the largest number of refugees since the Second World War. The Turkish Ministry of Health has taken concrete steps to provide cultural and linguistic barrier-free services to Syrians under temporary protection in Turkey, by training Syrian doctors, nurses and translators with WHO support. Once trained, health personnel are hired to serve their Syrian people in Turkey, with support from the EU.

WHO has provided support in the adaptation training of thousands of Syrian health personnel and translators, with funding from the EU. Training evaluation data shows that there is an increase in the knowledge of trainees that is attributed to the training process.

Health service utilization data indicates an increase in the utilization of services, linked to increased availability of services (in addition to the regular primary health care services).

FIG. 5. NUMBER OF PRIMARY HEALTH CARE CONSULTATIONS IN THE SEVEN REFUGEE HEALTH TRAINING CENTRES SUPPORTED BY WHO COUNTRY OFFICE IN TURKEY



Improvements to the refugee health training centres (located in accessible areas with easy transportation) due to renovation, provision of equipment, better coordination, waiting areas and direction of patients – as well as the provision of free health services by Syrian health professionals – has led to the increased accessibility, affordability and acceptability of these services by Syrian refugees.

In the future, we plan to conduct patient satisfaction surveys to complement the data we have so far on training evaluation and health service utilization.

This model – developed and tested in conditions of protracted emergencies – has proven successful for Turkey, and the evidence may be useful in other similar situations.

Acknowledgements: The authors wish to thank the Ministry of Health of Turkey and the health personnel serving in seven refugee health training centres for their contribution

Sources of funding: No funding was received for this research.

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. Statistical data on Syrians under temporary protection. Ministry of Interior of Turkey, Directorate General of Migration Management. (http://www.goc.gov.tr/icerik/temporary-protection_1024_4748, accessed 1 February 2018).
2. Temporary protection in Turkey. UN Refugee Agency in Turkey. (<http://help.unhcr.org/turkey/information-for-syrians/temporary-protection-in-turkey/>, accessed 1 February 2018).
3. 3RP Regional Strategic Overview 2018–2019. The UN Refugee Agency and United Nations Development Programme. (<http://www.3rpsyriacrisis.org/>, accessed 1 February 2018).
4. Health Status Survey of Syrian Refugees in Turkey. Ministry of Health of Turkey. (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/suriyeli%20m%C3%BCltecileri%20ingilizce.pdf>, accessed 1 February 2018).
5. WHO supports polio vaccination campaign for nearly 200 000 Syrian children from Turkey, 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2017/10/who-supports-polio-vaccination-campaign-for-nearly-200-000-syrian-children-from-turkey>, accessed 1 February 2018).
6. Helping Syrians cope with depression, 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/04/world-health-day-2017-depression-lets-talk/news/news/2017/03/helping-syrians-cope-with-depression>, accessed 1 February 2018).
7. From emergency operations to recovery and development, 2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2016/09/from-emergency-operations-to-recovery-and-development>, accessed 1 February 2018).
8. Video - WHO training enables Syrian doctors and nurses to provide health care in Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/syria-crisis-health-response-from-turkey/health-services-for-syrian-refugees-in-turkey/video-who-training-enables-syrian-doctors-and-nurses-to-provide-health-care-in-turkey2>, accessed 1 February 2018).
9. Inauguration of Refugee Health Training Centre in Turkey, 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2017/05/inauguration-of-refugee-health-training-centre-in-turkey>, accessed 1 February 2018).
10. Delegation of the European Union in Turkey. Largest EU-funded health project in Turkey launched today - "SIHHAT". (<https://www.avrupa.info.tr/en/pr/largest-eu-funded-health-project-turkey-launched-today-sihhat-6768>, accessed 1 February 2018).
11. European Neighbourhood Policy and Enlargement Negotiations. The EU Facility for Refugees in Turkey. (https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/news_corner/migration_en, accessed 1 February 2018).
12. Turkey promotes universal health coverage, 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2013/06/turkey-promotes-universal-health-coverage>, accessed 1 February 2018).
13. World Refugee Day: WHO training enables Syrian doctors and nurses to provide health care in Turkey, 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/syria-crisis-health-response-from-turkey/news/news/2017/06/world-refugee-day-who-training-enables-syrian-doctors-and-nurses-to-provide-health-care-in-turkey>, accessed 1 February 2018).
14. European Commission. "Turkey: Labour Market Integration and Social Inclusion of Refugees". (<http://www.europarl.europa.eu/supporting-analyses>, accessed 1 February 2018).

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Затяжная чрезвычайная ситуация в Турции – предоставление основных услуг здравоохранения сирийским гражданам, получившим временную защиту

Pavel Ursu¹, Dorit Nitzan², Serap Şener³, Bahadır Sucaklı³, Murat Şimşek³, Mürkur Beqiri³, Matteo Dembech³, Akfer Karaođlan Kahilođulları³, Altin Malaj³

¹ Представитель Всемирной организации здравоохранения в Турции

² Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

³ Страновой офис Всемирной организации здравоохранения в Турции, Анкара

АННОТАЦИЯ

Введение: в настоящее время в Турции находится самое большое число беженцев в мире. Более 3,4 млн сирийцев находятся в Турции под временной защитой. Министерство здравоохранения совместно с Всемирной организацией здравоохранения работают над тем, чтобы обеспечить всем сирийским беженцам доступ к качественным и недорогим основным услугам здравоохранения. Это достигается посредством обучения сирийских врачей, медсестер и медицинских переводчиков и привлечения их для оказания услуг первичной медико-санитарной помощи. Всемирная организация здравоохранения оказывает поддержку в профессиональной адаптационной подготовке всех этих специалистов за счет средств, выделяемых Европейским союзом.

Методы: мы проанализировали данные балльной оценки в ходе предварительного и итогового тестирования среди 984 сирийских врачей, 538 медсестер, 298 переводчиков и 233 сирийских и турецких врачей, оказывающих услуги в сфере охраны психического здоровья и прошедших обучение в период с ноября 2016 г. по июнь 2017 г. Собранные данные были проанализированы с использованием парных t-тестов. С целью определения тенденций были изучены данные об использовании услуг здравоохранения, поступившие из семи медицинских учебных центров для беженцев, измеряемые в количестве консультаций и предоставляемые ежемесячно.

Результаты: данные по оценке обучения свидетельствуют о статистически значимом улучшении оценок по итогам заключительных тестов, проведенных среди сирийских работников здравоохранения, что стало результатом обучения, проведенного при поддержке Всемирной организации здравоохранения. Данные об использовании услуг здравоохранения свидетельствуют об увеличении числа пациентов, принятых в первичном звене медико-санитарной помощи в семи учебных центрах по подготовке медицинского персонала для беженцев в течение 2017 г., за исключением июня (что связано со священным месяцем Рамаданом).

Выводы: обучение и трудоустройство сирийских работников здравоохранения, обновление материально-технической базы, обеспечение оборудованием, более широкое предоставление медицинских услуг и расширение бесплатного доступа к этим услугам для сирийских беженцев, находящихся под временной защитой в Турции в целом привели к улучшению доступа к качественным и недорогим основным услугам здравоохранения. Эта модель, проверенная в ходе затяжной чрезвычайной ситуации в Турции, подтверждена документально и может служить полезным примером действий в подобных ситуациях во всем мире.

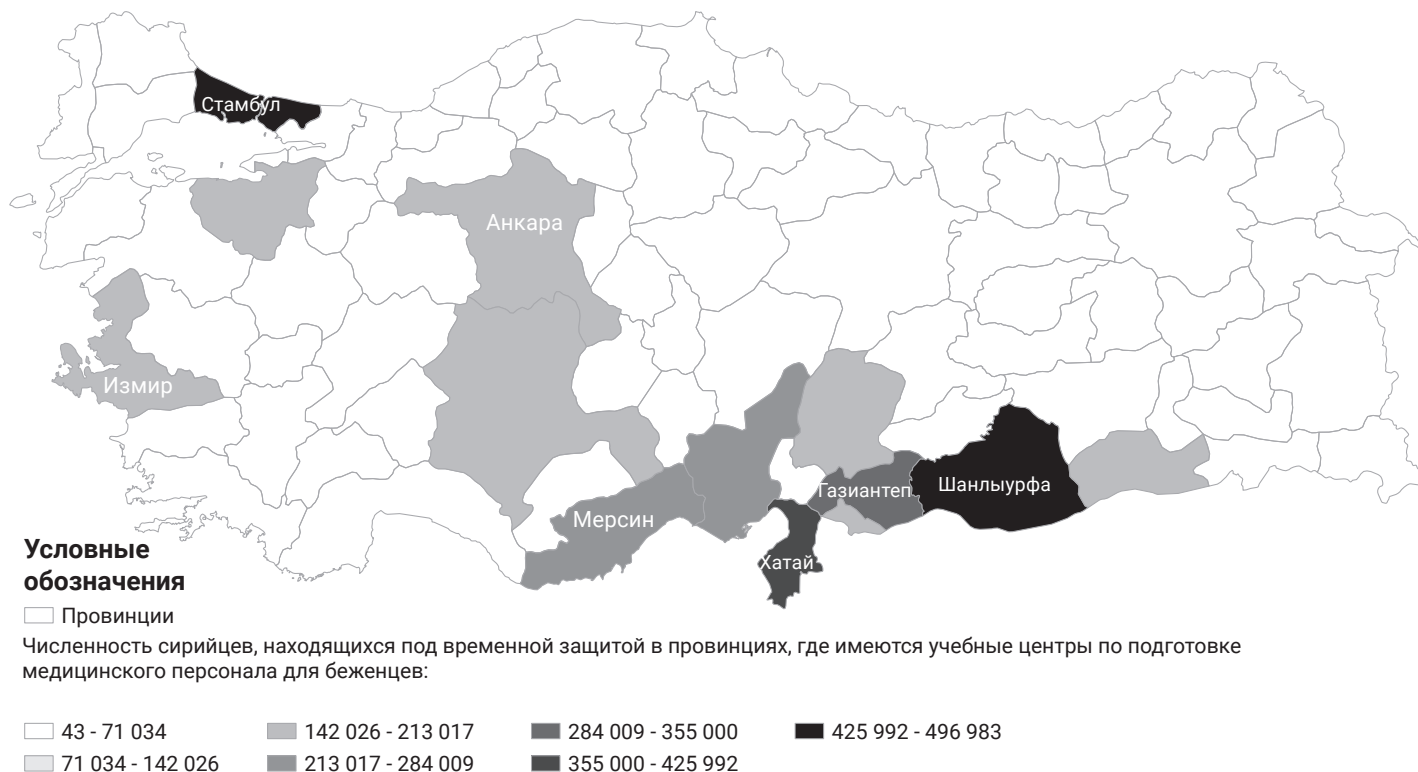
Ключевые слова: ЗАТЯЖНЫЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫЕ СИТУАЦИИ, СИРИЙСКИЕ БЕЖЕНЦЫ, ТУРЦИЯ, ОСНОВНЫЕ УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВСЕОБЩИЙ ОХВАТ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВВЕДЕНИЕ

Начиная с 2011 г., более 3,4 млн сирийцев, спасающихся от разгоревшегося на их родине конфликта, оказались в Турции в поисках убежища (1), и правительство Турции

предоставило им временную защиту (2). В их числе 7% располагаются во временных приютах, а остальные рассеялись по 81 провинции Турции и живут среди местного населения (рис. 1). Правительство и коалиция учреждений Организации Объединенных Наций (ООН), доноров и партнеров (в том числе неправительственные организации (НПО))

РИСУНОК 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СИРИЙЦЕВ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВРЕМЕННОЙ ЗАЩИТОЙ В ТУРЦИИ, 2017 г.



предпринимают согласованные усилия по оказанию поддержки сирийцам, находящимся под временной защитой, предоставляя кров, продовольствие и справедливый доступ к качественным и доступным по стоимости услугам.

Усилия, предпринимаемые в секторе здравоохранения, координирует Министерство здравоохранения Турции

РИСУНОК 2. СИРИЙСКИЙ РЕБЕНОК НА ПРИЕМЕ В УЧЕБНОМ ЦЕНТРЕ ПО ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЛЯ БЕЖЕНЦЕВ



ФОТО: ВОЗ

при содействии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ряда других агентств ООН, доноров и партнеров. Гуманитарная работа координируется и осуществляется в рамках Регионального плана помощи беженцам и повышения устойчивости к внешним воздействиям (Regional Refugee and Resilience Plan – 3RP) (3) как составной части всей операции в Сирии. Поддержка в области здравоохранения осуществляется на основании потребностей беженцев в услугах здравоохранения и с учетом пробелов, выявленных в ходе проведенной в последние годы серии опросных исследований и экспресс-оценок. Основное внимание в опросных исследованиях уделялось оценке состояния здоровья, а также выявлению рисков, связанных с инфекционными и неинфекционными заболеваниями (4). Министерство здравоохранения и его партнеры использовали полученные результаты для разработки вмешательств в сфере общественного здравоохранения с целью поддержки кампаний по вакцинации (которыми было охвачено более 365 000 сирийских детей в возрасте до 5 лет) (5), а также программ по охране психического здоровья и оказанию психологической поддержки (6), ориентированных как на беженцев, так и на принимающие их сообщества (рис. 2).

ВОЗ оказывала Министерству здравоохранения поддержку в планировании и предоставлении основных услуг здравоохранения сирийским беженцам на протяжении

всей затяжной чрезвычайной ситуации (7), улучшив доступ к качественным и недорогим услугам, а также разработав и внедрив программы адаптационной подготовки сирийских врачей, медсестер, медицинских переводчиков и специалистов по охране психического здоровья и оказанию психосоциальной поддержки (8). Министерство планирует нанять специалистов, обученных за счет финансирования со стороны многочисленных доноров, главным образом – для оказания услуг первичной медико-санитарной помощи. Повышение доступности в первую очередь предполагает прямой доступ к услугам, учитывающим языковую и культурную специфику и предоставляемым непосредственно сирийцами. Улучшение качества обслуживания обеспечивается за счет прямой поддержки для модернизации, подбора кадров, обеспечения оборудованием и предметами медицинского назначения для семи учебных центров по подготовке медицинского персонала для обслуживания беженцев (9), расположенных в семи провинциях с наибольшей концентрацией сирийских беженцев.

Министерство здравоохранения использовало модель предоставления услуг, которая применялась в этих семи центрах, для открытия 42 медицинских центров расширенного спектра для мигрантов, входящих в сеть из 178 уже существующих центров, состоящей из 790 медпунктов для мигрантов (каждый из которых был укомплектован одним сирийским врачом и одной медицинской сестрой), в рамках проекта «Улучшение состояния здоровья сирийского населения, пользующегося режимом временной защиты, и соответствующих услуг, предоставляемых турецкими властями» (SINHAТ) (10), финансируемого за счет прямого гранта по линии Фонда для беженцев (11) в Турции, средства на который выделяет Европейский союз (ЕС). В планах министерства задействовать в Турции сирийских работников здравоохранения, сделав их частью турецкой системы здравоохранения, для того, чтобы всем сирийцам, находящимся под временной защитой, был обеспечен такой же всеобщий охват услугами здравоохранения (12), что и гражданам Турции. Интеграция сирийских работников здравоохранения, усиление координации и эффективности предоставления услуг, улучшенный доступ (13) и повышение качества основных услуг для беженцев также привели к снижению нагрузки на сектор вторичной (стационарной) помощи в Турции. В целом, меры в области здравоохранения, принятые на всех уровнях, привели к повышению устойчивости системы здравоохранения, сделав ее более приспособленной для удовлетворения потребностей как беженцев, так и принимающих сообществ, тем самым и далее уменьшая напряженность, связанную с прибытием

большого числа беженцев за короткий период времени. Кроме того, предоставленная Министерством здравоохранения возможность трудоустроиться в Турции для сирийских медицинских работников также внесла вклад в социально-экономическое развитие сирийского населения, способствовала укреплению здоровья в долгосрочной перспективе и облегчила полную интеграцию в турецкое общество (14).

Данные, полученные в ходе вышеуказанной программы обучения, показали, что половина выпускников являются врачами-специалистами, которые благодаря организованному при поддержке ВОЗ обучению и возможностям трудоустройства в рамках проекта SINHAТ работают в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Если Министерство здравоохранения в дальнейшем примет решение о привлечении сирийских медицинских работников к оказанию вторичной медицинской помощи, то для этого потребуются дополнительная подготовка для оказания услуг здравоохранения на всех уровнях. В дальнейшем усилия по обучению будут направлены на профессиональную адаптацию, дополненную обучением турецкому языку и навыкам в области информационных технологий, а также на прохождение каждые полгода курсов профессиональной подготовки в рамках непрерывного медицинского образования.

МЕТОДЫ

Целью настоящего документа является предоставление доказательств эффективности мероприятий, осуществляемых ВОЗ в Турции для поддержки усилий Министерства здравоохранения по оказанию основных услуг здравоохранения сирийским беженцам. В первую очередь мы предлагаем сделать это посредством проверки знаний сирийских врачей, медсестер, переводчиков, специалистов по охране психического здоровья и оказанию психосоциальной поддержки, полученных в рамках теоретической части обучения. Мы сравнили результаты предварительных и итоговых тестов у 984 сирийских врачей, 538 медсестер, 298 переводчиков и 233 сирийских и турецких врачей, оказывающих услуги в сфере охраны психического здоровья.

Предварительные и итоговые тесты были разработаны и проведены турецкими университетами, имеющими опыт профессиональной подготовки врачей, медсестер и переводчиков медицинской терминологии. Предварительные и итоговые тесты проводились с разницей в одну неделю, за

5 дней до и 5 дней после прохождения теоретической части адаптационного обучения. В вопросники были включены пункты, связанные с темами, преподаваемыми в каждой учебной программе, в зависимости от специальности. Теоретическая часть обучения была направлена на то, чтобы ознакомить сирийских работников здравоохранения с информацией о том, как устроена турецкая система здравоохранения, о политике и процедурах (в том числе о том, как происходит направление к врачу-специалисту), а также о названиях фармацевтических препаратов в Турции.

Результаты предварительных и итоговых тестов фиксировались для каждой когорты обучаемых за период с ноября 2016 г. по июнь 2017 г. Данные были введены в Excel 2010 и проанализированы с помощью Stata 14 для Windows. Мы использовали парные t-тесты, чтобы определить, были ли наблюдаемые различия в результатах предварительных и итоговых тестов статистически значимыми, и выяснить, были ли эти различия связаны с нашей учебной программой или же случайными.

Второй способ, с помощью которого мы предлагаем оценить улучшения в сфере оказания услуг здравоохранения, заключается в анализе данных об использовании услуг. Прежде всего, следует проанализировать данные о числе приемов пациентов на уровне первичной медико-санитарной помощи в семи учебных центрах по подготовке медицинского персонала для беженцев, расположенных в семи турецких провинциях с наибольшим числом беженцев. Эти центры используются в качестве учебных площадок для ротации без отрыва от производства для сирийских врачей, медсестер, специалистов по охране психического здоровья и оказанию психосоциальной поддержки. Модель первичной медико-санитарной помощи, которая при поддержке ВОЗ применяется в этих семи центрах, включала оказание услуг первичной медико-санитарной помощи и ряда дополнительных услуг, таких как охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка, услуги в области сексуального и репродуктивного здоровья, создание условий, безопасных для пребывания женщин и девочек, и т. д. Учебные центры по подготовке медицинского персонала для беженцев находятся в доступных районах провинций Стамбул, Измир, Анкара, Мерсин, Газиантеп, Хатай и Шанлыурфа, где проживает много сирийских беженцев. Добраться до центров можно общественным транспортом, а при направлении на лечение (в больницы) также предоставляется транспорт и услуги переводчика. При поддержке ВОЗ была произведена модернизация центров, а для удовлетворения потребностей в первичной медико-санитарной помощи

были предоставлены оборудование и материалы медицинского назначения.

В модернизированных центрах есть зона ожидания, гиды/переводчики для пациентов, которые помогают новым пациентам попасть к нужному специалисту в данном учреждении, а также информационные службы, которые регистрируют данные пациента и причины обращения за консультацией. Все услуги в этих центрах предоставляются сирийским беженцам бесплатно сирийскими врачами и медсестрами. Деятельность обучаемых, проходящих клиническую ротацию без отрыва от производства, непосредственно контролируется турецкими врачами, которые пользуются услугами переводчиков с турецкого языка на арабский. Данные, собранные на уровне медицинского учреждения, вводятся в турецкую медицинскую информационную систему всеми врачами общей практики. Министерство здравоохранения Турции ежемесячно предоставляет ВОЗ данные, агрегированные по медицинским учреждениям.

По состоянию на июль 2017 г. более 980 сирийских врачей и более 500 медсестер завершили изучение теоретической части адаптационного курса, и более 600 врачей и 400 медсестер завершили прохождение практической части, то есть клинических ротаций без отрыва от производства. Более 300 переводчиков прошли обучение по медицинской терминологии. По имеющимся данным, в проекте SIHNAT заняты 484 сирийских работника здравоохранения, и каждый месяц их число увеличивается. По существующим оценкам, число приемов из числа сирийских беженцев в семи оптимизированных медицинских центрах составляет примерно 360 000 человек в год.

Результатом совместных усилий Министерства здравоохранения и ВОЗ стало увеличение числа специалистов, проходящих обучение, а также совершенствование знаний и улучшение обслуживания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Статистическая проверка результатов тестирования сирийских врачей, медсестер и переводчиков показала увеличение числа правильных ответов в ходе итогового тестирования. Это увеличение составляет 24 (из 100) балла для врачей, 39 баллов для медсестер и 43 балла для переводчиков. Результаты t-теста приведены в таблице 1. Все эти результаты были статистически значимыми на уровне $p < 0,05$.

ТАБЛИЦА 1: СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ СИРИЙСКИХ ВРАЧЕЙ, МЕДСЕСТЕР И ПЕРЕВОДЧИКОВ

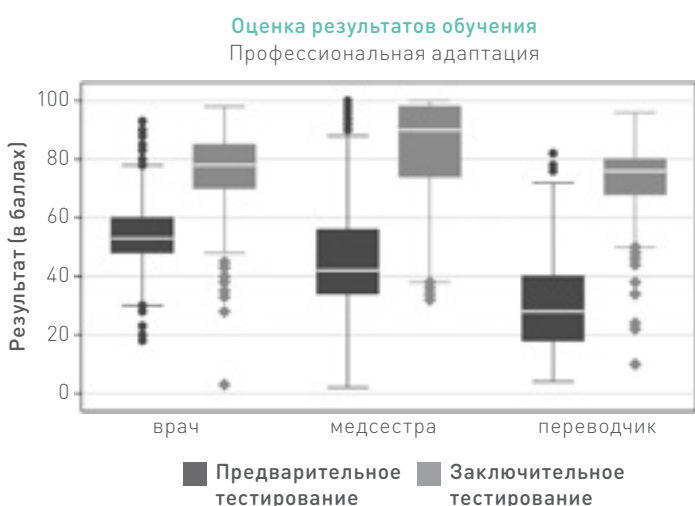
Врачи	Численность наблюдаемых	Среднее значение	Стандартная ошибка	Среднее отклонение	95%-ый доверительный интервал
Результаты итогового тестирования	984	77,304	0,335	10,524	76,646–77,962
Результаты предварительного тестирования	984	53,061	0,319	10,019	52,434–53,688
Разница	984	24,243	0,375	11,758	23,507–24,978

Медсестры	Численность наблюдаемых	Среднее значение	Стандартная ошибка	Среднее отклонение	95%-ый доверительный интервал
Результаты итогового тестирования	538	84,790	0,657	15,241	83,499–86,081
Результаты предварительного тестирования	538	45,678	0,827	19,183	44,054–47,303
Разница	538	39,112	0,861	19,970	37,420–40,803

Переводчики	Численность наблюдаемых	Среднее значение	Стандартная ошибка	Среднее отклонение	95%-ый доверительный интервал
Результаты итогового тестирования	298	73,057	0,724	12,491	71,633–74,481
Результаты предварительного тестирования	298	29,628	0,889	15,44	27,878–31,377
Разница	298	43,430	0,904	15,609	41,650–45,209

На рисунке 3 приводится коробчатая диаграмма с теми же результатами оценки обучения для врачей, медсестер и медицинских переводчиков.

Большинство врачей, прошедших обучение в рамках Программы действий ВОЗ по восполнению пробелов в области

РИСУНОК 3. КОРОБЧАТАЯ ДИАГРАММА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ИТОГОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ, МЕДСЕСТЕР И ПЕРЕВОДЧИКОВ.

охраны психического здоровья (mhGAP) – учебной программы и инструментария для помощи врачам первичной медико-санитарной помощи в выявлении, диагностики, лечении и направлении на лечение пациентов, нуждающихся в психосоциальной поддержке и поддержке в сфере охраны психического здоровья – в настоящее время работают в сети медицинских центров для беженцев/мигрантов.

Результаты t-теста, который проходили турецкие и сирийские врачи, обучаемые в рамках mhGAP, показывают увеличение баллов в итоговом тесте – 4,4 балла для турецких и 16 баллов для сирийских врачей. Эти результаты значимы при $P < 0,005$ (таблица 2 и рис. 4а и 4б). На рис. 4а и 4б эти же результаты представлены в виде коробчатых графиков.

Данные о числе пациентов, принятых в первичном звене медико-санитарной помощи в семи центрах, которые работают при поддержке ВОЗ, ежемесячно представлялись в Министерство здравоохранения Турции. Рабочая группа по информации здравоохранения, сопредседателем которой выступает страновой офис ВОЗ в Турции, ежемесячно проводит совещания и анализирует данные об использовании услуг здравоохранения. На рисунке 5 показано ежемесячное число приемов пациентов,

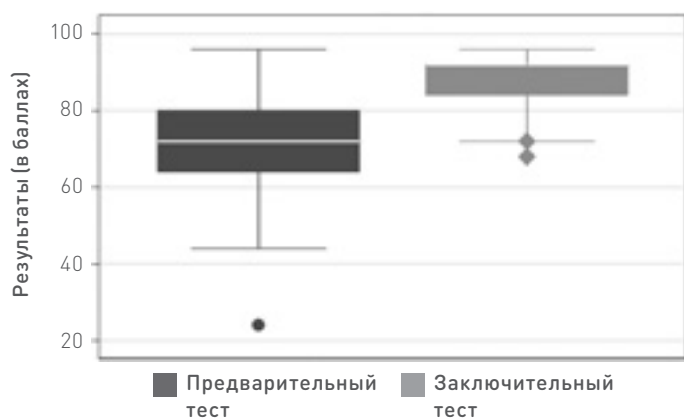
ТАБЛИЦА 2. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ИТОГОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ТУРЕЦКИХ И СИРИЙСКИХ ВРАЧЕЙ, ПРОШЕДШИХ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ mhGAP

Турецкие врачи	Численность наблюдаемых	Среднее значение	Стандартная ошибка	Среднее отклонение	95%-ый доверительный интервал
Результаты итогового тестирования	103	77,243	0,878	8,910	75,501–78,984
Результаты предварительного тестирования	103	72,816	0,912	9,261	71,006–74,625
Разница	103	4,427	1,251	12,698	1,946–6,909

Сирийские врачи	Численность наблюдаемых	Среднее значение	Стандартная ошибка	Среднее отклонение	95%-ый доверительный интервал
Результаты итогового тестирования	130	88,677	0,591	6,740	87,507–89,847
Результаты предварительного тестирования	130	72,308	0,957	10,908	70,415–74,200
Разница	130	16,369	1,030	11,738	14,332–18,406

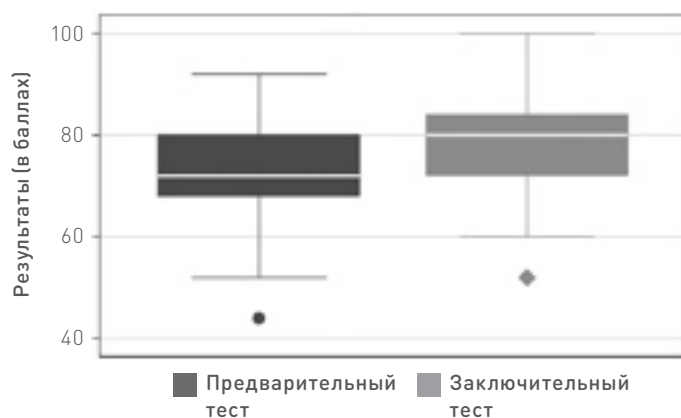
РИСУНКИ 4А И 4Б. КОРОБЧАТАЯ ДИАГРАММА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО И ИТОГОВОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ТУРЕЦКИХ И СИРИЙСКИХ ВРАЧЕЙ, ПРОШЕДШИХ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ ДЕЙСТВИЙ ВОЗ ПО ВОСПОЛНЕНИЮ ПРОБЕЛОВ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (mhGAP).

Оценка результатов обучения
Обучение по программе mhGAP – сирийские врачи



Парный t-тест обучаемых значим при $p < 0,000$ $N=130$
Источник: Минздрав/ВОЗ – октябрь 2017 г.

Оценка результатов обучения
Обучение по программе mhGAP - турецкие врачи (Минздрав Турции)

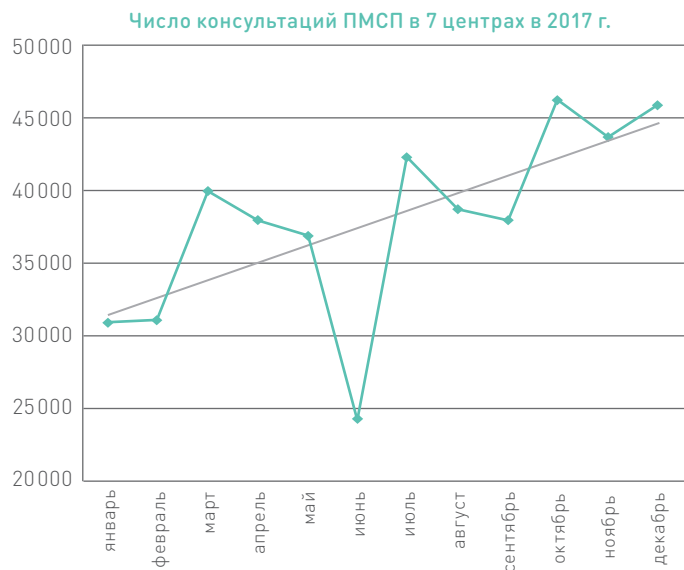


Парный t-тест обучаемых значим при $p < 0,003$ $N=103$
Источник: Минздрав/ВОЗ – октябрь 2017 г.

предоставленных семью учебными центрами по подготовке медицинского персонала для беженцев, с января по декабрь 2017 г. Несмотря на снижение, наблюдавшееся в июне, связанное со священным месяцем Рамаданом, данные свидетельствуют о тенденции к росту. Увеличение показателей

использования услуг, измеряемое как число приемов пациентов, связано с расширением доступа к услугам здравоохранения, и, вероятно, с улучшением качества, повышением информированности и оптимизацией управления услугами.

РИСУНОК 5. ЧИСЛО ПРИНЯТЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕМИ ЦЕНТРАХ ПО ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ДЛЯ БЕЖЕНЦЕВ, КОТОРЫЕ РАБОТАЮТ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ВОЗ В ТУРЦИИ



ВЫВОДЫ

В Турции находится самое большое количество беженцев со времен Второй мировой войны. Министерство здравоохранения Турции предприняло ряд практических шагов для предоставления сирийцам, находящимся под временной защитой в Турции, услуг без языковых и культурных барьеров, при поддержке ВОЗ обучая сирийских врачей, медсестер и переводчиков. После обучения этих медицинских работников при поддержке со стороны ЕС принимают на работу для оказания помощи сирийцам, находящимся в Турции.

За счет средств, полученных от ЕС, ВОЗ содействовала проведению адаптационного обучения для тысяч сирийских медицинских работников и переводчиков. Данные, полученные при оценке этого обучения, свидетельствуют о повышении уровня знаний слушателей учебных программ.

Данные об использовании услуг здравоохранения свидетельствуют об увеличении показателей обращения за услугами, что связано с повышением их доступности (в дополнение к регулярным услугам первичной медико-санитарной помощи). Положительные изменения в учебных центрах по подготовке медицинского персонала для беженцев (расположенных в доступных районах с хорошим транспортным сообщением), ставшие результатом модернизации,

обеспечения оборудованием, улучшенной координации, создания зон ожидания и информационной поддержки для пациентов, а также предоставление бесплатных медицинских услуг сирийскими медицинскими работниками, привели к повышению доступности услуг, в том числе и по цене, и их приемлемости для сирийских беженцев.

В будущем мы планируем проводить обзоры удовлетворенности пациентов, чтобы дополнить данные об оценке обучения и использовании услуг здравоохранения, которыми мы располагаем в настоящее время.

Описанная выше модель, которая была разработана и апробирована в условиях затяжной чрезвычайной ситуации, хорошо зарекомендовала себя в Турции, а полученные при этом фактические данные могут оказаться полезными в других подобных ситуациях.

Выражение признательности: авторы выражают благодарность Министерству здравоохранения Турции и сотрудникам семи учебных центров по подготовке медицинского персонала для беженцев.

Источники финансирования: для проведения данного исследования финансирование не выделялось.

Конфликт интересов: не указан.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Статистические данные о сирийцах, находящихся под временной защитой. Министерство внутренних дел. Генеральное управление по иммиграционным вопросам. (http://www.goc.gov.tr/icerik6/%D0%B2%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B7%D0%B0%D1%89%D0%B8%D1%82%D0%B0_10646_11020_11025_icerik, по состоянию на 1 февраля 2018 г.).
2. Temporary protection in Turkey. UN Refugee Agency in Turkey. (<http://help.unhcr.org/turkey/information-for-syrians/temporary-protection-in-turkey/>, accessed 1 February 2018).
3. 3RP Regional Strategic Overview 2018–2019. The UN Refugee Agency and United Nations Development Programme. (<http://www.3rpsyriacrisis.org/>, accessed 1 February 2018).

4. Health Status Survey of Syrian Refugees in Turkey. Ministry of Health of Turkey. (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/suriyeli%20m%C3%BCltesi%20ingilizce.pdf>, accessed 1 February 2018).
5. Через свое полевое представительство в Турции ВОЗ поддержала кампанию по вакцинации против полиомиелита, охватившую почти 200 000 сирийских детей; 24 октября 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/countries/turkey/news/news/2017/10/who-supports-polio-vaccination-campaign-for-nearly-200-000-syrian-children-from-turkey>, по состоянию на 1 февраля 2018 г.).
6. Помощь при депрессии для граждан Сирии; 30 марта 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2017/04/world-health-day-2017-depression-lets-talk/news/news/2017/03/helping-syrians-cope-with-depression>, по состоянию на 1 февраля 2018 г.).
7. От гуманитарных операций в чрезвычайных ситуациях к восстановлению и развитию; 23 сентября 2016 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/countries/turkey/news/news/2016/09/from-emergency-operations-to-recovery-and-development>, по состоянию на 1 февраля 2018 г.).
8. Video – WHO training enables Syrian doctors and nurses to provide health care in Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/syria-crisis-health-response-from-turkey/health-services-for-syrian-refugees-in-turkey/video-who-training-enables-syrian-doctors-and-nurses-to-provide-health-care-in-turkey2>, accessed 1 February 2018).
9. Inauguration of Refugee Health Training Centre in Turkey, 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2017/05/inauguration-of-refugee-health-training-centre-in-turkey>, accessed 1 February 2018).
10. Delegation of the European Union in Turkey. Largest EU-funded health project in Turkey launched today – "SIHHAT". (<https://www.avrupa.info.tr/en/pr/largest-eu-funded-health-project-turkey-launched-today-sihhat-6768>, accessed 1 February 2018).
11. European Neighbourhood Policy and Enlargement Negotiations. The EU Facility for Refugees in Turkey. (https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/news_corner/migration_en, accessed 1 February 2018).
12. В Турции оказывается всемерное содействие обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения; 28 июня 2013 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/countries/turkey/news/news/2013/06/turkey-promotes-universal-health-coverage>, по состоянию на 1 февраля 2018 г.).
13. World Refugee Day: WHO training enables Syrian doctors and nurses to provide health care in Turkey; 19 June 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/syria-crisis-health-response-from-turkey/news/news/2017/06/world-refugee-day-who-training-enables-syrian-doctors-and-nurses-to-provide-health-care-in-turkey>, accessed 1 February 2018).
14. European Commission. "Turkey: Labour Market Integration and Social Inclusion of Refugees". (<http://www.europarl.europa.eu/supporting-analyses>, accessed 1 February 2018). ■

POLICY AND PRACTICE

The International Health Regulations (2005) Monitoring and Evaluation framework and its implementation in the WHO European Region

Ute Enderlein¹, Tanja Schmidt¹, Vasily Esenamanov¹, Franziska Hommes²

¹ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

² RWTH Aachen, Aachen, Germany

Corresponding author: Ute Enderlein (email: enderleinu@who.int)

ABSTRACT

The International Health Regulations (IHR) is an international legal framework aimed at ensuring collective and coordinated action for global public health security. Last year, 2017, marked the 10-year anniversary of the revised IHR coming into force after being agreed upon by 196 countries, including all WHO Member States. The monitoring and evaluation framework for implementation of the IHR (2005) was revised in 2016, based on recommendations of the Review Committee on the Role of the IHR (2005) in the Ebola Outbreak and Response for improving the accuracy of assessment of the current IHR capacities at country level. The IHR framework has four components that together constitute a comprehensive qualitative and quantitative methodology

comprising three voluntary components (joint external evaluations, simulations exercises and after action reviews) and a mandatory component (States Parties annual reporting). The WHO Regional Office for Europe has supported its Member States in applying these tools to enhance their preparedness and response capacities to specific national and regional priority hazards. This paper describes the application of the revised IHR Monitoring and Evaluation Framework in the WHO European Region, its current implementation status and how the outcomes of the assessments can be translated into a national action plan for health security, providing a key mechanism for strengthening global public health security.

Keywords: CORE CAPACITIES, INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (IHR) (2005), MONITORING AND EVALUATION FRAMEWORK

BACKGROUND

The revised International Health Regulations (IHR), an international legal framework aimed at ensuring collective and coordinated action for global public health security, came into force in 2007 after being agreed upon by 196 countries, including all WHO Member States in July 2005.¹ The revisions increase the scope of the initial 1969 IHR (which covered only six infectious diseases) by encompassing all public health hazards, irrespective of origin or source, that present or could present significant harm to humans and have the potential to become a public health emergency of international concern, according to defined criteria (1).

Enforcement of the revised IHR marked a new era of cooperation in managing international public health events and

emergencies. The IHR framework aims to ensure and improve the capacities of States Parties to prevent, detect, assess, notify, report and respond to public health threats. However, the global effectiveness of the framework depends on its full and sustained application by all countries. This requires coordination at the different levels of national health systems, coordination between ministries and sectors, and international cooperation.

While significant focus of IHR obligations is reporting and information sharing on public health risks and potential public health emergencies on a daily basis, all States Parties are required to develop, strengthen and maintain minimum national public health core capacities, and to develop a plan of action to ensure that these capacities are present and functioning throughout their territories.

In accordance with Article 54 of the IHR (2005) (1) and the related World Health Assembly Resolution WHA61.2 of 2008, States Parties and WHO are required to report annually to the

¹ These include the 194 WHO Member States, as well as Holy See and Liechtenstein, which are States Parties but not WHO Member States.

World Health Assembly on the IHR implementation. To assist countries in preparing the annual report and to ensure that information about progress of their core capacities is given in a standardized manner, the WHO IHR Secretariat developed a monitoring checklist containing a set of global indicators (2). It involves assessing the implementation of 13 core capacities (National legislation, policy and financing; Coordination and National Focal Point communications; Surveillance; Response; Preparedness; Risk communication; Human resources; Laboratory), including the development of routine and emergency capacities at points of entry and for IHR-related hazards, notably biological (food safety, zoonoses and other infectious hazards); chemical; and nuclear and radiological. The core capacities are required to detect, assess, notify and report events, and to respond to public health risks and emergencies of national and international concern.

The recent outbreaks of Ebola virus disease in West Africa in 2014–2016 demonstrate that the world remains vulnerable to emerging infectious diseases. Data derived from the annual questionnaire provide consistent information, but do not indicate the functionality of national systems or the actual country capacity to manage public health events.

The Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response presented its recommendations on strengthening the implementation of IHR (2005) at the sixty-ninth World Health Assembly in May 2016. One recommendation was to “move from exclusive self-evaluation to approaches that combine self-evaluation, peer review and voluntary external evaluations involving a combination of domestic and independent experts” (3).

THE REVISED IHR MONITORING AND EVALUATION FRAMEWORK: APPLICATION IN THE WHO EUROPEAN REGION

In response to these recommendations, the WHO Secretariat developed a revised framework for monitoring, assessing and reporting the status of the national IHR core capacities to be used after 2016 (4). The revised framework includes a combination of quantitative and qualitative methodologies, which provide a comprehensive overview of the current state of a country’s IHR capacities and a basis for evidence-based policy-making. The States Parties annual reporting (SPAR)

is the only mandatory reporting modality required by IHR (2005). It is complemented by three voluntary components: joint external evaluations (JEEs; conducted every five years), simulation exercises and after action reviews (AARs). Results of the four assessments provide a comprehensive picture of the functional status of a country’s capacity to prevent, detect and respond to public health emergencies. The systematic conduct of these activities also contributes to IHR capacity-building in the emergency preparedness cycle (Fig. 1). The SPAR and JEEs provide information on structural IHR capacities, and their recommendations provide input for the development or revision of a national action plan for health security. AARs of the emergency response to a real-life event provide a realistic assessment of a country’s response capacity. Simulation exercises aim to develop existing IHR capacities through simulation of a response to an evolving emergency. Both AARs and simulation exercises help to identify gaps and best practices to be incorporated into or addressed in the national action plan for health security.

This new approach reflects a paradigm shift – from viewing the attainment of core capacities as an end goal to a process of routine maintenance and continuous quality improvement of capacities (see Fig. 1). It aims to establish a system of mutual accountability for global public health security among Member States.

STATES PARTIES ANNUAL REPORTING

Global progress has been made since 2010 across the 13 core capacities, particularly in surveillance, response and zoonoses, but overall average scores suggest that further efforts are urgently needed in the areas of human resources, capacities at points of entry, chemical events and radiation emergencies (5).

Since the revised IHR (2005) came into force in 2007 in the WHO European Region, Member States have made significant efforts to build IHR capacities, particularly in laboratories, surveillance, legislation and policy, preparedness, and human resources (6). Information from the self-assessment questionnaires submitted by States Parties support these findings. Fig. 2 shows the 2016 implementation status of the 13 IHR core capacities in the WHO European Region. Further details of the 2016 SPAR are published on the WHO Global Health Observatory website (7).

FIG. 1. IHR CAPACITY-BUILDING IN THE EMERGENCY PREPAREDNESS CYCLE

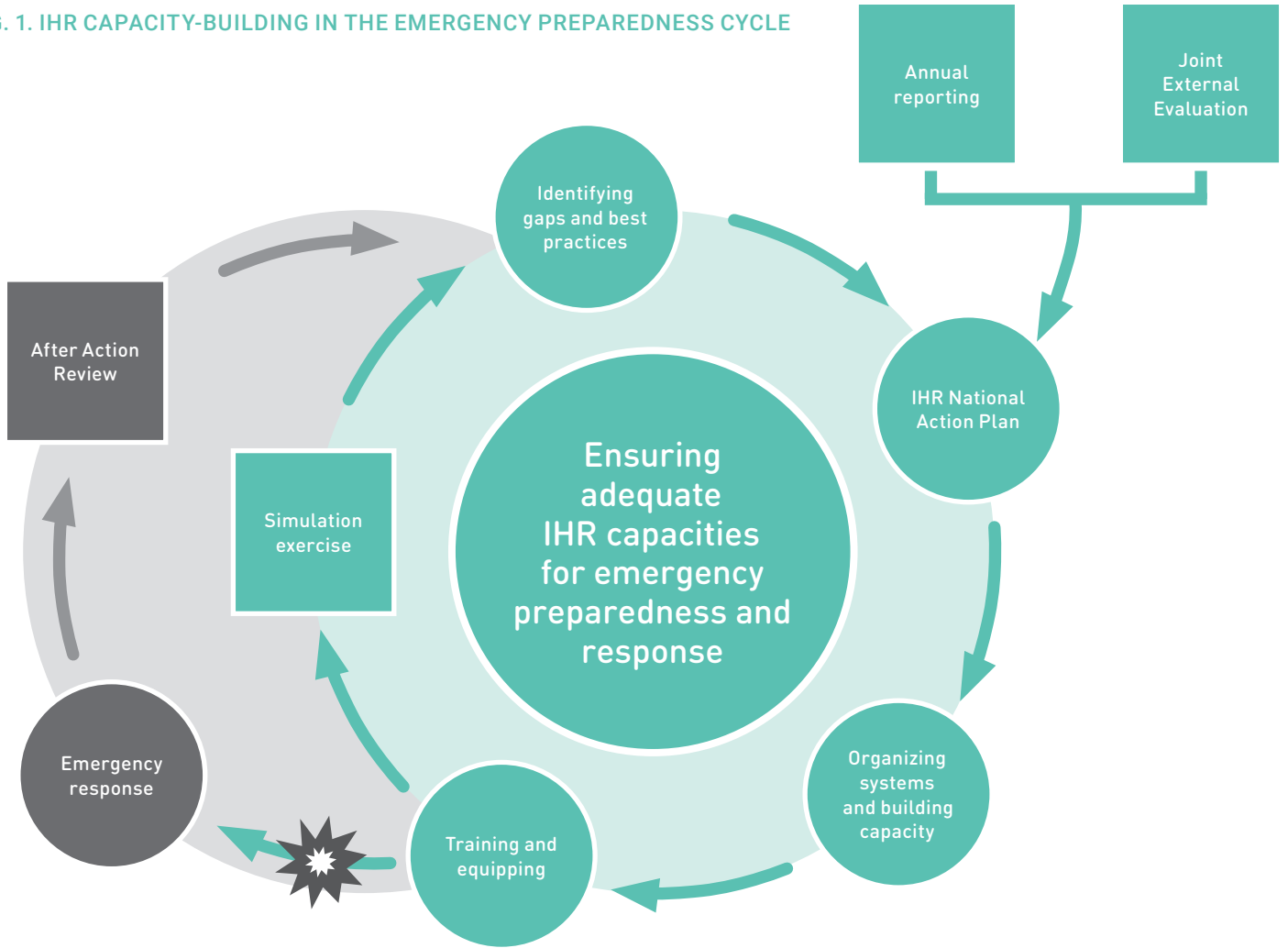
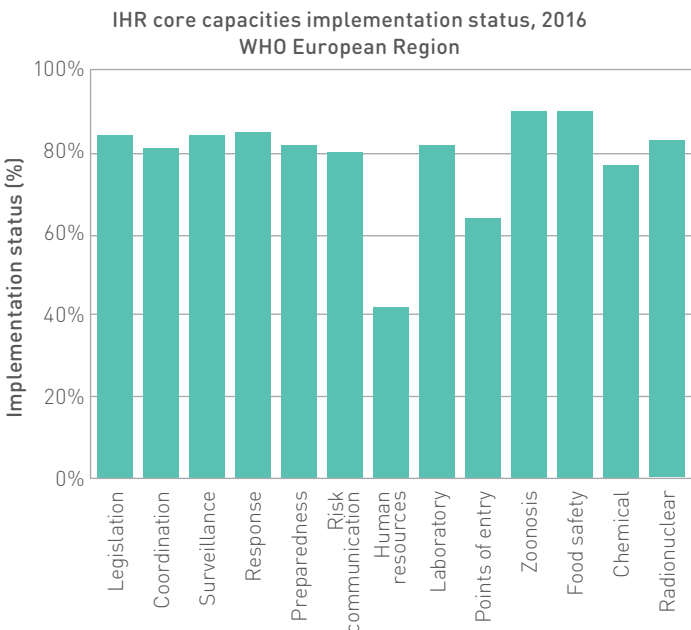


FIG. 2. IMPLEMENTATION STATUS OF IHR CORE CAPACITIES, WHO EUROPEAN REGION, 2016



Source: World Health Organization (7).

JOINT EXTERNAL EVALUATION

The JEE aims to provide an independent, impartial and transparent assessment of the current status of a country’s ability to detect, assess, report and respond in a timely and effective manner to an event that may constitute a public health emergency of international concern (8). Conducting a JEE, which consists of 19 technical areas intended to cover a country’s health security system, enables countries to identify their strengths, along with gaps and challenges to identify and prioritize actions for improving their preparedness and response capacities. The JEE process consists of two main parts:

1. an initial country self-assessment in which national counterparts across sectors evaluate their own national capacities using the JEE tool; and
2. a five-day evaluation mission carried out by a team of independent international experts who, together with national counterparts, review the self-assessment results,

identify existing strengths and the most urgent needs within a country's health security system, and recommend actions for improving the national health security system.

The JEE process also provides a unique opportunity to engage with partners and donors to effectively address the identified gaps in a coordinated and collaborative way. Countries that have undergone this assessment note that the JEE is an effective means of bringing national sectors together to jointly discuss existing strengths and weaknesses, and of bringing the issue of IHR and health emergency preparedness to the attention of the senior decision-makers.

Table 1 displays the status of JEEs in the WHO European Region in December 2017. Nine out of 53 Member States in the European Region have already completed a JEE, and two JEEs are planned for 2018–2019. The JEE reports are publically available on the WHO Strategic Partnership Portal (9).

TABLE 1. IMPLEMENTATION STATUS OF JEEs IN THE WHO EUROPEAN REGION, DECEMBER 2017^a

Country	JEE conducted (year)	JEE planned for 2018–2019
Albania	2016	–
Armenia	2016	–
Belgium	2017	–
Finland	2017	–
Kyrgyzstan	2016	–
Latvia	2017	–
Lithuania	–	x
Serbia	–	x
Slovenia	2017	–
Switzerland/Liechtenstein	2017	–
Turkmenistan	2016	–

^a Countries that have undergone or have officially requested a JEE.

SIMULATION EXERCISES

Simulation exercises serve as an effective capacity-building and quality assurance tool: they provide evidence-based real-time information on the functional capacity to respond to outbreaks and public health emergencies. Exercises test and evaluate existing emergency systems, legislation, plans and procedures in a safe environment. Simulation exercises are used to identify and address critical issues before an actual emergency occurs and therefore play a key role in the development and implementation

of preparedness and response capacities at all levels (international, national, provincial and community). WHO recommends conducting a range of exercises, including table-top exercises, drills and functional exercises, as well as field/full scale exercises, as described in detail in the WHO simulation exercise manual (10). Table-top exercises use a progressive simulated scenario to give participants the opportunity to examine the functionality of existing plans, policies and procedures during a potential health emergency. Drills contain coordinated and supervised exercise activities which are used to test and improve a specific operation, function, procedure or skill through repetition. Functional exercises are fully simulated interactive exercises that test or validate the capability of one or more organizations or the country to respond to a simulated event. Functional exercises test coordination and communication between the different actors involved in the response in a time-pressured, realistic manner. Finally, field exercises simulate real events as closely as possible by evaluating the operational capability of emergency management systems in a highly stressful environment resembling actual response conditions.

Simulation exercises should be tailored to the priority hazards faced by individual countries and regions. For the WHO European Region, earthquakes, extreme weather events and floods, and infectious disease outbreaks are the priority hazards, and thus need to be priorities for country preparedness and cross-country collaboration.

The WHO simulation exercise manual (2017) was recently developed for WHO staff and partners, with the particularly aim of supporting Ministry of Health staff of Member States in their role as exercise facilitators (10). In recent years, the WHO Regional Office for Europe supported its Member States by addressing and preparing for their priority hazards through the application of a variety of simulation exercises. Examples include table-top exercises on flood emergency response management in Bosnia and Herzegovina and Moldova (both in 2016); table-top exercises and a series of functional exercises in preparation of an international mass gathering event in Turkmenistan (December 2016 to March 2017); a functional exercise on armed conflict for Armenia, Azerbaijan and Georgia (August 2017); and a table-top exercise on emergency risk communication in Armenia (October 2017).

AFTER ACTION REVIEWS

Public health events are unique and important opportunities to review the actual functionality of an existing national public health emergency response system. They provide an opportunity

to reflect on and learn from what worked well and what could be further improved, as well as which provisions have proven effective and up to date and which require revision.

An AAR comprises a qualitative, structured review of the actions taken in response to an actual public health event, and aims to facilitate critical reflection and provide insight into the processes of responding, identifying and documenting challenges and best practices and identify immediate and longer-term corrective actions for future responses within an open and transparent environment. To assist in this process, WHO has developed a dedicated methodology consisting of a guide and toolkit to support countries in conducting an AAR (11).

NATIONAL ACTION PLAN FOR HEALTH SECURITY: THE WAY FORWARD

Assessment activities should always translate into a concrete set of actions needed to reinforce existing strengths and improve identified weaknesses. The results of such assessment activities should be reflected in a plan of action to guide the country in systematically addressing the identified weaknesses and gaps. Results of the JEE are used to develop the five-year national action plan for health security which addresses the key areas that require strengthening to accelerate implementation of the IHR. The action plan is key to ensuring that actions are directed to areas of actual need, the available resources are used rationally and progress is monitored.

Development of the action plan has three principal stages:

1. national partners review the findings of the JEE, AAR and simulation exercise reports, focusing on the weakest areas, and identify the activities recommended by the JEE; the proposed areas are then prioritized with a timeline of five years;
3. the WHO Regional Office, together with relevant technical units, reviews the proposed activities and develops a set of recommendations; and
4. a national workshop is held in the country to finalize the action plan, which can include costing and support with alignment to existing national plans, strategies and programmes.

Findings of the simulation exercises and AARs should also feed into a set of actions to address the identified weaknesses and gaps. These could either be incorporated into the national

action plan for health security or included in separate subplans or subsets of actions needed to address weaknesses in specific functions, procedures or mechanisms. Development and implementation of a multisectoral national action plan for health security by Member States of the European Region based on the four components of the revised IHR Monitoring and Evaluation Framework will strengthen national and regional preparedness and response capacities, thus contributing to global public health security.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: Franziska Hommes received a stipend from the Carlo-Schmid programme, “DAAD”, “Studienstiftung des deutschen Volkes” and “Stiftung Mercator” for subsistence during her internship with the 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. International health regulations (2005), third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>, accessed 21 February 2018).
2. International Health Regulations. Checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/ihr/checklist/en/>, accessed 21 February 2018).
3. Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the review committee on second extensions for establishing national public health capacities and on ihr implementation. Recommendation 7: (Para. 43). Geneva: World Health Organization; (http://www.who.int/ihr/B136_22Add1-en_IHR_RC_Second_extensions.pdf?ua=1, accessed 6 December 2017).
4. Monitoring and evaluation. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/international-health-regulations/monitoring-and-evaluation>, accessed 21 February 2018).

5. Implementation of the International Health Regulations (2005): annual report on the implementation of the International Health Regulations (2005): report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_15-en.pdf, accessed 21 February 2018).
6. Accelerating implementation of the International Health Regulations (2005) and strengthening laboratory capacities for better health in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/343949/67wd13e_IHRandLaboratories_170706.pdf?ua=1, accessed 21 February 2018).
7. IHR core capacities implementation status: WHO European Region. In: Global Health Observatory (GHO) data [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/gho/ihr/monitoring/region_europe/en/, accessed 21 February 2018).
8. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf, accessed 6 December 2017).
9. JEE dashboard [website]. In: Strategic partnership portal. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://extranet.who.int/spp/jee-dashboard>, accessed 21 February 2018).
10. WHO simulation exercise manual. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en/>, accessed 21 February 2018).
11. After Action Review. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/international-health-regulations/monitoring-and-evaluation/after-action-review>, accessed 21 February 2018). ■

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

Система мониторинга и оценки Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и ее осуществление в Европейском регионе ВОЗ

Ute Enderlein¹, Tanja Schmidt¹, Vasily Esenamanov¹, Franziska Hommes²

¹ Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

² Медицинский факультет Рейнско-Вестфальского технического университета Ахена, Ахен, Германия

Автор, отвечающий за переписку: Ute Enderlein (адрес электронной почты: enderleinu@who.int)

АННОТАЦИЯ

Международные медико-санитарные правила (ММСП) – это международный правовой инструмент, целью которого является осуществление коллективных и координированных действий по обеспечению глобальной безопасности здоровья. Прошлый, 2017 год, ознаменовал 10-летний юбилей с момента вступления в силу пересмотренных ММСП, после того как они были согласованы 196 странами, включая все государства-члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Система мониторинга и оценки осуществления ММСП (2005 г.) была пересмотрена в 2016 г., на основе рекомендаций Комитета по обзору роли ММСП (2005 г.) в связи со вспышкой Эболы и реагированием на нее для повышения точности оценки существующих возможностей, в соответствии с ММСП (2005 г.) на страновом уровне. Система мониторинга и оценки ММСП (2005 г.) состоит из четырех компонентов, которые вместе составляют всеобъемлющую

качественную и количественную методику, включающую три рекомендуемых компонента (совместную внешнюю оценку, имитационные учения и обзор принятых мер) и обязательный компонент (ежегодные отчеты государств-участников). Европейское региональное бюро ВОЗ оказало поддержку своим государствам-членам в применении этих инструментов для повышения их готовности и возможностей реагирования на конкретные национальные и региональные приоритетные риски. В настоящем документе описывается применение пересмотренного варианта Системы мониторинга и оценки в Европейском регионе ВОЗ, нынешний статус ее реализации и то, как результаты оценок могут найти отражение в национальном плане действий по обеспечению безопасности в области здоровья, выступая ключевым механизмом укрепления глобальной безопасности в области охраны общественного здоровья.

Ключевые слова: ОСНОВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, МЕЖДУНАРОДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА (ММСП) (2005 г.), СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Международные медико-санитарные правила (ММСП), нацеленные на обеспечение коллективных и координированных действий в интересах глобальной безопасности общественного здоровья, были согласованы 196 странами, включая все государства-члены ВОЗ, в июле 2005 г.¹ и вступили в силу в 2007 г. В пересмотренном варианте расширяется сфера действия первоначальных ММСП 1969 г. (которые охватывали только шесть инфекционных заболеваний)

включены все риски для здоровья населения, независимо от их происхождения или источника, которые наносят или могли бы нанести значительный вред людям, и потенциально могут привести к чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения, имеющей, в соответствии с определенными критериями (1), международное значение.

Введение в действие пересмотренного варианта ММСП ознаменовало новую эру сотрудничества в принятии мер при чрезвычайных ситуациях и событиях в области общественного здравоохранения. Структура ММСП направлена на обеспечение и наращивание возможностей государств-участников по предотвращению, обнаружению, оценке, уведомлению, предоставлению отчетности и реагированию на

¹ В их число входят 194 государства-члена ВОЗ, а также Святой Престол и Лихтенштейн, которые являются государствами-участниками, но не являются государствами-членами ВОЗ.

угрозы в сфере общественного здравоохранения. Однако глобальная эффективность системы зависит от ее полного и устойчивого применения всеми странами. Для этого требуется координация на различных уровнях национальных систем здравоохранения, координация между министерствами и секторами, а также международное сотрудничество.

В то время как обязательства по ММСП, в основном, сосредоточены на ежедневном предоставлении отчетности и обмене информацией о рисках для здоровья населения и потенциальных чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, все государства-участники должны разрабатывать, укреплять и поддерживать минимальные основные национальные возможности общественного здравоохранения, а также разрабатывать план действий, чтобы эти возможности присутствовали и функционировали на всей их территории.

В соответствии со статьей 54 ММСП (2005 г.) (1) и соответствующей резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA61.2 от 2008 г., государства-участники и ВОЗ обязаны ежегодно представлять на рассмотрение Всемирной ассамблеи здравоохранения доклад о ходе осуществления ММСП. Чтобы помочь странам в подготовке ежегодного доклада и обеспечить стандартизацию информации о прогрессе в осуществлении их основных возможностей, Секретариат ММСП ВОЗ разработал контрольный перечень вопросов для мониторинга, содержащий набор глобальных показателей (2). Он включает в себя оценку осуществления 13 основных возможностей (национальное законодательство, политика и финансирование; координация и связь с национальными координаторами по ММСП; эпиднадзор; реагирование; готовность; сообщение о рисках; кадровый потенциал; лабораторные службы), сюда же входят и разработка повседневных и резервных возможностей в пунктах въезда и на случай опасностей, представленных в ММСП, в частности биологического (безопасность пищевых продуктов, зоонозы и другие инфекционные опасности), химического, ядерного и радиологического характера. Основные возможности должны способствовать выявлению и оценке событий, уведомлению и сообщению о них, а также принятию ответных мер при возникновении рисков для здоровья населения и чрезвычайных ситуаций, имеющих национальное и международное значение.

Недавние вспышки заболевания, вызываемого вирусом Эбола в Западной Африке в 2014–2016 гг., свидетельствуют о том, что мир по-прежнему остается уязвимым для новых инфекционных заболеваний. Данные, полученные на основе ежегодного вопросника, обеспечивают достоверную

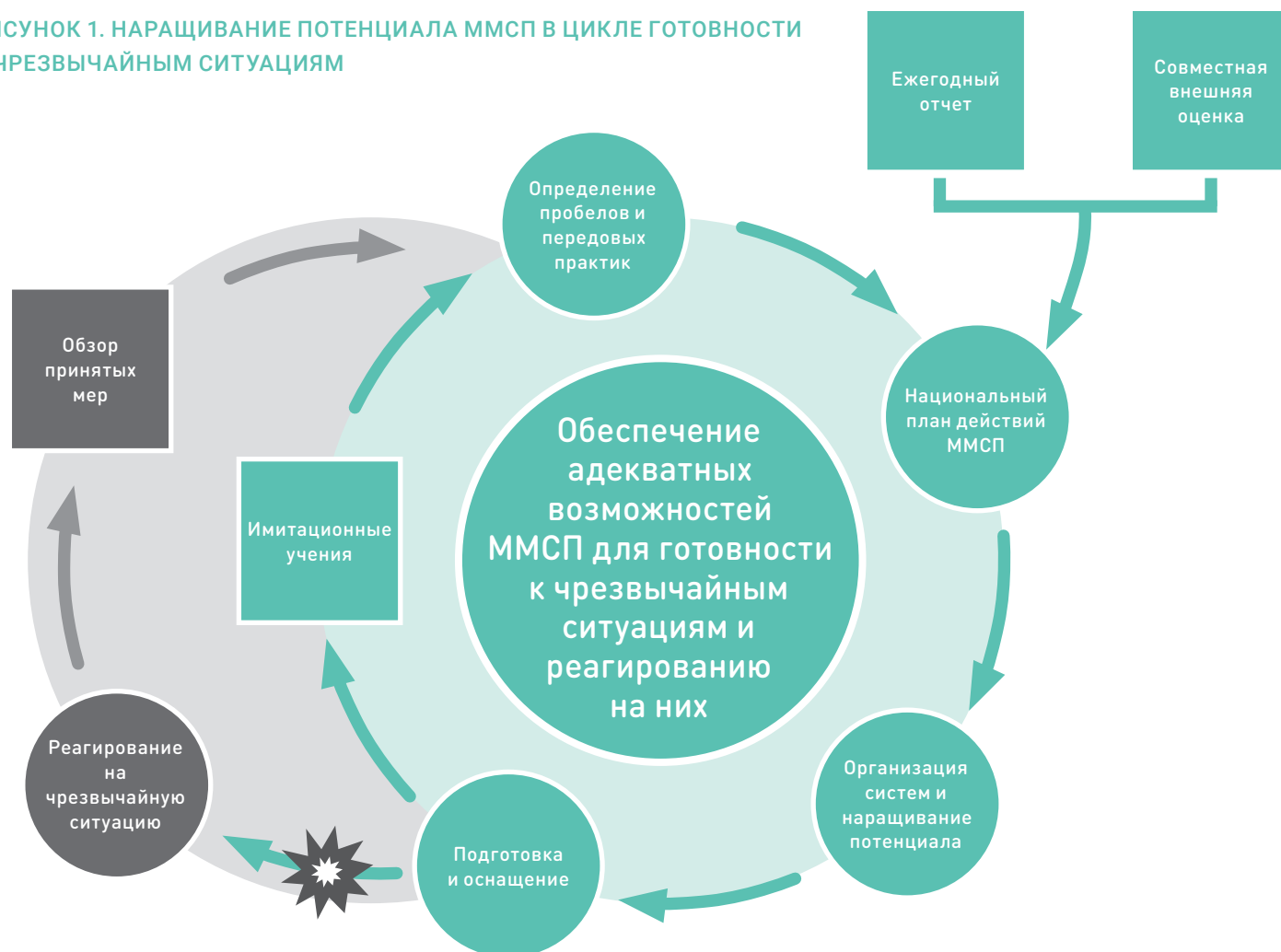
информацию, но в нем не указывается функциональность национальных систем или реальная возможность управлять событиями общественного здравоохранения.

На Шестидесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2016 г. Комитет по обзору роли Международных медико-санитарных правил (2005 г.) в связи со вспышкой болезни, вызванной вирусом Эбола и реагированием на нее представил свои рекомендации по совершенствованию реализации ММСП (2005 г.). Одна из рекомендаций заключалась в том, чтобы «перейти от проведения исключительно самооценки к использованию подходов, сочетающих самооценку, коллегиальную экспертную оценку и добровольную независимую оценку с участием внутренних и независимых экспертов» (3).

ПЕРЕСМОТРЕННАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ММСП (2005 г.): ЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ

В ответ на эти рекомендации Секретариат ВОЗ разработал пересмотренный вариант системы мониторинга, оценки и отчетности о состоянии национальных основных возможностей в соответствии с ММСП, который используется после 2016 г. (4). Пересмотренная система включает в себя сочетание количественных и качественных методов, которые обеспечивают всеобъемлющий обзор нынешнего состояния возможностей в соответствии с ММСП в стране и основу для разработки политики на основе фактических данных. Ежегодный отчет государств-участников (SPAR) является единственной обязательной формой отчетности, которая требуется согласно ММСП (2005 г.). Он дополняется тремя добровольными компонентами: совместными внешними оценками (СВО, проводятся каждые пять лет), имитационными учениями и обзором принятых мер (AAR). Результаты этих четырех оценок дают полную картину функционального статуса возможности страны предотвращать, обнаруживать и реагировать на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Систематическое проведение этих мероприятий также способствует наращиванию потенциала в соответствии с ММСП в цикле готовности к чрезвычайным ситуациям (рис. 1). Ежегодный отчет государств-участников (SPAR) и совместные внешние оценки (СВО) предоставляют информацию

РИСУНОК 1. НАРАЩИВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА ММСП В ЦИКЛЕ ГОТОВНОСТИ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ



о структурных возможностях, а их рекомендации вносят вклад в разработку национального плана действий по обеспечению безопасности здоровья. Обзоры принятых мер (AAR) реагирования в реальной чрезвычайной ситуации предоставляют реалистичную оценку того, каким потенциалом реагирования обладает страна. Имитационные учения направлены на развитие существующих возможностей в рамках ММСП путем моделирования мер реагирования на возникшую чрезвычайную ситуацию. И AAR и имитационные учения помогают выявлять как пробелы, так и передовые практики, которые следует включать в национальный план действий по обеспечению безопасности здоровья.

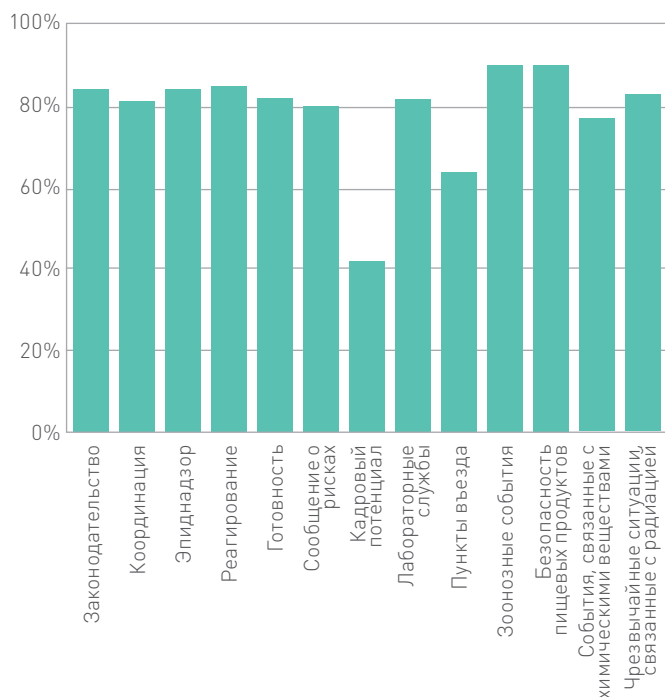
Такой новый подход знаменует смену парадигмы: от создания основных возможностей в качестве конечной цели к поддержанию и укреплению возможностей в рамках непрерывного процесса повышения качества (см. рис. 1). Он направлен на создание системы взаимной ответственности

государств-членов для обеспечения глобальной безопасности в области охраны общественного здоровья.

ЕЖЕГОДНЫЙ ОТЧЕТ ГОСУДАРСТВ-УЧАСТНИКОВ (SPAR)

С 2010 г. по 13 основным возможностям был достигнут глобальный прогресс, особенно в области эпиднадзора, реагирования и зоонозов, но совокупные средние показатели свидетельствуют о том, что имеется острая необходимость предпринимать дальнейшие усилия в таких областях как кадровые ресурсы, возможности в пунктах въезда, чрезвычайные ситуации, связанные с источниками радиологической и химической опасности (5).

РИСУНОК 2. СТАТУС ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ММСП, ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОН ВОЗ, 2016 г.



Источник: Всемирная организация здравоохранения (7).

С того момента, когда в 2007 г. пересмотренные ММСП (2005 г.) вступили в силу в Европейском регионе ВОЗ, государства-члены приложили значительные усилия для создания возможностей в рамках ММСП, в частности, в отношении эпиднадзора и лабораторий, законодательства и политики, готовности и кадровых ресурсов (6). Данные, полученные при ответе на вопросы в рамках самооценки, представленные государствами-участниками, подтверждают эти выводы. На рисунке 2 показан статус осуществления 13 основных возможностей в соответствии с ММСП в Европейском регионе ВОЗ в 2016 г. Более подробная информация о SPAR в 2016 г. опубликована на веб-сайте Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ (7).

СОВМЕСТНАЯ ВНЕШНЯЯ ОЦЕНКА

Совместная внешняя оценка (СВО) нацелена на то, чтобы обеспечить независимую, беспристрастную и транспарентную оценку нынешнего статуса способности страны

своевременно и эффективно обнаруживать и оценивать событие, которое может представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, сообщать о нем и реагировать на него (7). Проведение СВО, состоящей из 19 технических областей, предназначенных для охвата системы безопасности в стране, позволяет странам определять свои сильные стороны, наряду с пробелами и проблемами, чтобы выявить и сделать приоритетными действия, направленные на повышение их готовности и возможностей реагирования. Процесс СВО состоит из двух основных частей:

- 1) первоначальная самооценка страны, в рамках которой национальные партнеры из разных секторов оценивают свои собственные национальные возможности с использованием инструмента СВО; и
- 2) пятидневная оценочная миссия, осуществляемая группой независимых международных экспертов, которые совместно с национальными партнерами анализируют результаты самооценки, определяют существующие сильные стороны и самые насущные потребности страновой системы обеспечения безопасности в области здоровья и дают рекомендации по совершенствованию национальной системы безопасности здоровья.

Процесс СВО также предоставляет уникальную возможность взаимодействия с партнерами и донорами на основе координации и сотрудничества с целью эффективного устранения выявленных пробелов. Страны, которые прошли этот процесс оценки, отмечают, что СВО является эффективным средством объединения национальных секторов для совместного обсуждения существующих сильных и слабых сторон, и привлечения внимания руководителей, принимающих решения, к вопросу о ММСП и о готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения.

В таблице 1 показан статус проведения СВО в Европейском регионе ВОЗ на декабрь 2017 г. В девяти из 53 государств-членов в Европейском регионе СВО уже завершились, и в девяти странах СВО должны быть проведены в 2018–2019 гг. Отчеты о проведении СВО находятся в открытом доступе на портале ВОЗ по стратегическим партнерствам (9).

Таблица 1. Статус осуществления СВО в Европейском регионе ВОЗ, декабрь 2017 г.^а

Страна	СВО проведена (год)	СВО планируется на 2018–2019 гг.
Албания	2016	–
Армения	2016	–
Бельгия	2017	–
Кыргызстан	2016	–
Латвия	2017	–
Литва	–	х
Сербия	–	х
Словения	2017	–
Туркменистан	2016	–
Финляндия	2017	–
Швейцария/Лихтенштейн	2017	–

^а Страны, уже прошедшие СВО или сделавшие официальный запрос о ее проведении.

ИМИТАЦИОННЫЕ УЧЕНИЯ

Имитационные учения служат эффективным инструментом наращивания потенциала и обеспечения качества; они в реальном времени предоставляют основанную на фактических данных информацию о функциональном потенциале реагирования на вспышки заболеваний и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Имитационные учения проверяют и оценивают существующие системы действий в чрезвычайных ситуациях, законодательство, планы и процедуры в безопасной среде. Имитационные учения используются для выявления и решения критических проблем до возникновения реальной чрезвычайной ситуации и, следовательно, играют ключевую роль в разработке и осуществлении возможностей готовности и реагирования на всех уровнях (на международном, национальном, областном и местном). ВОЗ рекомендует проводить ряд учений, включая командно-штабные учения, учебно-тренировочные занятия и функциональные учения, а также учения в полевых условиях / в полном масштабе, которые подробно описаны в руководстве по имитационным учениям ВОЗ (10). В командно-штабных учениях используется прогрессивный имитационный сценарий, чтобы дать участникам возможность изучить функциональность существующих планов, политик и процедур во время потенциальной чрезвычайной

ситуации в области здравоохранения. Во время учебно-тренировочных занятий выполняются координированные, контролируемые действия, которые используются для тестирования и улучшения конкретной операции, функции, процедуры или навыка благодаря повторению. Функциональные учения полностью моделируют интерактивные упражнения, которые проверяют или подтверждают способность одной или нескольких организаций или страны реагировать на имитируемое событие. Функциональные учения проверяют координацию и коммуникацию между различными участниками, вовлеченными в действия по реагированию, в условиях, приближенных к реальности, и при имеющемся ограничении по времени. Наконец, полевые учения максимально точно имитируют реальные события, путем оценки оперативных возможностей систем управления чрезвычайными ситуациями в условиях сильного стресса, напоминающих реальные условия реагирования.

Имитационные учения должны быть адаптированы к насущным опасностям, с которыми сталкиваются отдельные страны и регионы. Для Европейского региона ВОЗ приоритетными рисками являются землетрясения, экстремальные погодные явления и наводнения, вспышки инфекционных заболеваний, которые, поэтому, должны быть приоритетными с точки зрения готовности стран и межстранового сотрудничества.

Для сотрудников и партнеров ВОЗ недавно было разработано Руководство ВОЗ по имитационным учениям (2017 г.), особой целью которого является оказание поддержки сотрудникам Министерств здравоохранения государств-членов, выполняющих роль организаторов учений (10). В последние годы Европейское региональное бюро ВОЗ оказывало поддержку своим государствам-членам, исследуя их приоритетные факторы риска и готовясь к ним, за счет организации различных имитационных учений. В качестве примера можно привести командно-штабные учения по управлению ответными действиями в отношении чрезвычайных ситуаций при наводнениях в Боснии и Герцеговине и Молдове (и то, и другое происходило в 2016 г.); командно-штабные учения и ряд функциональных учений в рамках подготовки к проведению международного массового мероприятия в Туркменистане (с декабря 2016 г. по март 2017 г.); функциональные учения по действиям в условиях вооруженного конфликта для Армении, Азербайджана и Грузии (август 2017 г.); и командно-штабные учения по информированию

о рисках в условиях чрезвычайной ситуации в Армении (октябрь 2017 г.).

ОБЗОР ПРИНЯТЫХ МЕР (AAR)

Мероприятия в области общественного здравоохранения представляют собой уникальные и важные возможности для обзора реальной функциональности существующей национальной системы реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Они дают возможность осмыслить то, что удалось, и извлечь из этого уроки, а также понять, что можно улучшить, и какие положения доказали свою эффективность и актуальность, а какие требуют пересмотра.

Обзор принятых мер (AAR) заключается в качественном, структурированном обзоре действий, предпринятых в ответ на реальное событие в сфере общественного здравоохранения, и направлен на то, чтобы в открытой и транспарентной среде способствовать критической оценке и пониманию процессов реагирования, выявления и документирования проблем и наилучших практик, а также определить срочные и долгосрочные корректирующие меры для реагирования в будущем. Для помощи в этом процессе и для поддержки стран при проведении AAR, ВОЗ разработала специальную методику, состоящую из руководства и инструментария (11).

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ЗДОРОВЬЯ: ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ

Оценочная деятельность должна находить воплощение в конкретных мероприятиях, необходимых для укрепления имеющихся сильных сторон и исправления выявленных недостатков. Результаты такой деятельности по оценке должны быть отражены в плане действий, который служил бы руководством для систематической работы в стране по устранению выявленных недостатков и пробелов. Результаты СВО используются при разработке пятилетних национальных планов действий по обеспечению безопасности здоровья, в которых прорабатываются ключевые области, требующие усиления, с целью ускорения осуществления ММСП. Подобный план действий имеет ключевое значение

для обеспечения того, чтобы действия направлялись на те области, где реально существуют потребности, и чтобы имеющиеся ресурсы использовались рационально, а прогресс – контролировался.

Разработка плана проходит три основных этапа:

- 1) национальные партнеры проводят обзор выводов, представленных в докладах о проведении СВО, AAR и имитационных учениях, фокусируясь на наиболее слабых областях, и определяют мероприятия, рекомендованные СВО; затем рекомендуемые области становятся приоритетными на пятилетний срок;
- 2) Региональное бюро ВОЗ вместе с ответственными техническими подразделениями проводит обзор предлагаемых мероприятий и разрабатывает набор рекомендаций;
- 3) в стране проводится национальное рабочее совещание для завершения работы над планом действий, который может включать в себя расчет стоимости и обзор возможной поддержки с учетом существующих национальных планов, стратегий и программ.

Результаты имитационных учений и обзоров принятых мер также должны подкрепляться набором действий для устранения выявленных недостатков и пробелов. Они могут быть включены в общий национальный план действий по обеспечению безопасности здоровья или в дополнительные планы или совокупности действий, необходимые для устранения слабых сторон конкретных функций, процедур или механизмов. Разработка и осуществление многосекторального национального плана действий по обеспечению безопасности здоровья государствами-членами Европейского региона, основанного на четырех компонентах пересмотренной Рамочной основы мониторинга и оценки ММСП (2005 г.), будет способствовать укреплению национальной и региональной готовности и наращиванию возможностей реагирования, таким образом способствуя глобальной безопасности общественного здоровья.

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: Franziska Hommes получила стипендию по программе Карло Шмида, по программам DAAD, «Студенческий фонд немецкого народа» и «Фонд Меркатор» в качестве компенсации расходов во время ее стажировки в Европейском региональном бюро ВОЗ.

Конфликты интересов: не указаны.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Международные медико-санитарные правила (2005 г.), 3-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/ru/>, по состоянию на 4 марта 2018 г.).
2. Международные медико-санитарные правила. Контрольный вопросник и индикаторы для мониторинга мероприятий по развитию основных возможностей ММСП в государствах-членах. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (<http://www.who.int/ihr/checklist/ru/>, по состоянию на 4 марта 2018 г.).
3. Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.): Доклад Комитета по обзору в отношении второго продления сроков создания национальных основных возможностей в области общественного здравоохранения и осуществления ММСП. Рекомендация 7: (параграф 43) Женева: Всемирная организация здравоохранения; (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-ru.pdf, по состоянию на 4 марта 2018 г.).
4. Мониторинг и оценка. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/emergencies/international-health-regulations/monitoring-and-evaluation>, по состоянию на 4 марта 2018 г.).
5. Осуществление Международных медико-санитарных правил (2005 г.). Ежегодный доклад об осуществлении международных медико-санитарных правил (2005 г.). Женева: Всемирная организация здравоохранения; (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_15-ru.pdf, по состоянию на 4 марта 2018 г.).
6. Ускорение осуществления Международных медико-санитарных правил (2005 г.) и укрепление лабораторного потенциала на благо здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/344078/67wd13r_IHRandLaboratories_170706.pdf?ua=1, по состоянию на 4 марта 2018 г.).
7. IHR core capacities implementation status: WHO European Region. In: Global Health Observatory (GHO) data [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/gho/ihr/monitoring/region_europe/en/, accessed 21 February 2018).
8. Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf, accessed 6 December 2018).
9. JEE dashboard [website]. In: Strategic partnership portal. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://extranet.who.int/spp/jee-dashboard>, accessed 21 February 2018).
10. WHO simulation exercise manual. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en/>, accessed 21 February 2018).
11. Обзор принятых мер. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/emergencies/international-health-regulations/monitoring-and-evaluation/after-action-review>, по состоянию на 4 марта 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