

PUBLIC HEALTH

PANORAMA ПАНОРАМА

ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Intersectoral action for health

Social protection and health: a bi-directional relationship *Intersectoral governance: what health system governance can teach us* Improving road safety through intersectoral action

Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья

Социальная защита и охрана здоровья: отношения, основанные на взаимности *Межсекторальное стратегическое руководство: какие уроки мы можем извлечь из опыта руководства системами здравоохранения* Повышение безопасности дорожного движения посредством межсекторального взаимодействия



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

WHO 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: panorama@euro.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

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; Manfred Huber; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Pirooska Ostlin; Ivo Rakovac; Agis Tsouros; Pavel Ursu

Editorial secretariat: Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Klaus Boisen; Mary Stewart Burgher; Maria Greenblat; Vladimir Izotov; Bandana Malhotra; Jamila Nabieva; Tim Nguyen (Executive editor); Sarah Ramsay; Olga Slobodskaya; Claudia Stein

Invited peer reviewers: Dave Elseroad; David J Hunter; Aeron Hurt; Alla Ivanova; Claudia B Maier; Francesco Mitis; Francesca Racioppi; Riikka Rantala; Jean Simos; Alexander Spina

Art-direction: Ref-Point.net; Design: TAIS

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 O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. почта: panorama@euro.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

РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

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

Редакционный совет: Colleen Acosta; Nils Fietje; Manfred Huber; Bahtygul Karriyeva; Monika Danuta Kosinska; Marco Martuzzi; Pirooska Ostlin; Ivo Rakovac; Pavel Ursu

Секретариат редакции: Zsuzsanna Jakab (главный редактор); Klaus Boisen; Mary Stewart Burgher; Maria Greenblat; Владимир Изотов; Bandana Malhotra; Jamila Nabieva; Tim Nguyen (исполнительный редактор); Sarah Ramsay; Ольга Слободская; Claudia Stein

Приглашенные эксперты: Dave Elseroad; David J Hunter; Aeron Hurt; Алла Иванова; Claudia B Maier; Francesco Mitis; Francesca Racioppi; Riikka Rantala; Jean Simos; Alexander Spina.

Общий дизайн – Ref-Point.net. Макет – TAIS

In this issue

In this special, theme issue of Panorama, published for the Sixty-fifth session of the World Health Organization Regional Committee for Europe, the Regional Director highlights the importance of an intersectoral approach towards health policy formulation and practice.

Agis Tsouros and Monika Kosinska (page 117) talk about the necessity of and opportunities for intersectoral action for the successful implementation of Health 2020, the European strategy and policy framework for health and well-being.

Taking "governance for health" further, Scott L. Greer and colleagues (page 128) state that experiences from within the health sector can be valuable for those adopting intersectoral approaches in the European Region.

"Better Labs for Better Health" is an intersectoral initiative of the WHO Regional Office for Europe since 2012. Joanna Zwetyenga and colleagues (page 162) present the experiences of four countries in developing national laboratory policies by multisectoral working groups in the respective countries.

Amanda Shriwise and David Stuckler (page 138) develop a conceptual framework outlining the bi-directional linkages between health and social protection and call for the health sector to lead by example.

Evelyne de Leeuw (page 175) presents the evidence from evaluations of the European Healthy Cities network as an effective example of intersectoral action, policy and governance.

Viktor Kondratiev and co-workers (page 192) discuss the lessons learnt from and next steps for national implementation of an intersectoral road safety project in the Ivanovo and Lipetsk regions of the Russian Federation.

В этом выпуске

В этом специальном тематическом выпуске «Панорамы», который выходит в преддверии Шестидесятой пятой сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения, Региональный директор говорит о важности межсекторального подхода к разработке и практической реализации политики в сфере здравоохранения.

Агис Цорос и Моника Косиньска (стр. 117) рассказывают о необходимости и возможностях межсекторальных действий для успешного осуществления основ европейской политики и стратегии Здоровье-2020 в интересах здоровья и благополучия.

Выводя понятие «стратегическое руководство в интересах здоровья» на новый уровень, Scott L. Greer и коллеги (стр. 133) утверждают, что опыт, полученный в секторе здравоохранения, может оказаться ценным для тех, кто принимает межсекторальные подходы в Европейском регионе.

«Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» – это межсекторальная инициатива, реализуемая Европейским региональным бюро ВОЗ с 2012 года. Joanna Zwetyenga и коллеги (стр. 168) представляют опыт четырех стран по разработке национальной политики для лабораторий многосекторальными рабочими группами в соответствующих странах.

Amanda Shriwise и David Stuckler (стр. 149) разработали концептуальную структуру, определяющую двунаправленные связи между секторами здравоохранения и социальной защиты, и призывают сектор здравоохранения подавать пример такой деятельности.

Evelyne de Leeuw (стр. 183) представляет данные оценки сети «Здоровые города Европы» как эффективный пример межсекторальных действий, политики и управления.

Виктор Кондратьев и его коллеги (стр. 198) обсуждают извлеченные уроки и следующие шаги для общенациональной реализации межсекторального проекта по безопасности дорожного движения в Ивановской и Липецкой областях Российской Федерации.

Kyrgyzstan, Republic of Moldova,
Tajikistan, Uzbekistan
Кыргызстан, Республика Молдова,
Таджикистан, Узбекистан

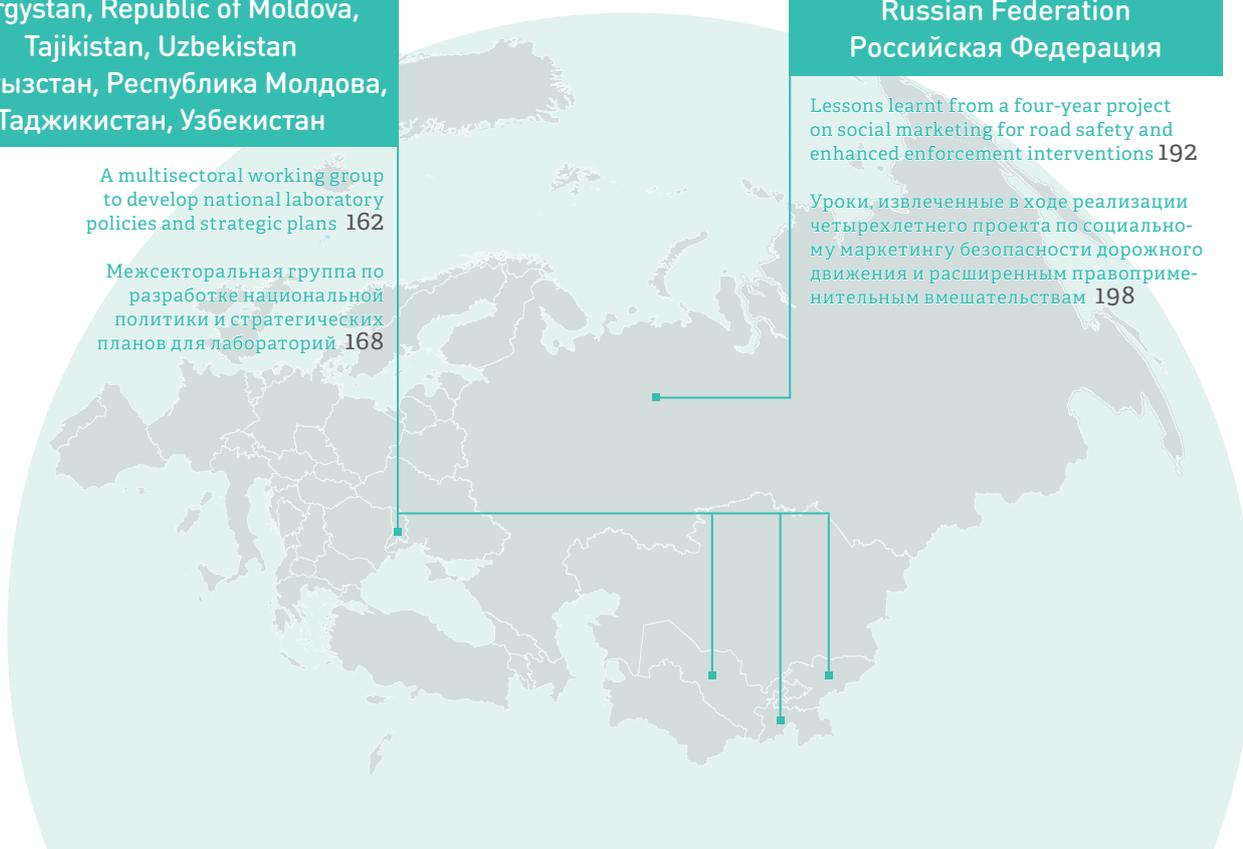
A multisectoral working group
to develop national laboratory
policies and strategic plans 162

Межсекторальная группа по
разработке национальной
политики и стратегических
планов для лабораторий 168

Russian Federation
Российская Федерация

Lessons learnt from a four-year project
on social marketing for road safety and
enhanced enforcement interventions 192

Уроки, извлеченные в ходе реализации
четырёхлетнего проекта по социально-
му маркетингу безопасности дорожного
движения и расширенным правоприме-
нительным вмешательствам 198



CONTENTS

EDITORIAL

- Intersectoral action for health 113
Zsuzsanna Jakab

- Addressing complex public health-related issues
requires intersectoral action117
Agis Tsouros, Monika Kosinska

PANORAMA PEOPLE

- Interview with Sir Harry Burns.....123

PERSPECTIVE

- Towards intersectoral governance: lessons learned
from health system governance128
Scott L Greer , Matthias Wismar, Monika Kosinska

REVIEW

- Towards social protection for health: an agenda for
research and policy in eastern and western Europe.....138
Amanda Shriwise, David Stuckler

POLICY AND PRACTICE

- Better labs for better health: intersectoral
challenges and solutions for laboratory systems
strengthening162
Joanna Zwetyenga, Linda Oskam, Olga Slobodskaya, Matluba
Berdieva, Elmira Turkmenova, Kaliya Kasymbekova , Radu Cojocaru,
Natalia Costic , Larisa Alieva, Sultan Djemileva, Larisa Li, Caroline
S Brown

- Intersectoral action, policy and governance
in European healthy cities 175
Evelyne de Leeuw

- Intersectoral action to improve road safety
in two regions of the Russian Federation.....192
Viktor Kondratiev, Vitaliy Shikin, Vladimir Grishin, Sergey Orlov,
Vladimir Klyavin, Elena Yurasova, Dinesh Sethi, Margaret Peden,
Shivam Gupta, Luigi Migliorini

СОДЕРЖАНИЕ

ОТ РЕДАКЦИИ

- Межсекторальное взаимодействие
в интересах здоровья..... 113
Жужанна Якаб

- Решение актуальных проблем общественного
здравоохранения требует межсекторального
взаимодействия117
Агис Цорос, Моника Косиньска

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

- Интервью с сэром Гарри Бернсом.....123

ПЕРСПЕКТИВЫ

- На пути к межсекторальному управлению:
уроки, полученные при управлении системами
здравоохранения133
Scott L Greer, Matthias Wismar, Monika Kosinska

ОБЗОР

- На пути к социальной защите в интересах охраны
здоровья: повестка дня исследований и политики в
Восточной и Западной Европе149
Amanda Shriwise, David Stuckler

ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

- «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье»:
межсекторальные задачи и их решения с целью
укрепления лабораторных систем168
Joanna Zwetyenga, Linda Oskam, Ольга Слободская, Матлуба
Бердиева, Эльмира Туркменова, Калия Касымбекова, Radu
Cojocaru, Natalia Costic, Larisa Alieva, Sultan Djemileva, Larisa Li,
Caroline S Brown

- Межсекторальное взаимодействие, политика
и стратегическое руководство в здоровых городах
Европы183
Evelyne de Leeuw

- Межсекторальные действия для повышения
безопасности дорожного движения в двух областях
Российской Федерации198
Виктор Кондратьев, Виталий Шикин, Владимир Гришин, Сергей
Орлов, Владимир Клявин, Елена Юрасова, Dinesh Sethi, Margaret
Peden, Shivam Gupta, Luigi Migliorini

Intersectoral action for health

Zsuzsanna Jakab
Regional Director, Editor-in-chief

“Intersectoral action is about putting health high on the political and social agenda of governments at all levels.”



I am delighted to introduce the second issue of Public Health Panorama. This issue covers intersectoral action for health and well-being; a key aspect of the successful implementation of Health 2020, the European strategy and policy framework for health and well-being, and a key theme of this year's Sixty-fifth session of the World Health Organization (WHO) Regional Committee for Europe.

Intersectoral action is a complex and challenging area of policy development and practice, ranging from bilateral and multilateral cooperation, and including broader health-in-all-policies, and whole-of-government and whole-of-society approaches. Effective intersectoral action is essential for addressing today's biggest public health challenges and the underlying determinants of health, which require innovative approaches to health governance. The WHO European Region has considerable experience in addressing public health issues through intersectoral action, for example, through the European Environment and Health process, through implementing national policies aimed at the prevention and control of noncommunicable diseases, and the work of the Healthy Cities network involving local governments.

Intersectoral action is about putting health high on the political and social agenda of governments at all

Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья

Жужанна Якаб
Региональный директор
Главный редактор

«Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья предусматривает обеспечение приоритетности вопросов здоровья в политической и социальной повестке дня государственных органов на всех уровнях».

Я рада представить вниманию читателей второй выпуск «Панорамы общественного здравоохранения». Он посвящен вопросам межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия – ключевой составляющей успешной реализации основ Европейской политики и стратегии в поддержку здоровья и благополучия Здоровье-2020 и центральной теме шестьдесят пятой сессии Европейского регионального комитета Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Межсекторальное взаимодействие представляет собой многогранное, комплексное направление разработки и реализации политики, которая охватывает и сферы двустороннего и многостороннего сотрудничества, и, в более широком аспекте, учет интересов здоровья во всех стратегиях, общегосударственный подход и принцип участия всего общества. Эффективное межсекторальное взаимодействие имеет важнейшее значение для решения более серьезных проблем современного общественного здравоохранения, а также для воздействия на лежащие в их основе детерминанты здоровья, которое требует инновационных подходов к стратегическому руководству в интересах здоровья. Европейский регион ВОЗ обладает значительным опытом в решении проблем общественного здравоохранения в рамках межсекторального взаимодей-

levels. It is about ensuring policy coherence as well as promoting synergies and coordination in the activities of different sectors. Implementing Health 2020 through intersectoral action is about political choices. It requires both political commitment and leadership exercised at the highest levels of government, as well as in the definition of policy options and how these are shaped and governed to ensure health and well-being. This implies a greater understanding of the importance of the political context and the political determinants of decisions that impact on health and well-being. It also implies extending accountability for health and ensuring the right to health for all of our populations.

Political choices relating to health extend to the global sphere, where health is moving higher on the global political agenda. Today, our understanding of the links between domestic and global health is better than ever before. The processes of globalization have profoundly affected health opportunities and, therefore, responding effectively to the global dimensions that impact on the work of ministries of health has gained increasing relevance, as has the need for regional and international cooperation.

The adoption of the Sustainable Development Goals (SDGs) challenges all countries to adopt new approaches to governance. Health is central to the SDGs as a precondition, an outcome and as an indicator of a sustainable society. Health 2020 played an important part in the European consultation during the formulation of Goal 3, the health goal in the post-2015 agenda. This new, sustainable development agenda is an excellent opportunity to accord health a high priority for the development of our societies through the translation of the SDGs into national development plans with health at their core. Intersectoral action for health and well-being will therefore become increasingly important for the implementation of sustainable development objectives.

Taking intersectoral action forward therefore involves new roles for health ministries and ministers, as well as for other sectoral ministries and ministers. Intersectoral action for health and well-being can be initiated through different entry points and themes. Integrating existing and new mechanisms for intersectoral cooperation; ensuring adequate capacity for intersectoral work in health ministries; creating

ствия; в качестве примеров можно привести Европейский процесс по окружающей среде и здоровью, реализацию национальных стратегий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями, а также работу сети «Здоровые города», в которую вовлечены местные органы власти.

Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья предусматривает обеспечение приоритетности вопросов здоровья в политической и социальной повестке дня государственных органов на всех уровнях. Оно означает обеспечение согласованности политики, а также синергий и координации действий различных секторов. Реализация политики Здоровье-2020 путем межсекторального взаимодействия – это вопрос политического выбора. Для этого требуется политическая приверженность и лидерство как на самых высоких уровнях государственного руководства, так и при определении вариантов политики и методов их разработки и реализации на практике в интересах обеспечения здоровья и благополучия. Это подразумевает более глубокое понимание важности политического контекста и политических детерминант решений, которые влияют на здоровье и благополучие. Это также подразумевает расширение ответственности за здоровье и обеспечение права на здоровье для всех групп населения.

Политический выбор, относящийся к здоровью, распространяется и на глобальный уровень, где здоровье занимает все более важное место в глобальной политической повестке дня. Сегодня мы лучше, чем когда бы то ни было, понимаем связь между здоровьем на национальном и на глобальном уровне. Процесс глобализации серьезно повлиял на возможности по обеспечению здоровья, и поэтому эффективное реагирование на те глобальные аспекты, которые влияют на работу министерств здравоохранения, приобретает все большую важность наряду с необходимостью в региональном и международном сотрудничестве.

Принятие Целей устойчивого развития (ЦУР) ставит перед всеми странами непростую задачу – внедрить новые подходы к стратегическому руководству. Здоровье занимает центральное место среди ЦУР, являясь предварительным условием и одновременно итогом и показателем устойчивого развития общества. Положения политики Здоровье-2020 широко использовались в рамках европейского консульта-

formal and informal fora, and space for intersectoral dialogue and learning; operating at political and policy levels as well as technical and logistical levels; and adopting pragmatic and step-wise approaches to intersectoral cooperation all play an important part in taking this work forward. Win-win approaches should be used to reach out to other sectors, based on developing a common understanding of sectoral values, goals and perspectives.

Health 2020 has provided the evidence, political legitimacy and impetus for scaling up intersectoral action for health and well-being in the WHO European Region. Achieving intersectoral action consistently and sustainably remains challenging in practice, especially in terms of sustaining high-level political involvement and ensuring that sustainable institutional processes are in place. Local leadership for intersectoral action can be both innovative and important. Intersectoral working holds great promise for the development and implementation of policies to advance health and well-being in the twenty-first century. It is crucial to permitting and encouraging health to make the maximum possible contribution to sustainable development.

Our aim is to continue supporting intersectoral action by developing tools, monitoring and documenting progress, learning from experience and good practices, and creating fora for dialogue and engagement with public and civil society stakeholders. It is in this context that this special edition of Public Health Panorama aims to contribute to strengthening the evidence base: continued monitoring and evaluation of progress is vital, together with gathering information, evidence and research findings on intersectoral action.

It is with great pleasure that I invite you to read the second issue of Public Health Panorama, in the current context of the political momentum in Europe for intersectoral action. We have a common commitment to reaching out and creating partnerships with other sectors, strengthening intersectoral action, and moving towards the common goals of health and well-being for all those living in the European Region and beyond.

тивного процесса по разработке относящейся к здоровью Цели 3 в области устойчивого развития на период после 2015 г. Эта новая повестка дня в области устойчивого развития предоставляет прекрасную возможность для обеспечения высокой приоритетности здоровья в процессе развития наших обществ благодаря трансформации ЦУР в национальные планы по развитию, в которых вопросы здоровья будут занимать центральное место. Поэтому межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья и благополучия будет играть все более важную роль в процессе выполнения задач устойчивого развития.

В свою очередь, для дальнейшего развития межсекторального взаимодействия необходимо определить новые роли не только для министерств и министров здравоохранения, но и для министров и министерств в других секторах. Отправными точками для начала межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия могут стать самые разные области и темы. Интеграция уже существующих и новых механизмов межсекторального сотрудничества; обеспечение надлежащего потенциала для межсекторальной работы на уровне министерств здравоохранения; создание формальных и неформальных форумов и возможностей для межсекторального диалога и приобретения знаний; действия как на политическом и нормативно-правовом уровнях, так и на техническом и организационном уровнях; использование прагматичных и поэтапных подходов к межсекторальному взаимодействию – все это играет решающую роль в проведении этой работы. Для привлечения других секторов необходимы взаимовыгодные подходы, основанные на едином понимании секторальных ценностей, целей и точек зрения.

Политика Здоровье-2020 предоставила фактические данные, политическую легитимность и стимул для расширения масштабов межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ. Достижение системного и стабильного межсекторального взаимодействия продолжает оставаться трудной задачей, в особенности в том, что касается поддержания заинтересованности в таком взаимодействии на высоком политическом уровне и обеспечения устойчивых институциональных процессов. Местное лидерство в интересах межсекторального взаимодействия может носить инновационный и очень важный характер. Межсекторальное взаимодействие несет в себе

большой потенциал для разработки и осуществления стратегий в интересах здоровья и благополучия в двадцать первом веке. Оно играет решающую роль в том, чтобы дать сектору здравоохранения возможность и стимул для оказания максимального содействия устойчивому развитию.

Наша цель – продолжать поддерживать межсекторальное взаимодействие, разрабатывая инструменты, осуществляя мониторинг и документацию прогресса, извлекая уроки из опыта и используя примеры передовой практики, создавая форумы для диалога и вовлечения широкой общественности и гражданского общества. В данном контексте этот специальный выпуск журнала «Панорама общественного здравоохранения» должен внести вклад в укрепление доказательной базы, так как важнейшее значение имеют непрерывный мониторинг и оценка прогресса, а также сбор информации, фактических данных и результатов исследований по вопросам межсекторального взаимодействия.

Я с радостью представляю вашему вниманию второй выпуск «Панорамы общественного здравоохранения», который создавался на фоне наблюдающегося в настоящее время в Европе повышенного политического интереса к вопросам межсекторального взаимодействия. Мы должны предпринимать совместные усилия по установлению контактов и созданию партнерств с другими секторами, укрепляя межсекторальное взаимодействие для достижения общих целей по обеспечению здоровья и благополучия всех, кто живет в Европейском регионе и за его пределами.

Addressing complex public health-related issues requires intersectoral action

Agis Tsouros,¹ Monika Kosinska²

^{1,a} Division of Policy and Governance for Health and Well-being, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen

^{2,b} Division of Policy and Governance for Health and Well-being, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen



This second issue of Public Health Panorama covers an extremely pertinent subject that is at the heart of the successful implementation of Health 2020, the European strategy and policy framework for health and well-being. Health 2020 takes a value- and evidence-informed approach to improving health and well-being in the twenty-first century. The determinants of today's health challenges stretch across the whole of government and society in several domains: political, cultural, social, economic, environmental, health systems and commercial. The policy response to these determinants therefore must also be multisectoral and multidimensional, involving the whole of government and the whole of society.

Within the Health 2020 strategic objectives and priority areas for action, several complex health-related issues cannot be adequately addressed without an intersectoral response. Some of these include, for example, reducing health inequalities and addressing health and development (strategic objective 1); striving for healthy children, promoting healthy ageing and supporting groups in vulnerable situations (priority

^a Lead technical editor of this issue

^b Co-technical editor of this issue

Решение актуальных проблем общественного здравоохранения требует межсекторального взаимодействия

Агис Цорос¹, Моника Косиньска²

^{1,a} Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген

^{2,b} Отдел политики и стратегического руководства в интересах здоровья и благополучия, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген



Второй выпуск журнала «Панорама общественного здравоохранения» посвящен исключительно актуальной теме и ключевой составляющей успешной реализации основ Европейской политики и стратегии в интересах здоровья и благополучия – Здоровье-2020. Подход к улучшению здоровья и благополучия в двадцать первом веке, который представлен в политике Здоровье-2020, осуществляется с учетом ценностей

и фактических данных. Детерминанты актуальных проблем здравоохранения охватывают все аспекты государственного управления и жизни общества и относятся к целому ряду областей: политической, культурной, социально-экономической, экологической, коммерческой, а также к области систем здравоохранения. Поэтому и ответные меры политики, реализуемые в этой связи, должны быть многосекторальными и многоаспектными, включающими все государство и все общество.

Существует целый ряд комплексных проблем общественного здравоохранения, относящихся к стратегическим задачам и приоритетным направлениям политики Здоровье-2020, которые невозможно эф-

^a Ведущий научный редактор выпуска

^b Научный редактор выпуска

area 1); preventing communicable diseases, tackling noncommunicable diseases and mental health, fighting obesity and implementing the Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) and antimicrobial resistance (AMR) action plans (priority area 2). Other issues that call for intersectoral action include strengthening public health and implementing the International Health Regulations (IHR) (priority area 3), and promoting health literacy, and environment and health (priority area 4).

Intersectoral action for health is an umbrella term covering a wide spectrum of approaches. These are not mutually exclusive and can all be employed using different entry points. They include cooperation between two or more sectors, as well as adopting health-in-all-policies, whole-of-government and whole-of-society approaches.

Intersectoral action requires making tough political decisions, such as choices about welfare policies to protect mothers and infants, or providing or strengthening safety nets for people who are at risk of unemployment or poverty; choices about access to health care and social support; choices about fiscal policies that affect lifestyles; and choices about the policies of other sectors that affect health, such as environment, education, agriculture and transport. The authors of the article "Towards social protection for health: an agenda for research and policy in eastern and western Europe", for example, argue that the relationship between social protection and health is critical for furthering joined-up government action on the social determinants of health.

While embarking on strengthening intersectoral action, special attention should be focused on the following issues: securing the necessary resources to engage with others; addressing the communication and language barriers between sectors; promoting health literacy at the individual, community, professional and institutional levels; promoting consensus and continuity in the face of political change; and promoting integration and consistency between intersectoral mechanisms at all levels.

The key to success, however, lies in creating preconditions for change that are based on strong political commitment, involving from the start all key stakeholders, developing common goals and outcomes,

эффективно решить, не прибегая к межсекторальным мерам. К ним относится, в частности, сокращение неравенств по показателям здоровья и вопросы здоровья и развития (стратегическая задача 1); обеспечение здоровья детей, поддержка здорового старения и уязвимых групп населения (приоритетная область 1); профилактика инфекционных болезней, борьба с неинфекционными заболеваниями и охрана психического здоровья, борьба с ожирением и реализация Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ), а также планы действий по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам (УПП) (приоритетная область 2). Среди других актуальных задач, выполнение которых требует межсекторального взаимодействия, следует отметить укрепление общественного здравоохранения и выполнение международных медико-санитарных правил (ММСП) (приоритетная область 3), укрепление осведомленности в вопросах здоровья, а также вопросы окружающей среды и здоровья (приоритетная область 4).

Межсекторальное взаимодействие в интересах здоровья – обобщающий термин, который охватывает широкий спектр подходов. Эти подходы не являются взаимоисключающими, и все они могут применяться при использовании различных отправных точек. Среди них – сотрудничество между двумя и более секторами, а также применение принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях, общегосударственного подхода и принципа участия всего общества.

Межсекторальное взаимодействие требует принятия трудных политических решений. Это может касаться мер политики социального обеспечения для защиты матерей и детей грудного возраста, обеспечения или укрепления механизмов социальной защиты для граждан, подвергающихся риску безработицы и бедности; решений в отношении доступа к услугам здравоохранения и социальной поддержки; налоговой политики, которая воздействует на образ жизни и поведение людей, а также влияющих на здоровье политических решений других секторов, в частности окружающей среды, образования, сельского хозяйства и транспорта. Так, например, авторы статьи «На пути к социальной защите в интересах охраны здоровья: повестка дня исследований и политики в Восточной и Западной Европе» утверждают, что взаимосвязь между социальной защитой и здоровьем имеет решающее значение для стимулирования

and strengthening accountability for health among all sectors and professional groups.

There is a significant legacy of intersectoral action in the WHO European Region. Knowledge and experience in the Region on the subject is broad and increasing. To support change, we need to increase our efforts towards documenting, understanding and drawing lessons from new and old practices and initiatives. For this reason, we welcome the fact that this issue of Public Health Panorama is dedicated to the topic of intersectoral action.

A long-standing example of intersectoral action in the European Region, with a wealth of experience and lessons learned, is the European Environment and Health Process. It has been a flagship intersectoral governance mechanism, driven by a series of ministerial conferences held every five years and coordinated by the WHO Regional Office for Europe in close collaboration with other agencies. This experience provides an opportunity to learn from the approach and the governance mechanisms used.

The European Region also hosts a number of networks that play a crucial part in the intersectoral implementation of Health 2020. The WHO European Healthy Cities Network has had significant success in intersectoral practices and whole-of-local-government approaches for health in its 27-year-long history. Given the importance of the local level, including both local government and political leadership such as mayors, the Healthy Cities Network is a particularly interesting reference point. This is addressed by the paper "Intersectoral action, policy and governance in European Healthy Cities" in this issue.

To support the documentation of evidence in practice across the Region, the Regional Office for Europe has launched a mapping exercise with the aim of compiling an overview of intersectoral mechanisms. Initial responses to the exercise show a number of high-level mechanisms where the Ministry of Health has shown leadership through a whole-of-government approach.

Almost all respondents to date have listed political and institutional challenges to be the biggest barriers to implementation of intersectoral action, and have requested assistance from the WHO Regional Office

объединенных усилий различных государственных ведомств по воздействию на социальные детерминанты здоровья.

Начиная работу по укреплению межсекторального взаимодействия, следует уделить особое внимание следующим вопросам: обеспечение необходимых ресурсов для работы с другими секторами, преодоление коммуникационных и терминологических барьеров между секторами, содействие повышению осведомленности в вопросах здоровья на индивидуальном, местном, профессиональном и институциональном уровнях, обеспечение консенсуса и преемственности в условиях политических изменений, содействие интеграции и согласованности межсекторальных механизмов на всех уровнях.

Однако ключ к успеху лежит в создании предпосылок для изменений, которые основаны на прочной политической приверженности, вовлечении всех заинтересованных сторон с самого начала процесса, разработке общих целей и определении желаемых результатов, а также в укреплении подотчетности всех секторов и профессиональных групп за результаты в отношении здоровья.

В Европейском регионе ВОЗ имеется богатый опыт в области межсекторального взаимодействия. Имеющиеся в Регионе знания и наработки по этому вопросу обширны и постоянно наращиваются. Для поддержки изменений нам необходимо активизировать усилия по документальному оформлению и пониманию новых и уже действующих практик и инициатив, извлекая из них соответствующие уроки. Поэтому мы приветствуем тот факт, что настоящий выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» посвящен именно вопросу межсекторального взаимодействия.

Действующий уже много лет Европейский процесс «Окружающая среда и здоровье» – пример области, в которой в Европейском регионе ВОЗ уже имеется богатый опыт межсекторального взаимодействия. Процесс давно является флагманским межсекторальным механизмом стратегического руководства, работа которого осуществляется в рамках серии министерских конференций, проводимых раз в пять лет и координируемых Европейским региональным бюро ВОЗ в тесном взаимодействии с другими учреждениями. Подобный опыт дает возможность из-

for Europe in a number of concrete areas, ranging from cost-benefit analysis to new tools. The authors of the article “Towards intersectoral governance: lessons learned from health system governance” state that experiences from within the health sector can be valuable for those adopting intersectoral approaches, and highlight a framework to provide an analytical tool using transparency, accountability, participation, integrity and policy capacity as the building blocks of governance.

Taking intersectoral action forward will involve new roles for health ministries and ministers, as well as for other sectors. These issues are addressed in two very different articles, which demonstrate both the breadth and the depth of intersectoral action for health and well-being: “Intersectoral action to improve road safety in two regions of the Russian Federation”, and “Better labs for better health: intersectoral challenges and solutions for laboratory systems strengthening”.

In conclusion, this issue of Public Health Panorama addresses an important topic at a politically important juncture. Member States of the European Region are paying increased attention to intersectoral action – the preconditions, challenges and benefits of expanding partnerships, and building greater accountability in health.

This topic has been addressed in technical meetings, such as “Promoting intersectoral and inter-agency action for health and well-being in the WHO European Region: synergy among the health, education and social sectors” held in Paris, France and “Strengthening health in foreign policy and development cooperation” held in Berlin, Germany, both in April 2015. It has also been addressed in high-level political fora such as the “South-East European Health Network” held in Belgrade, Serbia in June 2015, and the “Second high-level meeting of the small countries initiative” held in Andorra in July 2015.

In July 2015, it was one of the main topics of discussion among ministers and attendees at the International Health Forum in Ashgabat, Turkmenistan. This special issue of Public Health Panorama will further contribute to the outcomes of the technical and political discussions mentioned above. It will inform the Regional Committee deliberations in Vilnius, Lithuania in September 2015 on strengthening political

влечь уроки из используемых методов и механизмов стратегического руководства.

В Европейском регионе также действует ряд сетей, которые играют важнейшую роль в межсекторальной реализации политики Здоровье-2020. Европейская сеть ВОЗ «Здоровые города» за свою, насчитывающую уже 27 лет, историю добилась значительного успеха в межсекторальной работе и применении общегосударственного подхода в интересах здоровья на местном уровне. Учитывая важность межсекторального взаимодействия на местном уровне с участием и местных органов власти, и местного политического руководства, в частности мэров городов, сеть «Здоровые города» является особенно интересным ориентиром. Ее деятельности посвящена опубликованная в этом выпуске статья «Межсекторальное взаимодействие, политика и стратегическое руководство в здоровых городах Европы».

Для того чтобы описать и задокументировать примеры практического применения межсекторальных подходов в Регионе, Европейское региональное бюро ВОЗ запустило проект по «инвентаризации», направленный на составление обзора существующих межсекторальных механизмов. Первые отзывы говорят о наличии целого ряда механизмов высокого уровня, которые демонстрируют лидерство министерств здравоохранения с применением ими общегосударственного подхода.

Почти все респонденты, ответившие к настоящему времени на предложенные им в рамках «инвентаризации» вопросы, в качестве наиболее значительных преград для межсекторального взаимодействия указали на политические и институциональные барьеры. Они запросили о помощи Европейского регионального бюро ВОЗ в ряде вопросов, от анализа затрат и результатов до предоставления новых вспомогательных инструментов. Авторы статьи «На пути к межсекторальному управлению: уроки, полученные при управлении системами здравоохранения» утверждают, что опыт, полученный в самом секторе здравоохранения, может иметь высокую ценность для тех, кто собирается использовать межсекторальные подходы. Они также обращают особое внимание на рамочную основу для создания аналитического инструмента, в котором прозрачность, подотчетность, широкое участие,

will and convening technical expertise to advance the implementation of Health 2020 in the European Region.

Health 2020 has provided an impetus for intersectoral activities that are more strategic and at a higher policy level than earlier. Issue-based action may be the driving force and context for a focus on health in all policies. All the evidence from action- and Health 2020-driven initiatives to address the public health priorities of our time point to the imperative to stimulate, support and advance intersectoral governance and action within the WHO European Region.

верность принципам и ценностям и стратегический потенциал используются в качестве составных элементов стратегического руководства.

Для дальнейшего развития межсекторального взаимодействия необходимо определить новые роли как для министерств и министров здравоохранения, так и для других секторов. Эти вопросы обсуждаются в двух очень разных статьях, что демонстрирует как расширение, так и углубление вопроса межсекторального взаимодействия в интересах здоровья и благополучия: «Межсекторальные действия для повышения безопасности дорожного движения в двух областях Российской Федерации» и «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье»: межсекторальные задачи и их решения с целью укрепления лабораторных систем».

В заключение этот выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» обращается к важной теме, находящейся на стыке значимых политических сфер. Так, государства-члены в Европейском регионе уделяют все больше внимания межсекторальному взаимодействию – необходимым условиям, вызовам и преимуществам, связанным с расширением партнерств, и обеспечению большей подотчетности в интересах здоровья.

Эта тема обсуждалась на двух состоявшихся в апреле 2015 г. технических совещаниях: «Развитие межсекторального и межучрежденческого взаимодействия в интересах здоровья и благополучия в Европейском регионе ВОЗ: синергия в работе секторов здравоохранения, образования и социальной политики» (Париж, Франция) и «Учет интересов здоровья во внешней политике и в контексте сотрудничества в целях развития» (Берлин, Германия). Также эти вопросы обсуждались на таких политических форумах высокого уровня, как совещание Сети здравоохранения Юго-Восточной Европы, состоявшееся в Белграде (Сербия) в июне 2015 г., и Второе совещание высокого уровня в рамках инициативы малых стран в Андорре в июле 2015 г.

В июле 2015 г. данный вопрос стал одной из главных тем, которые обсуждались министрами и другими участниками Международного форума по здравоохранению в Ашхабаде (Туркменистан). Этот специальный выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» станет важным дополнением

к результатам технических и политических дискуссий, перечисленных выше. Предоставленная в нем информация будет учитываться в дискуссиях Регионального комитета в Вильнюсе (Литва) в сентябре 2015 г., посвященных укреплению политической воли и распространению технического опыта для дальнейшей реализации политики Здоровье-2020 в Европейском регионе.

Политика Здоровье-2020 стимулирует межсекторальную деятельность, которая была выведена на более высокий стратегический и политический уровень, чем было до того. Инициативы, направленные строго на конкретные актуальные проблемы, могут стать движущей силой и основой для реализации принципа учета интересов здоровья во всех стратегиях. Все фактические данные, полученные в рамках инициатив по решению отдельных актуальных проблем и инициатив, исходящих из политики Здоровье-2020, по решению приоритетных задач общественного здравоохранения нашего времени, указывают на необходимость стимулировать, поддерживать и развивать межсекторальное стратегическое руководство и взаимодействие в Европейском регионе ВОЗ.

Panorama People

Люди «Панорамы»

“WELL-BEING
EMERGES FROM
A SOCIETY THAT
PERFORMS WELL
ACROSS ALL
SECTORS.”

By Stephanie Brickman



«БЛАГОПОЛУЧИЕ –
РЕЗУЛЬТАТ
ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ
ВСЕХ СЕКТОРОВ
ОБЩЕСТВА».

Стефани Брикман

Panorama meets Sir Harry Burns, Professor of Global Public Health at the University of Strathclyde, Former Chief Medical Officer of Scotland and outspoken advocate for addressing inequality in public health.

Q: What made you go into medicine in the first place?

Well, I always wanted to be a pilot, and my father discouraged me from that. He knew pilots who said it was a boring job. So my next choice was to be a lawyer, but he said that if you do law you can only practise law in Scotland; if you do medicine, you can travel around the world. I now live about a mile from where I was born and my cousin, who did law, is a managing partner of one of America's biggest law firms and lives in New York, so my father got that wrong! But I don't regret that I chose medicine. I think I'd be going crazy if I had done law; medicine is much more interesting.

Q: What prompted you to leave a successful career in surgery and go into public health?

I was a surgeon for 15 years, and for a large part of that time I was a consultant in a hospital in Glasgow that dealt with a very poor population. Over time I became more and more convinced that the conventional explanations, as to why people at the lower end of the social scale die younger than affluent people, were wrong – it was subtler than that. It wasn't just that they smoked more and drank more, ate packaged foods and so on. They did all those things, but that didn't fully account for the difference between the affluent and the deprived. So I became very interested

«Панорама» встретила с сэром Гарри Бернсом, профессором глобального общественного здравоохранения Университета Стратклайд, бывшим главным государственным врачом Шотландии и активным сторонником сокращения неравенств в области общественного здравоохранения.

В: Что привело Вас в медицину?

Вообще-то я всегда хотел быть летчиком, но меня отговорил мой отец. У него были знакомые летчики, и кто-то из них сказал, что эта работа скучная. Следующим вариантом была профессия юриста, но отец сказал, что заниматься юриспруденцией у меня получится только в Шотландии, а если я пойду в медицину, то смогу путешествовать по всему миру. Сегодня я живу примерно в полутора километрах от места, где родился, а мой двоюродный брат, который стал юристом, – управляющий партнер крупнейшей американской юридической фирмы и живет в Нью-Йорке, так что тут мой отец несколько ошибся. Но я совсем не жалею, что выбрал медицину. Мне кажется, я бы сошел с ума от скуки, занимаясь правом, – медицина намного интереснее.

В: Что заставило Вас оставить успешную карьеру хирурга и заняться общественным здравоохранением?

Я работал хирургом на протяжении 15 лет, по большей части в качестве консультанта в больнице Глазго, которая обслуживала представителей беднейших слоев населения. Со временем я стал все

in the drivers of poor health in populations of people who were socially and economically disadvantaged. The obvious thing was to go off and do a Master's in Public Health, which I did. Later I became the Director of Public Health in Glasgow and then Chief Medical Officer of Scotland.

Q: What is your current area of interest?

Through the work of a whole range of people, we now have a very good idea of what are the drivers of poor outcomes in people from difficult backgrounds. The challenge is – what are the methods that we can use to change those outcomes? That's the area I'm interested in.

The “whole-of-government” approach, where every sector makes its own contribution to health, is a concept that people get, but they don't know how to do it, or they sometimes struggle with being able to do it. I'm excited about the possibility that we could really deliver that sort of approach in Scotland, for example, with our Early Years Collaborative, which was launched in 2012 to try and make Scotland the best place in the world for children to grow up. It may be the world's first multi-agency, bottom-up, population improvement programme.

Q: What defines “wellness” for you? How important to health is the social and cultural context in which a person lives?

This is a really interesting question. To me, wellness is succeeding in life, being able to say that you've had the opportunity to achieve your full potential in life. That means being healthy enough to live a good life, to complete an education, to be part of the job market, to have a degree of financial stability. More importantly, it's about being part of a cohesive community that you feel is supportive, that is caring, and you know will help you if you get into difficulty. So there are social dimensions that are also personal dimensions and all of these things interact with each other. You cannot pull one of them out and say “that is the cause of well-being”.

Many public health people think of well-being in terms of a medical model with hidden layers of cause and effect. I find this very frustrating. The pathogenic paradigm says that diseases have a cause, and if you take away that cause, you won't get the disease, but that does not work with well-being. Well-being is an

больше убеждаться в ошибочности общепринятых объяснений того, почему те, кто находится на нижней ступени социальной лестницы, умирают раньше, чем более состоятельные люди, так как в реальности причины представлялись мне гораздо сложнее и многограннее. Дело было не в том, что они больше курили и пили, питались продуктами быстрого приготовления и тому подобное. Конечно, все это имело место, но не в полной мере определяло те различия в показателях здоровья, которые наблюдаются между состоятельными людьми и теми, кто живет в бедности. Мне стало очень интересно, каковы определяющие факторы плохого состояния здоровья социально и экономически неблагополучных людей. Поэтому вполне естественным шагом для меня было оставить карьеру хирурга и получить степень магистра общественного здравоохранения, что я и сделал. Позже я стал директором службы общественного здравоохранения Глазго, а затем и главным государственным врачом Шотландии.

В: Какие вопросы входят в круг Ваших интересов сегодня?

Сегодня в результате работы множества людей мы хорошо представляем себе, какие факторы обуславливают плохие показатели здоровья у тех, кто находится в неблагополучной социальной ситуации. Трудность состоит в том, чтобы определить, какие методы можно использовать для изменения этих показателей. Вот это и является интересующей меня областью.

Общегосударственный подход, при котором каждый сектор вносит свой собственный вклад в здоровье населения, – это понятная для людей концепция, однако они не знают, как воплотить ее в жизнь, а порой просто неспособны это сделать. Я очень рад, что в Шотландии мы смогли применить этот подход на практике, например в рамках программы «Ранние годы жизни – действовать сообща» (Early Years Collaborative), которая была запущена в 2012 г. с целью попытаться превратить Шотландию в лучшее место в мире для детей. Быть может, это первая в мире построенная по принципу «снизу вверх» межучрежденческая программа, направленная на совершенствование населения.

В: Чем для Вас определяется благополучие? Насколько важен для здоровья тот социальный и культурный контекст, в котором живет человек?

outcome of the complex system in which we live, and how we interact with that complex system. So you need complex system *methods* to have any chance of success in changing it. Poverty and inequality are the result of a set of interlinked factors and they require an equally complex set of interlinked solutions.

Q: We at WHO understand that well-being is really important and it has been incorporated into many activities, especially in the past ten years. But how are we going to measure it?

I don't have the answer to that, but you know you've got well-being when you have it. We're looking at statistical approaches to different markers that could help quantify well-being. I'm not convinced that that's going to give us the answer, nor am I particularly worried about it. If you take a multidimensional approach: if infant mortality is going down, and educational attainment is going up, if offending behaviour among young people is going down and life satisfaction by any measure is going up, if older people remain engaged and active, then all of those things indicate that society is doing fairly well and creating wellness. I don't think we should sweat it too much and I don't think we should get too hung up on an individual metric. That promotes a machine model of society – pull a lever here and you get an outcome over there – it's more complicated than that. It's unlikely to be one thing alone that causes a society to change in terms of well-being; it's likely to be the sum of lots of different things. So let's try and do all those different things and see what happens.

Most medical evidence is acquired from randomized controlled trials. I think the use of randomized controlled trials to study population well-being are probably not helpful. **I think we need to find new ways of understanding how societies change in terms of well-being.**

Q: Can you sum up why intersectoral action is so crucial for governance in health?

Well-being emerges from a society that performs well across all sectors. If you think about Maslow's hierarchy of needs, if you provide the basics – safety, clean water, nourishment and so on – that allows people to begin to learn, that allows people to begin to succeed in economic terms, and allows people to express themselves and to be creative. So all of these

Это очень интересный вопрос. Для меня благополучие – это успех в жизни, это когда человек может сказать, что у него была возможность в полной мере реализовать свой потенциал. Это значит быть достаточно здоровым, чтобы хорошо жить, получить образование, участвовать в рынке труда, обеспечить для себя достаточный уровень финансовой стабильности. Что еще более важно, благополучие определяется возможностью быть частью сплоченного сообщества, ощущать его поддержку, заботу, а также уверенность в том, что оно поможет вам в трудный момент. Так что существуют социальные параметры, которые имеют и персональный аспект, и все эти аспекты находятся в тесном взаимодействии между собой. Нельзя выбрать один из них и сказать: "Вот им обусловлено благополучие".

Многие люди, работающие в сфере общественного здравоохранения, рассматривают благополучие как медицинскую модель со скрытыми пластами причин и следствий. Меня это очень расстраивает. Парадигма патогенеза говорит, что болезнь имеет причину и что если убрать эту причину, не будет и болезни; однако в отношении благополучия, такая схема не работает. Благополучие – это производное комплексной системы, в которой мы живем, и того, как мы с этой комплексной системой взаимодействуем. Поэтому, чтобы иметь возможность изменить эту систему, нам нужны методы, которые будут комплексными и системными. Бедность и неравенства – это следствие целого ряда взаимосвязанных факторов, и они требуют настолько же комплексного набора взаимосвязанных решений.

В: Специалисты ВОЗ хорошо понимают важность благополучия, поэтому этот вопрос является неотъемлемой частью множества направлений нашей деятельности, в особенности в течение последних десяти лет. Но как мы можем измерить благополучие?

У меня нет ответа на этот вопрос, но человек знает, что благополучие есть, когда оно у него есть. Мы рассматриваем статистические подходы к различным маркерам, которые могут количественно определить благополучие. Я не уверен, что это даст нам ответ, но я и не особо беспокоюсь по этому поводу. Возьмем многосторонний подход: если младенческая смертность снижается, а уровень образования растет, если уровень правонарушений среди молодежи падает, а удовлетворенность жизнью по любым

things need to come together in order to allow people to achieve their full potential. That can't be delivered by a health-care system; it has to be delivered by every single department of government and not just government, but also industry and commerce. **The whole of society needs to collaborate in order to produce success.**

Q: So what's the next step towards whole-of-society collaboration?

I'm pretty excited by what has happened in Scotland over the past few years. Every year, we've been improving outcomes for babies and young children. We have had ministers agreeing to allow a bottom-up approach and supporting that approach. We've been getting all the different stakeholders together in one room – typically we have 800 people from across Scotland meeting every five or six months to discuss progress, share ideas and collaborate together. It's a big exercise, but it appears to be succeeding. We've significantly reduced the stillbirth rate and the infant mortality rate is coming down. Given that we've only been going for two years, it's a pretty significant outcome. I think we should share different ways of doing things on a larger scale across Europe. Scandinavia is very different to southern Europe, Scotland is different to England – there is no one right way, but it would be a really important step if European health ministers came together to think about health much more broadly, collaborating along with employment ministries, economic development ministries, education ministries, and so on. We have much to learn from each other and we should be making an organized effort to do so.

Q: Does the solution lie in policy?

Policy is important but it doesn't drive change, people drive change, and if policy is made without involving people at the front line, it's not going to work. You cannot be committed to something if you haven't had any involvement in shaping it. So it's combining top-down with bottom-up change that is the key to making real progress, I think.

Policies rarely outlive the governments that implement them. We've got to be in this for the long haul, it'll take 20 to 30 years to really change and reap the benefits of a systematic approach that goes beyond policy.

оценкам возрастает, если пожилые люди остаются активными и вовлеченными в жизнь общества, то все это демонстрирует, что общество хорошо функционирует и создает благополучие. Я не думаю, что нам нужно уделять этому столько внимания и сосредотачиваться на отдельных количественных показателях. Иначе мы будем рассматривать общество как машину: потяни вот за этот рычаг – и получишь результат вот там. На самом деле все гораздо сложнее. Вряд ли какая-то одна причина обуславливает изменения в обществе в том, что касается благополучия; скорее всего, речь идет о сочетании множества различных факторов. Так что давайте попробуем действовать во всех направлениях и посмотрим, что из этого получится.

Множество медицинских фактических данных получены в результате рандомизированных контролируемых испытаний. Мне представляется, что такие испытания вряд ли помогут в исследовании благополучия населения. **Я думаю, что нам необходимо найти новые пути для понимания того, как общества меняются в том, что касается благополучия.**

В: Итак, в двух словах, почему же межсекторальное взаимодействие имеет такую важность для стратегического руководства в интересах здоровья?

Благополучие – результат эффективной работы всех секторов общества. Возьмем, к примеру, пирамиду потребностей по Маслоу: если обеспечить базовые потребности – безопасность, чистую воду, пищу и так далее, – то это позволит людям начать учиться, добиваться экономического успеха, самовыражаться и реализовывать свой творческий потенциал... Все эти составляющие должны быть собраны вместе, чтобы дать людям возможность полностью реализовать себя. Система здравоохранения не может этого обеспечить; необходимо участие каждого сектора государства, да и не только государства, но и крупного и малого бизнеса и промышленности. **Чтобы добиться успеха, необходимо взаимодействие всего общества.**

В: Тогда какими должны быть следующие шаги для достижения взаимодействия всего общества?

Меня очень воодушевляет то, что в последние несколько лет было сделано в этом направлении в Шотландии. Мы ежегодно улучшаем показатели

здоровья младенцев и детей раннего возраста. Нам удалось добиться того, что министры согласились полагаться на инициативы, которые исходят снизу, и поддержали их. Мы смогли собрать вместе в одном зале представителей множества заинтересованных сторон. Как правило, каждые пять-шесть месяцев мы собираем по 800 человек со всей Шотландии, которые встречаются, чтобы обсудить достигнутый прогресс, совместную работу и обменяться идеями. Этот проект требует немалых усилий, но похоже, что он приносит успех. Мы значительно сократили частоту мертворождений, снижается показатель младенческой смертности. Учитывая, что нашей программе всего два года, это достаточно существенный результат. Я думаю, что нам необходимо активнее обмениваться опытом и методами работы в масштабах Европы. Скандинавия сильно отличается от Южной Европы, а Шотландия – от Англии, так что единственно верного решения не существует. Тем не менее было бы действительно важным шагом, если бы министры могли собраться вместе и посмотреть на вопросы здоровья гораздо шире, сотрудничая с министерствами труда и занятости, экономического развития, образования и так далее. Мы ведь многому можем друг у друга научиться, а для этого необходимо приложить организованные усилия.

В: Лежит ли решение в сфере политики?

Политика важна, но она не является движущей силой перемен. Перемены двигают люди, и если политика разрабатывается без активного участия тех, кто находится на переднем плане, она просто не будет работать. Трудно быть приверженным тому, в разработке чего вы не принимали никакого участия. Так что необходимо объединить те изменения, которые проводятся сверху, с изменениями, идущими снизу, – и в этом, как мне представляется, и есть залог реального прогресса.

Политика и стратегии редко переживают правительства, которые претворяют их в жизнь. Мы же должны рассчитывать на долгий путь, так как, чтобы провести реальные изменения и извлечь пользу из систематического подхода, который выходит далеко за рамки политических мер, понадобится два-три десятилетия.

Perspective

TOWARDS INTERSECTORAL GOVERNANCE: LESSONS LEARNED FROM HEALTH SYSTEM GOVERNANCE

Scott L Greer,^{1,2} Matthias Wismar,² Monika Kosinska³

¹ University of Michigan, Ann Arbor, United States of America

² European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Belgium

³ WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Scott L Greer (email: slgreer@umich.edu)

Keywords: DELIVERY OF HEALTH CARE, HEALTH PLANNING, POLICY

BACKGROUND

How do we design roads that are not only safe but also encourage healthy physical activity? How do we implement and oversee health interventions outside of the health sector, such as those in educational settings like nurseries, kindergartens, schools, and institutions for vocational and academic training? How do we regulate novel technologies that offer huge benefits so that the associated risks are mitigated? How do we coordinate health and social services so that both the young and old in our societies have the best support at a sensible cost? How do we build energy-efficient, quality hospitals at the minimum cost? How do we formulate budgets that promote health during economic crises?

These are pertinent public health questions that have been addressed in recent years by Health in All Policies initiatives (1, 2) and in intersectoral governance (3, 4). They are the questions at the centre of Health 2020, the European policy for health and well-being (5). Navigating competing interests, managing the diversity of stakeholders and implementing complex interventions across and between sectors are key features of the intersectoral nature of today's policies for health.

This paper looks at some of the governance lessons available from health systems, which can be applied to intersectoral approaches across the World Health Organization (WHO) European Region (6). It is easy

to focus on political will, but political will alone does not make complex intersectoral decisions and implement policies. This paper addresses governments that intend to take forward intersectoral action. Its purpose is to strengthen and help them in adopting a systematic approach to implement, assess and evaluate their effectiveness and fitness for this purpose through analysis of governance.

INTERSECTORAL INTERVENTIONS FOR HEALTH

Intersectoral policy interventions have an extensive evidence base in both public health and economics (7). The specific context of each intersectoral intervention will always raise complex questions that have complex answers, and which require technical expertise in diverse fields, from civil engineering to gerontology to finance. However, the answers and, more importantly, the successful implementation of each and every one of these interventions depend on their governance: on the way that decisions for health and well-being are made and implemented in society.

Evidence shows that existing governance does not always guarantee the best outcomes for the health of populations (8). Some countries undergoing severe financial and economic crises introduced austerity measures that can be critiqued for their negative effects on health and health-care systems (9–11).

For example, the Greek health-care system, with 2.5 million citizens, is under severe stress. One quarter of the Greek population does not have sickness fund coverage, and is dependent on time-limited vouchers in a system requiring informal payments in a country where even those with money have only intermittent access to cash (12, 13). Across the WHO European Region, essential supplies and many services such as screening are no longer available for parts of the population. Access to health care has deteriorated, resulting in unmet medical needs. This is a major blow to universal health coverage in Europe (14). The governance of the decisions taken regarding the financing of the health system – and, in particular, the accountability of these decisions – has played a major role in the evolution of events. Different governance at the domestic level has prevented or minimized these negative health effects of the financial crisis by changing decisions or implementing positive initiatives more successfully (10). Governance can lead to less damage from austerity by improving decisions about investment, collaboration and protection, as well as sophisticated budget cuts. It can also lead to better implementation by, for example, enhancing local “ownership” of changes.

Governance for health, by implication, does not just mean a prescriptive model for operating interventions or services. Rather, it requires that governance becomes a key component of planning, implementation and evaluation of actions to better health and well-being.

Governance can often be portrayed as an abstract concept, frequently and perhaps unhelpfully linked to “good governance” and turned into a utopian wish list of desirable preconditions (15, 16). It is always, however, an empirical reality. Decisions affecting health and well-being are made and implemented everywhere, in every setting and at every level of government. But it encodes preferences and power in ways that are better or worse for health and well-being.

If accountability measures are in place that encourage urban planning to prioritize moving cars quickly, rather than moving cars safely or including pedestrians and encouraging, for example, cycling, we have roads that contribute to differing outcomes in obesity, pollution and even crime. Ensuring safe and accessible bicycle lanes, green spaces, friendly street furniture and lighting requires the inclusion of health objectives in

decision-making as early in the process as possible (17). Once a government has mustered political will and embarked on developing an intersectoral programme for health and well-being, its success depends on governance. There is no such thing as “good governance” if we have not answered the question of “good for what?” The practical question when approaching intersectoral action in health is therefore: how can we make governance good for health and well-being?

THE TAPIC FRAMEWORK FOR INTERSECTORAL HEALTH GOVERNANCE

A recent study addressed this question (8). It combined a review of the existing literature on health governance with a set of commissioned case studies of complex health governance problems as diverse as communicable disease control, primary care reform, hospital governance, technology assessment and private insurance markets. It started with the premise that governance matters because it can determine the success or failure of policies, every bit as much as financial means, political support, or the quality of the policy as an evidence-informed intervention. This means that a diagnostic approach to policy, focusing on actual or potential failures, is suitable. If an evidence-informed policy with sufficient political resources and political backing is in danger, it might be due to governance problems as diverse as corruption, lack of local ownership, or weak technical implementation.

The study then reviewed a range of academic research and international organizations’ publications to identify five components of governance that can affect the success or failure of policies. This “TAPIC” framework was named for its components: **T**ransparency, **A**ccountability, **P**articipation, **I**ntegrity and policy **C**apacity.

The first component is *transparency*: policies are better when the decisions and their grounds are made clear. This does not mean that every stage of policy-making should be made public, a demand that most often empowers well-resourced interest groups that can engage in multiple and complex fora and back up their preferences with research, litigation and intensive

lobbying (18). What it does mean is that any interested citizen can know what policymakers have done and why. In this respect, transparency flows into the second component of governance, which is *accountability*. Accountability is by definition explanation and sanction (19): those entrusted with power should explain their actions and be held responsible if their actions are inappropriate. Accountability can exist without transparency. Two organizations can have an accountability relationship without explaining it to the broader public. Likewise, transparency can exist without accountability. It is possible to make decisions clear without being accountable for them.

It is possible to focus on accountability at the expense of everything else, as indeed principal-agent models invite us to do. But practice shows that the next component, *participation*, meaning engagement of affected interests in decision-making, is also crucial. Participation is conducive not only to ownership and political viability, but also to the information necessary to improve health. Without participation in decision-making, noncompliance and sabotage are always risks, as long experience of conditional lending by international financial institutions shows (11). Participation does not mean that everybody constantly influences the direction of travel, or is happy with outcomes.

In fact, we do need better rules of participation as, for example, in the Framework Convention on Tobacco Control, which clarifies that tobacco producers shall not participate and governments need to empower those who are otherwise unheard.

Transparency, accountability and participation all lessen the chances of corruption, unresponsiveness or incompetence among policy-makers, but good health policy also requires competence among institutions and individuals, including responsiveness to evidence and objectives. This leads to the last two aspects of the TAPIC framework: *integrity* and *capacity*. Integrity refers to good public management such as meritocratic hiring, clear performance standards and clear organizational missions. Capacity, in the context of the TAPIC framework, refers to the specific capacity for policy. That means a mixture of technical skills and networks, both networks across government and among experts and civil society. It also means the ability to formulate evidence-based and politically sensible recommendations for health.

Transparency, accountability, participation, integrity and capacity exist in every political system. They are merely descriptive categories. As we work for health across multiple sectors, the framework identifies ways in which governance is working or can work for health.

CONCLUSION

The way decisions are made and implemented is crucial to the success of policies for health and to achieving the desired health outcomes in any system (20). Policies with a strong evidence base and financial resources can fail in implementation because of governance, while governance can shape the likelihood that good policies are adopted. In response to the complexity of today's public health priorities, the solutions themselves have become increasingly complex, involving multiple and new partners and drawing on diverse interventions, models and approaches. Within this context, the need to pay attention to components of systemic and intersectoral governance is becoming increasingly clear. The contribution of governance to the success of health policies can be found in transparency, accountability, participation, integrity and capacity.

As interest in intersectoral action to address health and well-being continues to translate into new models and approaches, there is a clear need to further develop new tools and methods to support policy-makers in navigating these new dynamics and relationships. The TAPIC framework, which is built on the lessons learned from within health systems, provides a simple framework for analysis to address the key governance questions of intersectoral interventions. It can contribute to the evidence base for successful intersectoral approaches and governance for health and well-being.

Successful intersectoral approaches are challenging and resource intensive. It is essential that policy-makers are supported in taking this forward and utilizing the political window of opportunity offered by Health 2020 and current discussions on furthering its implementation through strengthening intersectoral governance in the European Region. Therefore, this is an exciting moment to bring research and practice together, using the naturally occurring policy innovations and experiments in every kind of jurisdiction to test frameworks such as TAPIC, and

identify transferable lessons for others from within the health governance research arena.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: None declared.

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. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in all policies: prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf, accessed 28 July 2015).
2. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S, editors. Health in all policies – seizing opportunities, implementing policies. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1, accessed 28 July 2015).
3. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones C, St-Pierre L, Davies M, editors. Inter-sectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf, accessed 28 July 2015).
4. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, accessed 28 July 2015).
5. Health 2020: the European policy for health and well-being [web page]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, accessed 28 July 2015).
6. WHO Regional Committee for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting actions across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, accessed 28 July 2015).
7. McDaid D, Sassi F, Merkur S. Promoting health, preventing disease: the economic case. McGraw-Hill Education; 2015.
8. Greer SL, Wismar M, Figueras J, editors. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Brussels/Philadelphia: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2015.
9. Greer SL. The three faces of European Union health policy: policy, markets and austerity. *Policy and Society*. 2014;33(1):13–24.
10. Repullo Labrador JM. Austerity: reforming systems under financial pressure. In: Greer SL, Wismar M, Figueras J, editors. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Brussels/Maidenhead: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2015.
11. Greer SL. Structural adjustment comes to Europe: lessons for the Eurozone from the conditionality debates. *Global Social Policy*. 2014;14 (1):51–71.
12. Chrisafis A. Greek debt crisis: 'Of all the damage, healthcare has been hit the worst'. *The Guardian*, 9 July 2015 (<http://www.theguardian.com/world/2015/jul/09/greek-debt-crisis-damage-healthcare-hospital-austerity>, accessed 28 July 2015).
13. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Maresso A, Sissouras A. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al., editors. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Health Observatory on Health Systems and Policies; 2015: 103 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe-country-experiences>, accessed 28 July 2015).
14. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):364–5.
15. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014;116(1):1–11.
16. Grindle MS. Good enough governance: poverty reduction and reform in developing countries. *Governance*. 2004;17(4):525–48.
17. Wernham A, Teutsch SM. Health in all policies for big cities. *J Public Health Manag Pract*. 2015;21(Suppl 1):S56–S65.
18. Ehrlich SD. Access points: an institutional theory of policy bias and policy complexity. New York: Oxford University Press; 2011.

19. Weale A. New modes of governance, political accountability and public reason. *Government and Opposition*. 2011;46(1):58–80.

20. Greer SL, Méndez CA. Universal health coverage: a political struggle and governance challenge. *Am J Public Health*. 2015 Jul 16:e1-e3. [Epub ahead of print]

Перспективы

НА ПУТИ К МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМУ УПРАВЛЕНИЮ: УРОКИ, ПОЛУЧЕННЫЕ ПРИ УПРАВЛЕНИИ СИСТЕМАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Scott L Greer,^{1,2} Matthias Wismar,² Monika Kosinska³

¹ Университет Мичигана, Энн-Арбор, Соединенные Штаты Америки

² Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Брюссель, Бельгия

³ Европейское Региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Scott L Greer (адрес электронной почты: slgreer@umich.edu)

Ключевые слова: ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОЛИТИКА

ВВЕДЕНИЕ

Как нам проектировать дороги, которые будут не только безопасными, но и способствующими здоровой физической активности? Как нам проводить и контролировать мероприятия по охране здоровья за пределами сектора здравоохранения, например, в образовательных учреждениях, таких как ясли, детские сады, школы и учреждения профессионально-технического и академического профиля? Как нам регулировать новые технологии, приносящие огромные преимущества, чтобы связанные с ними риски снижались? Как нам координировать здравоохранение и социальные службы, чтобы в наших странах и молодежь, и пожилые люди получали наилучшую поддержку по разумной цене? Как нам строить качественные энергоэффективные больницы по минимальной цене? Как нам формировать бюджет, который будет способствовать здоровью населения во время экономических кризисов?

Все эти уместные для общественного здравоохранения вопросы рассматривались в последние годы в инициативах по учету интересов здоровья во всех сферах политики (1, 2) и в процессах межсекторального управления (3, 4). Эти вопросы являются центральными и в политике Здоровье-2020, европейской политике, направленной на улучшение здоровья и благополучия населения (5). Выбор пути среди конкурирующих интересов, учет различных вовле-

ченных сторон, проведение сложных мероприятий, вовлекающих различные секторы, – это ключевые аспекты межсекторальной природы современной политики в области здравоохранения.

В данной статье рассматривается ряд полученных в системах здравоохранения уроков управления, которые стоит учесть в будущем при применении межсекторальных подходов в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (6). Легко сосредоточить свое внимание на политической воле, но, для того чтобы принимать сложные решения, затрагивающие разные секторы, и реализовывать политику, одной политической воли оказывается недостаточно. Настоящая статья предназначена тем правительствам, которые намерены и впредь выполнять межсекторальные действия. Задача данной статьи – поддержать эти правительства и помочь им освоить систематический подход к выполнению межсекторальных действий и к оценке того, насколько эффективно и уместно они это делают посредством анализа управления.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Благодаря уже проведенным при реализации политики межсекторальным мероприятиям накопилась

обширная база фактических данных как из области общественного здравоохранения, так и из области экономики (7). При реализации любого межсекторального мероприятия контекст его внедрения всегда служит источником сложных вопросов, ответы на которые тоже оказываются сложными и требуют специальных знаний в различных областях, от гражданской инженерии до геронтологии и финансов. Кроме того, эти ответы и, что более важно, успешная реализация каждого межсекторального мероприятия будут зависеть от управления: от того, каким образом принимаются решения о здоровье и благополучии населения и как эти решения реализуются в обществе.

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что ныне работающие системы управления не всегда гарантируют наилучшие результаты для здоровья населения (8). Во время серьезных финансовых и экономических кризисов ряд стран ввел меры жесткой экономии, которые подвергаются критике за их негативное влияние на здоровье людей и системы здравоохранения (9–11). В тяжелой ситуации оказалась, например, система здравоохранения Греции с ее 2,5 миллионным населением. У четверти греческого населения нет фондового покрытия расходов по болезни; и в стране, где даже у обеспеченных людей есть только периодический доступ к денежной наличности, и в системе, где требуются неофициальные платежи, эта часть населения должна полагаться на ваучеры с ограниченным сроком действия (12, 13). Для части населения Европейского региона ВОЗ существенные материалы и многие из услуг, например скрининг или диспансеризация, перестали быть доступными. Доступ к услугам здравоохранения для населения ухудшился, в результате чего потребность в медицинской помощи остается неудовлетворенной. Это серьезный удар по обеспечению здравоохранением всего населения Европы (14). Управление решениями, принятыми в отношении финансирования систем здравоохранения – и в особенности ответственность за эти решения, – играло важную роль в развитии событий. Некоторые системы управления на национальном уровне предотвратили или свели к минимуму негативное влияние финансового кризиса на здоровье населения путем изменения решений или более успешного осуществления позитивных инициатив (10). Система управления способна снизить негативный эффект жесткой экономии путем принятия решений об инвестициях, сотрудничестве

и защите, а также о сложных сокращениях бюджета; она также может предопределить и лучшее выполнение решений, например, посредством усиления роли местных лиц/организаций в изменениях.

Таким образом, система управления в сфере здоровья – это не только модель, предписывающая проведение мероприятий или предоставление услуг. Скорее, система управления должна стать основным компонентом планирования, осуществления и оценки ключевых действий, предпринимаемых для улучшения здоровья и благополучия людей. Систему управления часто воспринимают как абстрактное понятие, которое нередко и не всегда кстати ассоциируется с представлением о «хорошей системе управления», что тем самым превращает ее в некий утопический список желательных характеристик (15, 16). На самом деле система управления – это эмпирическая реальность. Решения, влияющие на здоровье и благополучие, принимаются и выполняются повсюду, в разных конкретных ситуациях и на каждом уровне управления. Однако предпочтения и властные полномочия могут быть по-разному закодированы в системе управления, так что в результате система окажется лучше или хуже для здоровья и благополучия населения.

Если заложены меры подотчетности, поощряющие городское планирование, при котором на первом месте стоит быстрое передвижение автомобилей, а безопасность автомобильного движения, пешеходы и стимулирование, например, езды на велосипедах не учитываются, мы получаем дороги, которые сказываются на показателях ожирения, загрязнения окружающей среды и даже преступности. Чтобы обеспечить безопасные и доступные велосипедные дорожки, зеленые зоны, удобную уличную мебель и хорошее освещение, цели по здоровью населения должны как можно раньше учитываться в процессе принятия решений (17).

Как только правительство будет готово проявить политическую волю и приступить к разработке межсекторальной программы по здоровью и благополучию населения, дальнейший успех будет зависеть от управления. Выражение «хорошее управление» не имеет смысла, если мы не ответим на вопрос «хорошее для чего?». Поэтому при подготовке межсекторальных мероприятий в сфере здравоохранения встает практический вопрос: как сделать так, чтобы система управления работала на благо здоровья и благополучия населения?

ПРИНЦИПЫ TAPIC ДЛЯ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Данный вопрос рассматривался в недавно проведенном исследовании (8). В упомянутом исследовании была проанализирована имеющаяся литература по управлению в сфере здравоохранения, а также по заказу был изучен ряд показательных сложных проблем, стоящих перед управлением в этой сфере, проблем таких разнообразных, как борьба с инфекционными заболеваниями, реформа первичной медико-санитарной помощи, управление больницами, оценка технологий и рынок частных страховых услуг. Исследование строилось на предпосылке, что система управления является важной, поскольку успех или провал политики зависит от управления ровно в такой же степени, как и от финансовых средств, политической поддержки и качества основанной на фактических данных политики. Из этого следовало, что к политике можно применить диагностический подход, при котором особое внимание уделяют имевшим место или потенциальным неудачам. Если, несмотря на достаточные политические ресурсы и политическую поддержку, основанная на фактических данных политика оказывается в опасности, то причиной могут быть такие различные проблемы в системе управления, как коррупция, недостаточная роль местных участников или недостаточный уровень специальных знаний и навыков при реализации.

Затем в исследовании был проанализирован ряд публикаций научных исследований и международных организаций и выделено пять компонентов систем управления, влияющих на успех или провал политики. Набор этих компонентов был назван TAPIC по первым буквам английских терминов: прозрачность (Transparency), подотчетность (Accountability), участие (Participation), честность (Integrity) и потенциал в отношении политики (policy Capacity).

Первый компонент – это *прозрачность*: политика оказывается лучше, если решения и их обоснования известны и понятны. Это не означает, что каждый шаг разработки политики должен делаться публично. Такое требование часто придает дополнительный вес тем группам по интересам, которые

обладают немалыми ресурсами, и поэтому они могут участвовать во множестве сложных форумов и подкреплять свои предпочтения научными исследованиями, судебными делами и интенсивным лоббированием (18). Но это означает, что каждый заинтересованный гражданин может получить информацию о том, что и зачем было сделано лицами, ответственными за формирование политики. Таким образом, прозрачность перекликается со вторым компонентом управления, которым является *подотчетность*. Подотчетность по определению включает разъяснения и проверку или подтверждение (19): лица, которым доверены полномочия, должны объяснять свои действия и нести ответственность, если их действия неадекватны. Подотчетность может существовать без прозрачности. Две организации могут отчитываться друг перед другом, но не объяснять это широкой публике. Точно так же прозрачность может существовать без подотчетности. Решения могут приниматься открыто, притом что никто за них не отвечает.

Можно сосредоточиться на подотчетности за счет всех остальных факторов, что, в сущности, нам и предлагается в моделях «начальник – исполнитель». Но практика показывает, что следующий компонент, *участие*, подразумевающий вовлечение заинтересованных сторон в процесс принятия решений, также имеет исключительно важное значение. Участие способствует не только большей роли местных сторон и политической жизнеспособности процесса, но также и обмену информацией, необходимой для улучшения здоровья населения. Как показывает многолетний опыт международных финансовых институтов в выдаче кредитов на условиях (11), если нет достаточного участия в принятии решений, типичными опасностями являются невыполнение решений и саботаж. Участие не означает, что все постоянно влияют на направление движения или довольны его результатами.

На самом деле нам действительно нужны более качественные правила участия, такие как, например, применяющиеся в Рамочной конвенции по борьбе против табака, в которой разъясняется, что производители табака не участвуют. Кроме того, правительства должны расширить возможности тех, кто в противном случае останутся неслышанными.

И прозрачность, и подотчетность, и участие снижают вероятность коррупции, низкой оперативности

и некомпетентности среди разработчиков политики, но для хорошей политики по здравоохранению также нужна компетентность организаций и частных лиц, в том числе в отношении восприятия доказательств и целей. Это подводит нас к двум последним принципам набора ТАРИС: *честность* и *потенциал*. Честность относится к таким аспектам хорошего государственного управления, как, например, отбор при найме на работу по профессиональным качествам, четкие стандарты оценки работы и ясные задачи организации. В контексте принципов ТАРИС под потенциалом подразумевается конкретный потенциал, требующийся для разработки политики. Этот потенциал складывается из знаний в конкретной области и сетей взаимодействий – взаимодействий, связывающих разные подразделения правительства, а также экспертов и гражданское общество. Потенциал также включает способность формулировать разумные с политической точки зрения, базирующиеся на фактических данных рекомендации по здоровью.

Прозрачность, подотчетность, участие, честность и потенциал существуют в каждой политической системе. Это просто описательные категории. Так как наша работа по охране здоровья охватывает множество секторов, описанные принципы определяют примеры успешного управления или возможные пути его внедрения.

ВЫВОДЫ

То, как принимаются и выполняются решения, имеет важнейшее значение для успеха политики в области здравоохранения и для достижения желаемых показателей здоровья людей в любой системе (20). Реализация политики, основанной на убедительных данных и подкрепленной финансовыми ресурсами, может потерпеть неудачу из-за плохого управления, тогда как хорошее управление повысит вероятность того, что будет принята хорошая политика. В ответ на сложность современных приоритетов в сфере здоровья населения сами решения становятся все более сложными, они сопровождаются вовлечением многочисленных и новых партнеров, выполнением разнообразных мероприятий и использованием различных моделей и подходов. В этом контексте все более четким становится требование уделять внимание системным или межсекторальным компо-

нентам управления. Вклад эффективного управления в политику охраны здоровья можно определить посредством прозрачности, подотчетности, участия, честности и потенциала.

Поскольку интерес к межсекторальным действиям для обеспечения здоровья и благополучия людей сопровождается созданием новых моделей и подходов, есть явная потребность в дальнейшей разработке новых средств и методов, которые должны помогать разработчикам политики прокладывать курс с учетом новых отношений и динамики. Принципы ТАРИС, сформулированные на основе полученного в системах здравоохранения опыта, представляют собой простой набор критериев для анализа ключевых вопросов управления межсекторальными мероприятиями. Они могут внести вклад в базу фактических данных, служащую основанием для разработки успешных межсекторальных подходов и систем управления, обеспечивающих здоровье и благополучие населения.

Для успеха межсекторальных подходов требуется немало усилий и ресурсов. Поэтому важно поддерживать органы, определяющие политику, в том, чтобы они и дальше применяли такие подходы и воспользовались политической возможностью, предоставленной в настоящее время политикой Здоровье-2020 и ведущимися дискуссиями по содействию ее осуществления посредством укрепления межсекторального управления в Европейском регионе. Таким образом, сейчас наступил волнующий момент, когда можно объединить исследования и практику, используя внедряемые по ходу дела нововведения в политику и эксперименты в любой юрисдикции, для проверки принципов, например таких как ТАРИС, чтобы понять, какие уроки, полученные при исследовании систем управления в сфере здравоохранения, могут быть переданы в другие области.

Выражение признательности: не указано.

Источники финансирования: не указаны.

Конфликт интересов: не был заявлен.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. Health in all policies: prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
2. Leppo K, Ollila E, Pena S, Wismar M, Cook S, editors. Health in all policies – seizing opportunities, implementing policies. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
3. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones C, St-Pierre L, Davies M, editors. Inter-sectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
4. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
5. Health 2020: the European policy for health and well-being [web page]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
6. WHO Regional Committee for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting actions across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
7. McDaid D, Sassi F, Merkur S. Promoting health, preventing disease: the economic case. McGraw-Hill Education; 2015.
8. Greer SL, Wismar M, Figueras J, editors. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Brussels/Philadelphia: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2015.
9. Greer SL. The three faces of European Union health policy: policy, markets and austerity. *Policy and Society*. 2014;33(1):13–24.
10. Repullo Labrador JM. Austerity: reforming systems under financial pressure. In: Greer SL, Wismar M, Figueras J, editors. Strengthening health system governance: better policies, stronger performance. Brussels/Maidenhead: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press; 2015.
11. Greer SL. Structural adjustment comes to Europe: lessons for the Eurozone from the conditionality debates. *Global Social Policy*. 2014;14 (1):51–71.
12. Chrisafis A. Greek debt crisis: 'Of all the damage, healthcare has been hit the worst'. *The Guardian*, 9 July 2015 (<http://www.theguardian.com/world/2015/jul/09/greek-debt-crisis-damage-healthcare-hospital-austerity>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
13. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Maresso A, Sissouras A. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al., editors. Economic crisis, health systems and health in Europe: country experiences. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Health Observatory on Health Systems and Policies; 2015: 103 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/economic-crisis-health-systems-and-health-in-europe-country-experiences>, по состоянию на 28 июля 2015 г.).
14. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):364–5.
15. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014;116(1):1–11.
16. Grindle MS. Good enough governance: poverty reduction and reform in developing countries. *Governance*. 2004;17(4):525–48.
17. Wernham A, Teutsch SM. Health in all policies for big cities. *J Public Health Manag Pract*. 2015;21(Suppl 1):S56–S65.
18. Ehrlich SD. Access points: an institutional theory of policy bias and policy complexity. New York: Oxford University Press; 2011.
19. Weale A. New modes of governance, political accountability and public reason. *Government and Opposition*. 2011;46(1):58–80.
20. Greer SL, Méndez CA. Universal health coverage: a political struggle and governance challenge. *Am J Public Health*. 2015 Jul 16:e1–e3. [Epub ahead of print]

Review

TOWARDS SOCIAL PROTECTION FOR HEALTH: AN AGENDA FOR RESEARCH AND POLICY IN EASTERN AND WESTERN EUROPE

Amanda Shriwise,¹ David Stuckler²

¹ Department of Social Policy and Intervention, University of Oxford, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

² Department of Sociology, University of Oxford, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Corresponding author: Amanda Shriwise (email: amanda.shriwise@spi.ox.ac.uk)

ABSTRACT

Social protection for health moves beyond understanding the social determinants of health to identifying the policies and programmes that can address them. Although social protection has great relevance to health, most of the related discussions are taking place outside the health sector. Thus, to identify areas for strategic partnership, we conducted a semi-structured review of how the World Health Organization (WHO), International Labour Organization (ILO), World

Bank, International Monetary Fund (IMF), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and the European Union (EU) define social protection and how this relates to health in the WHO European Region. We found several areas of synergy: (i) between the EU, ILO and OECD on social assistance and (ii) between the World Bank and IMF in relation to resilience and social risk management. Building on this analysis, we developed a conceptual framework of the

bidirectional linkages between health and social protection. We call on the health sector to lead by example and act on the many social determinants over which it has influence, especially employment, working conditions and income support. We conclude that development of a research and policy agenda could be strengthened through creating WHO Collaborating Centres, launching policy innovation labs and establishing a Commission on Social Protection for Health.

Keywords: SOCIAL PROTECTION, SOCIAL DETERMINANTS, SOCIAL POLICY, EUROPE

INTRODUCTION

Two of the most common mantras at European public health conferences are “health is about more than health care” and “every minister is a health minister”. At the heart of these phrases are powerful observations on health promotion in Europe. The first observation is that, despite having some of the world’s strongest health care systems, Europe has persistent and large health inequalities between and within countries. For children born in 2010, life expectancy for males ranges from 63 years in the Russian Federation to 80 years in Switzerland; for women, it ranges from 74 years in the Republic of Moldova to 85 years in Spain (1). In 2008, the Commission on Social Determinants of Health called for a closure of these health gaps in a generation (2).

The second observation – as the Commission’s work demonstrated – is that the power to address health inequalities lies to a great extent outside the health sector. Action needs to focus on the root causes of health inequalities, which are in the environments where people age, live, work and play (2, 3). In practice this involves the health sector working with partners who may know little about health and may see it as a competing or low political priority (4). Yet by collaborating with ministries of housing, education, agriculture, transportation, social affairs and even defence, the health sector could bring about far greater benefits than by acting alone (5).

This vision of joined-up action across sectors is a guiding theme of the World Health Organization

(WHO) Regional Office for Europe's Health 2020 policy framework and strategy (6). The central aims of Health 2020 are to reduce avoidable health inequalities and to strengthen health governance (7). Historically, such intersectoral action has been difficult to achieve. While there is clear evidence that the people of Europe see improving health as one of the most important goals for policy-makers (8), it is often relegated to a much lower political priority.

To help stimulate joined-up government action, we argue for developing a subspecialty of epidemiology and health policy called "social protection for health". Broadly speaking, social protection refers to a combination of social assistance and insurance programmes designed to "... protect against the risks and needs associated with unemployment, parental and caring responsibilities, sickness and health care, disability, old age, housing and social exclusion" (9). This topic is timely – for example, the global financial crisis has led to deep recessions in many countries, including Greece, Portugal and Spain. As Europe undergoes profound social and economic change, it is important to develop governance systems that protect and promote health and well-being (10).

Much of the discussion about social protection is taking place outside of the health sector. We therefore review how major intergovernmental institutions in Europe define "social protection" and how this relates to health. The overarching goal of this paper is to outline a research agenda and highlight gaps in understanding in the relationship between social protection and health with a view towards enhancing implementation of Health 2020 across the WHO European Region.

DEFINING SOCIAL PROTECTION

Social protection is invoked differently in high- and low-income contexts and has different meanings within intergovernmental organizations (11). Social protection is generally defined relative to the labour market, using market-based terminology. When used in reference to or by high-income countries, social protection commonly refers to social assistance and insurance programmes as well as to wider labour market protections (12) and may or may not include reference to health programmes. In high-income

countries, the majority of the working-age population is employed in the formal sector, and unemployment rates are substantially lower than in many middle- and low-income countries (13). The content of social protection varies and is politically determined but in recent years has tended to favour active labour market policies, which provide job training and placement and invest in job creation (14). These social policies are described as "active" because they connect individuals to opportunities, whereas "passive" policies simply replace or increase income through unemployment insurance, income assistance, wage setting tools (such as minimum wages) and employment laws that make it harder for employers to dismiss workers or make their jobs redundant (15). Furthermore, social assistance and insurance policies centred on formal employment, such as occupational health policies, disability, sick leave and family leave, play a bigger part in providing social protection than they might in middle- or low-income countries (12).

By contrast, in low-income countries where most of the population is not engaged in formal employment, social protection has been synonymous with poverty alleviation, job creation and, presumably, economic growth (12). In low-income countries social protection typically includes reference to the importance of health. Social protection has become a prominent term in discourse on development, since it touches on nearly all of the Millennium Development Goals (MDGs) (16).

Across Europe, there are broad differences in the scale and scope of social protection programmes. Fig. 1 illustrates that spending on components of social protection is broadly lower in eastern than in western Europe in terms of crude expenditure per capita. This difference is also apparent when spending is assessed as a percentage of gross domestic product, suggesting potential for growth.

HOW INTERGOVERNMENTAL INSTITUTIONS IN EUROPE DEFINE SOCIAL PROTECTION

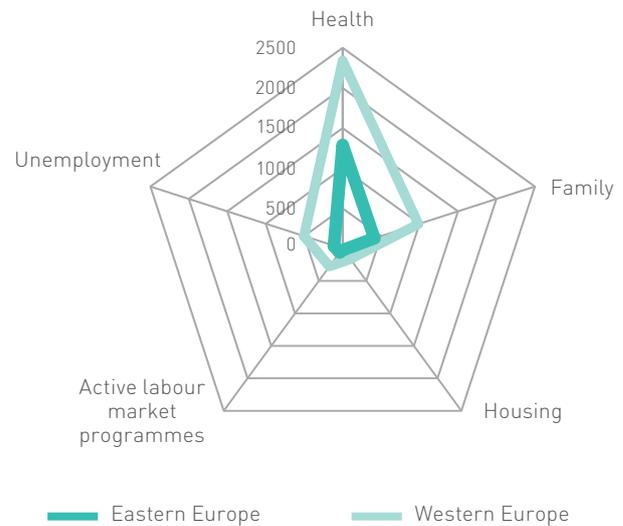
We conducted a semi-structured review to identify the current dominant narratives and understandings of social protection at major intergovernmental institutions in Europe. Organizations were limited to those that: (i) are active in social protection

throughout the WHO European Region and (ii) have health related remits. We therefore excluded, for example, the United Nations Development Programme and the United Nations Children's Fund (UNICEF) since, although active in social protection, these organizations do not, to our knowledge, have widespread activities in western Europe. The organizations included were WHO, the International Labour Organization (ILO), the World Bank, the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and the International Monetary Fund (IMF). The European Union (EU) was also included because of its policy importance, agenda-setting role and its interactions with the WHO European Region. We searched the websites of each institution for information on social protection and also the Google search engine with the phrase "[organization] AND [social protection]". Our observations are summarized below.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Several parts of WHO invoke the term social protection in their policies and programmes. In a recent Health 2020 policy brief about social protection and health, to which the authors of this paper contributed, the WHO Regional Office for Europe refers to social protection as, "... policies aimed to protect against the risks and needs associated with unemployment, parental and caring responsibilities, sickness and health care" (9). Social protection is integral to at least one of the four priority areas of the Health 2020 framework – creating resilient communities and supportive environments (7). The Commission on Social Determinants of Health defined social protection as covering, "... a broad range of services and benefits, including basic income security, entitlements to non-income transfers such as food and other basic needs, services such as health care and education and labour protection and benefits such as maternity leave, paid leave, and childcare" (2). Several regional programmes are oriented towards social protection. For example, the WHO Regional Office for Africa runs a "health financing for social protection" programme, which offers technical support to Member States to increase social and health sector financing (17). However, although many WHO programmes refer to the importance of social determinants of health, there is scant reference to implementing or monitoring social protection programmes that can address these determinants.

FIG. 1. SOCIAL PROTECTION SPENDING IN EASTERN AND WESTERN EUROPE



Note: Spending per capita in constant 2005 US dollars, in 2011. Eastern Europe includes Czech Republic, Estonia, Hungary, Poland, Slovakia, Slovenia and Turkey. Western Europe includes EU member OECD countries that are not in eastern Europe (14 countries) plus Iceland, Norway and Switzerland. Data are from: Social expenditure – aggregated data [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://stats.oecd.org/>, accessed 25 July 2015).

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION

The ILO is one of the most vocal proponents of social protection. At its launch in 2003, the ILO global campaign on social security and coverage for all drew attention to the large gaps in social protection between high- and low-income countries. The ILO directly includes health coverage by defining social protection as, "...access to health care and income security, particularly in cases of old age, unemployment, sickness, invalidity, work injury, maternity or loss of a main income earner" (18). The ILO has also been supportive of efforts to achieve universal health coverage as part of its social health protection strategy (19, 20). Furthermore, the ILO recognizes social protection as a complement to social security, or basic income. In 2009, in the wake of the global financial crisis, the ILO and WHO jointly led the United Nation's social protection floor initiative (SPF-I) that led to the 2012 adoption of a recommendation in support of establishing national social protection floors (21). Social protection floors are nationally defined sets of minimum social security guarantees that include basic income security across the life-course and access to essential health care, including maternity care.

WORLD BANK

The World Bank differs from the ILO in its approach to social protection but also views it as a high priority. The World Bank tends to emphasize risk management through social insurance, rather than social assistance, and also tends to promote market-based approaches for accessing goods essential to poverty reduction, including health. Thus, the World Bank defines social protection as, "... systems, policies, and programs that aim to promote resilience, enhance equity, and build opportunity for all" (22). At the country level, the World Bank recognizes social protection as critical to alleviating poverty, and social protection measures are key elements of their poverty reduction strategy papers (23).

The World Bank regards health both as an outcome of social protection and as an integral feature of social protection depending on the structure of the health care system. In settings where health care is highly commodified (e.g. via out-of-pocket payments or paid for through private health insurance), health is treated as an outcome of social protection, which protects people from catastrophic and impoverishing financial costs of care. However, in settings where health care is acquired as part of meeting the conditions for receiving a cash transfer, the World Bank views health as a complement to their social protection strategies aimed at poverty reduction. A review noted that about half the programmes in the World Bank's safety net portfolio, "... promoted more and better household investments in education and health", on the grounds that investing in human capital is key for exiting cycles of poverty (22). The World Bank's safety net programmes have been criticized for managing the symptoms, rather than the structural determinants, of social insecurity and poverty (24).

In 2012 the World Bank and ILO co-chaired the first Social Protection Inter-agency Co-ordination Board – now the main high-level forum for discussions on social protection – in response to a request by the Group of Twenty (G20) (25). Unlike its SPF-I predecessor, this board focused on both social assistance and insurance programmes, rather than solely on achieving social protection floors (26). In sum, the World Bank's focus on risk management and resilience aligns with its preferred focus on social insurance, although it does recognize that a basic set of inputs, including health, are required for poverty reduction.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

The OECD defines social protection in multiple ways, depending on the context. One is with a focus on poverty alleviation and resilience, or on "...policies and actions which enhance the capacity of poor and vulnerable groups to escape from poverty, and better manage risks and shocks" (13). Similar to the World Bank, there is a focus on social risk management and alleviating poverty, rather than protecting and insuring basic income alone. When referring to wider developmental objectives, such as the MDGs, the OECD includes better nutrition, health and education outcomes within the remit of social protection (13). In this sense, the OECD's conceptual understanding of social protection does the most to bring the relationship between social protection and health into focus. Finally in its broadest terms, the OECD Development Assistance Committee defines social protection policies as public actions, "... that enhance the capacity of poor people to participate in, contribute to and benefit from economic, social and political life of their communities and societies" (13). The OECD describes these participatory economic policies as promoting "pro-poor growth", which many view as a compromise between pro-market policies and commitments to universal social security (27–29).

INTERNATIONAL MONETARY FUND

To our knowledge, the IMF lacks a direct policy on social protection. However this is not to say that its programmes do not have implications for social protection systems. Indirectly, the IMF affects social protection through the conditions it places on its loans. These conditions often include wage bill ceilings, cuts in government spending and the prioritization of debt repayments. As a result, IMF lending policies have been criticized for obstructing the development of social protection programmes – including those concurrently promoted by the OECD and the World Bank – in countries that are experiencing shocks and risks (30).

While we were unable to find any official policy reports on the theme of social protection from the IMF, we identified a factsheet from their website on protecting the most vulnerable under IMF-supported programmes (31), and several IMF economists have referred to social protection in public policy presentations. For example, the IMF Uganda country-

team economist recently defined social protection as, “... public and private interventions to address risks and vulnerabilities that expose individuals to income insecurity and social deprivation” (32). Preceding this, the IMF along with the World Bank, ILO and UNICEF joined forces to support a pilot programme of the SPF-I in Mozambique, where the IMF’s primary role was to analyse the fiscal space available to implement the programme (33). During the project, the IMF resident representative recognized social protection systems as important because they: (i) act as automatic stabilizers, thereby providing a cushion against external shocks; (ii) promote labour productivity, leading to inclusive growth; and (iii) consolidate social stability and peace, which are essential to attracting private investment and achieving sustainable growth (33). As these definitions suggest, the IMF focuses primarily on the fiscal space and sustainability of social protection policies and programmes, and health would likely be treated similarly to sectors such as education or agriculture in this regard.

EUROPEAN UNION

The European Commission closely links social protection with the labour market, seeing it as providing, “... protection against the risks and needs associated with unemployment, parental responsibilities, sickness and health care, invalidity, loss of a spouse or parent, old age, housing, and social exclusion” (34). This view is concordant with that currently featured in the WHO European Region policy briefs.

Europe 2020 is the EU’s ten-year growth strategy; of the seven flagship initiatives, two relate directly to social protection: the platform against poverty and social exclusion and the agenda for new skills and jobs. The platform against poverty and social exclusion identifies five areas for action and targets for Europe 2020: delivering actions across the whole policy spectrum; better use of EU funds to support social inclusion; promoting robust evidence of what does and does not work in social policy innovations; working in partnership with civil society to better implement reforms; and enhancing policy coordination among EU Member States through the open method of coordination for social protection and social inclusion (35). EU Member States are translating these Europe 2020 targets into national targets and policies, and the European Commission publishes regular reports to track country progress. The agenda for new skills and jobs is focused on achieving

its employment target of 75% of the working-age population in paid work, in addition to reducing the number of people in or at risk of being in poverty to fewer than 20 million across the region (36). In addition, through the social investment package, EU Member States are encouraged to modernize their social policies and welfare systems to help cope with the challenges of demographic change and economic crises (37).

The EU’s open method of coordination (OMC) around social protection and social inclusion policies was developed in 2000 since these policy areas are not codified in EU law. The OMC allowed countries to tailor the definition, implementation and evaluation of social policies to their particular needs in an effort to encourage mutual cooperation between the EU and its Member States. While this may have been the most practical approach given the diversity among EU Member States, it also led to a multitude of strategies that were difficult to track and compare. As a result, the EU introduced the single social OMC for social protection and social inclusion in 2005 focusing on: the eradication of poverty and social exclusion; guaranteeing adequate and sustainable pension systems; and providing accessible, high-quality and sustainable health care and long-term care (38). The EU renewed its commitment to this style of engagement in 2008 which, like the ILO, recognizes health care, and also poverty alleviation as critical to social protection (38).

To conclude, these intergovernmental institutions clearly recognize the central importance of social protection. However, what they mean by social protection often differs. Some, such as the ILO, see health care as integral to social protection, while the World Bank often sees health as an outcome of social protection. Others, such as the IMF, give the topic much less attention altogether. However, none of these actors has clearly identified areas of strategic overlap and synergy, whereby health and social protection can be mutually reinforcing and jointly pursued. For example, while the EU has Europe 2020 goals for social protection and exclusion, which health activities may contribute to and benefit from, these are not directly operationalized in the EU’s social protection and inclusion goals.

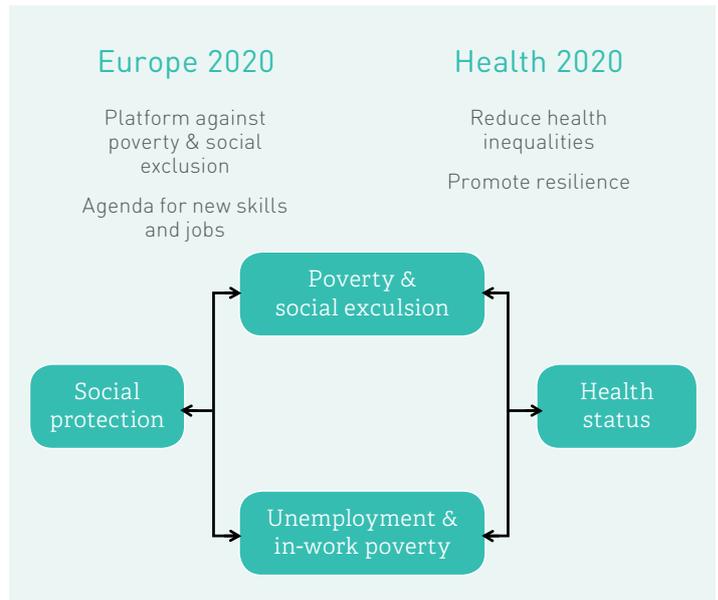
Below we outline evidence that supports a bidirectional relationship between social protection and health programmes, which is then used to identify potential entry points for further research and cross-sectoral collaboration.

FROM SOCIAL DETERMINANTS TO SOCIAL PROTECTION

There is now an extensive body of literature that highlights the important roles of individual social determinants of health. The most prominent of these include education, employment, income, housing and transportation. Additionally studies show the important role of social capital, in various forms such as bridging and bonding capital (39), as well as the significance of neighbourhoods and built environments (40). A critical gap in this evidence, however, is an understanding of how the health sector should engage with other sectors that affect the social determinants of health (41). More studies that document the importance of individual social determinants of health, however epidemiologically important, will likely do little to advance European public health if they cannot inform the design of the social policies that shape them (41, 42). One example is the current debate on how to cope with ageing populations in Europe. Linked to this debate is a discussion on the appropriate structure of pensions to ensure support for individuals in old age (43). Many nations are switching from defined benefit to defined contribution schemes, drawing on a variety of investment structures (44, 45). But which of these pension systems would be most beneficial to healthy ageing? Currently, the literature is relatively silent on this point; as a result, health policy-makers have little evidence and advice to offer the OECD, ILO, EU and others on pension policies – a major social determinant of health for older persons. This is a missed opportunity, for there is clear evidence of a bidirectional relationship between social protection and health. For example, there is scope to link Health 2020 directly to Europe 2020 targets, acting jointly via social protection schemes. Fig. 2 summarizes a conceptual framework of this bidirectional relationship as it applies to employment and poverty reduction.

As shown in the figure, and using employment as an example, there is a well-known “healthy worker effect”, whereby those in employment are healthier than those who are unemployed (46, 47). People who are healthier tend to work more hours and be more productive in those hours (48). Thus, good employment and good health go hand-in-hand, creating a virtuous cycle. Box 1 highlights examples of how social protection can improve health and vice versa.

FIG. 2. RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL PROTECTION AND HEALTH PROGRAMMES



BOX 1. EXAMPLES OF THE BIDIRECTIONAL LINK BETWEEN SOCIAL PROTECTION AND HEALTH

How social protection improves health

As indicated in Health 2020, there is an untapped opportunity to use social protection programmes more effectively to prevent sickness and disability, improve health and reduce health inequalities. A classic example is paid sick leave. The economic costs of working while sick exceed the costs of paid sick leave (61). Furthermore, paid sick leave reduces the number of people showing signs of ill-health, increases recovery rates, reduces health care costs, increases worker productivity and reduces worker presenteeism and absenteeism (61). Such programmes – if carefully designed – have the potential to reduce health inequalities according to age, gender, education, ethnicity and sexual orientation. However, while social protection programmes are explicitly intended to help the most vulnerable, they are also forms of stratification in and of themselves (62). Paid sick leave applies only to workers engaged in the formal labour market, potentially excluding those engaged in unpaid work from such protection.

How health improves social protection

There is also an untapped opportunity to leverage Health 2020 to achieve the goals of social protection. Ill-health reduces employment prospects and working hours, increases the likelihood of premature retirement and also increases the risk of poverty in old age (9). For example, mental illness is the leading cause of disability and the largest contributor to missed work-days in the WHO European Region. When left untreated, it increases the risks of unemployment, exit from the workforce and premature retirement (63). However, cost-effective, preventive interventions improve mental health, increase job search motivation and promote faster re-employment into higher-quality jobs for the unemployed (64). In this way, health is an important catalyst that helps individuals re-connect to the labour market, thereby stopping cycles of poverty and unemployment before they start.

While this framework is not intended to be comprehensive, it highlights some initial areas of overlap with the EU's programmes on social protection, focusing on two themes for which there are Europe 2020 targets: poverty and social exclusion and unemployment and in-work poverty. A powerful research agenda would link the policy initiatives in this area to health outcomes, and conversely document the contribution that investing in health makes to social protection.

HOW THE HEALTH SECTOR CAN LEAD BY EXAMPLE

While health ministers may not be engaging enough with the social determinants of health through intersectoral policy-making, their own sector can provide a strong platform from which to address these determinants. By taking action from within, the health sector can use its influence to impact positively the living and working conditions of its employees and the neighbourhoods in which clinics and hospitals operate, as well as the transport systems that connect them. We argue that the health sector can lead by example by promoting social protection and occupational health policies for health care workers and their families (9).

The health sector can lead by example in both the clinical environment and the wider community. Health care facilities employ over 59 million people globally, making the health sector an influential employer (49). Health care sector policies can help spur the development of employment protection legislation, as called for by the OECD and EU. Such legislation and protections could make a large impact in a national health system, such as the National Health Service – the largest employer in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland and one of the largest employers in the world (50). Also, managers and leaders of health care organizations could bring a scientific approach to promoting worker's health, for example, by testing innovative occupational health programmes, such as those designed to increase physical activity and safety in the workplace (51).

In the community, health employers also influence pensions and have an incentive to understand which pension systems best promote health. The large pension holdings across the health care sector could be leveraged to stimulate investments in health- and

employment-generating areas and withdraw from industries that pose a threat to public health, such as tobacco companies, which still receive investment from several large health system pension funds in Europe (52). Additionally, hospitals are often located in deprived urban areas (53). By large-scale purchasing of nutritious food, hospitals may be able to drive local market changes, reduce prices and increase availability in these areas.

These examples illustrate the way in which policies acting on the social determinants of health can be promoted from within the health sector. It would be premature to determine the appropriate way in which such action could be taken, for who leads in the health sector and what policies they promote will likely differ across Member States. These differences arise from important structural factors, including the public-private split in health care delivery, which shapes the relative influence of health ministers (54). For example, the NHS in the nations comprising the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland has greater leverage when negotiating labour contracts than a minister of health might in a federalized system with a larger number of private sector providers, such as Germany's. WHO's Health Promoting Hospitals project, which was designed largely to promote the health of hospital staff and the links between the hospital and its community (55), is an important starting-point for understanding how best to promote health from within the sector. Although the design and implementation of social protection strategies within the health sector may differ, these policies should be monitored and evaluated so that where success occurs, it can be transferred to other sectors and country contexts where appropriate (56).

SOCIAL PROTECTION FOR HEALTH: TOWARDS A RESEARCH AND POLICY AGENDA

Our paper has documented several critical areas of synergy in social protection for health between the WHO European Region and partner institutions in Europe. As outlined by the WHO European Region, intersectoral action on the social determinants of health through the promotion of social protection for health can be strengthened by: developing joined-up

responses to support target populations; developing joint regulatory frameworks that are flexible, enabling specificities and social innovation and change at the local level; adopting common systems for monitoring policy implementation and outcomes across sectors, including indicators; and making better use of existing resources to ensure that populations have adequate care and support (9).

Understanding these intersectoral opportunities requires a better appreciation of the bidirectional relationship between these two policy areas. For epidemiology, this will mean moving beyond studies of individual social determinants of health to policies that can address these determinants (57). We propose three steps to take this agenda forward.

CREATING WHO COLLABORATING CENTRES

Stimulating a social protection for health research and policy agenda will require working not only with experts such as nurses, doctors, health workers and epidemiologists but also with sociologists, anthropologists, economists and political scientists. The creation of WHO Collaborating Centres focused on strengthening the evidence base for social protection for health would raise awareness of the importance of the social determinants of health and create entry points for social scientists. A new generation of political epidemiologists could be trained in social science departments and more closely linked to policy-makers through such centres.

LAUNCHING POLICY INNOVATION LABS

High-quality evidence is critical to advocacy but large-scale randomized trials of social determinants of health are difficult to implement. While there are examples from cash transfer programmes and insurance schemes, such as Seguro Popular in Mexico (58), these are relatively few and expensive to implement. Some exist within Europe, including randomized impact evaluations of active labour market policies (59, 60), but health impact evaluation is not usually part of the research design. Through policy innovation labs that link researchers and policy-makers in Europe, there is potential to implement low-cost, natural experiments by modifying the scope, location or eligibility criteria of current policy interventions. Use of entrepreneurial language, such as innovation and solutions platforms, may also help politicians overcome their fears that

results will not accord with political ideology – a major impediment to introducing randomized trials. Innovation labs would enable policy ideas to be tested in real time, using existing political support in Europe. Such labs would encourage the development of new ideas and enhance the predictive capabilities available to policy-makers.

ESTABLISHING A COMMISSION ON SOCIAL PROTECTION FOR HEALTH

A next logical step in the work of the Commission on Social Determinants of Health would be a Commission on Social Protection for Health. This initiative would address two criticisms of the Commission – that it did not identify specific policies that act on social determinants of health and that it did not engage with those who determine the social determinants of health. One starting-point would be to identify a minimum package of resources to achieve and sustain good health and social protection.

Taken together, these actions would be the start on a long road towards social protection for health in Europe.

Acknowledgements: None.

Sources of funding: No specific funding was received for the preparation of this paper. DS is funded by a Wellcome Trust Investigator Award.

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. European Health for All database (HFA-DB) [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, accessed 29 June 2015).
2. Commission on Social Determinants of Health, final report. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, accessed 3 August 2015).
3. Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
4. Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey TK, editors. Health systems governance in Europe: the

- role of European Union law and policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
5. Kickbusch I, Behrendt T. Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf, accessed 6 August 2015).
 6. Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, accessed August 3 2015).
 7. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf, accessed 4 August 2015).
 8. Bonoli G. Public attitudes to social protection and political economy traditions in western Europe. *Eur Soc.* 2000;2(4):431–52. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713767005>.
 9. Health 2020: social protection for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (in press).
 10. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):364–65. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv040>.
 11. Conway T, Norton A. Nets, ropes, ladders and trampolines: the place of social protection within current debates on poverty reduction. *Dev Policy Rev.* 2002;20(5):533–40. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1467-7679.00188>.
 12. Barrientos A. Social protection and poverty. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2010 ([http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/973B0F57C A78D834C12576DB003BE255?OpenDocument](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/973B0F57C A78D834C12576DB003BE255?OpenDocument), accessed 6 August 2015).
 13. Promoting pro-poor growth: social protection. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2009 (<http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/promotingpro-poorgrowthsocialprotection.htm>, accessed 6 August 2015).
 14. Rueda D. Social democracy and active labour-market policies: insiders, outsiders and the politics of employment promotion. *Br J Polit Sci.* 2006;36(03):385–406. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0007123406000214>.
 15. Martin JP, Grubb D. What works and for whom: a review of OECD countries' experiences with active labour market policies. *Swedish Econ Pol Rev.* 2001;8(2):9–56. doi:<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.348621>.
 16. Social protection: a development priority in the post-2015 UN development agenda. New York: United Nations; 2012 (http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/16_social_protection.pdf, accessed 4 August 2015).
 17. Health financing and social protection [website]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2015 (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/health-financing-a-social-protection.html>, accessed 6 August 2015).
 18. Social protection [website]. Geneva: International Labour Organization; 2008 (<http://www.ilo.org/global/topics/social-security/lang--en/index.htm>., accessed 6 August 2015).
 19. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: International Labour Organization; 2008 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_5956.pdf, accessed 6 August 2015).
 20. World social protection report 2014–15: building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization; 2014 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf, accessed 6 August 2015).
 21. Social protection floors recommendation, 2012 (No. 202). Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524, accessed 6 August 2015).
 22. Andrews C, Kryeziu A, Seo D. World Bank support for social safety nets 2007–2013: a review of financing, knowledge services and results. Washington [DC]: World Bank; 2014 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/06/20151900/world-bank-support-social-safety-nets-2007-2013-review-financing-knowledge-services-results>, accessed 6 August 2015).
 23. Craig D, Porter D. Poverty reduction strategy papers: a new convergence. *World Dev.* 2003;31(1):53–69. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X\(02\)00147-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X(02)00147-X).
 24. Guenther B, Karishma H, Macauslan I. Broadening social risk management: risks, rights and the chronic poor. *IDS Bull.* 2007;38(3):17–19. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00366.x>.
 25. Cichon M. The making or breaking of a UN social protection strategy: the post 2015 development agenda. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2014 (<http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/0B72752AA09DF391C1257D080039DC56?OpenDocument>, accessed 6 August 2015).

26. Presentation of the first meeting of the Social Protection Inter-agency Cooperation Board (SPIAC-B). Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_226914/lang--en/index.htm, accessed 6 August 2015).
27. Kabeer N. A 'vision' thing? Debate and difference within the OECD DAC poverty network approaches to social protection. *IDS Bull.* 2007;38(3):51–53. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00375.x>.
28. Voipio T. Social protection for poverty reduction: the OECD/DAC POVNET view. *IDS Bull.* 2007;38(3):45–50. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00374.x>.
29. Voipio T. Social protection for poverty reduction: a reply to Kabeer. *IDS Bull.* 2007;38(3):54–55. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00376.x>.
30. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ.* 2010;340:c3311. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c3311>.
31. Protecting the most vulnerable under IMF-supported programs [website]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2015 (<https://www.imf.org/external/np/exr/facts/protect.htm>, accessed 6 August 2015).
32. Mira C. The case for establishing a comprehensive social protection system in Uganda. Kampala: International Monetary Fund; 2014 (<http://www.imf.org/external/country/UGA/rr/2014/103014.pdf>, accessed 3 August 2015).
33. Lledo V. IMF and the social protection system in Mozambique. Naamacha: International Monetary Fund; 2011 (<http://www.imf.org/external/country/MOZ/rr/2011/051111.pdf>, accessed 3 August 2015).
34. Social protection [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1063&langId=en2015>, accessed 3 August 2015).
35. European platform against poverty and social exclusion [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961>, accessed 3 August 2015).
36. Agenda for new skills and jobs [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=958>, accessed 3 August 2015).
37. Social investment [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044>, accessed 3 August 2015).
38. A renewed commitment to social Europe: reinforcing the open method of coordination for social protection and social inclusion [website]. Brussels: European Commission; 2008 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1438039638030&uri=URISERV:em0011>, accessed 3 August 2015).
39. Putnam R. *Bowling alone: the collapse and revival of American community.* New York: Simon & Schuster; 2000.
40. Stuckler D, Siegel K. *Sick societies: responding to the global challenge of chronic disease.* Oxford: Oxford University Press; 2011.
41. van Herten LM, Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ. Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55(5):342–47. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.5.342>.
42. McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy Plan.* 2000;15(3):263–69. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapol/15.3.263>.
43. Ageing, health and pensions in Europe: an economic perspective. Strasbourg: European Science Foundation; 2010 (http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/AgeingHealthPensions.pdf; accessed 3 August 2015).
44. Bonoli G. Two worlds of pension reform in western Europe. *Comp Polit.* 2003;35(4):399–416. doi:<http://dx.doi.org/10.2307/4150187>.
45. Reversals of systemic pension reforms in central and eastern Europe: implications for pension benefits. In: *OECD pensions outlook 2012.* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (http://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-outlook_23137649, accessed 3 August 2015).
46. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med.* 2009;13(2):77–79. doi:<http://dx.doi.org/10.4103/0019-5278.55123>.
47. Li CY, Sung FC. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occup Med.* 1999;49(4):225–29. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/occmed/49.4.225>.
48. Arora S. Health, human productivity, and long-term economic growth. *J Econ Hist.* 2001;61(3):699–749 (http://www.jstor.org/stable/2698133?origin=JSTOR-pdf&seq=1#page_scan_tab_contents, accessed 6 August 2015).
49. Health workers: health worker occupational health [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en, accessed 4 August 2015).
50. About the National Health Service (NHS) [website]. London: Department of Health; 2015 (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>, accessed 4 August 2015).
51. Robson LS, Clarke JA, Cullen K, Bielecky A, Severin C, Bigelow PL et al. The effectiveness of occupational health and safety management system interventions: a systematic review. *Saf Sci.* 2007;45(3):329–53. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2006.07.003>.

52. Sievanen R, Rita H, Scholtens B. The drivers of responsible investment: the case of European pension funds. *J Bus Ethics*. 2013;117(1):137–51. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10551-012-1514-0>.
53. Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee, M. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf, accessed 6 August 2015).
54. Blank RH, Burau V. Comparative health policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
55. Health promoting hospitals [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthy_settings/types/hospitals/en/, accessed 6 August 2015).
56. Whitehead D. The European health promoting hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot Int*. 2004;19(2):259–67. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dah213>.
57. Mackenbach JP. Political determinants of health. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):2. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt183>.
58. Bonilla-Chacin ME, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. Washington (DC): World Bank; 2013 <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/172863333/mexican-social-protection-system-health>, accessed August 4 2015).
59. J-PAL policy briefcase. Job placement and displacement. Cambridge (MA): Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab; 2013 (<http://www.povertyactionlab.org/publication/job-placement-and-displacement>, accessed 6 August 2015).
60. Crepon B, Duflo E, Gurgand M, Rathelot R, Zamora P. Do labor market policies have displacement effects? Evidence from a clustered randomized experiment. *Q J Econ*. 2013;128(2):531–80. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/qje/qjt001>.
61. Scheil-Adlung X, Sandner L. Paid sick leave: incidence, patterns and expenditure in times of crises. Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_207675/lang--en/index.htm, accessed August 4 2015).
62. Esping-Andersen G. Three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
63. Mental health and wellbeing in Europe: a person-centred community approach. Brighton: European Social Network; 2011.
64. Caplan RD, Vinokur A, Price RH, van Ryn M. Job seeking, reemployment and mental health: a randomized field experiment in coping with job loss. *J Appl Psychol*. 1989;74(5):759–69. doi:<http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.74.5.759>.

Обзор

НА ПУТИ К СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ В ИНТЕРЕСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: ПОВЕСТКА ДНЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПОЛИТИКИ В ВОСТОЧНОЙ И ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЕ

Amanda Shriwise¹, David Stuckler²

¹ Отделение социальной политики и вмешательств, Оксфордский университет, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

² Отделение социологии, Оксфордский университет, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии

Автор, отвечающий за переписку: Amanda Shriwise (адрес электронной почты: amanda.shriwise@spi.ox.ac.uk)

АННОТАЦИЯ

Социальная защита в интересах здоровья предполагает не только понимание социальных детерминант здоровья для выработки политики и программ, направленных на решение этой проблемы. Хотя социальная защита имеет большое значение для здоровья, большинство дискуссий на эту тему происходит вне сектора здравоохранения. Таким образом, с целью определения сфер для стратегического партнерства, мы провели полуструктурированный обзор, чтобы понять, каким образом Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Международная организация труда (МОТ), Все-

мирный банк, Международный валютный фонд (МВФ), Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Европейский союз (ЕС) определяют социальную защиту и как это соотносится со здоровьем населения в Европейском регионе ВОЗ. Мы обнаружили несколько областей возможного взаимодействия: (i) между ЕС, МОТ и ОЭСР по вопросам социальной помощи и (ii) между Всемирным банком и МВФ в сфере обеспечения жизнестойкости и управления социальными рисками. Используя результаты данного анализа, мы разработали концептуальные рамки двунаправленных

связей между здравоохранением и социальной защитой. Мы призываем сектор здравоохранения показать пример и проводить работу в отношении многих социальных детерминант, на которые он может воздействовать, особенно в сфере занятости, условий работы и обеспечения заработка. Мы пришли к выводу о том, что разработку исследований и политической повестки дня можно усилить за счет создания сотрудничающих центров ВОЗ, открытия лабораторий политических инноваций и создания Комиссии по вопросам социальной защиты в интересах здоровья.

Ключевые слова: СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА, ЕВРОПА

ВВЕДЕНИЕ

На европейских конференциях по вопросам общественного здравоохранения чаще всего повторяют два заклинания «здоровье – это больше, чем просто здравоохранение» и «каждый министр – это министр здравоохранения». В основе этих фраз лежат глубокие наблюдения за работой по укреплению здоровья в Европе. Первое наблюдение заключает-

ся в том, что, несмотря на наличие одной из самых сильных систем здравоохранения в мире, в Европе до сих пор наблюдается устойчивое и масштабное неравенство в отношении здоровья как между странами, так и внутри стран. Среди детей, родившихся в 2010 году, продолжительность жизни у мужчин варьируется от 63 лет в Российской Федерации до 80 лет в Швейцарии; у женщин – от 74 лет в Республике Молдова до 85 лет в Испании (1). В 2008 году Комиссия по социальным детерминантам здоровья при-

звала ликвидировать этот разрыв в течение жизни одного поколения (2).

Второе наблюдение – и это было продемонстрировано работой Комиссии: властные полномочия для преодоления неравенства в отношении здоровья в большой степени находятся за пределами сектора здравоохранения. Необходимо сосредоточить работу на коренных причинах неравенства в отношении здоровья, то есть на условиях, в которых люди стареют, живут, работают и отдыхают (2, 3). На практике это означает вовлечение сектора здравоохранения в работу с партнерами, которые иногда слабо разбираются в вопросах здравоохранения и могут рассматривать их как конкурирующие или не имеющие большого политического значения приоритеты (4). И все же, сотрудничая с министерствами жилищного строительства, образования, сельского хозяйства, социальных дел и даже обороны, сектор здравоохранения может принести гораздо больше пользы, чем работая в одиночку (5).

Такое видение совместных действий между секторами является одной из ведущих тем Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в рамках основ европейской политики и стратегии Здоровье-2020 (6). Основными целями политики Здоровье-2020 являются сокращение предотвратимого неравенства в отношении здоровья и усиление руководства здравоохранением (7). В прошлом такие межсекторальные действия было сложно организовать. Даже при наличии четких доказательств того, что население Европы рассматривает улучшение здоровья как одну из самых важных целей для лиц, вырабатывающих политику (8), зачастую считается, что эти вопросы имеют гораздо более низкий политический приоритет.

Для того чтобы стимулировать совместные правительственные действия, мы предлагаем создать узкую специализацию в сфере эпидемиологии и политики здравоохранения под названием «социальная защита в интересах здоровья». В широком смысле социальная защита предполагает объединение социальной помощи и программ страхования, предназначенных для «...защиты от рисков и удовлетворения потребностей, связанных с безработицей, родительскими обязанностями и обязанностями по уходу, болезнями и медицинской помощью, инвалидностью, пожилым возрастом, обеспечением

жильем и социальной изоляцией» (9). Эта тема своевременна – например, глобальный финансовый кризис привел к глубокой рецессии во многих странах, включая Грецию, Португалию и Испанию. Поскольку Европа переживает глубочайшие социальные и экономические перемены, важно разработать системы управления, направленные на защиту и укрепление здоровья и благополучия людей (10).

Немало дискуссий о социальной защите происходит вне сектора здравоохранения. Именно поэтому мы рассматриваем, каким образом межправительственные институты в Европе определяют «социальную защиту» и как это относится к охране здоровья. Основная цель данного документа – очертить повестку дня для исследований и выделить пробелы в понимании взаимосвязей между социальной защитой и здоровьем с целью усиления реализации политики Здоровье-2020 во всех странах Европейского региона ВОЗ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Социальная защита по-разному реализуется в странах с высоким и низким уровнем доходов и по-разному понимается межправительственными организациями (11). В основном социальная защита определяется в привязке к рынку труда с использованием рыночной терминологии. Если речь идет о странах с высоким уровнем доходов или об их определениях этого термина, то «социальная защита», как правило, означает наличие социальной помощи и программ страхования, а также более широкие средства защиты рынка труда (12) и включает (или не включает) упоминание программ здравоохранения. В странах с высоким уровнем доходов большинство работоспособного населения занято в официальном секторе, и уровень безработицы значительно ниже, чем в странах с низким и средним уровнем доходов (13). Наполнение социальной защиты также различается и определяется политикой, но в последние годы наметилась тенденция отдавать предпочтение активной политике на рынке труда, которая предусматривает профессиональное обучение и трудоустройство, а также инвестиции в создание рабочих мест (14). Такая социальная политика называется «активной», поскольку предоставляет населению доступ к возможностям, в то время как «пассивная»

политика просто способствует замене или росту доходов за счет страхования на случай безработицы, оказания помощи в получении заработка, использования инструментов регулирования заработной платы (например, установления минимальной заработной платы) и применения законов о занятости, которые усложняют работодателям возможность уволить работников или сократить их рабочие места (15). Более того, политики социальной защиты и страхования, ориентированные на официальную занятость, например политика охраны здоровья на рабочем месте, политика по инвалидности, оплата отпуска по болезни или семейного отпуска, играют более серьезную роль в оказании социальной защиты, чем в странах с низким и средним уровнем доходов (12).

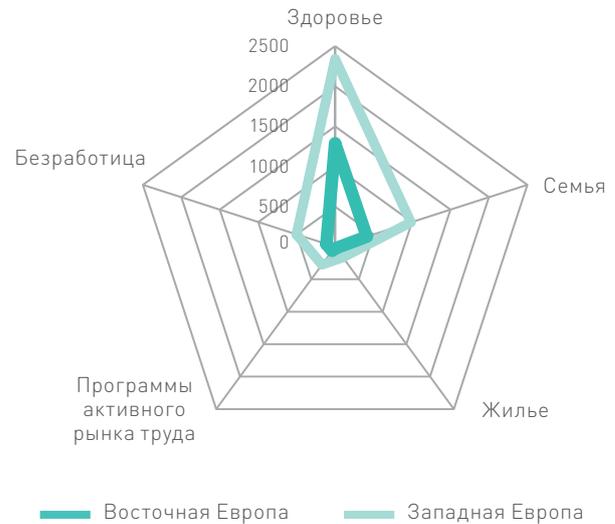
И наоборот, в странах с низким и средним уровнем доходов, где большинство населения не имеет официальной занятости, социальная защита стала синонимом снижения масштабов нищеты, создания рабочих мест и, вероятно, экономического роста (12). В странах с низким уровнем доходов социальная защита обычно включает ссылки на важность сохранения здоровья. Термин «социальная защита» часто упоминают в дискурсе развития, поскольку он соотносится практически со всеми направлениями Целей развития тысячелетия (ЦРТ) (16).

В Европе отмечают существенные различия в масштабах и охвате программ социальной защиты. На рисунке 1 проиллюстрировано, что расходы на компоненты социальной защиты значительно ниже в странах Восточной Европы по сравнению со странами Западной Европы в показателях общих расходов на душу населения. Эти различия также очевидны, если оценивать расходы в процентах от валового внутреннего продукта, что указывает на наличие потенциала для их увеличения.

КАК МЕЖПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ИНСТИТУТЫ ЕВРОПЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПОНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Мы провели полуструктурированный обзор, чтобы определить основные представления о социальной защите и ее понимание в крупнейших межправительственных организациях Европы. Деятельность

РИСУНОК 1. РАСХОДЫ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИТУ В СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ И ЗАПАДНОЙ ЕВРОПЫ



Примечание: Расходы на душу населения по постоянному курсу 2005 г. в долларах США в 2011 году. К странам Восточной Европы относятся Венгрия, Польша, Словакия, Словения, Турция Чехия и Эстония. К странам Западной Европы относятся члены ЕС, страны ОЭСР, которые находятся не в Восточной Европе (14 стран), а также Исландия, Норвегия и Швейцария. Источник данных: Socialexpenditure – aggregateddata[onlinedatabase]. Париж: Организация экономического сотрудничества и развития (<http://stats.oecd.org/>, по состоянию на 25 июля 2015 г.).

этих организаций была направлена, в основном на: (i) активную социальную защиту в Европейском регионе ВОЗ; (ii) мероприятия, связанные со сферой здравоохранения. Таким образом, мы исключили из обзора, например, Программу развития Организации Объединенных Наций и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), поскольку, хотя эти организации активно занимаются вопросами социальной защиты, они, насколько нам известно, не проводят каких-либо широкомасштабных мероприятий в странах Западной Европы. В обзор были включены следующие организации: ВОЗ, Международная организация труда (МОТ), Всемирный банк, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Международный валютный фонд. В обзор был также включен Европейский союз (ЕС) из-за его политического значения, роли в определении повестки дня и его взаимодействия с Европейским регионом ВОЗ. Мы изучили веб-сайты каждой организации в поисках информации о социальной защите, а также использовали поисковую систему Google, вводя фразу «[организация] И [социальная защита]». Результаты наших наблюдений в обобщенной форме представлены ниже.

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Несколько подразделений ВОЗ применяют термин «социальная защита» в своих политиках и программах. В недавно опубликованной аналитической записке о политике Здоровье-2020 по вопросам социальной защиты и здравоохранения, в подготовке которой принимали участие авторы данной статьи, Европейское региональное бюро ВОЗ определяет понятие социальной защиты как «...политику, направленную на защиту от рисков и удовлетворение потребностей, связанных с безработицей, родительскими обязанностями и обязанностями по уходу, болезнями и медицинской помощью» (9). Социальная защита является неотъемлемым компонентом как минимум одной из четырех приоритетных областей политики Здоровье-2020 – повышение прочности местных сообществ и создание поддерживающей среды (7). Комиссия по социальным детерминантам здоровья определяет, что социальная защита «...может охватывать широкий диапазон услуг и выгод, включая защиту основного дохода, права на нефинансовую социальную помощь, например, продукты питания и предметы других базовых потребностей, такие услуги, как здравоохранение и образование, а также охрану труда и такие блага, как отпуск по беременности, оплачиваемый отпуск и услуги по уходу за детьми» (2). Некоторые региональные программы направлены на обеспечение социальной защиты. Например, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки осуществляет программу «финансирование здравоохранения для социальной защиты», в рамках которой государствам-членам предлагается техническая поддержка для увеличения финансирования в секторах социальной защиты и здравоохранения (17). Однако, хотя во многих программах ВОЗ говорится о важности социальных детерминант здоровья, имеется крайне мало данных о реализации или мониторинге программ социальной защиты, которые могли бы решить проблемы, связанные с этими детерминантами.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ТРУДА

МОТ является одним из наиболее активных сторонников социальной защиты. С момента развертывания в 2003 году Глобальная кампания МОТ по социальному обеспечению и его распространению на всех привлекла внимание к серьезным разрывам в социальной защите между странами с высоким

и низким уровнем доходов. МОТ напрямую предусматривает охват медицинскими услугами, определяя социальную защиту как «...доступ к медицинскому обслуживанию, гарантии доходов, особенно для пожилых людей, а также в случае безработицы, болезни, инвалидности, производственной травмы, материнства или потери основного кормильца» (18). МОТ также поддерживает мероприятия по обеспечению всеобщего охвата медицинскими услугами в рамках своей социальной стратегии охраны здоровья (19, 20). Более того, МОТ признает социальную защиту как один из дополнительных компонентов социального обеспечения или основного дохода. В 2009 году в разгар глобального финансового кризиса МОТ и ВОЗ совместно возглавили инициативу «Минимальные нормы социальной защиты» (СПФ-I), которая привела в 2012 году к принятию рекомендаций в поддержку формирования национальных минимальных норм социальной защиты (21). Минимальные нормы социальной защиты представляют собой определенные на национальном уровне минимальные гарантии социального обеспечения, которые включают гарантии основного дохода в течение всей жизни и доступ к жизненно необходимым видам медицинских услуг, включая охрану материнства.

ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Подход Всемирного банка к социальной защите отличается от подхода МОТ, но этот вопрос также рассматривается как высокоприоритетный. Всемирный банк подчеркивает важность управления рисками скорее за счет социального страхования, чем оказания социальной помощи, а также содействует рыночным подходам к получению доступа к товарам, необходимым для снижения уровня бедности, в том числе, к медицинским услугам. Таким образом, Всемирный банк определяет социальную защиту как «...системы, политики и программы, направленные на усиление жизнестойкости, справедливости и создание возможностей для всех» (22). На страновом уровне Всемирный банк признает важность социальной защиты для снижения масштабов бедности и включает меры социальной защиты в качестве ключевых компонентов в свои стратегические документы о сокращении масштабов бедности (23).

Всемирный банк рассматривает здоровье и как один из результатов социальной защиты, и как неотъемлемую характеристику социальной защиты

в зависимости от структуры системы здравоохранения. В странах, где медицинская помощь в высокой степени основана на товарно-денежных отношениях (то есть предоставляется за наличный расчет или оплачивается за счет индивидуального медицинского страхования), здоровье рассматривается как результат социальной защиты, которая защищает людей от катастрофических финансовых расходов на медицинскую помощь, которые могут привести к обнищанию. Однако в странах, где медицинскую помощь получают при соответствии тем же критериям, по которым назначаются социальные выплаты, Всемирный банк рассматривает здоровье в качестве дополнения к своим стратегиям социальной защиты, направленным на сокращение бедности. В обзоре отмечено, что почти половина программ социальной поддержки в портфолио Всемирного банка «...способствуют увеличению и улучшению инвестиций домохозяйств в образование и здоровье», исходя из того, что инвестиции в человеческий капитал играют ключевую роль для выхода из замкнутого круга бедности (22). Программы социальной поддержки Всемирного банка критикуют за «лечение симптомов» вместо решения структурных детерминант социальной незащищенности и бедности (24).

В 2012 году Всемирный банк и МОТ выступили сопредседателями на первом заседании Совета по межучрежденческому сотрудничеству в области социальной защиты – сейчас это основной форум высокого уровня для обсуждения проблем социальной защиты – в ответ на просьбу «Большой двадцатки» (G20) (25). В отличие от своего предшественника СПФ-I этот совет занимается как вопросами социальной помощи, так и программами страхования, а не только обеспечением минимальных норм социальной защиты (26). Подводя итоги: то внимание, которое Всемирный банк уделяет управлению рисками и обеспечению жизнестойкости, согласуется с его предпочтениями в области социального страхования, хотя он и признает, что для снижения масштабов бедности требуется вклад набора базовых ресурсов, в том числе в охрану здоровья.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОТРУДНИЧЕСТВА И РАЗВИТИЯ

В зависимости от контекста, ОЭСР дает разные определения понятию социальной защиты. В одном из них особое внимание уделяется борьбе с бедностью

и обеспечению жизнестойкости или «...политикам и действиям, усиливающим потенциал малоимущих и уязвимых групп населения, позволяющий им вырваться из нищеты и более эффективно управлять рисками и справляться с потрясениями» (13). Так же, как и во Всемирном банке, основной акцент скорее делается на управлении социальными рисками и снижении масштабов нищеты, а не на защите и гарантировании только основного дохода. Когда речь заходит о более широких задачах в области развития, таких как ЦРТ, ОЭСР включает в определение социальной защиты вопросы улучшения питания, здоровья и образования (13). В этом смысле концептуальное понимание социальной защиты ОЭСР лучше всего выявляет взаимосвязь между социальной защитой и здоровьем. И наконец, в самом широком понимании Комитет содействия развитию ОЭСР определяет политику социальной защиты как государственные действия, «...расширяющие возможности малоимущего населения для участия в социальной и политической жизни своих сообществ и общества в целом, внесения своего вклада и получения выгоды от этого» (13). ОЭСР считает, что такая экономическая политика с привлечением к участию содействует «росту в интересах малоимущего населения», что многими рассматривается как компромисс между прорыночной политикой и обязательствами по созданию универсальной системы социального обеспечения (27–29).

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ВАЛЮТНЫЙ ФОНД

Насколько нам известно, в МВФ отсутствует конкретная политика социальной защиты. Однако это не означает, что его программы никак не связаны с системами социальной защиты. МВФ косвенно влияет на вопросы социальной защиты в условиях предоставления кредитов. Эти условия зачастую включают ограничение предельной суммы заработной платы, сокращение государственного финансирования и приоритезацию выплаты задолженности по кредиту. В результате этого кредитную политику МВФ критикуют за то, что она мешает развитию программ социальной защиты, в том числе программ, одновременно реализуемых ОЭСР и Всемирным банком – в странах, испытывающих потрясения и подвергающихся рискам (30).

Хотя нам не удалось найти какие-либо официальные политические отчеты МВФ на тему социальной политики, на веб-сайте организации мы нашли ин-

формационный бюллетень о защите наиболее уязвимых групп населения в рамках программ, финансируемых МВФ (31), и несколько экономистов МВФ упоминали вопросы социальной защиты в своих презентациях о государственной политике. Так, например, экономист МВФ из страновой группы в Уганде недавно определил социальную защиту как «...государственные и частные мероприятия для преодоления рисков и уязвимостей, которые приводят к потере источников дохода и социальным лишениям» (32). До этого МВФ вместе с Всемирным банком и ЮНИСЕФ объединили усилия для поддержки пилотной программы по внедрению СПФ-1 в Мозамбике, где основная роль МВФ заключалась в анализе имеющихся бюджетно-финансовых возможностей для осуществления этой программы (33). В ходе этого проекта представитель МВФ в стране признал значение систем социальной защиты, поскольку они: (i) действуют как «автоматические стабилизаторы», смягчающие воздействие внешних потрясений; (ii) содействуют повышению производительности труда, приводя к всеобъемлющему экономическому росту; и (iii) способствуют консолидации социальной стабильности и мира, необходимых для привлечения частных инвестиций и достижения устойчивого роста (33). Исходя из этих определений, МВФ уделяет основное внимание бюджетно-финансовым возможностям и устойчивости политик и программ социальной защиты, а вопросы здравоохранения в этой связи, скорее всего, будут рассматриваться так же, как и в других секторах, таких как образование и сельское хозяйство.

ЕВРОПЕЙСКИЙ СОЮЗ

Европейская комиссия тесно связывает социальную защиту с рынком труда, считая, что это обеспечивает «...защиту против рисков и удовлетворение потребностей в связи с безработицей, родительскими обязанностями, болезнями и медицинской помощью, инвалидностью, потерей супруга или родителя, престарелым возрастом, обеспечением жильем и социальной изоляцией» (34). Эта точка зрения созвучна мнениям, которые в настоящее время представлены в кратких документах по вопросам политики Европейского регионального бюро ВОЗ.

«Европа-2020» – это стратегия развития ЕС на десять лет; две из семи основных инициатив непосредственно связаны с социальной защитой:

платформа для снижения уровня бедности и преодоления социальной изоляции и план по развитию новых навыков и увеличению числа новых рабочих мест. В платформе по борьбе с бедностью и социальной изоляцией определены пять направлений деятельности и целевые показатели в рамках стратегии Европа-2020: осуществлять деятельность по всему политическому спектру; более эффективно использовать средства ЕС для поддержки социальной инклюзии; содействовать получению надежных фактических данных об эффективности или неэффективности социальных инноваций в сфере политики; работать в партнерстве с гражданским обществом с целью более эффективной реализации реформ; расширять координацию политики между странами-членами ЕС путем открытой координации действий, направленных на социальную защиту и социальную инклюзию (35). На основе целевых показателей стратегии Европа-2020 страны-члены ЕС адаптируют свои национальные целевые показатели и политики, а Европейская комиссия публикует регулярные доклады с целью отслеживания прогресса, достигнутого в странах. План развития новых навыков и создания новых рабочих мест направлен на достижение 75% оплачиваемой занятости трудоспособного населения в дополнение к сокращению числа людей, подвергающих риску обнищания до менее чем 20 миллионов человек во всем регионе (36). Кроме того, за счет пакета социальных инвестиций странам-членам ЕС рекомендуется модернизировать свою социальную политику и системы социального обеспечения, для того чтобы справиться с проблемами демографических изменений и экономических кризисов (37).

Открытый метод координации (ОМК) ЕС в отношении политик социальной защиты и социальной инклюзии был разработан в 2000 году, поскольку эти сферы политики не кодифицированы в законодательстве ЕС. ОМК позволяет странам разрабатывать определение, реализацию и оценку социальных политик с учетом их особых потребностей, содействуя взаимовыгодному сотрудничеству между ЕС и странами-членами. И хотя это, вероятно, является наиболее практическим подходом, учитывая разнообразие условий в странах-членах ЕС, это также привело к появлению множества стратегий, которые сложно отследить и сравнить. В результате этого в 2005 году ЕС внедрил единый социальный ОМК в отношении социальной защиты и социаль-

ной инклюзии, направленный на искоренение нищеты и социальной изоляции; гарантии создания адекватных и устойчивых пенсионных систем; и предоставление доступной, высококачественной и устойчивой медицинской помощи и долгосрочного ухода (38). ЕС возобновил свою приверженность такому типу вовлечения в 2008 году, в рамках которого, так же, как и в МОТ, признается, что медицинская помощь и борьба с нищетой играют критически важное значение для социальной защиты (38).

И в заключение: эти межправительственные организации четко признают ключевое значение социальной защиты. Однако их определения социальной защиты зачастую различаются. Некоторые организации, например, МОТ, рассматривают охрану здоровья как неотъемлемый компонент социальной защиты, в то время как Всемирный банк зачастую рассматривает здоровье как результат социальной защиты. Другие, например МВФ, вообще уделяют этой теме гораздо меньше внимания. Однако ни одна из этих организаций четко не определяет области стратегического пересечения и взаимодействия, при помощи чего меры по охране здоровья и социальной защите могут взаимно усиливать друг друга и реализовываться совместно. Например, хотя ЕС поставил цели по обеспечению социальной защиты и преодолению социальной изоляции в своей стратегии Европа-2020, мероприятия по охране здоровья, в рамках которой могут содействовать достижению этих целей и получению выгоды в связи с этим, они практически не реализованы напрямую в целях ЕС по социальной защите и инклюзии.

Ниже мы представляем фактические данные, подтверждающие двунаправленную связь между программами социальной защиты и охраны здоровья, которая затем используется для поиска потенциальных точек входа для дальнейших исследований и межсекторального сотрудничества.

ОТ СОЦИАЛЬНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ К СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ

В данный момент существует обширный массив литературы, в котором подчеркиваются важные роли индивидуальных социальных детерминант здоро-

вья. Самые значимые из них – образование, трудоустройство, доход, жилье и транспорт. Кроме того, результаты исследований указывают на важную роль различных форм социального капитала, например связующего и вспомогательного капитала (39), а также на значимость социального окружения и застроенной окружающей среды (40). Однако серьезным пробелом в этих фактических данных является непонимание того, каким образом сектор здравоохранения должен сотрудничать с другими секторами, которые влияют на социальные детерминанты здоровья (41). Другие исследования, которые содержат документальную информацию о важности социальных детерминант здоровья, хоть и являются значимыми с эпидемиологической точки зрения, вряд ли будут способствовать улучшению здравоохранения в Европе, если они не смогут повлиять на разработку социальной политики, которая формирует эти детерминанты (41, 42). Одним из примеров являются текущие дебаты о том, как справиться с проблемами стареющего населения в Европе. С этими дебатами связаны дискуссии о соответствующей структуре пенсий, которые обеспечат поддержку лицам пожилого возраста (43). Многие страны переходят от схем с установленными размерами выплат к схемам с установленными размерами взноса на основе различных инвестиционных структур (44, 45). Но какая из этих пенсионных систем будет лучше всего содействовать сохранению здоровья в пожилом возрасте? В настоящее время в литературе практически нет данных на эту тему; в результате этого у лиц, ответственных за формирование политики в сфере здравоохранения, очень мало данных и рекомендаций по пенсионной политике – основной социальной детерминанте здоровья населения старшего возраста, – которые они могли бы предложить ОЭСР, МОТ, ЕС и другим организациям. Это упущенная возможность, поскольку существуют явные доказательства наличия двунаправленных связей между сектором социальной защиты и сектором здравоохранения. Например, существует возможность связать политику Здоровье-2020 напрямую с целями стратегии Европа-2020 и совместно работать с помощью схем социальной защиты. На рисунке 2 кратко сформулированы концептуальные рамки этих двунаправленных отношений с точки зрения применимости к вопросам трудоустройства и снижения уровня бедности.

Как показано на рисунке, где в качестве примера используется трудоустройство, существует широко

известный «эффект здорового работника», в соответствии с которым здоровье трудоустроенных лиц лучше, чем у безработных (46, 47). Более здоровые люди, как правило, работают в течение большего количества часов и являются более продуктивными в рабочее время (48). Таким образом, хорошее трудоустройство и хорошее здоровье идут рука об руку, создавая благоприятный цикл. Во вставке 1 отмечены примеры того, каким образом социальная защита может способствовать укреплению здоровья и наоборот.

РИСУНОК 2. ВЗАИМООТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ПРОГРАММАМИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Хотя эта рамочная концепция не претендует на всеобъемлющую полноту, в ней подчеркнуты некоторые исходные области деятельности, которые частично пересекаются в программах ЕС по социальной защите, сосредоточенных на двух темах, для которых определены целевые показатели стратегии Европа-2020: бедность и социальная изоляция, а также безработица и бедность среди лиц, имеющих работу. Благодаря мощной программе исследований политические инициативы в этой области будут связаны с результатами здравоохранительных мер, и, с другой стороны, будет документально зафиксирован вклад сектора здравоохранения в социальную защиту.

ВСТАВКА 1. ПРИМЕРЫ ДВУНАПРАВЛЕННОЙ СВЯЗИ МЕЖДУ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТОЙ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Каким образом социальная защита содействует укреплению здоровья

Как указано в политике Здоровье-2020, существует нерезализованная возможность для более эффективного использования программ социальной политики с целью предотвращения болезни или инвалидности, улучшения состояния здоровья и снижения уровня неравенства в сфере здравоохранения. Классическим примером можно назвать оплачиваемый отпуск по болезни (61). Более того, благодаря оплачиваемым отпускам по болезни уменьшается число людей, проявляющих признаки нездоровья, растет уровень выздоровления, снижаются расходы на медицинское обслуживание, повышается продуктивность сотрудников, снижается число выходов на работу во время болезни и прогулов (61). У таких программ – если они тщательно разработаны – есть потенциал для снижения уровня неравенства в сфере здравоохранения, по гендерному признаку, в связи с уровнем образования, принадлежностью к этнической группе и сексуальной ориентацией. Тем не менее, хотя программы социальной защиты четко предназначены для того, чтобы помочь наиболее уязвимым группам населения, они также являются формами стратификации сами по себе (62). Оплачиваемый отпуск по болезни распространяется только на работников, занятых на официальном рынке труда, и потенциально не позволяет тем, кто работает на неоплачиваемой работе, пользоваться такой защитой.

Каким образом здравоохранение улучшает социальную защиту

Существует также нерезализованная возможность использовать политику Здоровье-2020 для достижения целей социальной защиты. Плохое здоровье снижает перспективы трудоустройства и количество рабочих часов, повышает вероятность преждевременного выхода на пенсию, а также повышает риск бедности в старости (9). Например, психические заболевания являются основной причиной нетрудоспособности и ключевым фактором пропуска работы в Европейском регионе ВОЗ. При отсутствии лечения повышается риск безработицы, невозможности продолжать работу и преждевременного выхода на пенсию (63). Однако экономически эффективные профилактические вмешательства улучшают психическое здоровье, повышают мотивацию для поиска работы и способствуют скорейшему трудоустройству на более качественную работу для безработных (64). Таким образом, здоровье является важным катализатором, который помогает людям вернуться на рынок труда и тем самым предупредить циклы бедности и безработицы до того, как они начались.

КАК СЕКТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОЖЕТ СТАТЬ ПРИМЕРОМ

Хотя, возможно, министры здравоохранения недостаточно активно работают с социальными детерминантами здоровья путем межсекторального формирования политики, их сектор может стать устойчивой платформой для работы с этими детерминантами. Принимая меры изнутри, сектор здравоохранения может использовать свое влияние для оказания поло-

жительного воздействия на условия жизни и работы своих сотрудников, а также на районы, в которых работают клиники и больницы, а также транспортные системы, которые их соединяют. Мы утверждаем, что сектор здравоохранения может подавать пример путем оказания содействия социальной защите и политике в области обеспечения гигиены труда для медицинских работников и членов их семей (9).

Сектор здравоохранения может подавать пример как в клинической среде, так и для более широкой публики. Во всем мире в медицинских учреждениях работает более 59 миллионов человек, и, таким образом, сектор здравоохранения является влиятельным работодателем (49). Политика сектора здравоохранения может помочь стимулировать развитие законодательства по защите трудоустройства, как предусмотрено в ОЭСР и ЕС. Такое законодательство и защитные меры могут оказать огромное влияние на национальную систему здравоохранения, такую, как Национальная служба здравоохранения – самого крупного работодателя в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии и одного из самых крупных работодателей в мире (50). Кроме того, менеджеры и руководители медицинских организаций могут использовать научный подход для укрепления здоровья сотрудников, например путем тестирования инновационных программ в области гигиены труда, таких как программы, разработанные для повышения уровня физической активности и безопасности на рабочих местах (51).

На районном уровне, работодатели в сфере здравоохранения также влияют на уровень пенсий и заинтересованы в том, чтобы понимать, какие системы пенсионного обеспечения наилучшим образом содействуют укреплению здоровья. Крупные пенсионные фонды в секторе здравоохранения могут быть эффективно использованы для того, чтобы стимулировать поступление инвестиций в сфере здравоохранения и создания новых рабочих мест, и отозвать инвестиции из тех отраслей, которые представляют угрозу для общественного здоровья, таких как табачные компании, которые до сих пор получают инвестиции из нескольких крупных пенсионных фондов системы здравоохранения в Европе (52). Кроме того, больницы зачастую расположены в неблагополучных городских районах (53). Благодаря масштабным закупкам калорийных продуктов питания, больницы могут содействовать изменениям

местного рынка за счет снижения цен и повышения доступности продуктов в этих районах.

Эти примеры иллюстрируют, каким образом сектор здравоохранения может содействовать политике, влияющей на социальные детерминанты. Пока что рано говорить, какой именно способ принятия таких мер будет наиболее подходящим, поскольку в странах-членах, скорее всего, будут различные руководители сектора здравоохранения и политика, которую они проводят. Причиной таких различий являются важные структурные факторы, в том числе разделение предоставления медицинских услуг между государственными и частными организациями, что определяет относительное влияние министров здравоохранения (54). Например, Национальная служба здравоохранения (NHS) Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии имеет больше рычагов влияния при согласовании трудовых договоров, чем мог бы иметь министр здравоохранения в федерализованной системе с большим количеством частных поставщиков услуг, например, в Германии. Проект ВОЗ «Больницы, содействующие укреплению здоровья», который главным образом был разработан с целью укрепления здоровья сотрудников больниц и связей между больницами и районами, в которых они работают (55), является отправной точкой для лучшего понимания того, каким образом можно способствовать укреплению здоровья в секторе. Несмотря на то что разработка и реализация стратегий социальной защиты в секторе здравоохранения может различаться, необходимо проводить мониторинг и оценку этих политик, чтобы в случае их успешной реализации, их можно было применять в других соответствующих секторах и странах (56).

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА В ИНТЕРЕСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: НА ПУТИ К РАЗРАБОТКЕ ПОВЕСТКИ ДНЯ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПОЛИТИКИ

В нашей статье описаны несколько важных сфер взаимодействия социальной защиты в интересах охраны здоровья между Европейским региональным

бюро ВОЗ и партнерскими организациями в Европе. Как отмечает Европейское региональное бюро ВОЗ, межсекторальные действия в связи с социальными детерминантами здоровья путем укрепления социальной защиты в области здравоохранения могут быть усилены с помощью: разработки совместных ответных мер для поддержки целевых групп; разработки совместных нормативных рамок, являющихся достаточно гибкими и позволяющих учитывать специфику, проводить социальные инновации и изменения на местном уровне; принятия общих систем для мониторинга реализации политики и результатов по секторам, включая показатели; лучшего использования существующих ресурсов для обеспечения соответствующих ухода и поддержки для населения (9).

Для понимания этих межсекторальных возможностей необходимо провести более глубокий анализ двунаправленных отношений между этими двумя областями политики. Для эпидемиологии это будет означать, что необходимо выйти за рамки исследований индивидуальных социальных детерминант здоровья, и рассматривать политики, которые влияют на эти детерминанты (57). Мы предлагаем три шага для выполнения этой повестки дня.

СОЗДАНИЕ СОТРУДНИЧАЮЩИХ ЦЕНТРОВ ВОЗ

Для того чтобы стимулировать социальную защиту для исследований в сфере здравоохранения и политической повестки дня, необходимо работать не только с такими специалистами, как медсестры, врачи, медицинские работники и эпидемиологи, но также с социологами, антропологами, экономистами и политологами. Создание сотрудничающих центров ВОЗ, проводящих целенаправленную работу по расширению базы научных данных для социальной защиты, повысит уровень информированности о важности социальных детерминант здоровья и создаст точки доступа для специалистов в области общественных наук. Новое поколение социальных эпидемиологов может пройти обучение на факультетах социальных наук и получить более тесную связь с лицами, ответственными за формирование политики, через такие центры.

ЗАПУСК ЛАБОРАТОРИЙ ПОЛИТИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ

Фактические данные высокого качества чрезвычайно важны для адвокации, но проведение широкомас-

штабных рандомизированных исследований социальных детерминант здоровья представляется сложным. Хотя есть примеры таких программ денежных трансфертов и страховых схем, как *Seguro Popular* в Мексике (58), их относительно немного, и их осуществление крайне затратно. Есть примеры и в Европе, включая рандомизированные оценки влияния активных политик на рынке труда (59, 60), но оценка влияния на здоровье обычно не включена в дизайн исследования. Благодаря лабораториям политических инноваций, которые связывают исследователей и лиц, ответственных за формирование политики, существует потенциальная возможность для проведения недорогих экспериментов в естественных условиях путем модификации области охвата, места проведения или критериев включения текущих политических мероприятий. Использование предпринимательской лексики, например, «платформы инноваций и решений», также может помочь политикам преодолеть страх перед тем, что результаты не будут соответствовать политической идеологии – основного препятствия для проведения рандомизированных исследований. Лаборатории инноваций позволили бы испытать политические идеи в реальном времени, с использованием существующей политической поддержки в Европе. Такие лаборатории будут способствовать развитию новых идей и усиливать прогностические возможности, доступные лицам, ответственным за формирование политики.

СОЗДАНИЕ КОМИССИИ ПО СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ В ИНТЕРЕСАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Следующим логическим шагом в работе Комиссии по социальным детерминантам здоровья будет создание Комиссии по социальной защите в интересах охраны здоровья. Эта инициатива поможет отреагировать на два критических замечания к работе Комиссии – что она не определила особые политики, которые воздействуют на социальные детерминанты здоровья, и что она не сотрудничала с лицами, определяющими социальные детерминанты здоровья. Одной из отправных точек может стать определение минимального объема ресурсов для достижения и поддержания крепкого здоровья и социальной защиты.

В своей совокупности эти действия станут началом долгого пути к социальной защите в интересах охраны здоровья в Европе.

Благодарности: нет.

Источники финансирования: при подготовке этой статьи не было получено специального финансирования. David Stuckler финансируется за счет «Wellcome Trust Investigator Award».

Конфликт интересов: не указан.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Европейская база данных «Здоровье для всех» (БД-ЗДВ) [база данных онлайн]. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2014 г. (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, по состоянию на 29 июня 2015 г.).
2. Комиссия по социальным детерминантам – заключительный доклад. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г. (http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/, по состоянию на 3 августа 2015 г.).
3. Marmot M, Wilkinson R, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
4. Mossialos E, Permanand G, Baeten R, Hervey TK, editors. Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
5. Kickbusch I, Behrendt T. Осуществление концептуального видения политики Здоровье-2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Реализация задуманного. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/249497/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 6 августа 2015 г.).
6. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 3 августа 2015 г.).
7. Здоровье-2020: основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ в Европе; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf, по состоянию на 4 августа 2015 г.).
8. Bonoli G. Public attitudes to social protection and political economy traditions in western Europe. Eur Soc. 2000;2(4):431–52. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713767005>.
9. Health 2020: social protection for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; (in press).
10. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. Eur J Public Health. 2015;25(3):364–65. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv040>.
11. Conway T, Norton A. Nets, ropes, ladders and trampolines: the place of social protection within current debates on poverty reduction. Dev Policy Rev. 2002;20(5):533–40. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1467-7679.00188>.
12. Barrientos A. Social protection and poverty. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2010 ([http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/973B0F57CA78D834C12576DB003BE255?OpenDocument](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/973B0F57CA78D834C12576DB003BE255?OpenDocument), accessed 6 August 2015).
13. Promoting pro-poor growth: social protection. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2009 (<http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/promotingpro-poorgrowthsocialprotection.htm>, accessed 6 August 2015).
14. Rueda D. Social democracy and active labour-market policies: insiders, outsiders and the politics of employment promotion. Br J Polit Sci. 2006;36(03):385–406. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0007123406000214>.
15. Martin JP, Grubb D. What works and for whom: a review of OECD countries' experiences with active labour market policies. Swedish Econ Pol Rev. 2001;8(2):9–56. doi:<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.348621>.
16. Social protection: a development priority in the post-2015 UN development agenda. New York: United Nations; 2012 (http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/16_social_protection.pdf, accessed 4 August 2015).
17. Health financing and social protection [website]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2015

- (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/health-financing-a-social-protection.html>, accessed 6 August 2015).
18. Social protection [website]. Geneva: International Labour Organization; 2008 (<http://www.ilo.org/global/topics/social-security/lang--en/index.htm>., accessed 6 August 2015)
 19. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: International Labour Organization; 2008 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_5956.pdf, accessed 6 August 2015).
 20. World social protection report 2014–15: building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva: International Labour Organization; 2014 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf, accessed 6 August 2015).
 21. Social protection floors recommendation, 2012 (No. 202). Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524, accessed 6 August 2015).
 22. Andrews C, Kryeziu A, Seo D. World Bank support for social safety nets 2007–2013: a review of financing, knowledge services and results. Washington (DC): World Bank; 2014 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/06/20151900/world-bank-support-social-safety-nets-2007-2013-review-financing-knowledge-services-results>, accessed 6 August 2015).
 23. Craig D, Porter D. Poverty reduction strategy papers: a new convergence. *World Dev.* 2003;31(1):53–69. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X\(02\)00147-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0305-750X(02)00147-X).
 24. Guenther B, Karishma H, Macauslan I. Broadening social risk management: risks, rights and the chronic poor. *IDS Bull.* 2007;38(3):17–19. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00366.x>.
 25. Cichon M. The making or breaking of a UN social protection strategy: the post 2015 development agenda. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2014 <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/0B72752AA09DF391C1257D080039DC56?OpenDocument>, accessed 6 August 2015).
 26. Presentation of the first meeting of the Social Protection Inter-agency Cooperation Board (SPIAC-B). Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/global/docs/WCMS_226914/lang--en/index.htm, accessed 6 August 2015).
 27. Kabeer N. A 'vision' thing? Debate and difference within the OECD DAC poverty network approaches to social protection. *IDS Bull.* 2007;38(3):51–53. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00375.x>.
 28. Voipio T. Social protection for poverty reduction: the OECD/DAC POVNET view. *IDS Bull.* 2007;38(3):45–50. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00374.x>.
 29. Voipio T. Social protection for poverty reduction: a reply to Kabeer. *IDS Bull.* 2007;38(3):54–55. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1759-5436.2007.tb00376.x>.
 30. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ.* 2010;340:c3311. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c3311>.
 31. Protecting the most vulnerable under IMF-supported programs [website]. Washington (DC): International Monetary Fund; 2015 (<https://www.imf.org/external/np/exr/facts/protect.htm>, accessed 6 August 2015).
 32. Mira C. The case for establishing a comprehensive social protection system in Uganda. Kampala: International Monetary Fund; 2014 (<http://www.imf.org/external/country/UGA/rr/2014/103014.pdf>, accessed 3 August 2015).
 33. Lledó V. IMF and the social protection system in Mozambique. Naamacha: International Monetary Fund; 2011 (<http://www.imf.org/external/country/MOZ/rr/2011/051111.pdf>, accessed 3 August 2015).
 34. Social protection [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1063&langId=en2015>, accessed 3 August 2015).
 35. European platform against poverty and social exclusion [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961>, accessed 3 August 2015).
 36. Agenda for new skills and jobs [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=958>, accessed 3 August 2015).
 37. Social investment [website]. Brussels: European Commission; 2015 (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044>, accessed 3 August 2015).
 38. A renewed commitment to social Europe: reinforcing the open method of coordination for social protection and social inclusion [website]. Brussels: European Commission; 2008 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1438039638030&uri=URISERV:em0011>, accessed 3 August 2015).
 39. Putnam R. *Bowling alone: the collapse and revival of American community.* New York: Simon & Schuster; 2000.
 40. Stuckler D, Siegel K. *Sick societies: responding to the global challenge of chronic disease.* Oxford: Oxford University Press; 2011.

41. van Herten LM, Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ. Rationalising chances of success in intersectoral health policy making. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(5):342–47. doi:http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.5.342.
42. McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy Plan*. 2000;15(3):263–69. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapol/15.3.263.
43. Ageing, health and pensions in Europe: an economic perspective. Strasbourg: European Science Foundation; 2010 (http://www.esf.org/fileadmin/Public_documents/Publications/AgeingHealthPensions.pdf; accessed 3 August 2015).
44. Bonoli G. Two worlds of pension reform in western Europe. *Comp Polit*. 2003;35(4):399–416. doi:http://dx.doi.org/10.2307/4150187.
45. Reversals of systemic pension reforms in central and eastern Europe: implications for pension benefits. In: *OECD pensions outlook 2012*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2012 (http://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/oecd-pensions-outlook_23137649, accessed 3 August 2015).
46. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med*. 2009;13(2):77–79. doi:http://dx.doi.org/10.4103/0019-5278.55123.
47. Li CY, Sung FC. A review of the healthy worker effect in occupational epidemiology. *Occup Med*. 1999;49(4):225–29. doi:http://dx.doi.org/10.1093/occmed/49.4.225.
48. Arora S. Health, human productivity, and long-term economic growth. *J Econ Hist*. 2001;61(3):699–749 (http://www.jstor.org/stable/2698133?origin=JSTOR-pdf&seq=1#page_scan_tab_contents, accessed 6 August 2015).
49. Health workers: health worker occupational health [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en, accessed 4 August 2015).
50. About the National Health Service (NHS) [website]. London: Department of Health; 2015 (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>, accessed 4 August 2015).
51. Robson LS, Clarke JA, Cullen K, Bielecky A, Severin C, Bigelow PL et al. The effectiveness of occupational health and safety management system interventions: a systematic review. *Saf Sci*. 2007;45(3):329–53. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2006.07.003.
52. Sievanen R, Rita H, Scholtens B. The drivers of responsible investment: the case of European pension funds. *J Bus Ethics*. 2013;117(1):137–51. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10551-012-1514-0.
53. Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M. Investing in hospitals of the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98406/E92354.pdf, accessed 6 August 2015).
54. Blank RH, Burau V. Comparative health policy. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2010.
55. Health promoting hospitals [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/healthy_settings/types/hospitals/en/, accessed 6 August 2015).
56. Whitehead D. The European health promoting hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promot Int*. 2004;19(2):259–67. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dah213.
57. Mackenbach JP. Political determinants of health. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):2. doi:http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt183.
58. Bonilla-Chacín ME, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. Washington (DC): World Bank; 2013 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17286333/mexican-social-protection-system-health>, accessed August 4 2015).
59. J-PAL policy briefcase. Job placement and displacement. Cambridge (MA): Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab; 2013 (<http://www.povertyactionlab.org/publication/job-placement-and-displacement>, accessed 6 August 2015).
60. Crépon B, Duflo E, Gurgand M, Rathelot R, Zamora P. Do labor market policies have displacement effects? Evidence from a clustered randomized experiment. *Q J Econ*. 2013;128(2):531–80. doi:http://dx.doi.org/10.1093/qje/qjt001.
61. Scheil-Adlung X, Sandner L. Paid sick leave: incidence, patterns and expenditure in times of crises. Geneva: International Labour Organization; 2012 (http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_207675/lang--en/index.htm, accessed August 4 2015).
62. Esping-Andersen G. Three worlds of welfare capitalism. Cambridge: Polity Press; 1990.
63. Mental health and wellbeing in Europe: a person-centred community approach. Brighton: European Social Network; 2011.
64. Caplan RD, Vinokur A, Price RH, van Ryn M. Job seeking, reemployment and mental health: a randomized field experiment in coping with job loss. *J Appl Psychol*. 1989;74(5):759–69. doi:http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.74.5.759.

Policy and practice

BETTER LABS FOR BETTER HEALTH: INTERSECTORAL CHALLENGES AND SOLUTIONS FOR LABORATORY SYSTEMS STRENGTHENING

Joanna Zwetyenga,¹ Linda Oskam,² Olga Slobodskaya,³ Matluba Berdieva,⁴ Elmira Turkmenova,⁵ Kaliya Kasymbekova,⁶ Radu Cojocaru,⁷ Natalia Costic,⁷ Larisa Alieva,⁸ Sultan Djemileva,⁹ Larisa Li,¹⁰ Caroline S. Brown¹¹

¹ Independent laboratory consultant, France

² KIT (Royal Tropical Institute) Biomedical Research and World Health Organization Collaborating Centre for Laboratory Strengthening, Netherlands

³ Independent laboratory consultant, Netherlands

⁴ Ministry of Health and Social Protection, Tajikistan

⁵ National Clinical Diagnostic Laboratory, Kyrgyzstan

⁶ Independent laboratory consultant, Kyrgyzstan

⁷ National Centre for Public Health, Republic of Moldova

⁸ National Reference Laboratory and Institute of Virology, Uzbekistan

⁹ Republican Sanitary-Epidemiology Surveillance Centre, Uzbekistan

¹⁰ Bacteriology Laboratory, Republican Sanitary-Epidemiology Surveillance Centre, Uzbekistan

¹¹ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Corresponding author: Caroline S. Brown (email: cbr@euro.who.int)

ABSTRACT

Laboratories provide a large range of testing – from the site of patient care to addressing environmental issues – all of which require accurate and reliable results for disease prevention and management. Until now, external financing to strengthen laboratory services in low- and middle-income countries, including those of the World Health Organization (WHO) European Region has mainly benefited vertical programmes aimed at specific diseases. Insufficient national coordination and oversight of such initiatives has led to fragmentation, duplication and uneven quality within laboratory services.

In response, Better Labs for Better Health, an initiative of the WHO Regional Office for Europe, has taken an intersectoral approach by assisting countries with the creation of national laboratory working groups (NLWGs), which have developed national laboratory policies and strategic plans. This article reports an analysis of four national policies and identifies a few strengths of the current systems, such as laboratories of better quality because of the support from vertical programmes, political commitment and motivated staff. It also reveals well-known core cross-cutting challenges such as human

resources, infrastructure development and quality management systems. Three new challenges are identified: accessibility of services, sustainable financing of laboratory activities and ethics. All challenges need an intersectoral approach to find solutions at the country level, such as in education, clinical waste management, health system strengthening and collaboration with the private sector. The NLWGs form intersectoral platforms through which common weaknesses and capacity building can be addressed throughout national laboratory systems.

Keywords: NATIONAL LABORATORY POLICY, LABORATORY SYSTEMS, INTERSECTORAL APPROACH, EUROPE

BACKGROUND

Most external financing for health in low- and middle-income countries is directed through vertical funds that target specific diseases, such as tuberculosis, or programmes, such as reproductive health. Although beneficial, these vertical initiatives have been criticized for not incorporating long-term planning and for leading to duplication of efforts, lack of

coordination and waste of resources, especially if many donors are involved (1). Overall, the channelling of aid for health through vertical programmes has been to the detriment of horizontal, sector-wide health system strengthening.

The effects of vertical versus horizontal approaches to external assistance are exemplified by current challenges to laboratory systems in low- and middle-

income countries. Laboratories are an essential and fundamental component of all health systems. Whether at the site of patient care or for addressing environmental issues, laboratories are responsible for providing a wide range of accurate and reliable test results. In low- and middle-income countries, significant differences exist in the quality of tests depending on the programme that supports the laboratory. For example, there may be a range of constraints in performing biochemistry and haemoglobin tests in laboratories that do not benefit from the logistic and practical support provided through vertical programmes (2). By targeting specific diseases, vertical initiatives have led to the development of specialist laboratories, for example in HIV or influenza, which have resulted in fragmentation and duplication within the regular clinical laboratory systems. In addition, many laboratories supported by international vertical programmes have developed higher levels of quality than non-supported laboratories, resulting in an uneven distribution of services.

In 2008, the Maputo Declaration on strengthening of laboratory systems recognized the following as areas requiring strengthening in resource-limited settings: leadership and advocacy, human resources, career-path structures, retention of staff, national laboratory policies, strategic planning, physical infrastructure, supply-chain management and quality management systems (3). In the same year, the essential role of laboratory quality management systems was also emphasized by a global consensus of the World Health Organization (WHO) and technical partners (4).

LOCAL CONTEXT

In 2012, in line with the Health 2020 European policy for health and well-being (5), the WHO Regional Office for Europe initiated the Better Labs for Better Health (BLBH) initiative, a sustainable, horizontal, sector-wide approach providing development assistance to strengthen national ownership and help build nationally managed systems, while still allowing for continuing donor engagement. For each country, the first step towards BLBH is the development of a national laboratory policy by a formally recognized national laboratory working group (NLWG). These policies are based on broad consensus and lead to the development of national strategic plans (6). Through

these national policies and strategic plans, BLBH uses an intersectoral approach to strengthen the core elements of laboratory systems identified by the NLWGs.

APPROACH

We analysed the first four policies developed under BLBH project, which were from four countries of eastern Europe and central Asia: Kyrgyzstan, Republic of Moldova, Tajikistan and Uzbekistan. We compared the national challenges described in these policies with previously identified challenges to laboratory systems in resource-poor countries (3, 7). The purpose of this analysis was (i) to reveal the core cross-cutting elements that affect laboratory systems, regardless of the disease, specificity and level of the laboratory; and (ii) to highlight areas requiring intersectoral solutions.

OBSERVATIONS

COMPOSITION OF NLWGS

The NLWGs of the four countries include national experts who know the national system well and can determine what is needed; these experts represent facilities and services including public health laboratories, clinical diagnostics, chemical, radionuclear, food safety, toxicology, veterinary services, teaching universities and colleges and laboratory accreditation agencies, as well as the ministries of health. Table 1 shows the sectors, organizations and institutes that were represented in the four countries' NLWGs when the main topics in their respective policies were defined. In the future, these NLWGs can be expanded to include other relevant sectors as the process of laboratory system improvement develops.

SCOPE OF POLICIES

Overall, the four policies addressed the needs of laboratories testing for the purposes of disease diagnosis, screening, prevention, medical treatment decisions, surveillance and public health. The policies covered both clinical and public health laboratory systems as well as veterinary, food safety, water, environment, chemical, toxicology, radionuclear and other laboratories. All four policies reflected the One Health concept, which recognizes that the health of humans is related to the health of animals and the environment. In addition, the policies should make considerable contributions to implementation of the

TABLE 1. INTERSECTORAL COMPOSITION OF THE NLWGS OF THE FOUR COUNTRIES^A

INSTITUTION OR ORGANIZATION	NUMBER OF MEMBERS			
	Country 1	Country 2	Country 3	Country 4
Ministry of health	N/A	2	1	9
Ministry of health: human resources	1	N/A	N/A	1
Ministry of health: drugs and medical equipment unit	1	N/A	N/A	1
Ministry of health: medical university	1	1	N/A	3
Ministry of health: public health laboratories	13	12	6	5
Ministry of health: clinical laboratory	2	1	6	3
Ministry of health: tuberculosis laboratory	1	1	1	3
Ministry of health: HIV laboratory	N/A	1	1	2
Ministry of health: blood centre	N/A	N/A	N/A	1
Ministry of health: hospitals, health care	1	4	2	1
Ministry of agriculture	N/A	1	N/A	1
Ministry of agriculture: veterinary laboratory	N/A	N/A	N/A	1
Ministry of agriculture: food safety laboratory	N/A	1	N/A	1
Ministry of environment	N/A	1	N/A	N/A
Ministry of economy: metrology centre	N/A	1	N/A	N/A
National laboratory accreditation body	N/A	1	N/A	N/A
Postgraduate university	N/A	N/A	N/A	2
Academy of sciences: nuclear and radiation safety laboratory	N/A	1	1	1
Academy of sciences: chemistry laboratory	N/A	N/A	1	1
Private laboratories	N/A	1	1	1
International agencies/projects/ organizations	N/A	2	N/A	11

N/A: not applicable.

^a Countries are numbered randomly.

International Health Regulations (2005) (8) in the area of strengthening laboratory capacity. Relevant policy topics included ensuring strong laboratory biorisk management, laboratory quality, functional specimen transport and information systems in order to identify and communicate important public health events, including public health emergencies of international concern. Many of these aspects of laboratory capacity were lacking in countries affected by the outbreak of Ebola virus disease in west Africa (9) and some were addressed to improve capability for Middle East respiratory syndrome coronavirus infection testing (10).

Within all four countries, there has been considerable training and quality assurance implementation in HIV, tuberculosis and malaria laboratories as a result of specific disease funding programmes. Similar work has been implemented in influenza laboratories through the WHO European Regional network (11) with support from the Global Influenza Surveillance and Response System and, more recently, through the Pandemic Influenza Preparedness Framework (12). The policies of all four countries noted that future laboratory strategies should build on the improved performance of these laboratories.

POLICY CHALLENGES

When developing the national laboratory policies, NLWGs identified challenges in the national laboratory systems. As shown in Table 2, when the challenges were grouped by topic, there was considerable commonality not only between the four countries but also with the difficulties facing laboratory systems previously identified by others (3, 7). In addition to the topics in Table 2, the NLWGs identified problems with: inadequate communication within the laboratory system and with customers and workloads that were insufficient to maintain staff skills. However, the NLWGs also identified the following common strengths: laboratories of better quality because of the support from vertical programs, political commitment and motivated staff.

With only a few exceptions (Table 2), the policies of all four countries identified the classic core cross-cutting elements of laboratory health systems to be strengthened. These were: human resources management; infrastructure development and rationalization, including tiered national laboratory system networks; supply-chain management and maintenance of laboratory equipment; specimen

TABLE 2: CHALLENGES FACED BY LABORATORY SYSTEMS IDENTIFIED BY NLWGS^A

Country 1	Country 2	Country 3	Country 4	PREVIOUSLY IDENTIFIED AND NEW ^B CHALLENGES (3, 7)
Yes	Yes	Yes	Yes	Governance/regulatory policy
Yes	Yes	Yes	Yes	Specimen referral systems
Yes	No	No	No	Accessibility of services ^b
Yes	Yes	No	No	Leadership, commitment and coordination
Yes	Yes	Yes	Yes	Laboratory information system
Yes	Yes	Yes	Yes	A framework for training, retraining and career development of laboratory workers
Yes	Yes	Yes	Yes	Finance ^b
Yes	Yes	No	Yes	Infrastructure development
Yes	Yes	Yes	Yes	Biosafety and waste management
Yes	Yes	Yes	Yes	Supply-chain management of laboratory supplies and maintenance of laboratory equipment
Yes	Yes	Yes	Yes	Quality management systems
No	No	Yes	No	Ethics ^b

^a Countries are numbered randomly.

^b New challenges identified in the current analysis.

referral systems within integrated quality management systems; laboratory information systems; biosafety and waste management; and governance with leadership, commitment and a coordination structure to address regulatory issues (3, 7).

In addition, our analysis revealed three new challenges: accessibility of services, finance and ethics (Table 2). Two NLWGs identified a need for customers to be aware of available laboratory services and to be able to access to these services without discrimination. While one part of this challenge is linked to advocacy for greater laboratory capacities, the other aspect relates to the Health 2020 ethos (5) in terms of providing accessible, affordable and equitable services. With regard to financing, all NLWGs emphasized the need for sufficient and sustainable funding mechanisms in place for the laboratories,

with decreased reliance on donor funds. For the four countries, this will entail new cost analyses; integration of laboratory testing in the health insurance systems; and discussions with private laboratories. One NLWG noted the challenge of ensuring awareness and respect of ethical standards throughout the laboratory system.

LESSONS LEARNED

NEED FOR INTERSECTORAL APPROACHES

Analysis of the four national policies highlights the need for reform not only within the laboratory systems but also in other sectors. Leadership and coordination are needed at ministry level, with coordination not only of donor funding but also between the different ministries involved in laboratory activities such as agriculture, environment and health. Only then can there be a reform and rationalization of the laboratory system to fit the needs and resources of the country.

Laboratories must be fully integrated within health systems and solutions identified on how to make services accessible and available to the population. Health is the responsibility of the public rather than the private sector in these countries, and the public sector cannot ensure sufficient laboratory funding, particularly since support from the GAVI Alliance and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria is being phased out. To ensure sustainability, financial reform is needed, with a reassessment of how laboratories should be funded and a review of the costs of laboratory activities. Specialist advice should be sought on the potential for establishing new public–private partnerships for laboratory services' financing.

Work with universities, training colleges and other institutions, as well as with the public and private laboratory managers, is needed to revise laboratory-worker curricula such that they are aligned with current needs. Quality and biosafety management and the use of modern equipment and new techniques should be integrated in the basic training curricula, which should also cover ethics and collaboration and communication with different stakeholders. Partnership with the ministry of education and the quality assurance agency will be required to ensure accreditation of the revised curricula. Each country also needs a comprehensive human resources plan

to address the number and types of laboratory workers to be trained, performance management, motivation, career pathways, retention policies and continuing education policies.

In addition to leadership, financing and human resources, the countries need to strengthen clinical waste management systems and establish national reference centres to ensure regular equipment maintenance and accuracy. Together with laboratory quality management systems, work with national accreditation bodies is needed to allow certification and accreditation of the laboratories as the quality improves. In addition, specialists in legislation should be co-opted to determine laboratory regulation and monitoring.

All these activities for laboratory system improvement clearly need an intersectoral approach. This is why the BLBH initiative has focused on establishing intersectoral NLWGs, as these collaborations constitute the critical platforms for further development of the laboratory systems.

PROGRESS TO DATE

The NLWGs have been formally established and recognized by the ministries of health in all four countries. This has allowed people from different sectors to work together to identify the strengths and weaknesses focus on how to make changes in their laboratory systems. This intersectoral approach is working well and is expected to result in significant changes as people gain a deeper understanding of problems in sectors other than their own and continue work collaboratively to achieve reform.

It has been recognized, when analysing strengths of the actual laboratory systems during the policy development process, that what has been achieved by vertical programmes will be useful and must be fully harnessed to help other laboratory sectors improve. The BLBH initiative will therefore use national experts who were trained through vertical programmes to mentor other laboratories in quality management systems implementation. Where insufficient experts are available, new mentors from the region will be trained.

BLBH has conducted training curricula reviews in four countries and workshops to identify the gaps, develop competencies and propose recommendations

for the training improvements. Recommendations included: improved practical training of students by strengthening collaboration between educational institutions and public and private laboratories; improved examination methods of practical skills; development of training for laboratory managers; and review curricula based on the developed competencies.

BLBH will continue focusing on in-country capacity building for improving the national coordination of laboratory services and the quality of the services provided. This will allow countries to start tackling common weaknesses and building capacities in an intersectoral manner throughout their laboratory networks.

Acknowledgements: We thank the members of the NLWGs of Kyrgyzstan, Republic of Moldova, Tajikistan and Uzbekistan for their contribution to this analysis. We also acknowledge the contributions of Silviu Ciobanu, Sayohat Hasanova, Anna Pashalishvili, Dmitriy Pereyaslov and Prisca Zwanniken.

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. Why global health funds should be consolidated. New York: United Nations Development Policy and Analysis Division; 2012 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/publications/policy_briefs/policybrief37.pdf, accessed 5 August 2015).
2. Chilundo B, Aanestad M. Vertical or integrated health programmes? The consequences for the laboratory information system in Mozambique. Oslo: Institute of Informatics; 2003 (heim.ifi.uio.no/~margunn/2003/atenIFIP.pdf, accessed 5 August 2015).
3. 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 20 June 2015).
4. Joint WHO–CDC conference on health laboratory quality systems. Geneva: World Health Organization;

- 2008 (<http://www.who.int/csr/ihr/lyon/report20080409.pdf?ua=1>, accessed 6 August 2015).
5. Health 2020: the European policy for health and well-being [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, accessed 6 August 2015).
 6. Brown CS, Zwetyenga J, Berdieva M, Volkova T, Cojocaru R, Costic N et al. New policy-formulation methodology paves the way for sustainable laboratory systems in Europe. *Public Health Panorama*. 2015;1(1):41–47 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/280990/New-policy-formulation-methodology-paves-the-way-Eng.pdf?ua=1, accessed 5 August 2015).
 7. Nkengasong JN, Nsubuga P, Nwanyanwu O, Gershys-Damet GM, Roscigno G, Bulterys M et al. Laboratory systems and services are critical in global health: time to end the neglect? *Am J Clin Pathol*. 2010;134(3):368–73. doi:<http://dx.doi.org/10.1309/AJCPMPSINQ9BRMU6>.
 8. International Health Regulations, 2005, 2nd edition. Geneva: World Health Organization 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241580410_eng.pdf?ua=1, accessed 20 June 2015).
 9. Oleribe OO, Salako BL, Ka MM, Akpalu A, McConnochie M, Foster M et al. Ebola virus disease epidemic in West Africa: lessons learned and issues arising from West African countries. *Clin Med*. 2015;15(1):54–57. doi:<http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.15-1-54>.
 10. Pereyaslov D, Rosin P, Palm D, Zeller H, Gross D, Brown CS et al. Laboratory capability and surveillance testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in the WHO European Region, June 2013. *Euro Surveill*. 2014;19(40):20923. doi: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.es2014.19.40.20923>.
 11. Hegermann-Lindencrome M, Gross D, Meerhoff T, Peyeraslav 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):79–88 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/280996/Performance-of-the-European-region-influenza-Eng.pdf?ua=1, accessed 5 August 2015).
 12. Pandemic influenza preparedness framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/en; accessed 6 August 2015).

Политика и практика

«ХОРОШИЕ ЛАБОРАТОРИИ – КРЕПКОЕ ЗДОРОВЬЕ»: МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ И ИХ РЕШЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ УКРЕПЛЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ СИСТЕМ

Joanna Zwetyenga¹, Linda Oskam², Ольга Слободская³, Матлуба Бердиева⁴, Эльмира Туркменова⁵,
Калия Касымбекова⁶, Radu Cojocaru⁷, Natalia Costic⁷, Лариса Алиева⁸, Султан Джемилева⁹, Лариса Ли¹⁰,
Caroline S Brown¹¹

¹ Независимый консультант лабораторной службы, Франция

² Отдел биомедицинских исследований Королевского института тропиков (КИТ), Нидерланды, и сотрудничающий центр Всемирной организации здравоохранения по укреплению лабораторий

³ Независимый консультант лабораторной службы, Нидерланды

⁴ Министерство здравоохранения и социальной защиты, Таджикистан

⁵ Республиканская клинично-диагностическая лаборатория, Кыргызстан

⁶ Независимый консультант лабораторной службы, Кыргызстан

⁷ Национальный центр общественного здравоохранения, Республика Молдова

⁸ Республиканская референс-лаборатория Министерства здравоохранения, Институт вирусологии, Узбекистан

⁹ Отдел вирусологии, Республиканской центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Узбекистан

¹⁰ Лаборатория бактериологии, Республиканский центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Узбекистан

¹¹ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Дания

Автор, отвечающий за переписку: Caroline S. Brown (адрес электронной почты: cbr@euro.who.int).

АННОТАЦИЯ

Лаборатории выполняют большой диапазон исследований – от анализов, важных для лечения пациентов, до исследований экологических проблем, и все эти исследования должны давать правильные и надежные результаты для профилактики и лечения заболеваний. До недавнего времени финансирование, направляемое из внешних источников на укрепление лабораторных служб в странах с низким и средним уровнем доходов, в том числе в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), помогало в основном вертикальным программам по определенным заболеваниям. Недостаточные национальные координация и надзор за такими инициативами привели к тому, что лабораторная служба в этих странах оказалась фрагментирована,

лабораторные услуги – дублируемыми, а их качество – неровным. В ответ на такую ситуацию в рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» Европейского регионального бюро ВОЗ стал применяться межсекторальный подход, заключающийся в помощи странам в создании национальных лабораторных рабочих групп (НЛРГ), которые, в свою очередь, готовят политику и стратегические планы для лабораторной службы своей страны. В данной статье мы приводим анализ документов политики четырех стран и описываем несколько сильных сторон существующих систем, таких как наличие качественных лабораторий благодаря поддержке от вертикальных программ, политическая приверженность и мотивированный персонал. Наш анализ также выявил

хорошо известные, типичные основные проблемы, например связанные с человеческими ресурсами, развитием инфраструктуры и системами управления качеством. Были выявлены три новых вида проблем: доступность услуг, устойчивое финансирование деятельности лабораторий и этика. Для решения всех задач в масштабах страны должен применяться межсекторальный подход, охватывающий образование, управление медицинскими отходами, укрепление систем здравоохранения и сотрудничество с частным сектором. НЛРГ представляют собой межсекторальные платформы, формирующие базу для устранения общих для разных секторов недостатков и наращивания потенциала национальных лабораторных систем.

Ключевые слова: НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ, ЛАБОРАТОРНЫЕ СИСТЕМЫ, МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД, ЕВРОПА

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

В странах с низким и средним уровнем доходов наибольшая доля внешнего финансирования в сфере здравоохранения направляется через вертикальные фонды, которые фокусируются на конкретных заболеваниях, например туберкулезе, или программах, например по репродуктивному здоровью. Вертикальные инициативы приносят пользу, однако их критикуют за то, что в них не предусматривается долгосрочного планирования и из-за них происходит дублирование усилий, отсутствие координации и разбазаривание ресурсов, особенно если участвует много доноров (1). В целом направление помощи сфере здравоохранения через вертикальные программы шло в ущерб укреплению горизонтальных систем, охватывающих весь сектор здравоохранения.

Результаты вертикального подхода ко внешней помощи, в отличие от горизонтального, наглядно проявляются в нынешних проблемах лабораторных систем стран с низким и средним уровнем доходов. Лаборатории являются важным основным компонентом всех систем здравоохранения. Будь то при лечении пациентов или решении экологических проблем, лаборатории отвечают за предоставление широкого спектра точных и надежных результатов анализов. В странах с низким и средним уровнем доходов качество анализов значительно различается в зависимости от того, поддерживается ли лаборатория какой-либо программой. Например, выполнение биохимических анализов крови или тестов на гемоглобин в тех лабораториях, которые не получают материально-технической и практической поддержки через вертикальные программы, сопряжено с рядом трудностей (2). Нацеленность вертикальных инициатив на конкретные заболевания привела к развитию специализированных лабораторий, например по диагностике ВИЧ-инфекции или гриппа, результатом чего оказались фрагментация и дублирование в системе обычных клинических лабораторий. Кроме того, многие поддерживаемые международными вертикальными программами лаборатории предоставляют услуги более высокого качества, чем лаборатории без такой поддержки. В результате национальная лабораторная служба оказывается неровного качества.

В 2008 году в Мапутской декларации об укреплении лабораторных систем были отмечены следу-

ющие аспекты как нуждающиеся в укреплении в условиях с ограниченными ресурсами: лидерство и просветительская деятельность, человеческие ресурсы, пути карьерного роста, удержание персонала, национальная политика лабораторной службы, стратегическое планирование, материальная инфраструктура, управление цепями поставок и системы управления качеством (3). В том же году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ее технические партнеры также единогласно отметили важнейшее значение систем управления качеством в лабораториях (4).

МЕСТНЫЙ КОНТЕКСТ

В соответствии с европейской политикой Здоровье–2020, направленной на улучшение здоровья и благополучия населения (5), Европейское региональное бюро ВОЗ выступило в 2012 году с инициативой «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» – устойчивым, горизонтальным, всеохватывающим подходом по оказанию содействия в развитии лабораторной службы. Инициатива нацелена на усиление роли в этом процессе местных лиц и организаций и создание управляемых на национальном уровне систем, при сохраненной возможности участия доноров. Во всех странах первым шагом в осуществлении инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» является разработка национальной политики лабораторной службы, что выполняет официально признанная национальная лабораторная рабочая группа (НЛРГ). Политика формулируется на основании широкого консенсуса и ведет к подготовке национальных стратегических планов (6). Подготовка национальной политики и стратегических планов является частью межсекторального подхода инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» к укреплению основных элементов лабораторных систем, выявленных в процессе работы НЛРГ.

ПОДХОД

Мы проанализировали первые четыре документа политики, подготовленные в рамках проекта «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» в четырех странах восточной Европы и Центральной Азии: Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Узбекистане. Мы сравнили задачи, описанные в этих документах политики, с теми задачами

лабораторных систем, которые были выявлены ранее в странах, бедных ресурсами (3, 7). Данный анализ был проведен для того, чтобы (i) определить основные типовые элементы, влияющие на лабораторные системы независимо от профиля, специализации и уровня лабораторий, и (ii) выделить аспекты, требующие межсекторальных решений.

НАБЛЮДЕНИЯ

СОСТАВ НЛРГ

В НЛРГ каждой из четырех стран входят национальные эксперты, которые хорошо знают систему своей страны и могут определить, что нужно делать; эти эксперты являются представителями различных организаций и служб, в том числе, разных лабораторий (общественного здравоохранения, клиническо-диагностических, химических, радиологических, по контролю продуктов питания, токсикологических, ветеринарной службы), университетов и колледжей, органов по аккредитации лабораторий и министерств здравоохранения. В таблице 1 перечислены секторы, организации и институты, представленные в НЛРГ четырех стран на момент определения основных тем документа политики каждой страны. В будущем, по мере улучшения лабораторных систем, НЛРГ могут быть расширены, с тем чтобы в них были представлены другие вовлеченные секторы.

ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИТИКИ

В целом в политике четырех стран рассматривают потребности в лабораторных исследованиях с целью диагностики болезней, скрининга, профилактики, принятия решений при лечении, надзора и общественного здравоохранения. Политика относится к клиническим лабораториям и лабораториям общественного здравоохранения, а также лабораториям по контролю качества продуктов питания, воды и окружающей среды, ветеринарным и другим лабораториям. В политике всех четырех стран отражена концепция «Единое здоровье», в которой признается, что здоровье людей связано с состоянием здоровья животных и окружающей среды. Кроме того, политика должна делать существенный вклад в осуществление Международных медико-санитарных правил (2005) (8) в отношении укрепления лабораторных возможностей. К важным для этого темам политики относятся следующие: обеспечение надежных систем по управлению лабораторными биорисками, внедрение в лабораториях системы

ТАБЛИЦА 1. МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ СОСТАВ НЛРГ ЧЕТЫРЕХ СТРАН^а

ОРГАНИЗАЦИЯ	ЧИСЛО ЧЛЕНОВ			
	Страна 1	Страна 2	Страна 3	Страна 4
Министерство здравоохранения (МЗ)	НП	2	1	9
МЗ: человеческие ресурсы	1	НП	НП	1
МЗ: подразделение медикаментов и медицинского оборудования	1	НП	НП	1
МЗ: медицинский университет	1	1	НП	3
МЗ: лаборатории общественного здравоохранения	13	12	6	5
МЗ: клинические лаборатории	2	1	6	3
МЗ: лаборатории диагностики туберкулеза	1	1	1	3
МЗ: лаборатории диагностики ВИЧ-инфекции	НП	1	1	2
МЗ: центры крови	НП	НП	НП	1
МЗ: больницы, лечебные учреждения	1	4	2	1
Министерство сельского хозяйства (МСХ)	НП	1	НП	1
МСХ: ветеринарные лаборатории	НП	НП	НП	1
МСХ: лаборатории контроля продуктов питания	НП	1	НП	1
Министерство охраны окружающей среды	НП	1	НП	НП
Министерство экономики: метрологический центр	НП	1	НП	НП
Национальное агентство по аккредитации лабораторий	НП	1	НП	НП
Институт повышения квалификации (последипломной подготовки)	НП	НП	НП	2
Академия наук: лаборатория ядерной и радиационной безопасности	НП	1	1	1
Академия наук: химическая лаборатория	НП	НП	1	1
Частные лаборатории	НП	1	1	1
Международные учреждения/проекты/организации	НП	2	НП	11

НП: не применимо.

^а Страны пронумерованы случайным образом.

качества, а также организация эффективных систем информации и транспортировки проб – то, что должно иметься и функционировать для выявления важных событий в области общественного здравоохранения, в том числе чрезвычайных ситуаций в общественном здравоохранении, имеющих международное значение, и для своевременного оповещения о них. В странах Западной Африки, пострадавших от вспышек болезни, вызванной вирусом Эбола, многие из этих аспектов лабораторной деятельности были развиты недостаточно (9), и некоторые из них были улучшены, чтобы диагностика инфекции коронавируса ближневосточного респираторного синдрома стала более надежной (10).

В рамках программ финансирования по конкретным заболеваниям в каждой из четырех стран были проведены основательное обучение кадров и внедрение обеспечения качества в лабораториях по диагностике ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии. В лабораториях диагностики гриппа аналогичная работа была выполнена силами европейской региональной сети ВОЗ (11) при поддержке Глобальной системы эпиднадзора за гриппом и принятия ответных мер, а в последнее время и в рамках Механизма обеспечения готовности к пандемическому гриппу (12). В документах политики всех четырех стран отмечено, что будущие лабораторные стратегии должны использовать опыт качественной работы этих лабораторий.

ЗАДАЧИ, ПОСТАВЛЕННЫЕ В ПОЛИТИКЕ

В процессе разработки национальной политики лабораторной службы НЛРГ были определены задачи, стоящие перед национальными лабораторными системами. Как показано в таблице 2, если задачи сгруппировать по темам, то становится заметно, что есть много общего не только между этими странами, но что также поставленные задачи сходны с проблемами лабораторных систем других стран, отмеченных ранее другими авторами (3, 7). Помимо тем, приведенных в таблице 2, НЛРГ отметили также следующие проблемы: недостаточная коммуникация внутри лабораторной системы и с клиентами, а также рабочие нагрузки, недостаточные для поддержания квалификации персонала. Также НЛРГ выделили следующие общие сильные стороны: наличие поддерживаемых вертикальными программами лабораторий хорошего качества, политическая приверженность и мотивация персонала.

ТАБЛИЦА 2. СТОЯЩИЕ ПЕРЕД ЛАБОРАТОРНЫМИ СИСТЕМАМИ ЗАДАЧИ, КОТОРЫЕ БЫЛИ ВЫЯВЛЕНЫ НЛРГА

Страна 1	Страна 2	Страна 3	Страна 4	ВЫЯВЛЕННЫЕ РАНЕЕ И НОВЫЕ ⁶ ЗАДАЧИ (3, 7)
Да	Да	Да	Да	Система/политика управления
Да	Да	Да	Да	Система перенаправления проб на анализы
Да	Нет	Нет	Нет	Доступность услуг ⁶
Да	Да	Нет	Нет	Лидерство, приверженность и координация
Да	Да	Да	Да	Лабораторная информационная система
Да	Да	Да	Да	Программы профессиональной подготовки и переподготовки и карьерный рост работников лабораторий
Да	Да	Да	Да	Финансы ⁶
Да	Да	Нет	Да	Развитие инфраструктуры
Да	Да	Да	Да	Биологическая безопасность и управление отходами
Да	Да	Да	Да	Управление цепями поставок лабораторных материалов и обслуживание лабораторного оборудования
Да	Да	Да	Да	Система управления качеством
Нет	Нет	Да	Нет	Этика ⁶

³ Страны пронумерованы случайным образом.

⁶ Новые задачи были определены в данном анализе.

Всего лишь за несколькими исключениями (табл. 2), в документах политики всех четырех стран в качестве нуждающихся в улучшении указаны основные типичные элементы лабораторных систем здравоохранения. К этим элементам относятся: управление человеческими ресурсами; развитие инфраструктуры и рационализация, в том числе многоуровневых сетей национальной лабораторной системы; управление цепями поставок и обслуживание лабораторного оборудования; система перенаправления проб на анализы в рамках комплексной системы управления качеством; лабораторные информационные системы; биологическая безопасность и управление отходами; система управления, включая лидерство, приверженность и координационную структуру для решения вопросов регулирования (3, 7).

Кроме того, наш анализ выявил три новые задачи: доступность услуг, финансы и этика (табл. 2). Две НЛРГ указали на то, что клиенты должны быть осведомлены об имеющихся лабораторных услугах и иметь доступ к этим услугам без проявления дискриминации. В то время как часть этой задачи связана с информационно-пропагандистской деятельностью, имеющей целью более мощный лабораторный потенциал, другой ее аспект относится к принципам политики Здоровье-2020 (5) в том, что касается обеспечения равноправного доступа к приемлемым по цене услугам. Что касается финансирования, то все НЛРГ подчеркнули, что лабораториям нужны адекватные устойчивые механизмы финансирования, в то время как зависимость от средств доноров должна уменьшаться. Для данных четырех стран это должно повлечь за собой новый анализ затрат, включение лабораторных исследований в системы медицинского страхования и переговоры с частными лабораториями. Одна НЛРГ отметила в качестве задачи информирование сотрудников лабораторной системы об этических стандартах и обеспечение соблюдения этих стандартов.

ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

НЕОБХОДИМОСТЬ МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ

То, что требуется реформировать не только лабораторные системы, но и другие секторы, становится особенно заметно при анализе четырех документов национальной политики. Требуются лидерство и координация на министерском уровне, при этом координация должна охватывать не только финансирование за счет доноров, но и различные министерства, участвующие в лабораторной деятельности, такие как министерства сельского хозяйства, окружающей среды и здравоохранения. Только в этом случае можно провести реформу по рационализации лабораторной системы, так чтобы она соответствовала нуждам и ресурсам страны.

Лаборатории должны быть полностью интегрированы в системы здравоохранения, и должны быть найдены решения, как сделать лабораторные услуги доступными для населения. В данных четырех странах здоровье – скорее ответственность государственного, а не частного сектора, однако государственный сектор не в состоянии обеспечить достаточное финансирование лабораторий, что становится в настоящее время особенно актуально,

так как финансовая поддержка от Альянса ГАВИ и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией постепенно сводится на нет. Для обеспечения устойчивости требуется провести реформу финансирования: проанализировать возможные механизмы финансирования лабораторий и пересмотреть расчеты расходов на лабораторную деятельность. Необходимы консультации с экспертами на предмет перспектив образования новых государственно-частных партнерств для финансирования лабораторной службы.

Следует проводить работу с университетами, колледжами и другими учебными заведениями, а также с руководителями государственных и частных лабораторий, для того чтобы пересматривать учебные программы для подготовки сотрудников лабораторий и обеспечивать соответствие программ текущим потребностям. Управление качеством и биологической безопасностью, работа на современном оборудовании и применение новых технологий должны быть интегрированы в базовые учебные программы, которые также должны включать сотрудничество и коммуникацию с различными заинтересованными сторонами и этику. Чтобы обеспечить аккредитацию пересмотренных учебных программ, потребуется сотрудничать с Министерством образования и агентством по обеспечению качества. Каждая страна также нуждается в комплексном плане в отношении человеческих ресурсов, освещающем механизм определения того, сколько и каких сотрудников лабораторий следует готовить, и принципы оценки качества работы сотрудников, мотивирования, структур карьерного роста, удержания кадров и продолжения образования.

Помимо лидерства, финансирования и человеческих ресурсов, страны должны также укреплять системы управления медицинскими отходами, а также создать национальные центры по оборудованию в целях обеспечения регулярного технического обслуживания и правильной работы оборудования. В лабораториях должна применяться система управления качеством, в связи с чем требуется сотрудничество с национальными органами по аккредитации, чтобы по мере улучшения качества работы лабораторий постепенно вводить их сертификацию и аккредитацию. Кроме того, следует тесно сотрудничать со специалистами по законодательству для подготовки регламентов регулирования и отслеживания деятельности лабораторий.

Все эти меры по улучшению лабораторной системы явно требуют межсекторального подхода. Именно поэтому в рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» были приложены усилия к созданию межсекторальных НЛРГ, так как сотрудничество профессионалов в таких НЛРГ является критической платформой для дальнейшего развития лабораторных систем.

ПРОДЕЛАННАЯ РАБОТА

В четырех странах были созданы НЛРГ, которые были официально признаны министерствами здравоохранения. Это позволило специалистам из разных секторов вместе работать над анализом сильных и слабых сторон своих национальных лабораторных систем и решать, какие изменения требуется провести в этих системах. Межсекторальный подход действительно работает, и ожидается, что он приведет к значительным изменениям, по мере того как люди будут лучше разбираться в проблемах других секторов и продолжать совместную работу по проведению реформ.

В процессе разработки политики в результате анализа сильных сторон имеющейся лабораторной системы стало ясно, что достижения вертикальных программ являются полезными, и их следует в полной мере использовать, чтобы помочь улучшению других лабораторных секторов. В рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» планируется использовать национальных экспертов, обученных при поддержке вертикальных программ, в качестве наставников, помогающих другим лабораториям внедрить систему управления качеством. Если таких экспертов окажется недостаточно, будут подготовлены новые местные наставники.

В четырех странах в рамках инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» был осуществлен анализ учебных программ и проведены совещания, на которых были выявлены пробелы, разработаны компетенции и подготовлены рекомендации для улучшения обучения. Рекомендации включали следующее: улучшение практической подготовки студентов путем укрепления сотрудничества между образовательными учреждениями и государственными и частными лабораториями; улучшение методов экзаменации для проверки практических навыков; разработка программ обучения для ру-

ководителей/менеджеров лабораторий; пересмотр программ на основе разработанных компетенций.

Участники инициативы «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье» будут продолжать прилагать усилия к укреплению национальных лабораторных возможностей путем улучшения координации лабораторной службы на национальном уровне и повышения качества предоставляемых лабораториями услуг. Это позволит странам приступить к исправлению общих недостатков и развивать лабораторную службу на основе межсекторального подхода посредством существующих лабораторных сетей.

Выражение признательности: авторы выражают признательность членам НЛРГ Кыргызстана, Республики Молдова, Таджикистана и Узбекистана за их вклад в представленный анализ. Мы также благодарим за вклад Silviu Ciobanu, Саехат Хасанову, Anna Pashalishvili, Dmitriy Pereyaslov и Prisca Zwanniken.

Источники финансирования: Генеральный директорат Европейской комиссии по международному сотрудничеству и развитию; Национальные центры по готовности, выявлению и контролю инфекционных заболеваний Соединенных Штатов Америки; Германское общество международного сотрудничества (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit).

Конфликт интересов: не был заявлен.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Why global health funds should be consolidated. New York: United Nations Development Policy and Analysis Division; 2012 (http://www.un.org/en/development/desa/policy/publications/policy_briefs/policybrief37.pdf, по состоянию на 5 августа 2015 г.).
2. Chilundo B, Aanestad M. Vertical or integrated health programmes? The consequences for the laboratory information system in Mozambique. Oslo: Institute of Informatics; 2003 (heim.ifi.uio.no/~margunn/2003/atenIFIP.pdf, по состоянию на 5 августа 2015 г.).
3. 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, по состоянию на 20 июня 2015 г.).

4. Joint WHO–CDC conference on health laboratory quality systems. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/csr/ihr/lyon/report20080409.pdf?ua=1>, по состоянию на 6 августа 2015 г.).
5. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века [веб сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 7 августа 2015 г.).
6. Brown CS, Zwetyenga J, Бердиева М, Волкова Т, Сојосагу R, Costic N et al. Новая методология формирования политики прокладывает путь к организации устойчивых лабораторных систем в Европе. Панорама общественного здравоохранения. 2015;1(1):41–47 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/280991/New-policy-formulation-methodology-paves-the-way-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 7 августа 2015 г.).
7. Nkengasong JN, Nsubuga P, Nwanyanwu O, Gersh-Damet GM, Roscigno G, Bulterys M et al. Laboratory systems and services are critical in global health: time to end the neglect? *Am J Clin Pathol.* 2010;134(3):368–73. doi:<http://dx.doi.org/10.1309/AJCPMPSINQ9BRMU6>.
8. Международные медико-санитарные правила. 2-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43883/4/9789244580417_rus.pdf, по состоянию на 7 августа 2015 г.).
9. Oleribe OO, Salako BL, Ka MM, Akpalu A, McConnochie M, Foster M et al. Ebola virus disease epidemic in West Africa: lessons learned and issues arising from West African countries. *Clin Med.* 2015;15(1):54–57. doi:<http://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.15-1-54>.
10. Pereyaslov D, Rosin P, Palm D, Zeller H, Gross D, Brown CS et al. Laboratory capability and surveillance testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in the WHO European Region, June 2013. *Euro Surveill.* 2014;19(40):20923. doi: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.es2014.19.40.20923>.
11. Hegermann-Lindencrome M, Gross D, Meerhoff T, Peyeraslov 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):79–88 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/280997/Performance-of-the-European-region-influenza-Rus.pdf, по состоянию на 7 августа 2015 г.).
12. Механизм обеспечения готовности к пандемическому гриппу для обмена вирусами гриппа и доступа к вакцинам и другим преимуществам. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 (http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/ru/; по состоянию на 6 августа 2015 г.).

Policy and practice

INTERSECTORAL ACTION, POLICY AND GOVERNANCE IN EUROPEAN HEALTHY CITIES

Evelyne de Leeuw^{1,2}

¹ Centre for Health Equity Training Research & Evaluation CHETRE, University of New South Wales, Ingham Institute, Australia

² Glocal Health Consultants, Geelong, Australia

Corresponding author: Evelyne de Leeuw (email: evelyne@glocalhealthconsultants.com)

ABSTRACT

For the past three decades, the European Healthy Cities network has worked along principles of intersectoral action, policy and governance. This article presents an overview of the evidence, which is in turn grounded and contextualized in a brief review of intersectoral action and its

relevant related concepts. The evaluations of the five five-year phases of European Healthy Cities to date show that local governments are increasingly and effectively managing intersectoral action, intersectoral policy and intersectoral governance. By reference to the insights provided by research into

knowledge networks and the ways novel policies spread, i.e. "policy diffusion", the article concludes that Healthy Cities are likely to influence other local governments as well as higher levels of government to adopt effective intersectoral work.

Keywords: HEALTHY CITIES, GOVERNANCE, POLICY, INTERSECTORAL, EQUITY

BACKGROUND

The European Healthy Cities programme, led by the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe since 1986, is an example of policy innovation at the interface between global and local and thus is an example of true glocal health (1). Since its initiation, the European Healthy Cities programme has pursued innovative policies and practices in areas such as the development of health profiles, local health plans, governance and intersectoral perspectives. Networks of Healthy Cities have been successfully established around the world with more than 10 000 local governments identifying themselves as Healthy Cities (1). However, rigorous designation and accreditation protocols have been applied only in the WHO European Region.

Within Europe, the Healthy Cities programme is now in its sixth 5-year phase. Evaluations of each of the five

preceding phases have looked beyond intersectoral action and also included areas such as healthy urban planning, participation and empowerment. This paper distils the evidence on effectiveness of intersectoral action, policy and governance from these evaluations.

CONTEXT

From the start of the programme, establishment of an intersectoral steering group to oversee local health development initiatives has been a requirement for designation as a European Healthy City. This stipulation reflected a wider acceptance of intersectoral perspectives as a mainstay of public health policy. Several terms to describe working together for better health have emerged over the last four decades. They include intersectoral and multisectoral action; partnerships and collaborations; Healthy Public Policy and Health in All Policies (HiAP); and various forms of governance.

The Declaration of Alma Ata on Primary Health Care, in 1978 (2) first formalized the urgent need for intersectoral approaches to health. Although the declaration received strong commitment and endorsement from the global public health community, this support has not necessarily led to evidence or effectiveness of intersectoral approaches in policy, governance and action. Arguably, “big words and grand ambitions” have actually impeded the simple – intersectoral – objectives of public health: to prevent disease, prolong life, promote health and reduce the health equity gap. In parallel, the scholarship around intersectorality has not yet crystallized into one coherent conceptual framework. Some see mutual engagement happening on a scale of networking–coordinating–cooperating–collaborating (3), others through an isolation–encounter–communication–collaboration–integration scale (4). Agencies, individuals, groups and communities may come together to act jointly on health concerns or determinants of health but this does not necessarily mean that these actions are driven by, or result in, policy.

A study commissioned by WHO for the launch of the final report of the Commission on Social Determinants of Health concluded that intersectoral action for health had generally proved to be the weakest of the strategies associated with Health for All (5). Challenges had included: vertical boundaries between government sections; integrated programmes seen as a threat to sector-specific budgets, access to donors and functional autonomy; the weak position of health and environment sectors within many governments; few economic incentives to support integrated initiatives; and government priorities often defined by political expediency rather than rational analysis (5). The review noted that intersectoral action for health failed in part precisely because many countries attempted to implement intersectoral action for health in isolation from interdependent and mutually reinforcing social and political factors (5). An additional difficulty was that decision-makers in other sectors complained that health experts were often unable to provide quantitative evidence on the specific health impacts attributable to activities in non-health sectors such as housing, transport, education, food policy or industrial policy. Profound methodological uncertainty persisted about how to measure social conditions and processes and accurately evaluate their health effects. The

problem was complicated both by the inherent complexity of such processes and by the frequent time-lag between the introduction of social policies and the observation of effects in population health (5).

Some research suggests that achieving policy innovation, which is required for introducing systemic and sustainable intersectoral perspectives across society, cannot be achieved at the national level, or at that level alone. Policy diffusion researchers (6) argue that local governments drive policy innovation and diffusion of novel policies horizontally to other local governments and vertically to regional and national governments. For example, Healthy Public Policy formulation in the Netherlands in the 1980s failed at the national level but appeared effective at the local level (7). However, global commitments, such as the Kyoto Protocol to the United Nations Framework Convention on Climate Change or the Framework Convention on Tobacco Control, can be seen as crucial benchmarks for the need to develop new policy types. Both the protocol and the framework have had very strong operational commitment from local governments but generally only rhetorical support at the national level; support at both levels is essential if the goals are to be met. Policy innovation does not happen exclusively in a bottom-up or top-down way but must be characterized as happening through a process called “mixed scanning” (8, 9) in which systems of incremental and reciprocal checks and balances between governance levels create opportunities for change.

APPROACH

As the European Healthy Cities programme has evolved, so too have the research methodologies employed to evaluate the phases (10). Realist synthesis and evaluation were adopted for the evaluation of phase V of the European Healthy Cities programme (2009–2013) (10, 11). Realist review has emerged as a strategy for synthesizing evidence and focuses on providing explanations for why interventions may or may not work, in what contexts, how and in what circumstances. The approach differs from traditional systematic reviews, which may provide evidence that certain interventions work but not under which parameters.

Realist synthesis explicitly recognizes the importance of unique local context and integrates existing

evidence on particular phenomena in the programme logic for both research and action (10). The evaluation of phase V used a range of research instruments, including: a structured multiple case study approach; a comprehensive general evaluation questionnaire; data mining through existing databases; and analysis of management information generation tools used. Fig. 1 illustrates the programme logic of the phase V evaluation and outlines the stages and links between the elements of the European Healthy Cities process and how these were illuminated by the evidence generated. Critically, realist synthesis aims to describe and explain not only *that* something is present or absent (e.g. leadership for health, specific health promotion programmes or policies, actions on determinants of health or lifestyle modifications) but also *how* this presence or absence has come about. Thus the realist review of phase V explicitly interrogated the processes represented by the arrows in Fig. 1, the temporal dynamics and the programme

logic. Full accounts of the analyses have been published elsewhere (12); this paper summarizes the emerging evidence on intersectoral health perspectives in European Healthy Cities.

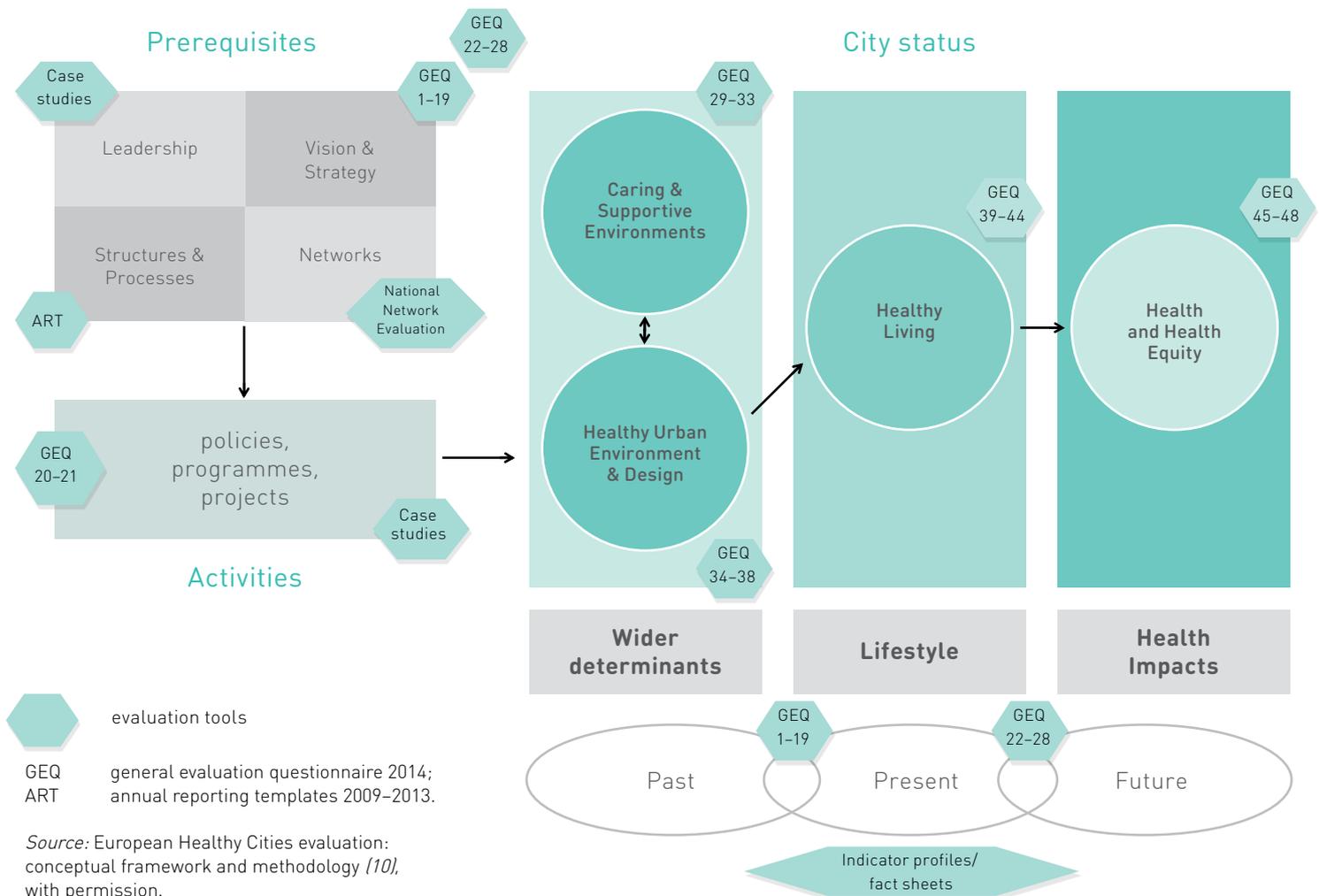
OBSERVATIONS

Three main concepts come under the generic banner of intersectorality in Healthy Cities – intersectoral governance, intersectoral action and intersectoral policy. These concepts have in part emerged from and been validated by Healthy Cities practice and continue to be pertinent to the development of Healthy Cities in Europe.

INTERSECTORALITY AND GOVERNANCE

Intersectoral governance can be defined as “the sum of the many ways individuals and institutions, public and private, manage the connections

FIG. 1. PROGRAMME LOGIC: PHASE V HEALTHY CITIES EVALUATION

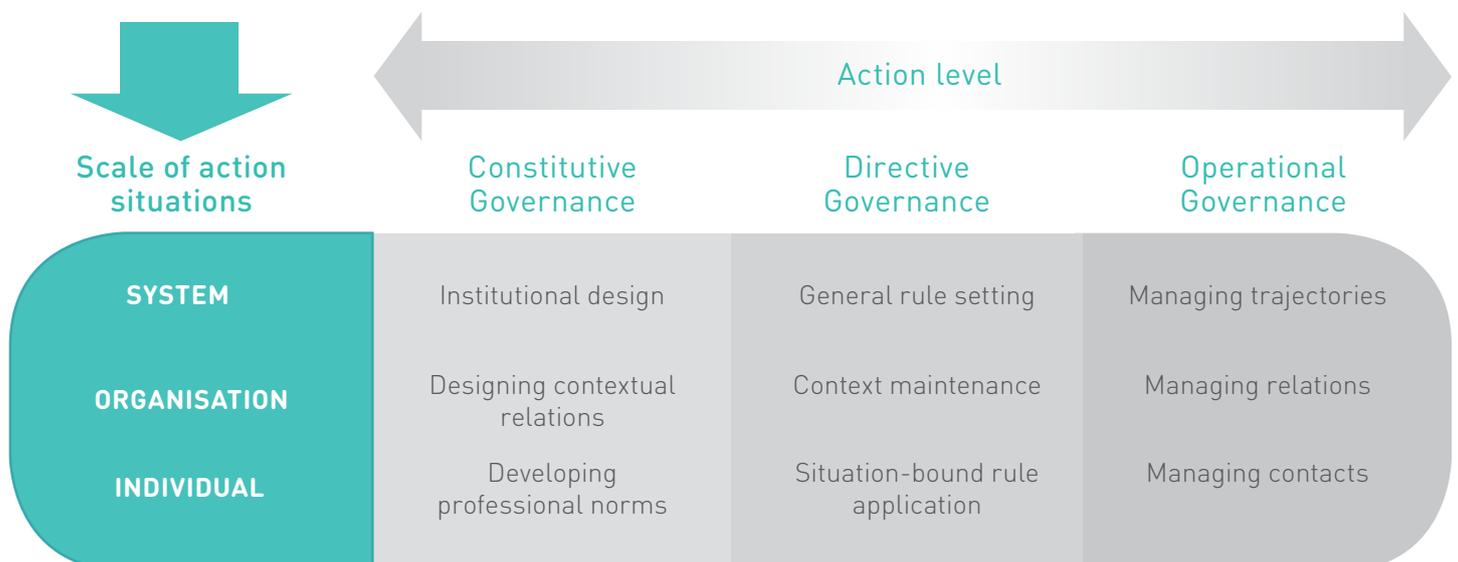


of their common affairs. It is a continuing process through which conflicting or diverse interests may be accommodated and cooperative action may be taken. It includes formal institutions and regimes empowered to enforce compliance, as well as informal arrangements that people and institutions either have agreed to or perceive to be in their interest” (13). From the early stages of the programme, a commitment to intersectoral governance has been a criterion for designation as a European Healthy City. From phase II onwards, cities needed to submit evidence that they established an intersectoral steering committee (ISC) that would oversee policy and intervention development (14, 15). There are no specific requirements to the design or architecture of such ISCs, as this often is driven by unique local contexts and requirements. Whether cities lived up to the expectation beyond their formal application commitments was ascertained via annual reporting templates. Virtually all members of the network reported that they did establish an ISC, although the frequency with which this body met was variable. In some cities they met only once a year, in others more regularly, up to monthly. In cities where the ISC met annually, the role of the body was more at a systems and regulatory level, i.e. driving and approving policy development and monitoring of intersectoral deliverables, whereas ISCs that met more regularly tended to engage more directly in the operational aspects of partnership development, e.g. allocation of appropriate resources and direct supervision of working relationships.

Both the strategic and the operational aspects of intersectoral governance are important: more broadly, and applicable to all policy. In their multiple governance framework, Hill & Hupe (16) show these different dimensions of governance as complementary requirements for effective and transparent policy development and implementation (Fig. 2). Intersectoral governance moves between and encompasses an architecture in which implicit and explicit rules at a systems level (“institutional design” in Fig. 2) explicitly connect to the way in which individuals in collaborative processes manage their contacts (Fig. 2). Since Healthy Cities in Europe have been deliberately considered a natural laboratory of health policy innovation at the local level (17), in hindsight it has been appropriate that the specific terms of reference of ISCs have never been spelt out in great detail. This flexibility has allowed the emergence of all types of governance, and an evolution of praxis in which these different levels and types of governance have been tried, tested and connected.

Regarding the actual architecture of intersectoral governance arrangements in Healthy Cities, all designated cities are required to have a coordinating office. Similar to the flexibility in terms of reference for the ISCs, WHO has not set specific expectations regarding the organizational positioning of this office. There has been an ongoing debate whether this coordinating body should be directly associated with the local government executive office i.e. a staff unit appended to the Mayor’s office – (Fig. 3, model

FIG. 2. MULTIPLE GOVERNANCE FRAMEWORK



Source: Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy (17), with permission.

A), or a line unit at a relatively high hierarchical level able to coordinate efforts within government (Fig. 3, model B). Both models can serve a distinctive purpose, depending on the nature and maturity of the Healthy City. The evaluation of phase V revealed another type of governance architecture whereby Healthy Cities increasingly integrate and devolve the responsibility for intersectoral action for health throughout both the government and civil society (9).

INTERSECTORALITY AND ACTION

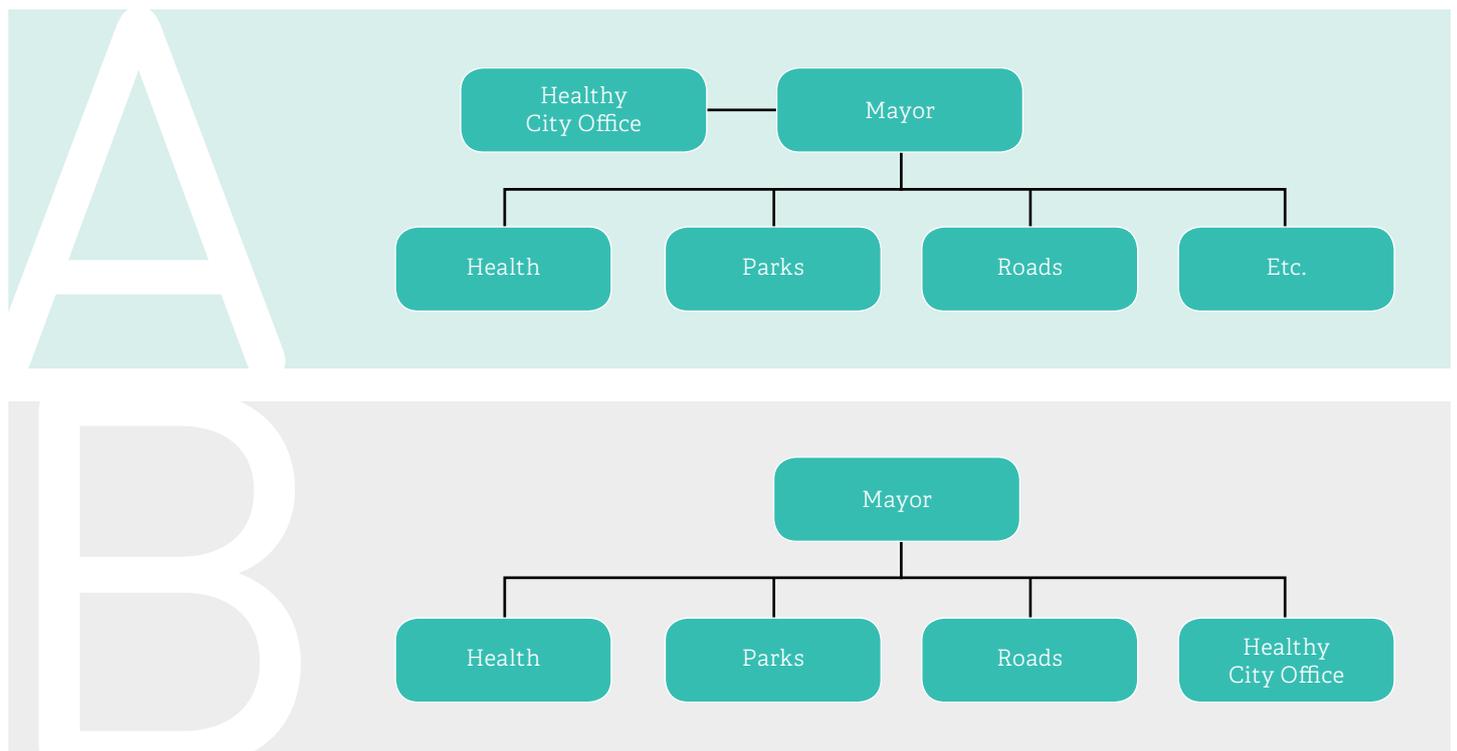
Intersectoral action is the engagement of relevant sectors, both within and outside the public policy arena, in the implementation of activities, programmes and projects that have a multidimensional nature. Obesity, for instance, has lifestyle-choice dimensions but must also be addressed through structural interventions in the obesogenic environment (18), such as in public transport, food security and community development. Ideally, this requires a policy and managerial context that embraces the values of HiAP described below and it is important that different sectoral stakeholders collaborate effectively.

Lipp, Winters and de Leeuw (16) show that from phase II through phase IV of the European Healthy Cities programme, intersectoral action has expanded and

strengthened. For example, the 31 cities participating in both phase III and phase IV increased the extent of partnership working in all sectors studies: health services, social services, education, urban planning, voluntary, environmental protection, transport and economic development. For phase V, Farrington, Faskunger and Mackiewicz (19) show that Healthy Cities, in trying to address prevention of noncommunicable disease, also explicitly make concerted efforts to work intersectorally in distal determinants of health. European Healthy Cities, they find, recognize that to make healthier choices easier choices requires appropriate structuring of upstream determinants of health. For example, interventions in the built environment to make active living an easier choice included investment in city sports and exercise facilities, investment in cycling infrastructure and redesignating streets for pedestrians only.

Successive European Healthy Cities evaluations therefore show that local governments are not only embracing intersectoral work through the creation and maintenance of appropriate governance architectures, they are also increasingly deploying resources in terms of operational action to deal with complex problems in dynamic partnerships. The realist synthesis logic calls for the insertion of existing (systematic) evidence

FIG. 3. TWO MODELS FOR INTERSECTORAL GOVERNANCE IN HEALTHY CITIES



into new contextualized research. This research shows that, with the increase in upstream intersectoral governance arrangements, European local governments are addressing social determinants of health more appropriately. This in turn would arguably lead to greater effectiveness and sustainability in dealing with current health challenges.

INTERSECTORALITY AND POLICY

Thinking about intersectoral health policy has evolved over the years. The Ottawa Charter for Health Promotion identified the fact that public policies in virtually every sector may impact – positively or negatively – on health. This recognition led to the charter's call to “Build Healthy Public Policy”, that is, the explicit recognition and attribution of health effects in each element of public policy, whether agriculture, transport, economy, justice, etc. The idea of Healthy Public Policy has evolved into HiAP. There are variations in definition of HiAP (20), but globally there is agreement that they are, “an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the health implications of decisions, seeks synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity. It improves accountability of policy-makers for health impacts at all levels of policy-making. It includes an emphasis on the consequences of public policies on health systems, determinants of health and well-being” (21).

Healthy Cities engage enthusiastically – and beyond mere rhetoric – in the development of health and health equity in all policies (14). Building on a strong foundation in the various political statements on Healthy Cities over the years, most recently in the Athens Declaration (22), local governments work with diverse stakeholders from the public and civil society sectors to develop such policies. In the Athens Declaration, mayors and senior political representatives of cities stated, “In an increasingly urban and interdependent world, we will step up leadership individually and collectively to make our cities healthy, safe, fair, inclusive, resilient and sustainable”. The nearly three decades of Healthy City development are clearly leaving a legacy in that Healthy Cities manage the politics and logistics of interorganizational work effectively. This is clearly dependent on strong yet flexible governance arrangements and demonstrated commitments to the action component of intersectorality (23).

In the evidence on intersectoral policy development and implementation compiled for European Healthy Cities (24), there was an interesting mix between more traditional health approaches, such as a programme on active living in Izhevsk, Russian Federation, and initiatives where the health sector has more peripheral ownership, such as a programme on sustainability in Amaroussion, Greece. Details are provided elsewhere (25). This is precisely the message for effective HiAP development – that the health sector has the capacity to share, redistribute and even disavow ownership of policy initiatives beyond its traditional remit. Healthy Cities show that such actions do not compromise but strengthen the integrity of health sector policy-making capacity.

LESSONS LEARNED

European Healthy Cities have made demonstrable progress in intersectoral action, policy and governance throughout the phases of the last decades. This progress can be attributed to strong yet flexible guidance from WHO and also from within the networks of Healthy Cities. This is a finding from earlier European Healthy City evaluations, e.g. in phase II for city networks (25) and for phase IV on epistemic communities (14). Flexibility in the architecture and terms of reference of, for instance, ISCs and Healthy City Coordination Offices has allowed progress in highly diverse contexts across Europe. Considering the existing evidence on horizontal and vertical policy diffusion (6), this innovation should spread through networks of local governments and “trickle up” to regional and national governments.

Further monitoring and research is required to track these developments and innovations still require rigorous assessment. HiAP development and implementation, locally, nationally and globally, needs to be supported by a strong conceptual foundation and appropriate methodologies (26). The work to date, however, indicates that intersectoral action, policy and governance are possible and effective and affect global health. European Healthy Cities, and the work of the the WHO Regional Office for Europe in guiding their development, are a long-term evidence-generation programmes that continue to show that the challenges and limitations to intersectoral work can be overcome.

Acknowledgements: I stand on the shoulders of many giants in authoring this paper, notably the collaborators in phase IV and phase V evaluations who are listed as co-authors in (11).

Sources of funding: Healthy Cities Evaluations have been supported financially by the WHO Regional Office for Europe and in-kind contributions from academic institutions and individuals across the world as per the affiliations in (11).

Conflicts of interest: None declared.

Disclaimer: The author alone is 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. de Leeuw E. Global and local (glocal) health: the WHO healthy cities programme. *Glob Change Hum Health*. 2001;2(1):34–45. doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1011991014805.
2. Declaration of Alma-Ata, 1978 [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>, accessed 27 July 2015).
3. The partnerships analysis tool: for partners in health promotion [website]. Melbourne: VicHealth; 2011 (<https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/the-partnerships-analysis-tool>, accessed 27 July 2015).
4. Hudson B, Hardy B. What is a 'successful' partnership and how can it be measured? In: Glendinning C, Powell M, Rummery K, editors. *Partnerships, New Labour and the governance of welfare*. Bristol: Policy Press; 2002:51–65.
5. Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. *Social determinants of health discussion paper 1*. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500876_eng.pdf, accessed 27 July 2015).
6. Shipan CR, Volden C. The mechanisms of policy diffusion. *Am J Pol Sci*. 2008;52(4):840–57. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5907.2008.00346.x.
7. de Leeuw E, Polman L. Health policy making: the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 1995;40(3):331–38. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)E0094-9.
8. Etzioni A. Mixed-scanning: a 'third' approach to decision-making. *Public Adm Rev*. 1967;27(5):385–92. doi:http://dx.doi.org/10.2307/973394.
9. Etzioni A. Mixed scanning revisited. *Public Adm Rev*. 1986;46(1):8–14. doi:http://dx.doi.org/10.2307/975437.
10. de Leeuw E, Green G, Dyakova M, Spanswick L, Palmer N. European Healthy Cities evaluation: conceptual framework and methodology. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i8–i17. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav036.
11. de Leeuw E, Green G, Tsouros A, Dyakova M, Farrington J, Faskunger J et al. Healthy Cities Phase V evaluation: further synthesizing realism. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i118–24. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav047.
12. de Leeuw, E, Tsouros A, Green G, editors. *Intersectoral Governance for Health and Equity in European Cities – Healthy Cities in Europe*. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i1–i125 (http://heapro.oxfordjournals.org/content/30/suppl_1.toc, accessed 31 July 2015).
13. Commission on Global Governance. *Our global neighbourhood: the report*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
14. Heritage Z, Green G. European national healthy city networks: the impact of an elite epistemic community. *J Urban Health*. 2013;90(Suppl 1):154–66. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11524-012-9777-4.
15. Lipp A, Winters T, de Leeuw E. Evaluation of partnership working in cities in phase IV of the WHO Healthy Cities Network. *J Urban Health*. 2013;90(Suppl 1):37–51. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s11524-011-9647-5.
16. Hill M, Hupe P. Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy. *Policy Polit*. 2006;34(3):557–73. doi:http://dx.doi.org/10.1332/030557306777695280.
17. Tsouros AD. The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans. *Health Promot Int*. 1995;10(2):133–41.
18. Kirk SF, Penney TL, McHugh TL. Characterizing the obesogenic environment: the state of the evidence with directions for future research. *Obes Rev*. 2010;11(2):109–17. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00611.x.
19. Farrington J, Faskunger J, Mackiewicz K. Evaluation of risk factor reduction in a European City Network. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i86–i98. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav038.
20. de Leeuw E. *Health in All Policies: from the global to the local*. Washington (DC): Pan American Health Organization; in press.
21. Tang KC, Ståhl T, Bettcher D, De Leeuw E. The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in all policies: from rhetoric to action. *Health Promot Int*.

- 2014; 29(Suppl 1):i1–i8. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dau051>.
22. Tsouros AD. Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. *Health Promot Int.* 2015;30(Suppl1):i3–i7. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav046>.
23. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones CM. Health in All Policies, the social determinants of health and governance. In: McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M. *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf, accessed 28 July 2015).
24. de Leeuw, E, Green, G, Spanswick, L, Palmer N. Policymaking in European healthy cities. *Health Promot Int.* 2015;30(Suppl1):i18–i31. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav035>.
25. Capello R. The city network paradigm: measuring urban network externalities. *Urban Stud.* 2000;37(11):1925–45. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713707232>.
26. de Leeuw E, Peters D. Nine questions to guide development and implementation of health in all policies. *Health Promot Int.* In press. doi:10.1093/heapro/dau034.

Политика и практика

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ, ПОЛИТИКА И СТРАТЕГИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО В ЗДОРОВЫХ ГОРОДАХ ЕВРОПЫ

Evelyne de Leeuw^{1,2}

¹ Центр обучения, исследований и оценки по вопросам справедливости в отношении здоровья SHETRE, Университет Нового Южного Уэльса, Институт Ингама, Австралия

² Glocal Health Consultants, Джилонг, Австралия

Автор, отвечающий за переписку: Evelyne de Leeuw (адрес электронной почты: evelyne@glocalhealthconsultants.com)

АННОТАЦИЯ

В течение трех последних десятилетий Европейская сеть ВОЗ «Здоровые города» действовала в соответствии с принципами межсекторальных действий, политики и управления. В настоящей статье представлен обзор научных данных, который, в свою очередь, контекстуально основан на кратком обзоре межсекторальных действий и соответствующих связанных

с ними концепций. Оценки пяти пятилетних фаз реализации программы «Здоровые города Европы» показали, что в данный момент правительства стран все увереннее и эффективнее руководят межсекторальными действиями, межсекторальной политикой и межсекторальным управлением. Основываясь на результатах исследований, поступивших в информационные сети,

и на инновационных способах распространения политических решений, т.е. на «диффузии политики», автор статьи приходит к выводу о том, что программа «Здоровые города» может оказать воздействие на местные органы власти, а также на правительственные органы более высокого уровня с целью принятия эффективных принципов межсекторальной работы.

Ключевые слова: ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА, УПРАВЛЕНИЕ, ПОЛИТИКА, МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ, РАВЕНСТВО

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Программа «Здоровые города Европы», проводимая Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с 1986 года, является примером инноваций в области взаимодействия глобальной и местной политики, и, следовательно, примером настоящего здравоохранения на глобальном и местном уровне (1). С самого начала в программе «Здоровые города Европы» использовались инновационные политики и практики в таких областях, как подготовка медико-санитарных данных, местных планов здравоохранения, управление и перспективы межсекторальной деятельности. Сети «Здоровых городов» были успешно учреждены по

всему миру, и более 10 000 местных органов власти идентифицируют свои города как «Здоровые города» (1). Однако строгие протоколы целевого назначения и аккредитации применялись только в Европейском регионе ВОЗ.

В Европе в данный момент проходит шестая пятилетняя фаза программы «Здоровые города». В ходе оценки каждой из пяти предыдущих фаз рассматривались не только межсекторальные действия, но также такие области, как здоровое городское планирование, участие и расширение прав и возможностей. В настоящей статье представлены научные данные, полученные в ходе этих оценок, об эффективности межсекторальных действий, политики и управления.

КОНТЕКСТ

С самого начала программы для получения права называться «Здоровым городом» требовалось создание руководящего комитета для контроля местных инициатив в области развития здравоохранения. Это условие отражало более широкое признание межсекторальных перспектив как основного направления политики в области здравоохранения. В течение последних четырех десятилетий появилось несколько терминов для описания совместной работы в целях улучшения здравоохранения, таких как межсекторальные и многосекторальные действия; «Здоровая государственная политика» и обеспечение здоровья во всех областях политики (HiAP); а также различные формы управления.

В Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи 1978 г. (2) впервые была официально закреплена острая необходимость в межсекторальных подходах к здравоохранению. Несмотря на то что мировое сообщество в сфере здравоохранения выразило твердую приверженность и поддержку этой декларации, в результате этой поддержки необязательно появлялись фактические данные, свидетельствующие об эффективности межсекторальных подходов в политике, управлении и действиях. Вероятно, «громкие слова и большие амбиции» на самом деле препятствовали простым – межсекторальным – задачам общественного здравоохранения: предотвратить заболевание, продлить жизнь, содействовать укреплению здоровья и сократить разрыв в равном доступе к услугам сферы здравоохранения. В то же время научные знания о межсекторальности еще недостаточно выкристаллизовались в единую согласованную концептуальную основу. Некоторые рассматривают взаимное вовлечение по шкале «создание сетей – координация – взаимодействие – сотрудничество» (3), другие по шкале «изоляция – знакомство – коммуникация – сотрудничество – интеграция» (4). Агентства, отдельные лица, группы и сообщества могут собраться вместе для совместной работы над проблемами здоровья или детерминантами здоровья, но это не всегда означает, что эти действия обусловлены политикой или могут привести к принятию политики.

Исследование, проведенное ВОЗ для выпуска окончательного отчета Комиссии по социальным детерминантам здоровья, показало, что межсекторальные действия в сфере здравоохранения оказались самой слабой из стратегий, которые ассоциируются

с программой «Здоровье для всех» (5). Были отмечены следующие проблемы: вертикальное разделение органов власти; интегрированные программы рассматривались как угроза внутриотраслевым бюджетам, доступу к донорам и функциональной автономии; слабая позиция секторов здравоохранения и окружающей среды во многих правительствах; недостаток экономических поощрений для поддержки комплексных инициатив; государственные приоритеты зачастую определялись с точки зрения политической целесообразности, а не рационального анализа (5). В обзоре было отмечено, что межсекторальные действия в сфере здравоохранения провалились именно потому, что многие страны пытались осуществить межсекторальные действия в сфере здравоохранения независимо от взаимодействующих социальных и политических факторов (5). Дополнительные сложности были вызваны тем, что лица, ответственные за принятие решений в других секторах, жаловались на то, что эксперты в сфере здравоохранения зачастую не могли предоставить количественные фактические данные о специфических видах деятельности, оказывающих воздействие на здоровье, не относящиеся к сфере здравоохранения, в частности, касающихся жилья, транспорта, образования, политики в сфере питания или промышленной политики. Сохранялась глубокая методологическая неопределенность по поводу способа измерения социальных условий и процессов и точной оценки их влияния на здоровье. Проблема осложнялась как закономерной сложностью таких процессов, так и частыми задержками во времени между внедрением социальной политики и наблюдениями за ее влиянием на здоровье населения (5).

Результаты некоторых исследований указывают на то, что достижение политических инноваций, которые необходимы для внедрения системных и устойчивых межсекторальных перспектив в обществе, не может быть осуществлено на национальном уровне или только на одном этом уровне. Исследователи «диффузии политики» (6) утверждают, что местные органы власти проводят политические инновации и рассредоточивают ранее существующую политику: горизонтально для других местных органов власти и вертикально для региональных и национальных органов власти. Например, в 1980-х годах в Нидерландах разработка Политики общественно-го здравоохранения на национальном уровне потерпела провал, но оказалась эффективной на местном уровне (7). Однако глобальные обязательства, такие

как Киотский протокол и Рамочная конвенция Организации Объединенных Наций об изменении климата или Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, можно рассматривать как ключевые ориентиры для развития новых типов политики. И протокол, и рамочная конвенция получили большую поддержку со стороны местных органов власти, но по большей части только риторическую поддержку на национальном уровне; для достижения целей необходима поддержка на обоих уровнях. Политические инновации не принимают по принципу «снизу вверх» или «сверху вниз», решения о политических инновациях необходимо принимать в процессе «смешанного сканирования» (8, 9), в ходе которого системы дополнительных и двусторонних принципов сдержек и противовесов между уровнями управления создают возможности для изменений.

ПОДХОД

Одновременно с тем, как развивалась программа «Здоровые города Европы», развивались и методологии исследований, используемых для оценки фаз программы (10). Для оценки фазы V программы «Здоровые города» (2009–2013 гг.) был использован метод реалистического синтеза и оценки (10, 11). Реалистический обзор был разработан как стратегия для синтеза научных данных и направлен на разъяснение причин, по которым вмешательства будут эффективными или неэффективными, в каком контексте, каким образом и в каких условиях это будет происходить. Подход отличается от традиционных систематических обзоров, которые могут предоставить научные данные о том, что некоторые вмешательства будут эффективно работать, но не данные об условиях, необходимых для этого.

В реалистическом синтезе однозначно признается важность уникального местного контекста и происходит интеграция существующих научных данных о конкретном феномене в логику программы как для исследований, так и для практических действий (10). В ходе оценки фазы V был использован ряд инструментов исследований, в том числе структурированный подход к множественным тематическим исследованиям, комплексная анкета по общей оценке; извлечение информации из существующих баз данных и анализ использованных инструментов для выработки управленческой информации. На рисунке 1 проиллюстрирована логика програм-

мы оценки фазы V и описаны стадии и связи между элементами процесса работы программы «Здоровые города Европы», а также показано, в какой степени это освещено в полученных научных данных. Что немаловажно, целью реалистического синтеза является не только описание и объяснение *наличия или отсутствия* чего-либо (например, лидерства в области здравоохранения, особых программ или политик в сфере укрепления здоровья, мер в связи с детерминантами здоровья или изменения образа жизни), но также разъяснение *причин* такого отсутствия или наличия. Таким образом, в реалистическом обзоре фазы V были детально исследованы процессы, представленные стрелками на рисунке 1, временная динамика и логика программ. Полные отчеты анализа были опубликованы в разных изданиях (12); в настоящей статье обобщаются появляющиеся фактические данные о межсекторальных перспективах в сфере здравоохранения в рамках программы «Здоровые города Европы».

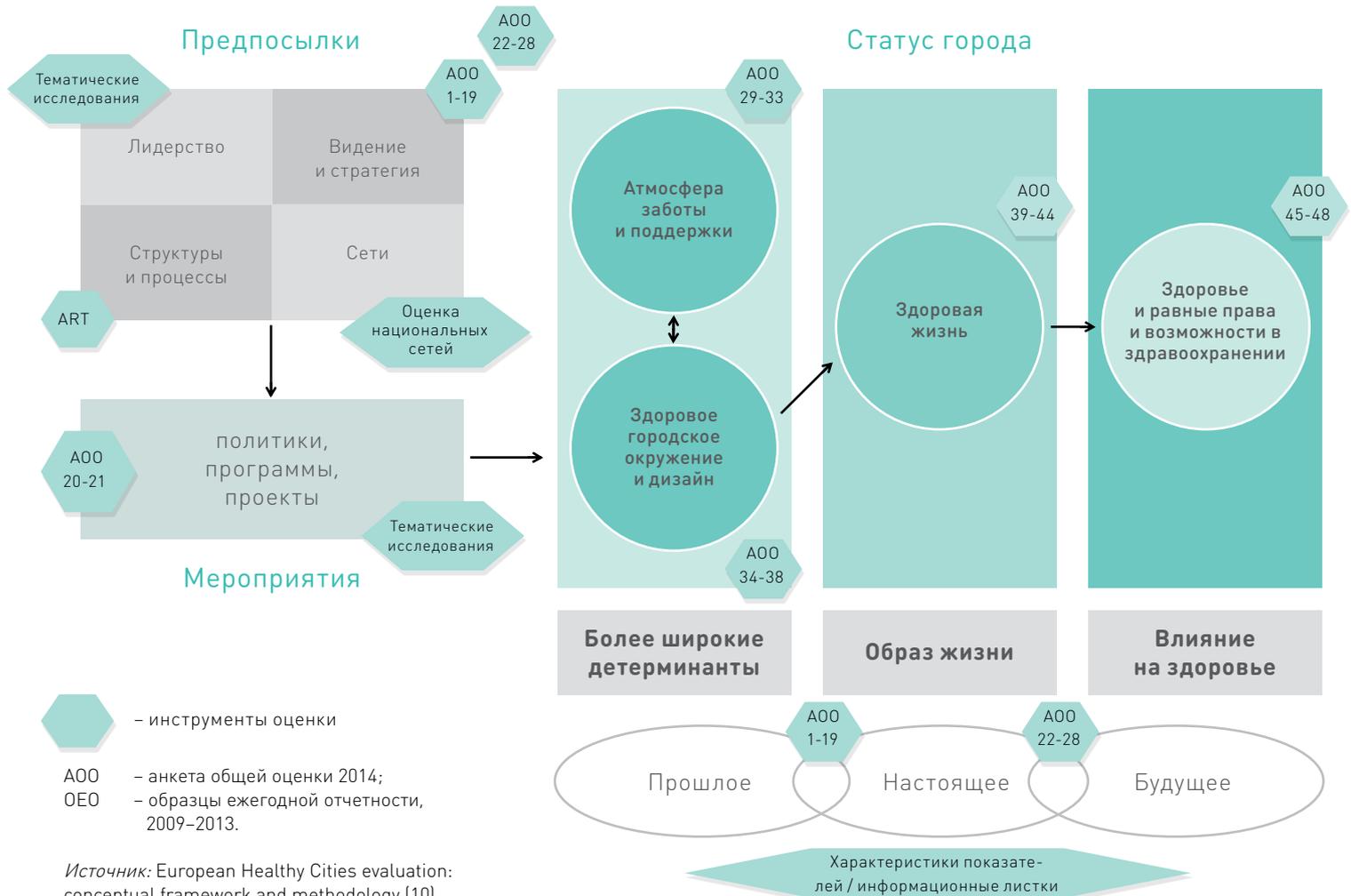
НАБЛЮДЕНИЯ

Единый принцип «межсекторальности» в рамках проекта «Здоровые города» включает три основных концепции – межсекторальное управление, межсекторальную деятельность и межсекторальную политику. Эти концепции отчасти возникли и были проверены в ходе практической реализации движения «Здоровые города» и продолжают оставаться актуальными в деле развития здоровых городов в Европе.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОСТЬ И УПРАВЛЕНИЕ

Межсекторальное управление можно определить как «сумму способов, с помощью которых отдельные лица и учреждения, государственные и частные, управляют связями между их общими делами. Это постоянный процесс, в рамках которого конфликтующие или разные интересы могут быть согласованы, а для решения вопросов могут быть предприняты совместные действия. Он включает предоставление прав официальным учреждениям и режимам для принудительного обеспечения соблюдения правил, а также неофициальные договоренности, либо достигнутые между людьми или учреждениями, либо, по их мнению, служащие их интересам» (13). С самых ранних этапов программы приверженность межсекторальному управлению была одним из критериев «здорового европейского города». Начиная с фазы II

РИСУНОК 1. ЛОГИКА ПРОГРАММЫ: ОЦЕНКА ФАЗЫ V ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА»



Источник: European Healthy Cities evaluation: conceptual framework and methodology (10), с разрешения авторов.

и далее города должны были предоставлять информацию о том, что они создали межсекторальные руководящие комитеты (МРК) для обеспечения контроля над разработкой политики и мероприятий. (14, 15). Каких-либо особых требований к структуре или составу таких МРК не выдвигается, поскольку их создание обусловлено уникальными местными условиями и требованиями. Для того чтобы выяснить, оправдались ли надежды городов добиться чего-то большего, чем предполагалось их обязательствами, изложенными в официальной заявке, используются шаблонные годовые отчеты. Практически все члены сети указали, что создали МРК, хотя частота заседаний этого органа была различной. В некоторых городах такие заседания проводились лишь раз в год, в других – более регулярно, иногда каждый месяц. В тех городах, где МРК проводил заседания раз в год, роль этого органа была скорее

системообразующей и регуляторной, т. е. заключалась в стимулировании и одобрении разработки политики и мониторинге результатов межсекторального взаимодействия, в то время как МРК, которые проводили встречи более регулярно, обычно принимали непосредственное участие в оперативных аспектах развития партнерств, например в выделении ресурсов и непосредственном руководстве рабочими отношениями.

Важны как стратегические, так и оперативные аспекты межсекторального управления: они более широки и применимы ко всем политическим решениям. Описывая свою структуру многосоставного управления, Hill & Hure (16) определяют эти разные измерения управления как взаимодополняющие требования к эффективной и прозрачной разработке и реализации политики (рис. 2). Межсекторальное

управление находится где-то посередине и представляет собой структуру, в которой скрытые и явные правила на системном уровне («институциональная структура» на рисунке 2) прямо указывают на то, каким образом участники процесса сотрудничества управляют своими контактами (рис. 2). Поскольку программа «Здоровые города Европы» заведомо рассматривалась как естественная лаборатория для изучения политических инноваций в сфере здравоохранения (17), то по прошествии некоторого времени стало понятно, что некоторые конкретные сферы полномочий МРК так и не были четко прописаны. Благодаря этой гибкости возникли разные типы управления и развивались разные практические подходы, в рамках которых проходила проверка и тестирование этих разных уровней и типов управления и устанавливалась их взаимосвязь.

Что касается реальной структуры, определяющей межсекторальное управление в рамках программы «Здоровые города», то все выбранные города обязаны иметь координационный центр. По аналогии с гибким подходом к определению сферы полномочий МРК Всемирная организация здравоохранения не определила конкретные ожидания в связи с местом этого центра в организационной структуре. До сих пор ведутся споры о том, должен ли этот координационный орган иметь прямое отношение к исполнительному комитету местных органов вла-

сти, например представлять собой штатный отдел в управлении мэра города (рис. 3, модель А), или быть линейным подразделением на относительно высоком иерархическом уровне, способным координировать деятельность в правительстве (рис. 3, модель В). Обе модели могут служить конкретным целям в зависимости от характеристик и зрелости «здорового города». В ходе оценки фазы V был выявлен еще один тип структуры управления, в соответствии с которой «здоровые города» проводят все более интегрированную работу и передают ответственность за межсекторальную деятельность в сфере здравоохранения как правительственным органам, так и гражданскому обществу (9).

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ

Межсекторальные действия предполагают вовлечение соответствующих секторов, работающих как в сфере государственной политики, так и вне ее, в осуществление мероприятий, программ и проектов, имеющих многоаспектный характер. Например, проблема ожирения связана с выбором образа жизни, но ее также необходимо решать путем структурных вмешательств для изменения условий, приводящих к развитию ожирения (18), например, в сфере общественного транспорта, безопасности продуктов питания и развития сообществ. В идеале для этого необходимо создание политического и управленческого контекста, основанного

РИСУНОК 2. СТРУКТУРА МНОГОСОСТАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ



Источник: Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy (17), с разрешения авторов.

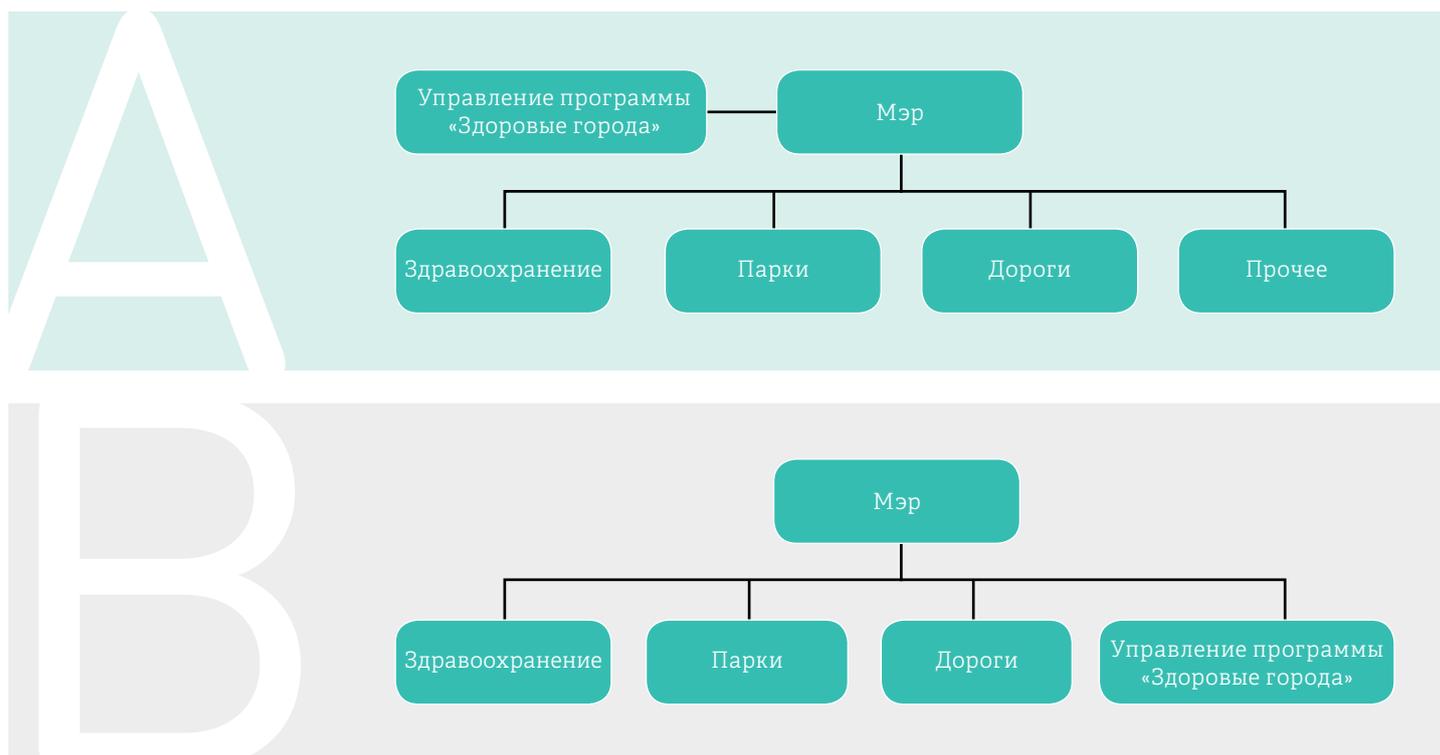
на принципах HiAP (учет интересов здоровья во всех сферах политики), описанных ниже, а также важно, чтобы заинтересованные стороны из разных секторов эффективно сотрудничали между собой.

Lipp, Winters и de Leeuw (16) отмечают, что в период с фазы II до фазы IV программы «Здоровые города Европы» межсекторальная деятельность расширилась и усилилась. Например, в 31 городе, участвующем в фазах III и IV, расширились масштабы партнерств, работающих во всех исследуемых секторах: медицинские услуги, социальные услуги, образование, городское планирование, движение волонтеров, защита окружающей среды, транспорт и экономическое развитие. Farrington, Faskunger и Mackiewicz (19) отмечают, что в ходе реализации фазы V в процессе решения вопросов профилактики неинфекционных заболеваний «Здоровые города» совершенно очевидно проводили согласованную межсекторальную работу и по решению второстепенных детерминант здоровья. Авторы обнаружили, что «Здоровые города Европы» признают, что для облегчения принятия решений о здоровом образе жизни необходимо соответствующее структурирование первоочередных детерминант здоровья.

Например, вмешательства в сложившуюся среду, чтобы облегчить выбор в пользу активной жизни, включали инвестиции в развитие городских спортивных сооружений и тренажерных залов, в инфраструктуру вторичной переработки отходов и создание пешеходных зон.

Таким образом, последующие оценки программы «Здоровые города Европы» показывают, что местные органы власти не только принимают идею межсекторальной работы путем создания и поддержания соответствующих правительственных структур, но и все чаще выделяют ресурсы на оперативную деятельность для решения комплексных проблем в динамичном партнерстве. Логика реалистичного синтеза предполагает включение существующих (систематических) данных в новые контекстуализированные исследования. Настоящее исследование подтверждает, что с ростом межсекторального управления на высшем уровне местные органы власти в странах Европы более успешно решают проблемы социальных детерминант здоровья. В свою очередь, это, вероятно, приведет к повышению эффективности и устойчивости в процессе решения сегодняшних проблем здравоохранения.

РИСУНОК 3. ДВЕ МОДЕЛИ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ В ЗДОРОВЫХ ГОРОДАХ



МЕЖСЕКТОРАЛЬНОСТЬ И ПОЛИТИКА

Представления о межсекторальной политике в сфере здравоохранения развивались в течение многих лет. В Оттавской хартии по укреплению здоровья был отмечен тот факт, что государственная политика практически в каждом секторе может повлиять – положительно или отрицательно – на здоровье. Признание этого факта в хартии вылилось в призыв «Проводить государственную политику, учитывающую интересы здоровья», были полностью признаны и учтены последствия всех компонентов государственной политики – будь то сельское хозяйство, транспорт, экономика, юстиция и т.д. – для здоровья. Идея «государственной политики с учетом интересов здоровья» эволюционировала в HiAP. Существует несколько вариантов определения HiAP (20), но на международном уровне было согласовано, что это «такой подход к государственной политике во всех секторах, который систематически учитывает воздействия политических решений на здоровье и системы здравоохранения, содействует сотрудничеству и взаимодействию, а также предотвращению вредных воздействий на здоровье с целью укрепления здоровья населения и обеспечения справедливости в отношении здоровья. Он направлен на повышение ответственности политических деятелей за воздействие на здоровье населения на всех уровнях принятия политических решений. Он подчеркивает последствия влияния государственной политики на системы здравоохранения, детерминанты здоровья и благополучие людей» (21).

«Здоровые города» с энтузиазмом участвуют – и не просто на словах – в разработке политики здравоохранения и политики «Справедливость в отношении здоровья во всех секторах» (14). Используя надежные основы, заложенные различными политическими заявлениями в рамках программы «Здоровые города» за многие годы, в том числе положения недавней Афинской декларации (22), местные органы власти работают с самыми разными заинтересованными сторонами из государственного сектора и гражданского общества для разработки таких политик. В Афинской декларации мэры и политические представители городов заявили: «В мире, который становится все более урбанизированным и взаимозависимым, мы обязуемся обеспечить личное и коллективное лидерство, чтобы наши города стали здоровыми, безопасными, справедливыми, инклюзивными, жизнеспособными и устойчивыми». Почти

три десятилетия реализации программы «Здоровые города» совершенно очевидно оставили наследие, помогающее этой программе эффективно руководить политикой и логистикой межорганизационной работы. Это полностью зависит от наличия сильных и в то же время гибких механизмов управления и действительной приверженности межсекторальному компоненту действий (23).

Среди фактических данных о разработке и реализации межсекторальной политики в рамках программы «Здоровые города» (24) была замечена интересная взаимосвязь между традиционными подходами к здравоохранению, такими как программа по пропаганде активного образа жизни в Ижевске, Российская Федерация, и инициативами, в которых сектор здравоохранения принимал опосредованное участие, такими как программа обеспечения устойчивости в г. Амаруссион, Греция. Детальное описание можно найти в самых разных источниках (25). Это и является четким посылом для эффективной разработки HiAP – сектор здравоохранения имеет потенциал для совместной разработки, перераспределения полномочий или даже отказа от «права собственности» на политические инициативы, выходящие за рамки его традиционных полномочий. Программа «Здоровые города» демонстрирует, что такие действия не мешают, а наоборот усиливают прочность потенциала сектора здравоохранения по выработке политики.

ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Программа «Здоровые города Европы» достигла заметного прогресса в межсекторальных действиях, политике и управлении на всех фазах реализации за последние десятилетия. Этот прогресс можно отнести на счет сильного, но гибкого руководства со стороны ВОЗ и сети «Здоровых городов». Это было обнаружено в ходе предыдущих оценок программы «Здоровые города Европы», например в ходе фазы II, когда оценивались сети городов (25), и фазы IV, когда изучались эпистемические сообщества (14). Гибкость структуры и сферы полномочий, например МРК и Координационных центров программы «Здоровые города» позволили добиться прогресса в сильно различающихся условиях в странах Европы. Учитывая существующие данные о горизонтальной и вертикальной диффузии политики (6), этот нова-

торский подход следует распространять через сети местных органов власти и продвигать на уровень региональных и национальных правительств.

Необходимы дальнейшие исследования и мониторинг для отслеживания этих событий, а инновации все еще нуждаются в тщательной оценке. Развитие и реализация принципов HiAP на местном, национальном и международном уровнях необходимо поддерживать с помощью разработки мощных концептуальных основ и соответствующей методологии (26). Однако работа, проделанная на сегодняшний день, позволяет сделать вывод о том, что межсекторальные действия, политика и управление возможны, эффективны и влияют на обеспечение здоровья на глобальном и местном уровне. Программа «Здоровые города Европы» и работа Европейского регионального бюро ВОЗ по руководству их развитием – это долгосрочные программы, позволяющие получить информацию, которые демонстрируют, что проблемы и ограничения межсекторальной деятельности можно преодолеть.

Выражение признательности: готовя эту статью, я «стояла на плечах гигантов» и особенно благодарна специалистам, в сотрудничестве с которыми проводились оценки фазы IV и фазы V, указанным в качестве соавторов в пункте (11).

Источники финансирования: финансовую поддержку для проведения оценки программы «Здоровые города» оказало Европейское региональное бюро ВОЗ, а помощь в материальной форме оказали научные институты и отдельные лица из разных стран мира, места работы которых указаны в пункте (11).

Конфликт интересов: не указан.

Отказ от ответственности: автор несет самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ

- de Leeuw E. Global and local (glocal) health: the WHO healthy cities programme. *Glob Change Hum Health*. 2001;2(1):34–45. doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1011991014805.
- Алма-Атинская декларация, 1978 г. [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>, по состоянию на 27 июля 2015 г.).
- The partnerships analysis tool: for partners in health promotion [website]. Melbourne: VicHealth; 2011 (<https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/the-partnerships-analysis-tool>, accessed 27 July 2015).
- Hudson B, Hardy B. What is a 'successful' partnership and how can it be measured? In: Glendinning C, Powell M, Rummery K, editors. *Partnerships, New Labour and the governance of welfare*. Bristol: Policy Press; 2002:51–65.
- Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. *Social determinants of health discussion paper 1*. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500876_eng.pdf, accessed 27 July 2015).
- Shipan CR, Volden C. The mechanisms of policy diffusion. *Am J Pol Sci*. 2008;52(4):840–57. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5907.2008.00346.x.
- de Leeuw E, Polman L. Health policy making: the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 1995;40(3):331–38. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)E0094-9.
- Etzioni A. Mixed-scanning: a 'third' approach to decision-making. *Public Adm Rev*. 1967;27(5):385–92. doi:http://dx.doi.org/10.2307/973394.
- Etzioni A. Mixed scanning revisited. *Public Adm Rev*. 1986;46(1):8–14. doi:http://dx.doi.org/10.2307/975437.
- de Leeuw E, Green G, Dyakova M, Spanswick L, Palmer N. European Healthy Cities evaluation: conceptual framework and methodology. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i8–i17. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav036.
- de Leeuw E, Green G, Tsouros A, Dyakova M, Farrington J, Faskunger J et al. Healthy Cities Phase V evaluation: further synthesizing realism. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i118–24. doi:http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav047.
- de Leeuw E, Tsouros A, Green G, editors. *Intersectoral Governance for Health and Equity in European Cities – Healthy Cities in Europe*. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl1):i1–i125 (http://heapro.oxfordjournals.org/content/30/suppl_1.toc, accessed 31 July 2015).
- Commission on Global Governance. *Our global neighbourhood: the report*. Oxford: Oxford University Press; 1995.
- Heritage Z, Green G. *European national healthy city networks: the impact of an elite epistemic community*.

- J Urban Health. 2013;90 (Suppl 1):154–66. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11524-012-9777-4>.
15. Lipp A, Winters T, de Leeuw E. Evaluation of partnership working in cities in phase IV of the WHO Healthy Cities Network. *J Urban Health*. 2013;90(Suppl 1):37–51. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11524-011-9647-5>.
 16. Hill M, Hupe P. Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy. *Policy Polit*. 2006;34(3):557–73. doi:<http://dx.doi.org/10.1332/030557306777695280>.
 17. Tsouros AD. The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans. *Health Promot Int*. 1995;10(2):133–41.
 18. Kirk SF, Penney TL, McHugh TL. Characterizing the obesogenic environment: the state of the evidence with directions for future research. *Obes Rev*. 2010;11(2):109–17. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00611.x>.
 19. Farrington J, Faskunger J, Mackiewicz K. Evaluation of risk factor reduction in a European City Network. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 1):i86–i98. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav038>.
 20. de Leeuw E. Health in All Policies: from the global to the local. Washington (DC): Pan American Health Organization; in press.
 21. Tang KC, Ståhl T, Bettcher D, De Leeuw E. The Eighth Global Conference on Health Promotion: Health in all policies: from rhetoric to action. *Health Promot Int*. 2014; 29(Suppl 1):i1–i8. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dau051>.
 22. Tsouros AD. Twenty-seven years of the WHO European Healthy Cities movement: a sustainable movement for change and innovation at the local level. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 1):i3–i7. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav046>.
 23. McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones CM. Health in All Policies, the social determinants of health and governance. In: McQueen D, Wismar M, Lin V, Jones CM, Davies M. *Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf, accessed 28 July 2015).
 24. de Leeuw, E, Green, G, Spanswick, L, Palmer N. Policymaking in European healthy cities. *Health Promot Int*. 2015;30(Suppl 1):i18–i31. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav035>.
 25. Capello R. The city network paradigm: measuring urban network externalities. *Urban Stud*. 2000;37(11):1925–45. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713707232>.
 26. de Leeuw E, Peters D. Nine questions to guide development and implementation of health in all policies. *Health Promot Int*. In press. doi:10.1093/heapro/dau034.

Policy and practice

INTERSECTORAL ACTION TO IMPROVE ROAD SAFETY IN TWO REGIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION

Viktor Kondratiev,¹ Vitaliy Shikin,² Vladimir Grishin,³ Sergey Orlov,⁴ Vladimir Klyavin,⁵ Elena Yurasova,⁶ Dinesh Sethi,⁷ Margaret Peden,⁸ Shivam Gupta,⁹ Luigi Migliorini⁶

¹ Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

² Lipetsk Regional Administration, Lipetsk, Russian Federation

³ Ivanovo Regional Duma, Ivanovo, Russian Federation

⁴ Research Centre ROMIR Lipetsk, Russian Federation

⁵ Lipetsk State Technical University, Russian Federation

⁶ World Health Organization Country Office, Moscow, Russian Federation

⁷ World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

⁸ World Health Organization, Geneva, Switzerland

⁹ Johns Hopkins University, Baltimore, United States of America

Corresponding author: Dinesh Sethi (email: Din@euro.who.int)

ABSTRACT

We report on an intersectoral road safety project implemented in two Russian regions between 2010 and 2014. It comprised social marketing coupled with enhanced enforcement of safe behaviours. It resulted in an increase in the use of seat belts and child car restraints by 25–41 and 33–69 percentage points, respectively, and reduced speeding by 8–17 percentage points. This project demonstrated how investing in collaboration between the transport, justice/interior and health sectors at both the national and regional levels was essential to achieving the outcomes of the project. We discuss the other lessons learnt and next steps for national implementation.

Keywords: ROAD TRAFFIC INJURY, INTERSECTORAL COLLABORATION, PROGRAMME EVALUATION, PUBLIC POLICY, PROJECT IMPLEMENTATION

BACKGROUND

The *World report on road traffic injury prevention* highlights road traffic injury as an important global public health problem. Every year, 1.2 million people are killed and around 50 million are injured (1). In the European Region, 92 000 people were reported to have died in 2010 from road traffic injury, which is the leading cause of death in children and young people aged 5–29 years (2). The *World report* proposed multisectoral and evidence-based prevention to reduce this burden, much of which is borne by low- and middle-income countries (1). World Health Assembly resolution WHA57.10 on road safety and health called

on Member States to implement the recommendations of the *World report* (3). The momentum for the policy was built up when the United Nations (UN) General Assembly requested the Russian Federation to host the First Global Ministerial Conference on Road Safety in 2009 through resolution 62/244 in 2008 (4). At this meeting, the Moscow Declaration was adopted, calling for the Decade of Action for Road Safety 2011–2020. This was later endorsed by UN General Assembly resolution 64/255 in 2010 (5). The aim of the Decade of Action is to reverse the increasing trend in road-traffic crash deaths, particularly in low- and middle-income countries. It calls for coordinated action across different sectors and across society to reduce the large burden from road crashes. Such an approach is also

underpinned by Health 2020: the European policy for health and well-being (6). Among the measures proposed by the Decade of Action are improving road user behaviour through the enactment of laws for wearing of helmets, use of child car restraints and seat belts, and limits on speed and drink driving, and enforcement of these.

As part of the response to this burden, a consortium of partners, including the World Health Organization (WHO), was funded to implement good road safety practices in 10 low- or middle-income countries with the support of Bloomberg Philanthropies. WHO launched a five-year project in 2010, including in the Russian Federation (7). Road safety is a political priority in the Russian Federation and, in 2010, road crashes were reported to have caused the premature deaths of 26 567 people (2,8). We report on the achievements and lessons learnt from implementing the project through intersectoral collaboration in the Russian Federation between 2010 and 2014.

LOCAL CONTEXT

National partners in the Russian Federation were approached to obtain their commitment to the project. These comprised high officials of the Ministry of Health, which leads in providing post-crash care, the Ministry of Transport, which leads on transport policy and road infrastructure, and the Ministry of Internal Affairs, which has the lead responsibility for road safety. The project methodology required implementation in two regions. Lipetsk and Ivanovo regions were selected after consultation with the Ministry of Internal Affairs and the local governments. Both regions fulfilled the following inclusion criteria: high levels of road traffic deaths, local concern about road safety, a pledge of commitment to the project objectives signed by the governor of the region, strong commitment from the regional administration, road traffic police and health departments, enthusiastic academic partners, and ease of accessibility from Moscow for project implementation and monitoring. The Ministry of Interior, in consultation with partners, advised on seat-belt use for car occupants and speeding as the risk factors for modification by the project; use of child car restraints was subsequently introduced in November 2013. These were selected because they cause a significant burden and because

their modification is achievable, acceptable and sustainable (1,5). The inclusion of drink driving as a risk factor was debated but rejected on contextual and pragmatic grounds. In keeping with the rationale of the project, successful implementation of the tools and knowledge developed in the pilot regions would lead to their more widespread/national application.

National, regional and international partners worked collectively to achieve the project goals. The Global Road Safety Partnership worked with local partners to strengthen the capacity of regional traffic police. The Johns Hopkins University International Research Trauma Unit worked with Ivanovo State Polytechnic University and Lipetsk State Technical University to monitor and evaluate the interventions (7). WHO took the lead in developing social marketing campaigns, which were aligned with enhanced enforcement.

APPROACH

The goal of the road safety project in the Russian Federation was to improve road safety in the two pilot regions by: (i) increasing seat-belt use by vehicle occupants in both the front and rear seats; (ii) decreasing the proportion of cars that exceeded the speed limit on urban and interurban roads and highways; and (iii) increasing the use of child car restraints. These required a combination of several actions – implementing international best practices in safety standards after reviewing the literature, developing and implementing social marketing campaigns to modify these risk behaviours, enhancing enforcement to reinforce the messages of the social marketing campaign, building local police and administrative capacities to enable this, engaging the media to disseminate the message, and running courses on first-aid for driving-school instructors and road traffic police.

Capacity-building workshops were held for road traffic police on the enforcement of traffic laws to modify risk behaviours, and road policing using a train-the-trainer approach. Multisectoral round table discussions were also held with local road safety stakeholders from local government, police, civil society organizations and the private sector to debate and identify local road safety challenges and solutions. A total of 40 such training events were held over the study period, involving

855 participants in the two regions. Periodic cross-sectional surveys were conducted during the baseline and intervention phases to measure changes in the risk factors, with feedback to the regional groups to monitor and evaluate the interventions. For speed, there were four rounds of roadside measurements in Lipetsk region and 12 rounds in Ivanovo region, and a total of 30 000 vehicles were checked for speed. For wearing of seat belts, 17 rounds were conducted in Lipetsk region and 15 rounds in Ivanovo region, with 30 000 roadside observational assessments. Intersectoral coordination of the project was achieved through international and national/regional project advisory boards, which met regularly to monitor and assess project implementation, with an annual project review board meeting to evaluate workplan implementation conducted by the different sectors. At the regional level, project implementation was done through multisectoral road safety coordination commissions chaired by the respective governors or vice-governors (9,10).

The hard-hitting social marketing campaigns developed for and used in this project represented a novel approach for the Russian Federation in the field of road safety and public health, whereby risk factors were targeted to modify road user behaviour (11). These campaigns showed that the shockingly adverse consequences of crashes could be avoided by safe road behaviours. Their implementation required coordination with enhanced enforcement campaigns, consisting of increased police checks on speeding and safety equipment use, widespread use of mobile- and fixed-speed cameras, and strict implementation of penalties. Though the federal programme "Improving road safety in 2006–2012" has a component on public information campaigns, this has not been given much priority nationally and does not include social marketing campaigns targeted at risk factor modification (12).

RISK COMMUNICATION

The regional marketing agencies that developed the social marketing campaigns targeted them at specific audiences at higher risk of road crashes (e.g. young drivers), and for specific risk behaviours (e.g. speeding) on the road, based on the data analysed. Barriers to safe behaviours and motivation of the target

audiences were studied through focus groups (4–10 per risk factor per region), which were then quantified in subsequent surveys to study knowledge, attitudes and practices (KAP). Preferences for the medium of communication and media channels were also studied (600–1600 respondents per KAP study per region). These study reports were then used to develop key messages, slogans, visual and information materials, and dissemination plans for the campaign, as well as implementation strategies. Post-campaign evaluations were conducted using KAP studies. Social marketing campaigns were thus developed for the risk factors and implemented biannually in the two project pilot regions throughout the project implementation period 2010–2014. A multimedia approach was used for the social marketing campaigns, and included television, radio, billboards, advertisements on transport, leaflets and the social media. The focus and timeframe of each campaign was approved by the regional coordination commissions. Implementation was carefully monitored and coordinated with enforcement campaigns. The campaigns included one on seat belts "Do not interrupt the line of life," on speed "Life is more valuable than speed," and on child car restraints "Fasten or lose!"

RELEVANT CHANGES

Our evaluation showed that, on average, there was 60–80% coverage of the target audience by the campaigns. Post-campaign KAP surveys showed that self-reported levels of seat-belt use increased among drivers, as did self-reported compliance with speed limits. Risk behaviours were also formally evaluated using regular 3-monthly roadside measurements. In both the regions, the levels of use of seat belts among all car occupants and compliance with speed limits increased significantly for the duration of the project (9, 10). For all occupants, seat-belt use increased from 52.4% in 2010 to 77.4% in October 2014 in the Lipetsk region (for drivers this increased from 55.7% to 79.4%), and from 47.5% to 88.7% in the Ivanovo region (among drivers from 52% to 92.2%) (Table 1). Use of child car restraints increased from 20.9% in October 2010 to 54.1% in October 2014 in the Lipetsk region, and from 20.4% in April 2011 to 89.4% in October 2014 in the Ivanovo region.

The proportion of vehicles exceeding the speed limit decreased from 47% in 2011 to 27.3% in August

TABLE 1. EVALUATION OF THE USE OF SEAT BELTS, CHILD CAR RESTRAINTS AND PERCENTAGE OF VEHICLES ABOVE THE SPEED LIMIT IN LIPETSK AND IVANOVO REGIONS IN 2010^a AND 2014^b, BEFORE AND AFTER THE SOCIAL MARKETING AND ENFORCEMENT CAMPAIGNS, RESPECTIVELY.

Region	Seat-belt use for all occupants (%)		Rear seat-belt use (%)		Child car-restraint use (%)		Vehicles above speed limit (%)	
	2010/11 ^a	2014 ^b	2010 ^a	2014 ^b	2010/11 ^a	2014 ^b	2010 ^c	2014 ^b
Lipetsk	52.4	77.4	7.3	36.7	20.9	54.1	47	30.4
Ivanovo	47.5	88.7	22.15	47.15	20.6	89.4	54.7	46.7

^a Baseline studies for seat belts and child car restraints: October 2010 in Lipetsk region, April 2011 in Ivanovo region

^b Evaluation conducted in October 2014 for seat belts, child car restraints and speed for both regions

^c Baseline studies for speed: July 2011 in Lipetsk region, November 2011 in Ivanovo region

2013 in the Lipetsk region, then increased to 36.3% in November 2013 and again decreased to 30.4% in October 2014. In the Ivanovo region, it decreased from 54.7% in March 2012 to 33.4% in July 2013, increased to 46.2% in October 2013 and remained at 46.7% in October 2014 (9,10). The increase in the proportion of vehicles exceeding the speed limit in both regions may have been due to changes in national legislation that abolished the penalty for exceeding the speed limit by up to 20 km/h in September 2013, as we found that the majority of violations were within this limit of 20 km/h above the speed limit.

The number of deaths in road crashes in 2013 decreased in both regions compared to 2012: 262 against 271 in the Lipetsk, and 153 against 187 in the Ivanovo regions (13).

LESSONS LEARNED

The need for intersectoral collaboration for the successful implementation of road safety programmes has been emphasized by the UN resolutions on improving global road safety (4,5). This project demonstrated how investing in collaboration between the transport, justice/interior and health sectors at both the national and regional levels was essential to achieving the outcomes of the project. It required in-depth consultation with stakeholders nationally, and establishing coordination mechanisms at the international, national and regional levels, which engaged national and regional authorities, associations, social marketing companies and universities (14). Such a whole-of-society approach in

achieving public health gains has been emphasized in Health 2020 (6). Another important lesson from this project is the need for high-level political commitment (14), which was obtained from the Minister of the Interior and Minister of Health at the national level, and from governors at the regional level. This built on the high political importance given to road safety since the adoption of the UN resolution, and concern that road safety is a national problem (4,5). It resulted in the deputy governors closely following coordination and implementation of the project locally. An unexpected development during the project was the change in national legislation in September 2013, abolishing penalty for speeds in excess of 20 km/h of the speed limit. The legislative change was brought about by pro-speed road lobby groups in the national parliament, without prior consultation with the Ministry of Interior. This had an adverse effect on speed control and represented a temporary setback to the social marketing and enforcement campaigns in the pilot regions, as changes in federal law impacted regional implementation. Lessons learnt from this include the need for better engagement of political opposition groups and national parliament, and highlight the importance of a whole-of-society approach. Although the scope of this project focused on obtaining high-level regional authority commitment, this is an important lesson for similar projects in the future.

The outcomes of this project show how this systematic approach led to the successful modification of risk and increase in safe behaviours in car users in the Russian Federation. These intermediate indicators are strongly associated with the prevention of road traffic injuries and deaths

(1,2,8). Although the results show a downward trend in the number of deaths from road crashes in these two regions, data from a longer follow-up period and other sites are required before the improvement in mortality can be causally linked to the project. The results of this project reinforce existing knowledge that social marketing is an effective way to enhance awareness and change the behaviour of risk groups, if combined with strong laws and enforcement. This adds to the evidence base and is of particular relevance in the Russian context where these approaches are novel (1,12). A strong monitoring and evaluation arm was also built into the project. Based on direct observation of road-user behaviour, feedback was provided to local authorities, which influenced managerial decisions by road traffic police and emergency health services. Such an approach further improved engagement by the police, emergency medical services and local authorities.

The model developed for the two regions during this project was supported by the State Directorate for Road Safety and the Ministry of Interior, who have acknowledged the positive outcomes of the pilot project. Steps are being taken to disseminate the project tools and materials through workshops for heads of regional road traffic police, and to develop guides on key project components for dissemination to other regions of the Russian Federation. Other regions are being encouraged to use the materials and learn from the experience of the project within the frame of the federal targeted programme of road safety 2013–2020 (15).

The social marketing materials, measurement tools, capacity-building materials developed and information on organizational approaches have been stored on an accessible website to facilitate implementation of the programmes for speed control, and use of seat belts and child car restraints in other regions (16). Further, the lessons learnt from the project and materials developed will also be transferable to other countries of the Commonwealth of Independent States, where Russian is spoken.

Acknowledgements: We wish to thank the project team members from WHO, Global Road Safety Partnership and Johns Hopkins University for their support and contribution to the project.

Sources of funding: This project was funded by Bloomberg Philanthropies.

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. World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/, accessed 11 August 2015).
2. Mitis F, Sethi D. European facts and global status report on road safety 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, accessed 11 August 2015).
3. World Health Assembly resolution WHA 57.10 Road safety and health. Geneva: World Health Organization; 2005. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R10-en.pdf, accessed 12 August 2015).
4. United Nations General Assembly resolution A/RES/62/244. Improving global road safety. April 2008. (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/478/41/PDF/N0747841.pdf?OpenElement>, accessed 12 August 2015).
5. United Nations General Assembly resolution A/RES/64/255. Improving global road safety. May 2010 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/255, accessed 11 August 2015).
6. Health 2020: the European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, accessed 11 August 2015).
7. Peden M. Road safety in 10 countries. *Inj Prev*. 2010;16:433; doi: 10.1136/ip.2010.030155.
8. Global status report on road safety 2013. Supporting a decade of action. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/, accessed 11 August 2015).
9. Peden MM, diPietro G, Hyder AA. Two years into the road safety in 10 countries project: how are countries doing? *Inj Prev*. 2012;18 (4):279; doi: 10.1136/injuryprev-2012-040432.
10. Slyunkina ES, Kliavin VE, Gritsenko EA, Petruhin AB, Zambon F, He H et al. Activities of the Bloomberg Philanthropies Global Road Safety Programme (formerly RS10) in Russia: promising results from a sub-national project. *Injury*. *Int J Care Injured*. 2013;44 Suppl 4:S64–9.

11. YouTube. Road safety mass media campaigns by World Health Organization. (<http://tinyurl.com/ltp43rv>, accessed 11 August 2015).
12. Improving road safety in 2006-2012. The Federal Target Program: the Regulation of the Government of the RF of 2009 Feb 14 N 132 [Internet]. 2009 [cited 2012 Jul 07]. Available from: http://www.programs-gov.ru/8_1.php, accessed 12 August 2015).
13. Department of the Federal Road Safety Inspectorate of the Russian Ministry of Interior [webpage] (<http://www.gibdd.ru/stat/archive>, accessed 11 August 2015).
14. Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R, editors. Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf, accessed 11 August 2015).
15. Rossiyskaya Gazeta [webpage]. Decree of the Government of the Russian Federation N 864 dated 03 October 2013. About the Federal target program "Improving road safety in 2013–2020". Moscow, 8 October 2013 (<http://www.rg.ru/2013/10/08/bezopas-site-dok.html>, accessed 12 August 2015).
16. Road Safety Project in 10 countries. Russian Federation. (<http://www.rs-10.ru>, accessed 12 August 2015)

Политика и практика

МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ В ДВУХ ОБЛАСТЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Виктор Кондратьев¹, Виталий Шикин², Владимир Гришин³, Сергей Орлов⁴, Владимир Клявин⁵, Елена Юрасова⁶, Dinesh Sethi⁷, Margaret Peden⁸, Shivam Gupta⁹, Luigi Migliorini⁶

1 Министерство внутренних дел Российской Федерации, Москва, Российская Федерация

2 Администрация Липецкой области, Липецк, Российская Федерация

3 Ивановская областная Дума, Иваново, Российская Федерация

4 Исследовательский центр «РОМИР Липецк», Российская Федерация

5 Липецкий государственный технический университет, Российская Федерация

6 Страновой офис Всемирной организации здравоохранения, Москва, Российская Федерация

7 Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Копенгаген, Дания

8 Всемирная организация здравоохранения, Женева, Швейцария

9 Университет Джонса Хопкинса, Балтимор, Соединенные Штаты Америки

Автор, отвечающий за переписку: Dinesh Sethi (адрес электронной почты: Din@euro.who.int)

АННОТАЦИЯ

Мы представляем отчет о межведомственном проекте по безопасности дорожного движения, который был реализован в двух областях России в период с 2010 по 2014 г. Он включал в себя социальный маркетинг и усиление контроля для обеспечения безопасного поведения. Это привело к повыше-

нию уровня использования ремней безопасности и детских удерживающих устройств на 25–41 и 33–69 процентов соответственно, а также к снижению уровня превышения скорости на 8–17 процентов. Этот проект показал, насколько важно инвестирование в сотрудничество между транспортным

сектором, сектором правосудия / внутренних дел и сектором здравоохранения как на национальном, так и на областном уровнях для достижения целей проекта. Мы также рассмотрим другие извлеченные уроки и следующие шаги для реализации проекта на национальном уровне.

Ключевые слова: ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ, МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО, ОЦЕНКА ПРОГРАММ, ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА, РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Во *Всемирном докладе о предупреждении дорожно-транспортного травматизма* особое внимание уделяется дорожно-транспортному травматизму как важной проблеме глобального общественного здравоохранения. Каждый год погибают 1,2 миллиона людей и примерно 50 миллионов получают травмы (1). По официальным данным, в 2010 г. в Европейском регионе 92 000 человек погибли от травм, полученных в результате дорожно-транспортных происшествий, что было основной причиной смер-

ности среди детей и молодых людей в возрасте от 5 до 29 лет (2). Во *Всемирном докладе* были предложены межведомственные и основанные на фактических данных меры предупреждения дорожно-транспортного травматизма для уменьшения этого бремени, большая часть которого приходится на страны с низким и средним уровнем доходов (1). Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения *WHA 57.10* по вопросам дорожной безопасности и здоровья содержит призыв к государствам-членам выполнять рекомендации *Всемирного доклада* (3). Решающий момент для формирования политики наступил, когда Генеральная Ассамблея Организации Объ-

диненных Наций (ООН) в своей резолюции 62/244, принятой в 2008 г., одобрила решение Российской Федерации провести Первую всемирную министерскую конференцию по безопасности дорожного движения в 2009 г. (4). На этой встрече была принята Московская декларация, провозглашающая 2011–2020 годы Десятилетием действий по обеспечению безопасности дорожного движения. Впоследствии это было утверждено в резолюции 64/255 Генеральной Ассамблеи ООН в 2010 г. (5). Цель Десятилетия действий – повернуть вспять тенденцию к увеличению числа смертей вследствие дорожно-транспортных происшествий, в частности, в странах с низким и средним уровнем доходов. Она призывает к координации действий в разных секторах и в обществе для уменьшения тяжкого бремени дорожно-транспортных происшествий. Такой же подход лежит в основе европейской политики в сфере здравоохранения и поддержки благополучия Здоровье-2020 (6). Меры, предложенные Десятилетием действий, включают улучшение поведения участников дорожного движения путем принятия законов, регулирующих ношение шлемов, использование детских удерживающих устройств и ремней безопасности, ограничения скорости и запрещение вождения в нетрезвом состоянии, и применение этих законов.

В рамках ответа на это бремя консорциум партнеров, включая Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), получил финансирование для внедрения лучших практик по безопасности дорожного движения в 10 странах с низким и средним уровнем доходов при поддержке благотворительной организации Блумберга. В 2010 г. ВОЗ запустила пятилетний проект, в том числе и в Российской Федерации (7). Безопасность дорожного движения является политическим приоритетом в Российской Федерации. В 2010 г. по официальным данным в результате дорожно-транспортных происшествий погибло 26 567 человек (2, 8). Мы сообщаем о достижениях и уроках, извлеченных в ходе проекта, который был реализован путем межведомственного сотрудничества в Российской Федерации в период с 2010 по 2014 г.

МЕСТНЫЙ КОНТЕКСТ

Были установлены контакты с национальными партнерами в Российской Федерации для обеспечения их приверженности проекту. Среди них были высокопоставленные должностные лица из Мини-

стерства здравоохранения, которое играет ведущую роль в предоставлении медицинских услуг после аварий, Министерства транспорта, которое отвечает за транспортную политику и дорожную инфраструктуру, и Министерства внутренних дел, которое несет основную ответственность за безопасность дорожного движения. В соответствии с методологией проекта его было необходимо реализовать в двух областях. После консультации с Министерством внутренних дел и местными органами власти были выбраны Липецкая и Ивановская области. Обе области соответствовали следующим критериям для включения: высокий уровень смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, обеспокоенность на местном уровне в отношении безопасности дорожного движения, добровольное обязательство выполнять задачи проекта, подписанное губернатором области, твердая приверженность со стороны областной администрации, управления по обеспечению безопасности дорожного движения и управления здравоохранения, энтузиазм научных партнеров, и удобное расположение относительно Москвы для реализации и мониторинга проекта. Министерство внутренних дел в ходе консультации с партнерами рекомендовало рассматривать неиспользование ремней безопасности пассажирами машины и превышение скорости как факторы риска, на которые необходимо воздействовать в ходе проекта; впоследствии в ноябре 2013 г. было внедрено требование использовать детские удерживающие устройства. Эти факторы риска были выбраны, поскольку они являются причиной значительного бремени и поскольку их изменение достижимо, приемлемо и может оказаться устойчивым (1, 5). Включение вождения в нетрезвом виде как фактора риска обсуждалось, но было отклонено из контекстуальных и прагматических соображений. В соответствии с обоснованием проекта, успешное внедрение инструментов и информации, разработанных в пилотных регионах, приведут к более широкому их распространению / применению на национальном уровне.

Национальные, региональные и международные партнеры совместно работали для достижения целей проекта. Глобальное партнерство по обеспечению безопасности дорожного движения работало с местными партнерами для укрепления потенциала региональной Государственной инспекции безопасности дорожного движения. Международный исследовательский центр травматизма при

Университете Джонса Хопкинса сотрудничал с Ивановским государственным политехническим университетом и Липецким государственным техническим университетом с целью мониторинга и оценки проводимых вмешательств (7). ВОЗ взяла на себя инициативу по разработке кампаний социального маркетинга, которые были ориентированы на повышение эффективности применения законов.

ПОДХОД

Целью проекта по безопасности дорожного движения в Российской Федерации было улучшение безопасности дорожного движения в двух пилотных регионах путем: (i) повышения уровня использования ремней безопасности пассажирами, как на передних, так и на задних сиденьях машины; (ii) снижения процента машин, превышающих скорость на городских и междугородних дорогах, а также автомагистралях; и (iii) повышения уровня использования детских удерживающих устройств. Для этого требовалось одновременно выполнить несколько действий – внедрить лучшие международные практики по стандартам безопасности после обзора литературы, разработать и реализовать кампании социального маркетинга для изменения такого рискованного поведения, повысить уровень правоприменения для подкрепления идейного содержания кампаний социального маркетинга, развить потенциал местной полиции и административного ресурса, чтобы сделать это возможным, привлечь СМИ для распространения этой информации и провести обучающие семинары по оказанию первой помощи для инструкторов автошкол и сотрудников Государственной инспекции безопасности дорожного движения.

Для сотрудников Государственной инспекции безопасности дорожного движения были проведены семинары по развитию потенциала по правоприменению для изменения рискованного поведения, а также по организации дорожно-патрульной службы с использованием подхода подготовки инструкторов. Также были проведены межведомственные встречи за круглым столом при участии местных заинтересованных сторон в сфере безопасности дорожного движения из местных органов власти, полиции, организаций гражданского общества и частного сектора для обсуждения и определения проблем в сфере безопасности дорожного движения и их решения. В общей сложности за период обу-

чения было проведено 40 таких мероприятий при участии 855 человек в двух областях. На начальном этапе и на стадии реализации мероприятий проводились периодические перекрестные обследования для измерения изменений в факторах риска, а результаты были отправлены региональным группам для проведения мониторинга и оценки мероприятий. С целью проверки соблюдения скоростного режима были проведены 4 раунда измерения скорости автомобилей на дорогах в Липецкой области и 12 раундов в Ивановской области; в общей сложности была проверена скорость 30 000 автомобилей. Для проверки использования ремней безопасности было проведено 17 раундов в Липецкой области и 15 раундов в Ивановской области; в общей сложности было проведено 30 000 обзорных оценок на дорожных постах. Удалось достичь межведомственной координации проекта благодаря работе национальных и региональных консультативных групп проекта, которые регулярно проводили встречи для мониторинга и оценки реализации проекта, а также ежегодные заседания правления для обзора проекта, в ходе которых проводилась оценка реализации рабочего плана в разных секторах. На областном уровне проект осуществлялся межведомственными координационными комиссиями по безопасности дорожного движения под председательством соответствующих губернаторов или вице-губернаторов (9, 10).

В мощных кампаниях социального маркетинга, разработанных для этого проекта и использованных в ходе проекта, был использован инновационный для Российской Федерации подход в сфере безопасности дорожного движения и общественного здравоохранения, с помощью которого был сделан акцент на факторах риска с целью изменения поведения участников дорожного движения (11). Эти кампании показали, что благодаря безопасному поведению на дорогах можно избежать шокирующих последствий аварий. Для их реализации была необходима координация с кампаниями по усилению правоприменения, которые включали в себя увеличение количества полицейских проверок соблюдения скоростного режима и использования ремней безопасности, широко распространенного использования мобильных и стационарных камер для фиксирования скорости и строгого исполнения наказаний. Хотя федеральная программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.» включала компонент общественных информационных кампаний, данный компонент не был приори-

ритетным на национальном уровне и не включал кампании социального маркетинга, направленные на изменение факторов риска (12).

ИНФОРМИРОВАНИЕ О РИСКАХ

Региональные маркетинговые агентства, которые разрабатывали кампании социального маркетинга, предназначали их для конкретных целевых групп, подвергающихся повышенному риску автомобильных аварий (например, молодых водителей), и для конкретных видов рискованного поведения (например, превышение скорости) на дорогах на основании проанализированных данных. Препятствия для безопасного поведения и мотивация целевых групп были изучены в ходе фокус-групп (4–10 по каждому из факторов риска в каждом регионе), которые затем были представлены в количественной форме в последующих исследованиях для изучения осведомленности, отношений и практики (ООП). Также были изучены предпочтительные средства связи и каналы средств массовой информации (600–1600 респондентов по каждому исследованию ООП в каждом регионе). Отчеты по данным исследованиям были затем использованы для разработки ключевых сообщений, слоганов, визуальных и информационных материалов, планов распространения материалов кампании, а также стратегий реализации. Оценки по итогам кампании были проведены с использованием исследований ООП. Таким образом, кампании социального маркетинга были разработаны по факторам риска и осуществлялись два раза в год в двух пилотных регионах в ходе реализации проекта в 2010–2014 гг. Для кампаний социального маркетинга был исполь-

зован мультимедийный подход, который включал телевидение, радио, наружную рекламу на билбордах, рекламу на транспорте, листовки и социальные сети. Направленность и временные рамки каждой кампании были одобрены местными координационными комитетами. Проводился тщательный мониторинг реализации кампаний и их координация с кампаниями по правоприменению. Были проведены следующие кампании: по использованию ремней безопасности «Не разрывай линию жизни!», по превышению скорости «Жизнь – важнее скорости!» и по использованию детских удерживающих устройств «Пристегни или потеряешь!».

ВАЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Наша оценка показала, что средний охват целевой группы кампаниями составлял 60–80%. Исследования ООП, проведенные после кампании, показали, что уровни использования ремней безопасности и соблюдения скоростного режима, по словам водителей, выросли. Рискованное поведение также было официально оценено с помощью регулярных 3-месячных наблюдений на дорожных постах. В обеих областях уровни использования ремней безопасности всеми пассажирами машины и соблюдения скоростного режима значительно выросли в ходе проекта (9, 10). Уровень использования ремней безопасности всеми пассажирами вырос с 52,4% в 2010 г. до 77,4% в октябре 2014 года в Липецкой области (среди водителей этот уровень вырос с 55,7 до 74%) и с 47,5 до 88,7% в Ивановской области (среди водителей этот уровень вырос с 52 до 92,2%) (табл. 1). Уровень использования детских удерживающих устройств вырос с 20,9% в октябре 2010 г. до 54,1% в

ТАБЛИЦА 1. ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМНЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ, ДЕТСКИХ УДЕРЖИВАЮЩИХ УСТРОЙСТВ И ПРОЦЕНТ АВТОМОБИЛЕЙ, ПРЕВЫШАЮЩИХ СКОРОСТЬ, В ЛИПЕЦКОЙ И ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТЯХ В 2010^а И 2014^б ГОДАХ, ДО И ПОСЛЕ КАМПАНИЙ СОЦИАЛЬНОГО МАРКЕТИНГА И КАМПАНИЙ ПО ПРАВОПРИМЕНЕНИЮ СООТВЕТСТВЕННО

Область	Использование ремней безопасности всеми пассажирами (%)		Использование ремней безопасности пассажирами передних сидений (%)		Использование детских удерживающих устройств (%)		Превышение скорости транспортными средствами (%)	
	2010/11 ^а	2014 ^б	2010 ^а	2014 ^б	2010/11 ^а	2014 ^б	2010 ^с	2014 ^б
Липецкая	52,4	77,4	7,3	36,7	20,9	54,1	47	30,4
Ивановская	47,5	88,7	22,15	47,15	20,6	89,4	54,7	46,7

^а Базовые исследования по использованию ремней безопасности и детских удерживающих устройств: октябрь 2010 г. в Липецкой области, апрель 2011 г. в Ивановской области.

^б Оценка использования ремней безопасности и детских удерживающих устройств, а также превышения скорости, проведенная в октябре 2014 г. в обеих областях.

^с Базовые исследования по превышению скорости: июль 2011 г. в Липецкой области, ноябрь 2011 г. в Ивановской области.

октябре 2014 г. в Липецкой области и с 20,4% в апреле 2011 года до 89,4% в октябре 2014 г. в Ивановской области.

Процент транспортных средств, превышающих скоростной режим снизился с 47% в 2011 г. до 27,3% в августе 2013 г. в Липецкой области, затем повысился до 36,3% в ноябре 2013 г., а затем опять снизился до 30,4% в октябре 2014 г.. В Ивановской области данный процент снизился с 54,7% в марте 2012 г. до 33,4 в июле 2013 года, вырос до 46,2% в октябре 2013 г. и остался на уровне 46,7% в октябре 2014 г. (9, 10). Повышение процента транспортных средств, превышающих скоростной режим в обеих областях, может быть связано с изменениями национального законодательства, в соответствии с которыми были отменены штрафы за превышение скорости не более чем на 20 км/ч в сентябре 2013 г.; по нашим данным в большинстве случаев скорость была превышена в пределах 20 км/ч.

Число смертей в результате дорожно-транспортных происшествий в 2013 г. снизилось в обеих областях по сравнению с 2012 г.: 262 случая по сравнению с 271 в Липецкой области и 153 случая по сравнению со 187 в Ивановской области (13).

ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Необходимость в межведомственном сотрудничестве для успешной реализации программ по безопасности дорожного движения была подчеркнута в резолюциях ООН о повышении безопасности дорожного движения во всем мире (4, 5). Данный проект показал, насколько важным для получения результатов проекта является инвестирование в сотрудничество между транспортным сектором, сектором правосудия / внутренних дел и сектором здравоохранения на национальном и региональном уровнях. Это потребовало проведения детальных консультаций с заинтересованными сторонами на национальном уровне и создания координационных механизмов на международном, национальном и областном уровнях с вовлечением национальных и областных органов власти, объединений, кампаний социального маркетинга и университетов (14). Важность такого широкого общественного подхода с целью достижения пользы для общественного здравоохранения была подчеркнута в политике Здоровье-2020 (6). Еще одним важным уроком этого про-

екта стала необходимость наличия политической приверженности на высоком уровне (14), которую выразили министры внутренних дел и здравоохранения на национальном уровне и губернаторы на областном уровне. Это стало возможным благодаря высокому политическому значению, которое придавалось безопасности дорожного движения с момента принятия резолюции ООН, и обеспокоенности по поводу того, что безопасность дорожного движения стала общенациональной проблемой (4, 5). В результате этого заместители губернаторов уделяли пристальное внимание координации и реализации проекта на местном уровне. Неожиданностью для проекта стало изменение национального законодательства в сентябре 2013 г., когда были отменены штрафы за превышение скорости до 20 км/ч свыше установленного лимита. Эти изменения в законодательстве были приняты вследствие деятельности парламентских групп, выступавших за повышение скоростного лимита, без предварительных консультаций с Министерством внутренних дел. Это оказало негативное воздействие на скоростной контроль и привело к временному спаду кампаний социального маркетинга и правоприменения в пилотных областях, поскольку изменения в федеральном законе повлияли на реализацию проекта на местах. Уроки, извлеченные из этой ситуации, указывают на необходимость более широкого вовлечения групп политической оппозиции и представителей национального парламента, и подчеркивают важность широкого общественного подхода. Хотя деятельность в масштабах данного проекта была направлена на обеспечение приверженности областных органов власти высокого уровня, этот урок важно учитывать при реализации аналогичных проектов в будущем.

Результаты этого проекта демонстрируют, что применение такого систематического подхода привело к успешному изменению факторов риска и повышению уровня безопасного поведения среди автомобилистов в Российской Федерации. Эти промежуточные показатели тесно связаны с предупреждением травматизма и смертности на дорогах (1, 2, 8). И хотя результаты указывают на тенденцию к снижению смертности в автомобильных авариях в этих двух областях, необходимо получить данные за более длительный последующий период, прежде чем можно будет отнести снижение смертности на счет деятельности проекта. Результаты проекта подтверждают имеющиеся знания о том, что социальный маркетинг является эффективным

способом повышения уровня осведомленности и изменения поведения в группах риска при объединении с эффективными законами и их применении. Это усиливает доказательную базу и особенно актуально в условиях России, где такие подходы пока еще в новинку (1, 12). В проекте действовало сильное подразделение мониторинга и оценки. На основе непосредственных наблюдений за поведением участников дорожного движения местным органам направлялась информация, которая влияла на управленческие решения дорожной полиции и службы скорой помощи. Такой подход позволил более эффективно вовлекать в работу полицию, службу скорой помощи и представителей местных органов власти.

Модель, разработанная для двух областей в ходе этого проекта, получила поддержку Государственной инспекции по безопасности дорожного движения и Министерства внутренних дел, которые признали позитивные результаты пилотного проекта. Принимаются меры для распространения методов и материалов проекта на семинарах для руководителей областной дорожной полиции, а также для разработки пособий по ключевым компонентам проекта для распространения в других регионах Российской Федерации. Другим областям предлагается использовать эти материалы и изучить опыт проекта в рамках федеральной целевой программы по безопасности дорожного движения 2013–2020 (15).

Материалы социального маркетинга, инструменты измерения, разработанные материалы по наращиванию потенциала и информация об организационных подходах сохранены на доступном веб-сайте для содействия реализации программ по регулированию скорости, использованию ремней безопасности и детских удерживающих устройств в других регионах (16). Более того, уроки и материалы проекта можно будет передавать в другие страны Содружества Независимых Государств, где говорят на русском языке.

Выражение признательности: мы хотели бы поблагодарить членов команды проекта из ВОЗ, Глобального партнерства по обеспечению безопасности дорожного движения и Университета Джонса Хопкинса за их поддержку и вклад в реализацию проекта.

Источники финансирования: проект финансировался благотворительной организацией Блумберга.

Конфликт интересов: не указан.

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2004 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/ru/, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
2. Mitis F, Sethi D. Европейские факты и «Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире – 2013 г.». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-facts-and-global-status-report-on-road-safety-2013>, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
3. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA 57.10 Дорожная безопасность и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2004. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R10-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 12 августа 2015 г.).
4. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/62/244. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире. Апрель 2008 г. (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/478/41/PDF/N0747841.pdf?OpenElement>, по состоянию на 12 августа 2015 г.).
5. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН A/RES/64/255. Повышение безопасности дорожного движения во всем мире. Май 2010 г. (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/255&referer=/english/&Lang=R, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
6. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012 г. (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
7. Peden M. Road safety in 10 countries. *Inj Prev*. 2010;16:433; doi: 10.1136/ip.2010.030155.
8. Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире 2013 г. Поддержать Десятилетие

- действий. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/ru/, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
9. Peden MM, diPietro G, Hyder AA. Two years into the road safety in 10 countries project: how are countries doing? *Inj Prev*. 2012;18 (4):279; doi: 10.1136/injuryprev-2012-040432.
 10. Slyunkina ES, Kliavin VE, Gritsenko EA, Petruhin AB, Zambon F, He H et al. Activities of the Bloomberg Philanthropies Global Road Safety Programme (formerly RS10) in Russia: promising results from a sub-national project. *Injury. Int J Care Injured*. 2013;44 Suppl 4:S64–9.
 11. YouTube. Road safety mass media campaigns by World Health Organization. (<http://tinyurl.com/ltp43rv>, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
 12. Российская Газета [веб-сайт]. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 ноября 2014 г. N 1167 г. Москва «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах», Москва, 12 ноября 2014 г. (<http://www.rg.ru/2014/11/12/pdd-site-dok.html>, по состоянию на 12 августа 2015 г.).
 13. Главное управление по обеспечению безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел Российской Федерации [веб-сайт] (<http://www.gibdd.ru/stat/archive>, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
 14. Schopper D, Lormand JD, Waxweiler R, editors. Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf, по состоянию на 11 августа 2015 г.).
 15. Российская Газета [веб-сайт]. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 октября 2013 г. N 864 г. Москва «О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах». Москва, 8 октября 2013 г. (<http://www.rg.ru/2013/10/08/bezopas-site-dok.html>, по состоянию на 12 августа 2015 г.).
 16. Проект по безопасности дорожного движения в 10 странах (RS-10) Российская Федерация. (<http://www.rs-10.ru>, по состоянию на 12 августа 2015 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 panorama@euro.who.int

EDITORIAL PROCESS

All manuscripts are initially screened by 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: panorama@euro.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	Hungary	Russian Federation
Andorra	Iceland	San Marino
Armenia	Ireland	Serbia
Austria	Israel	Slovakia
Azerbaijan	Italy	Slovenia
Belarus	Kazakhstan	Spain
Belgium	Kyrgyzstan	Sweden
Bosnia and Herzegovina	Latvia	Switzerland
Bulgaria	Lithuania	Tajikistan
Croatia	Luxembourg	The former Yugoslav Republic of Macedonia
Cyprus	Malta	Turkey
Czech Republic	Monaco	Turkmenistan
Denmark	Montenegro	Ukraine
Estonia	Netherlands	United Kingdom
Finland	Norway	Uzbekistan
France	Poland	
Georgia	Portugal	
Germany	Republic of Moldova	
Greece	Romania	

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	Испания	Словения
Азербайджан	Италия	Соединенное Королевство
Албания	Казахстан	Таджикистан
Андорра	Кипр	Туркменистан
Армения	Кыргызстан	Турция
Беларусь	Латвия	Узбекистан
Бельгия	Литва	Украина
Болгария	Люксембург	Финляндия
Босния и Герцеговина	Мальта	Франция
Бывшая югославская Республика Македония	Монако	Хорватия
Венгрия	Нидерланды	Черногория
Германия	Норвегия	Чешская Республика
Греция	Польша	Швейцария
Грузия	Португалия	Швеция
Дания	Республика Молдова	Эстония
Израиль	Российская Федерация	
Ирландия	Румыния	
Исландия	Сан-Марино	
	Сербия	
	Словакия	