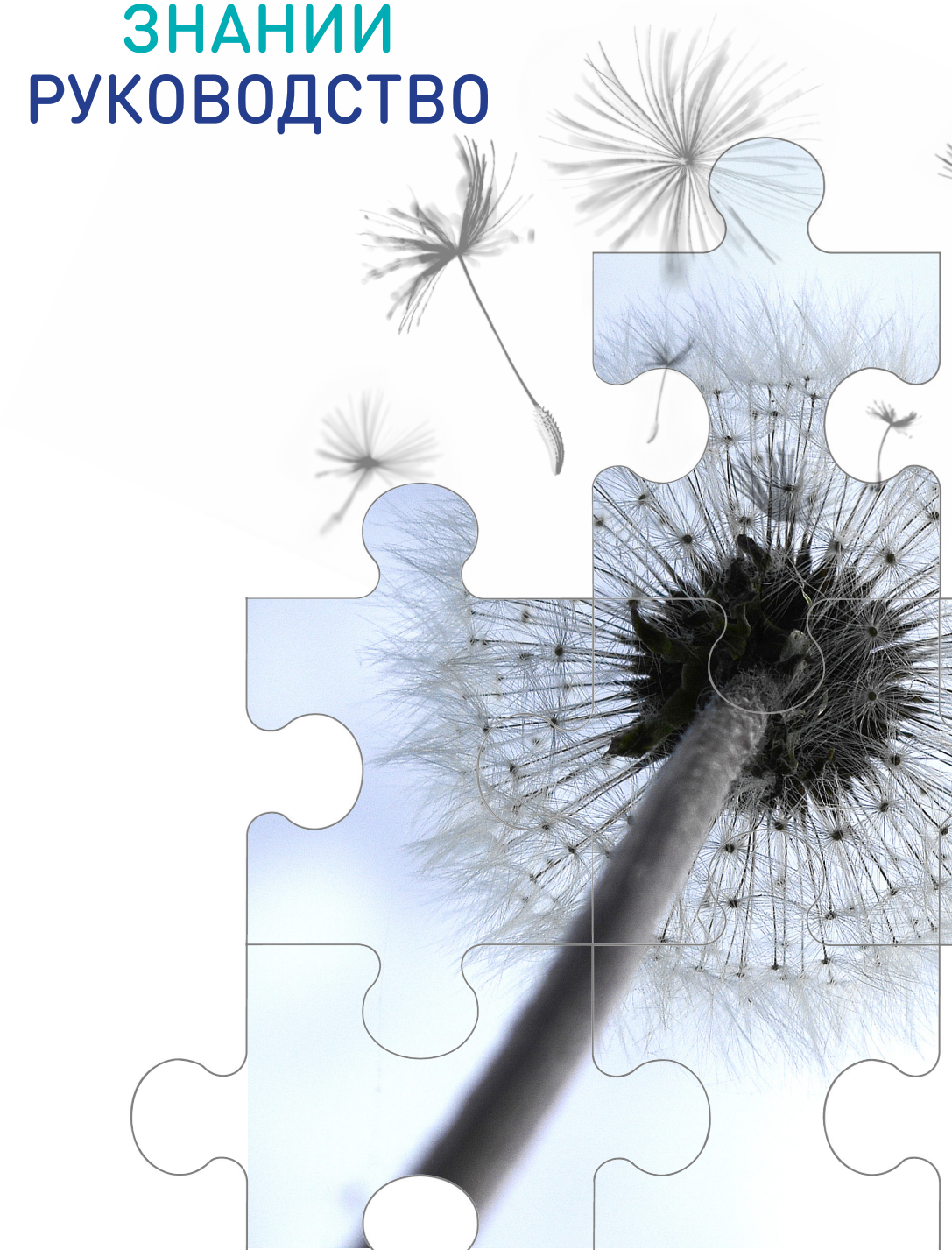
Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИТИКИ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕГРИРОВАННОГО МЕТОДА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ

РУКОВОДСТВО



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛИТИКИ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕГРИРОВАННОГО МЕТОДА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ

РУКОВОДСТВО



Номер документа: WHO/EURO:2020-1740-41491-56589

© Всемирная организация здравоохранения 2020

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке «Evidence Briefs for Policy. Using the Integrated Knowledge Translation Approach. Guiding Manual. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Аналитические обзоры для формирования политики. Использование интегрированного метода практического применения знаний. Руководство. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP)Данные CIP доступны по ссылкеhttp://apps.who.int/iris/.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. http://apps.who.int/bookorders. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. http://www.who.int/about/licensing/.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

АВТОРЫ

Настоящая публикация подготовлена Отделом информации, фактических данных, исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ под руководством директора Claudia Stein и руководителя подразделения Tanja Kuchenmüller. Главными авторами данной публикации были:

1. Члены группы K2P, как основные авторы, работающие в центре «Знание в политику» (K2P) Американского университета в Бейруте, Ливан. В состав группы входили:
   - Fadi El Jardali, Профессор исследования политики и систем здравоохранения и директор центра K2P;
   - Rana K. Saleh, Ведущий специалист по адвокации и фактическим данным в центре K2P;
   - Lama Bou-Karroum, Ведущий специалист по фактическим данным и систематический рецензент центра K2P и Центра систематических обзоров политики и системных исследований в области здравоохранения (SPARK).
2. Члены секретариата ВОЗ Европейской сети по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики (EVIPNet), работающего в подразделении управления знаниями, фактических данных и исследований для формирования политики Отдела информации, фактических данных, исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ, Дания. В состав группы входили:
   - Tanja Kuchenmüller, руководитель отдела;
   - Tarang Sharma, технический сотрудник.

3. Отдел формирования политики здравоохранения с учетом фактических данных при Министерстве здравоохранения Чили. В состав группы входили:
   - Cristian Mansilla, начальник отдела.

Мы хотели бы отметить вклад следующих лиц в критическую коллегиальную оценку или рецензию для оценки значимости:

- Evelina Chapman, независимый исследователь, Чили;
- Jorge Otávio Maia Barreto, Исследователь общественного здравоохранения, Фонд Освальдо Круза (Фиокрус), Бразилиа, Бразилия;
- Kaelan Moat, Управляющий директор Форума здравоохранения Макмастера, Канада.

Следующие кураторы сети EVIPNet-Европа провели рецензию руководства:

- Marcela Ţîrdea, Начальник отдела анализа, мониторинга и оценки политики, Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты Республики Молдова;
- Maya Subelj, Общественное здравоохранение, эпидемиология, Национальный институт общественного здравоохранения (НИОЗ), Словения;
- Акбар Суванбеков, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики;
- Ágnes Hajdu, Старший советник, Департамент эпидемиологии и инфекционного контроля, Национальный центр общественного здравоохранения, Венгрия;
- Balázs Babarczy, Аналитик, Отдел эпидемиологии и инфекционного контроля, Национальный центр общественного здравоохранения, Венгрия

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Настоящее руководство было разработано Центром K2P, сотрудничающим центром ВОЗ по формированию политики с учетом фактических данных, при Американском университете Бейрута, совместно с Секретариатом сети EVIPNet-Европа, на основе их опыта оказания поддержки странам на протяжении всего процесса разработки ими аналитического обзора для формирования политики. Первоначальная версия была составлена на основе материала, разработанного EVIPNet, сетью EVIPNet-Европа, центром K2P, Форумом здравоохранения Макмастера, инструментов SUPPORT, руководства SURE и примеров из аналитических обзоров для формирования политики других стран. Как указано во всем руководстве с прямыми ссылками, многие из представленных шаблонов были адаптированы ВОЗ из тех, что были разработаны и использованы двумя ведущими мировыми организациями при подготовке аналитического обзора для формирования политики - центром K2P и Форумом здравоохранения Макмастера.

Авторы хотели бы поблагодарить всех других авторов данного руководства, включая г-жу Racha Fadlallah, г-жу Diana Jamal, г-жу Clara Abou Samra и г-жу Rayane Naserddine из центра K2P. Авторы также выражают благодарность за ценные комментарии, предоставленные коллегами и рецензентами, проводящими оценку значимости, а также за дополнительные оценки и отзывы от Tomas Pantoja, доцента кафедры семейной медицины Папского католического университета в Сантьяго, Чили; редактору Кокрейновской группы по эффективной практике и организации ухода.

Библиографическая ссылка

EVIPNet Europe. Evidence briefs for policy. Using the integrated knowledge translation approach: a guiding manual. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ VII

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ IX

О РУКОВОДСТВЕ 1

Раздел 1. Что необходимо знать, прежде чем приступить к интегрированному методу практического применения знаний 9

1.1 Неформальная координация сторон 10

1.2 Установление официального сотрудничества 11

1.2.1 Цели и задачи сотрудничества 11

1.2.2 Обязанности всех сторон 12

1.2.3 Группа разработчиков АОФП возглавляет сотрудничество и последующие действия 14

1.2.4 Условия коммуникации 17

1.2.5 График сотрудничества 18

1.2.6 Описание денежных условий 18

Раздел 2. Техническая поддержка и коучинг по интегрированному методу практического применения знаний 20

2.1 Этап до разработки АОФП: подготовка к написанию 21

2.1.1 Установка приоритетов 21

2.1.2 Определение группы разработчиков АОФП 23

2.1.3 Определение руководящего комитета АОФП 28

2.1.4 Краткое описание и картирование политики и политического контекста 30

2.1.5 Картирование заинтересованных сторон (ключевые информаторы, приглашенные к политическому диалогу) 32

2.1.6 План работы и график представления отчетных материалов 35

2.2 Написание АОФП. Этап разработки 41

2.2.1 Дерево проблем 42

2.2.2 ТЗ по разработке АОФП 45

2.2.3 Проведение консультаций с ключевыми информаторами 46

2.2.4 Стратегия поиска 48

2.2.5 Как критически оценивать фактические данные 57

2.2.6 Как синтезировать критически оцененную включенную литературу 68

2.2.7 Как сформулировать проблему 69

2.2.8 Как формулировать варианты для решения проблемы 77

2.2.9 Как определить аспекты реализации для варианта 82

2.2.10 Как разработать полноценный АОФП 85

2.2.11 Использование шаблона АОФП 88

2.2.12 Определение лиц для оценки значимости/коллегиального рецензирования 88
2.2.13 Перевод, корректура и форматирование 89
2.3 Этап выработки политики по итогам АОФП 95
2.3.1 Политический диалог 95
2.3.2 Резюме диалога 102
2.3.3 План адвокации 105
2.3.4 План коммуникации 109
2.3.5 Мониторинг прессы и медиа-анализ 112
2.3.6 Опрос после диалога 113
2.3.7 Отслеживание реализации политики 115
Раздел 3. ОЦЕНКА 120
3.1 Форма оценки АОФП 121
3.2 Форма оценки политического диалога 124
3.3 Двусторонняя оценка 127
Приложение 1. Обобщение фактических данных из систематических обзоров 130
Приложение 2. Шаблон АОФП 133
Приложение 3. Шаблон обратной связи по обзору АОФП 144

СПИСОК ИЛЛЮСТРАЦИЙ

Таблицы

Таблица 2.1. Руководство по функциям, задачам, образованию/навыкам и усилиям, необходимым группе АОФП 24

Таблица 2.3. Руководство по функциям, задачам, образованию/навыкам и объему работ, необходимым для руководящего комитета 29

Таблица 2.4. Система картирования заинтересованных сторон АОФП 33

Таблица 2.5. План работы по разработке АОФП 36

Таблица 2.6 Виды данных научных исследований для поиска информации, необходимой для вариантов политики АОФП 50

Таблица 2.7. Ключевые базы данных для поиска систематических обзоров 51

Таблица 2.8. Соответствующие источники и базы данных для поиска данных научных исследований 52

Таблица 2.9. Пример разработки стратегии поиска 54

Таблица 2.10. Пример того, как стратегия поиска различается между базами The Medline и Health Systems Evidence 55

Таблица 2.11. Инструмент GRADE 63

Таблица 2.12. Оценка приемлемости для местного контекста 65

Таблица 2.13. Инструменты критической оценки для рассмотрения ненаучных фактических данных 65

Таблица 2.14. Предлагаемые ключевые области вопросов для критической оценки ненаучных фактических данных с использованием системы sart 67

Таблица 2.15. Резюме систематических обзоров, касающихся вариантов политики 69

Таблица 2.16. Пример 1: обуславливающие факторы 75

Таблица 2.17. Пример 2: обуславливающие факторы 76

Таблица 2.18. Варианты политики АОФП 79

Таблица 2.19. Пример варианта политики 1 АОФП 80

Таблица 2.20. Примеры препятствий и способствующих факторов для реализации программ по рациональному использованию антибиотиков 84

Таблица 2.21. Контрольный список для подготовки политического диалога 98

Таблица 2.22. Различные инструменты адвокации и коммуникации для различных заинтересованных сторон 110

Таблица 2.23. Пример плана коммуникации 111

Таблица 2.24. Пример сбора данных, зарегистрированных для отслеживания прессы 113

Таблица 2.25. Пример таблицы сбора данных для обзора документации 116

Таблица 3.1 Анкета по оценке АОФП и анонимная анкета 112

Таблица 3.2 Форма оценки политического диалога и анонимная анкета 125

Таблица A1.1. Резюме систематических обзоров по варианту 1 [вставить краткое описание варианта 1] 130
Таблица A1.2. Резюме систематических обзоров по варианту 2 [вставить краткое описание варианта 2] 131
Таблица A1.3. Резюме систематических обзоров по варианту 3 [вставить краткое описание варианта 3] 131
Таблица A1.4. Обобщение различных качественных и количественных фактических данных 132
Таблица A2.1. Резюме ключевых выводов из систематических обзоров по варианту 1 [вставить описание варианта] 139
Таблица A2.2. Резюме ключевых выводов из систематических обзоров по варианту 2 [вставить описание варианта] 140
Таблица A2.3. Резюме ключевых выводов из систематических обзоров по варианту 3 [вставить описание варианта] 141
Таблица A2.4. Потенциальные препятствия на пути реализации вариантов 142

Рисунки

Рис. 0.1. Структура интегрированного метода практического применения знаний 4
Рис. A. Рамки для поддержки стран в разработке и внедрении интегрированного метода практического применения знаний 6
Рис. 2.1. Наглядный пример временной шкалы разработки АОФП 38
Рис. 2.2. Структурные элементы дерева проблем 43
Рис. 2.3. Пример дерева проблем по УПП для АОФП, составленного сетью EVIPNet-Венгрия 44
Рис. 2.4. Пример того, как логический оператор «(and)» / «и» определяет понятие 53
Рис. 2.5. Пример того, как логический оператор «(or)»/«или» определяет понятия 53
Рис. 2.6. Пирамида иерархии фактических данных 57
Рис. 2.7. Контрольный список инструмента AMSTAR 2 59
Рис. 2.8. План рассадки во время политического диалога 100
Рис. 2.9. Матрица анализа сил заинтересованных сторон 106
Рис. 2.10. Пример анализа сил заинтересованных сторон – сахаросодержащие напитки в школах 107

Вставки

Вставка 2.1. Критерии определения приоритетов Центра K2P 23
Вставка 2.2. Стратегия поиска в базе фактических данных Health Systems Evidence 55
Вставка 2.3. Пример внесения оценки качества по AMSTAR в категории 63
Вставка 2.4. Пример опроса после диалога 114

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

УПП	Устойчивость к противомикробным препаратам
AMSTAR	Инструмент MeaSurement для оценки систематических обзоров
ASP	Программа по рациональному использованию антибиотиков
CASP	Программа развития навыков критической оценки
CCNC	Канадская Кокрейновская сеть и центр
CIHR	Канадские институты исследований в области здравоохранения
АОФП	Аналитический обзор для формирования политики
ECDC	Европейский центр профилактики и контроля заболеваний
EHII	Европейская инициатива в области информации здравоохранения
ПУФД	(Формирование) политики с учетом фактических данных
ЕС	Европейский союз
EVIPNet	Сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики
ВОП	Врач общей практики
GRADE	Классификация анализа, разработки и оценки рекомендаций
GRADE CERQual	Достоверность фактических данных из обзоров качественных исследований GRADE
Центр K2P	Центр знаний для выработки политики
ППП3	Платформа для практического применения знаний
МиО	Мониторинг и оценка
MeSH	Заголовок медицинской темы
МоВ	Меморандум о взаимопонимании
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НПО	Неправительственная организация
НСМБ	Национальная сеть медицинских библиотек
НРИВ	Нерандомизированные исследования вмешательств
НФСС	Национальный фонд социального страхования (Ливан)
POCO	P(Люди)-O(Вариант)-C(Сравнение)-O(Итог)
PPD	Программа в области принятия политических решений
Группировки PROGRESS	Place of residence (место проживания) Race (расовая) /ethnicity (этническая принадлежность)/culture (культура / language (язык) Occupation (профессия) Gender (гендер)/sex (пол) Religion (религия) Education (образование) Socioeconomic status (социально-экономический статус) Social capital (социальный капитал)
СКФД	Синтез качественных фактических данных
РКИ	Рандомизированное контролируемое исследование
РСО	Риск системной ошибки

ROBINS-I	Риск системной ошибки в нерандомизированных исследованиях вмешательств
SART	Источник–точность-актуальность- своевременность
ЦУР	Цели устойчивого развития
SWOT	сильные и слабые стороны, возможности и угрозы
ТЗ	техническое задание
СКФД	синтез качественных фактических данных
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
УВКБ ООН	Агентство ООН по делам беженцев
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ВОЗ	Всемирная организации здравоохранения
5Ws	what (что), when (когда), where (где), why (почему), who (кто)

О РУКОВОДСТВЕ

Данное руководство предназначено для стран-участниц сети EVIPNet-Европа, намеревающихся разработать аналитические обзоры для формирования политики (АОФП) и организовать соответствующие политические диалоги для содействия формированию политики с учетом фактических данных (ПУФД). Хотя руководство адаптировано к Европейскому региону ВОЗ, данный документ, тем не менее, представляет собой полезное руководство для любого учреждения или организации, заинтересованной в разработке АОФП.

Цели руководства

Цели руководства:

- понять, что такое АОФП, и иметь возможность объяснять третьим сторонам цель и сравнительные преимущества АОФП;
- понять и освоить процесс подготовки к АОФП до его разработки;
- понять и узнать, как разрабатывать и оценивать АОФП;
- понять, как готовиться к политическому диалогу и приобрести навыки его проведения, фасилитации и оценки;
- приобрести навыки разработки стратегий внедрения АОФП, включая адвокацию и привлечение средств массовой информации для оказания влияния на политические решения.

Что включает в себя руководство

Оно включает в себя:

1. подробное описание шагов, необходимых на протяжении всего цикла подготовки, разработки и оценки АОФП, которые также включают шаги, ведущие к политическому влиянию (включая политический диалог);
2. шаблоны для всего процесса;
3. четкие указания по заполнению шаблонов. Это включает в себя (при необходимости):
   - общие руководства;
   - примеры на основе предыдущего опыта;
   - советы, а также «что можно» и «нельзя»;
   - другие вспомогательные ресурсы.

Как пользоваться руководством

В руководстве даются практические рекомендации по разработке АОФП. Страновые группы EVIPNet[1] и группы разработчиков АОФП могут обращаться к данному руководству на любом этапе процесса подготовки, разработки и продвижения своих АОФП. Шаблоны, а также пошаговые инструкции и советы упрощают работу страновых групп и группы разработчиков АОФП. Однако данное руководство является лишь одним из этапов в процессе получения

[1] Страновая группа (во многих случаях называемая платформой для практического применения знаний [ППЗ], когда она будет полностью институционализирована), планирует, реализует, отслеживает и оценивает работу по практическому применению знаний на страновом уровне при поддержке сети EVIPNet-Европа. Группа разработчиков АОФП создается временно на определенный период. Она включает в себя членов страновой группы, но также расширяется за счет привлечения экспертов в соответствующей области, связанных с конкретной темой, рассматриваемой в АОФП.

поддержки для подготовки АОФП. На протяжении всего процесса странам следует проводить несколько семинаров /вебинаров, чтобы обеспечить разработку эффективных и строгих АОФП. Секретариат ВОЗ для EVIPNet-Европа и его партнеры в идеале должны обеспечивать эти мероприятия по наращиванию потенциала, которые должны дополняться постоянным наставничеством, коучингом и индивидуальными обсуждениями со страновыми группами, чтобы обеспечить разработку строгих, основанных на фактических данных и учитывающих местные нужды АОФП.

Введение в формирование политики здравоохранения с учетом фактических данных

Правительства всего мира несут ответственность за поддержание здоровья населения и обеспечение равного доступа к высококачественной медицинской помощи для своих людей. Однако большое количество людей во всем мире по-прежнему не могут получать необходимые медицинские услуги. Фактические данные играют важную роль в укреплении систем здравоохранения, улучшении здоровья населения и ускорении достижения целей устойчивого развития (ЦУР) (Jha et al., 2016; Hatt et al., 2015; Langlois et al., 2016). Они могут служить основой для важных решений системы здравоохранения, в том числе о том, кто должен оказывать медицинские услуги, и как эти услуги финансируются и организовываются. (Gilson et al., 2011; Koon et al., 2013). Формирование политики здравоохранения с учетом фактических данных (ПУФД) — это подход, направленный на обеспечение использования наилучших имеющихся данных при формировании политики. Он включает в себя систематические и прозрачные процессы формулирования глобальных и местных данных в качестве ценной субсидии для принятия решений (Oxman et al., 2009).

Признавая необходимость наращивания национальных усилий по сокращению разрыва между исследованиями и политикой, Европейское региональное бюро ВОЗ в октябре 2012 года запустило сеть EVIPNet-Европа под эгидой Европейской инициативы ВОЗ в области информации здравоохранения (EHII). Сеть EVIPNet-Европа управляется Отделом информации, фактических данных, научных исследований и инноваций Европейского регионального бюро ВОЗ и является одним из ключевых стратегических направлений, включенных в план действий и резолюцию по укреплению использования фактических данных, информации и научных исследований для разработки политики в Европейском регионе ВОЗ (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016).

EVIPNet-Европа является частью глобальной инициативы сети EVIPNet ВОЗ, продвигающей ПУФД, которая определяется как систематическое и прозрачное использование данных научных исследований в области здравоохранения при разработке политики (Oxman et al., 2009). Сеть EVIPNet ВОЗ присутствует во всех регионах ВОЗ и координируется как на региональном, так и на глобальном уровнях. На страновом уровне сеть EVIPNet поощряет создание национальных групп, в состав которых входят разработчики политики, ученые и представители гражданского общества. Эти субъекты способствуют разработке и реализации политики за счет использования наилучших имеющихся глобальных и местных фактических данных.

Практическое применение знаний

Практическое применение знаний — это наука и практика укрепления взаимодействия между научными исследованиями, политикой и практикой. ВОЗ определяет практическое применение знаний как: «обмен знаниями, их синтез и оповещение о надежных и актуальных результатах научно-исследовательской деятельности. При этом основное внимание уделяется взаимодействию между лицами, проводящими исследования, и пользователями, устранению

барьеров для пользования результатами научно-исследовательской деятельности, адаптации информации с учетом интересов конкретной аудитории, чтобы обеспечить более широкое использование эффективных мер» (ВОЗ, 2004).

Практическое применение знаний определяется Канадским институтом исследований в области здравоохранения (CIHR) как «динамичный и повторяющийся процесс, который включает в себя синтез, распространение, обмен знаниями и этически обоснованное применение знаний для улучшения здоровья, предоставления более эффективных медицинских услуг и продуктов и укрепления системы здравоохранения» (CIHR, 2018).

Исследования по вопросам передачи и практического применения знаний показали, что разработчики политики предпочитают краткие и удобные для пользователя резюме фактических данных, (Hyder et al., 2011; Oliver at al., 2014; El-Jardali et al., 2012) которые выделяют ключевые идеи и рассматривают вопросы, связанные с качеством, местной применимостью и справедливостью. Примерами инструментов практического применения знаний, удобных для разработчиков политики и используемых EVIPNet-Европа, служат АОФП, быстрый ответный синтез, резюме фактических данных и (продуманные) заметки в СМИ.

АОФП — это относительно новый, инновационный подход к составлению пакета данных научных исследований для разработчиков политики; однако он уже является наиболее широко используемым инструментом. АОФП составляют путем обобщения и контекстуализации наилучших имеющихся фактических данных о проблеме, эффективных способов ее решения и ключевых аспектов реализации с привлечением экспертов в соответствующей области, разработчиков политики и заинтересованных сторон (Lewin et al., 2012). АОФП следует рассматривать как часть комплексного подхода к практическому применению знаний (см. рис. 0.1), чтобы стимулировать ПУФД и улучшать итоговые показатели здоровья (El-Jardali & Fadlallah, 2015). Такой подход характеризуется следующим:

(1) ориентирован на воздействие;
(2) начинается с определения приоритетности проблем/вопросов в области здравоохранения;
(3) позволяет обобщать фактические данные, например, проводить систематические обзоры;
(4) переходит к обобщению фактических данных с помощью инструментов практического применения знаний, таких как АОФП;
(5) работает над использованием знаний посредством вовлечения граждан, адвокации и политических диалогов с целью повышения вероятности политического влияния и улучшения итоговых показателей здоровья.

Политические диалоги являются важными краеугольными камнями подхода к практическому применению знаний и дополняют АОФП. Политические диалоги способствуют обсуждениям данных научных исследований, поддерживают контекстуализацию данных научных исследований и повышают возможность их использования путем дальнейшего вовлечения заинтересованных сторон высокого уровня, которые, вероятнее всего, будут принимать меры (Lavis et al., 2009; Yehya & El- Jardali, 2015; Damani et al., 2016).

РИС. 0.1. СТРУКТУРА ИНТЕГРИРОВАННОГО МЕТОДА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ



Примечание. МиО: Мониторинг и оценка

Источник: адаптировано на основе структуры интегрированного метода практического применения знаний, представленного El-Jardali & Fadlallah (2015).

На рис. А показана структура, в которой описан весь спектр шагов, необходимых для оказания поддержки странам в разработке АОФП и внедрении интегрированного метода практического применения знаний. Руководство построено на этой цветовой схеме: каждый шаг подробно описан в соответствующих разделах.

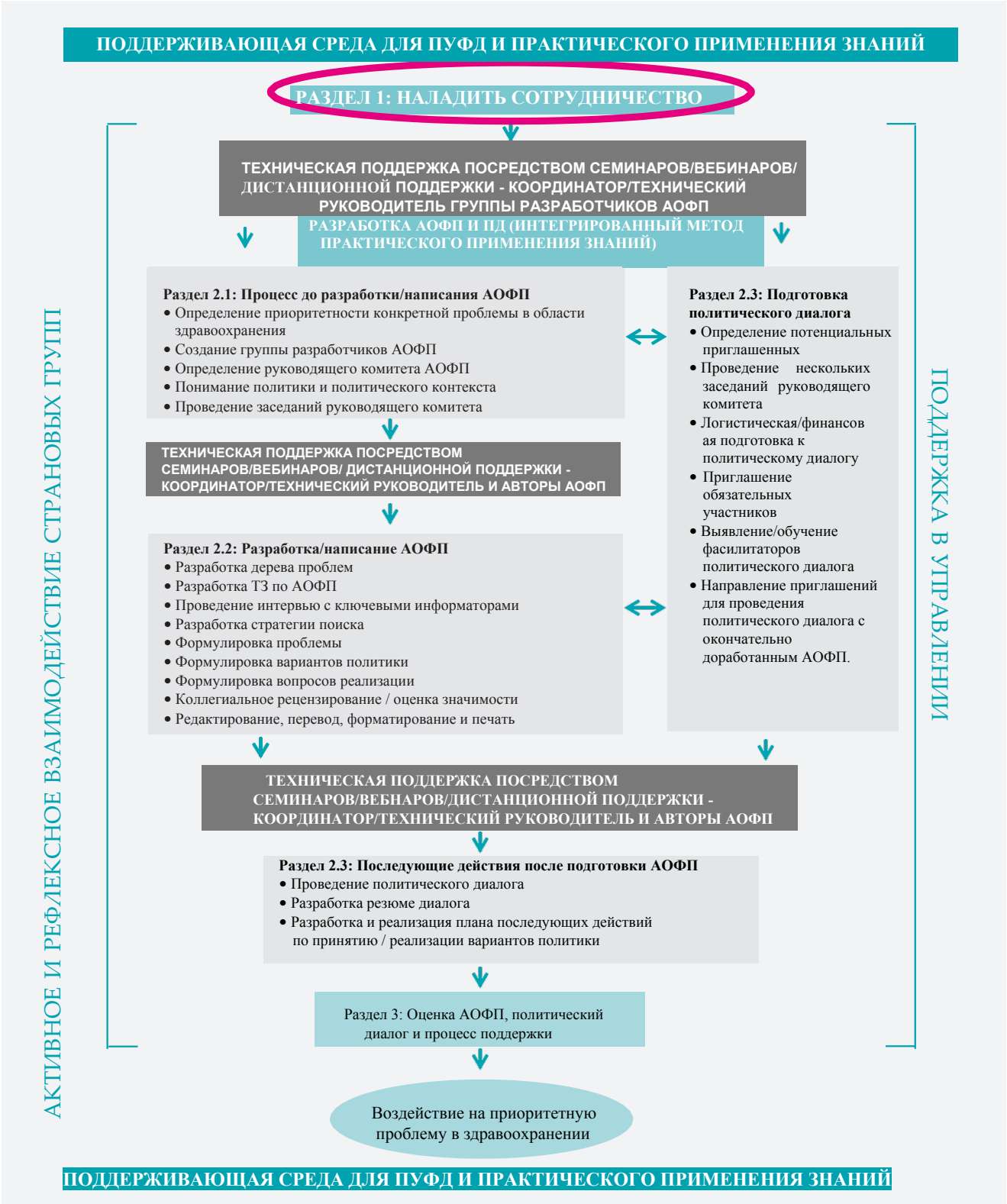
Структура (рис. А) начинается с установления официального сотрудничества между сетью EVIPNet-Европа и страной-участницей сети для разработки АОФП и обеспечения начального наращивания потенциала посредством обучающих семинаров и вебинаров (раздел 1).

В разделе 2 описывается, как страновые группы могут готовиться к разработке АОФП (например, путем создания группы разработчиков АОФП и руководящего комитета, проведения мероприятий по установлению приоритетов и т.д.). По своей сути раздел 2 содержит подробное руководство о том, как разработать АОФП, включая ключевые инструменты, методы и подходы, необходимые на каждом этапе разработки АОФП. Раздел заканчивается обзором мероприятий, необходимых для содействия внедрению АОФП в политику (через политические диалоги, резюме диалогов, адвокации, плана коммуникации, а также отслеживания реализации политики и средств массовой информации).[2]

В разделе 3 руководства приводятся методы оценки и шаблоны для всего процесса практического применения знаний с целью оценки степени достижения желаемых результатов и воздействия на общественное здоровье.

2 Рис. А будет появляться в конце каждого раздела, указывая на следующую стадию процесса.

РИС. А. РАМКИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ СТРАН В РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИИ ИНТЕГРИРОВАННОГО МЕТОДА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ



Примечание. МиО: Мониторинг и оценка

Источник: адаптировано на основе структуры интегрированного практического применения знаний, представленного El-Jardali & Fadlallah (2015).

Библиография

Damani Z, MacKean G, Bohm E, DeMone B, Wright B, Noseworthy T et al. (2016). The use of a policy dialogue to facilitate evidence-informed policy development for improved access to care: the case of the Winnipeg Central Intake Service (WCIS). Health Res Policy Syst. 14:78 (https://doi.org/10.1186/s12961-016-0149-5, accessed 29 July 2019).

El-Jardali F, Fadlallah R (2015). A call for a backward design to knowledge translation. Int J Health Policy Manag. 4(1):1–5 (http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2015.10, accessed 29 July 2019).

El-Jardali F, Lavis JN, Ataya N, Jamal D, Ammar W, Raouf S (2012). Use of health systems evidence by policymakers in eastern Mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. BMC Health Serv Res. 12:200 (https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-200, accessed 29 July 2019).

Gilson L, Hanson K, Sheikh K, Akua Agyepong I, Ssengooba F, Bennett S (2011). Building the field of health policy and systems research: social science matters. PLoS Med. 8(8):e1001079 (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001079, accessed 30 July 2019).

Hatt L, Johns B, Connor C, Meline M, Kukla M, Moat K (2015). Impact of health systems strengthening on health. Bethesda (MD): Abt Associates Inc Health Finance & Governance Project (https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2016/03/Impact-of-Health-Systems-Strengthening-on-Health-7-24-1.pdf, accessed 29 July 2019).

Hyder AA, Corluka A, Winch PJ, El-Shinnawy A, Ghassany H, Malekafzali H et al. National policy-makers speak out: are researchers giving them what they need? Health Policy Plan. 2011; 26(1):73–82 (https://doi.org/10.1093/heapol/czq020, accessed 30 July 2019).

Jha A, Kickbusch I, Taylor P, Abbasi K (2016). Accelerating achievement of the Sustainable Development Goals. BMJ 352:i409 (https://doi.org/10.1136/bmj.i409, accessed 29 July 2019).

Koon AD, Rao KD, Tran NT, Ghaffar A (2013). Embedding health policy and systems research into decision-making processes in low- and middle-income countries. Health Res Policy Syst. 11:30 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-11-30, accessed 29 July 2019).

Langlois EV, Montekio VB, Young T, Song K, Alcalde-Rabanal J, Tran N (2016). Enhancing evidence informed policymaking in complex health systems: lessons from multi-site collaborative approaches. Health Res Policy Syst. 14:20 (https://doi.org/10.1186/s12961-016-0089-0, accessed 30 July 2019).

Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 14. Organizing and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(1):14 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S14, accessed 31 July 2019).

Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):13 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S13, accessed 30 July 2019).

Lewin S, Bosch-Capblanch X, Oliver S, Akl EA, Vist GE, Lavis JN et al. (2012). Guidance for evidence-informed policies about health systems: assessing how much confidence to place in the research evidence. PLoS ed. 9(3):e1001187 (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001187, accessed 29 July 2019).

Oliver K, Innvar S, Lorenc T, Woodman J, Thomas J (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. BMC Health Serv Res. 14(1):2 (https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-2, accessed 20 July 2019).

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking? Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):1 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S1, accessed 20 July 2019).

United Nations General Assembly (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015 (A/RES/70/1). New York (NY): United Nations (http://undocs.org/A/RES/70/1, accessed 20 July 2019).

WHO (2004). World report on knowledge for better health. Strengthening health systems. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/rpc/meetings/en/world_report_on_knowledge_for_better_health2.pdf, accessed 30 July 2019).

WHO Regional Office for Europe (2013). Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/ data/ assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf, accessed 30 July 2019).

WHO Regional Office for Europe (2016). Action plan to strengthen the use of evidence, information and research for policy-making in the WHO European Region. Regional Committee for Europe Sixty-sixth session. Copenhagen, Denmark, 12–15 September 2016 (EUR/RC66/12). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf_file/0006/314727/66wd12e_EIPActionPlan_160528.pdf, accessed 27 July 2019).

Yehia F, El-Jardali F (2015). Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. Health Res Policy Syst. 13:29 (https://doi.org/10.1186/s12961-015-0018-7, accessed 27 July 2019).

РАЗДЕЛ 1

ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПРИСТУПИТЬ К ИНТЕГРИРОВАННОМУ МЕТОДУ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ

- Страны-участницы должны иметь благоприятный климат для ПУФД, чтобы начать работу по практическому применению знаний.
- Определение обязанностей и ответственности тех, кто сотрудничает, облегчит сотрудничество и сделает работу более структурированной, эффективной и результативной.

В этом разделе описываются первые шаги, необходимые для начала сотрудничества между Секретариатом ВОЗ для EVIPNet-Европа и страной-участницей, которая хотела бы разработать АОФП. С одной стороны, страны-участницы сети должны иметь благоприятный климат для ПУФД и процессов практического применения знаний. С другой стороны, крайне важно, чтобы обязанности и сроки совместной работы были определены и согласованы заранее, чтобы обеспечить бесперебойную и своевременную реализацию проекта.

1.1 НЕФОРМАЛЬНАЯ КООРДИНАЦИЯ СТОРОН

Перед тем, как начать процесс внедрения интегрированного метода практического применения знаний для разработки АОФП, необходимо учесть несколько ключевых аспектов.

1. Первое и самое важное — это благоприятная среда для ПУФД и процессов практического применение знаний, то есть страны осознают сравнительные преимущества практического применения знаний и готовы продвигаться к их внедрению. Дальнейшая адвокация потребности в синтезе фактических данных и практическом применении знаний может улучшить восприимчивость страны. Оценка контекста ПУФД, предложенная в Руководстве сети EVIPNet-Европа по анализу ситуации, является хорошей отправной точкой (EVIPNet Europe, 2017) для анализа климата ПУФД в стране.
2. Страна/учреждение, которая/которое будет реализовывать проект АОФП, должна/должно иметь возможности инициировать процесс. Это предусматривает наличие человеческих ресурсов, готовых к обучению по разработке АОФП. Кроме того, необходимо обеспечить время, приверженность и основные финансовые ресурсы.
3. Кроме того, важно, чтобы страны/учреждения имели общее представление о приоритетных проблемах здравоохранения, требующих разработки АОФП в соответствии с политическими приоритетами страны. На этом этапе может быть достаточным знать общую тему или общую проблему, которую необходимо решить (например, устойчивость к противомикробным препаратам [УПП]). Некоторые страны/учреждения, тем не менее, могут уже иметь четкое, подробное определение проблемы, которую они хотят решить с помощью практического применения знаний (например, неправильное назначение профилактических антибиотиков после хирургической операции в больницах). В любом случае страны не должны иметь предвзятых представлений о том, что делать для изменения ситуации (то есть решение или варианты политики), поскольку они должны быть идентифицированы с помощью фактических данных, полученных из АОФП, и с участием заинтересованных сторон.

Как только будут установлены вышеупомянутые важные элементы, страна-член сети EVIPNet-Европа и ВОЗ могут приступить к подготовке к официальному сотрудничеству.

1.2 УСТАНОВЛЕНИЕ ОФИЦИАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

После того, как страна-член сети EVIPNet-Европа и ВОЗ неформально договорятся о сотрудничестве в разработке АОФП, можно будет использовать более формальные методы сотрудничества. Обеспечение четкого понимания и формулирование обязанностей и ответственности будут способствовать сотрудничеству и сделают работу более структурированной, эффективной и результативной. В следующих подразделах приводятся примеры вопросов для страны-члена сети EVIPNet-Европа, которые следует обсудить на этапе сотрудничества, и которые могут лечь в основу официального технического задания (ТЗ) или меморандума о взаимопонимании (МоВ).

1.2.1 Цели и задачи сотрудничества

Конечной целью поддержки/сотрудничества является продвижение АОФП в странах.

Конкретные задачи данного сотрудничества

Устойчивое наращивание потенциала стран в области практического применения знаний в целях поддержки разработки и принятия ПУФД.

Ожидаемые результаты этого сотрудничества

Ожидаемые результаты для страны-члена EVIPNet-Европа и вовлеченных организаций / участников:

- понять и освоить процесс подготовки, разработки и оценки АОФП;
- понять и приобрести навыки подготовки к политическому диалогу, а также его проведения и оценки;
- понять и приобрести навыки в разработке плана внедрения АОФП;
- для создания или содействия среде / культуре, поддерживающей АОПФ и практическому применению знаний.

Ожидаемые результаты этого сотрудничества

Ожидается, что совместная работа обеспечит следующее:

- развитие квалифицированных и компетентных специалистов в странах-участницах EVIPNet-Европа для разработки АОФП для поддержки политических решений;
- разработка АОФП, основанная на систематических и прозрачных процессах с учетом фактических данных, контекстуализированных и вовлекающих в процесс разработки политики, программ и/или стратегий общественного здравоохранения;
- реализация плана внедрения АОФП, включая политический диалог и его резюме.

1.2.2 Обязанности всех сторон

Секретариат ВОЗ для EVIPNet-Европа поддержит создание группы, которая будет отвечать за разработку АОФП. В целом процесс наращивания потенциала и поддержки включает:

- как минимум один очный семинар (или как минимум три вебинара) по процессу подготовки, разработки и оценки АОФП и плана реализации;
- отдельные звонки/встречи для отслеживания процесса и решения проблем;
- коучинг и дистанционная поддержка проектов страновых групп по АОФП, включая предоставление комментариев, предложений и/или изменений к проектам до тех пор, пока они не будут готовы к публикации.

В следующих подразделах дается общее представление об обязанностях различных сторон, участвующих в процессах разработки и поддержки АОФП.

Страновая группа разработчиков АОФП

Группа разработчиков АОФП должна:

- активно участвовать в процессе определения приоритетных вопросов/проблем в области общественного здравоохранения, которые необходимо решать с помощью АОФП;
- соблюдать согласованные условия сотрудничества, в том числе согласованный рабочий план и сроки;
- посещать все организованные вебинары /семинары и индивидуальные коучинговые занятия;
- проявлять инициативу при выявлении и обсуждении проблем, препятствий и вопросов, которые могут повлиять на процесс разработки АОФП или поддержания МоВ.

Методологическая поддержка со стороны ВОЗ и ее партнеров

Методологическая поддержка включает поддержку экспертов в области практического применения знаний и/или ПУФД для обеспечения методологической точности АОФП, например, как были синтезированы фактические данные и разработаны АОФП. Такая техническая поддержка предоставляется на протяжении всего процесса практического применения знаний. Она заключается в следующем:

- консультирование по вопросам готовности страны решать определенную проблему / вопрос общественного здравоохранения с помощью практического применения знаний / АОФП с точки зрения способности группы инициировать процесс практического применения знаний;
- проведение вебинаров, очных семинаров и индивидуального коучинга для групп разработчиков АОФП для удовлетворения потребностей страны в наращивании потенциала;
- предоставление руководств по всему процессу практического применения знаний, а также инструментов и методов для групп разработчиков АОФП, чтобы инициировать, подготовить, разработать, опубликовать и оценить АОФП;
- консультирование о том, как продвигать АОФП в непрерывном процессе практического применения знаний, включая процесс внедрения, посредством адвокации, коммуникации и политического диалога;

- мониторинг прогресса и последующие действия со страновой группой(ами) разработчиков АОФП в соответствии с графиком и планом работы;
- рецензирование окончательного АОФП с методологической точки зрения;
- определение того, где требуется поддержка когорты АОФП - продвижение сетей, обмен опытом и передовой практикой, а также взаимная поддержка между странами-членами (например, посредством взаимодействия через Yammer®, онлайн-платформу EVIPNet-Европа).

Техническая поддержка со стороны ВОЗ и ее партнеров в разработке содержания

Поддержка в разработке тематического содержания включает поддержку со стороны экспертов в соответствующей области АОФП (например, специалиста по инфекционным заболеваниям, если темой АОФП является УПП), и его роль заключается в обеспечении научной обоснованности и строгости описания проблемы и возможных вариантов политики. Эта функция поддержки включает:

- конкретные рекомендации по уточнению постановки проблемы, дерева проблем и описания проблемы;
- регулярный анализ АОФП на разных этапах процесса, начиная с ТЗ по АОФП;
- помощь в выявлении соответствующих научных данных и неявных знаний об описанной проблеме и/или вариантах политики, передовых практиках и методах их реализации;
- помощь в выявлении местных/международных экспертов в соответствующей области и других заинтересованных сторон для вовлечения их в процесс;
- рассмотрение окончательного АОФП с точки зрения тематического содержания.

Управленческая поддержка со стороны ВОЗ

Хотя Секретариат ВОЗ для EVIPNet-Европа возглавляет управленческую поддержку, участие страновых офисов ВОЗ и, в частности, представителя ВОЗ жизненно важно на протяжении всего процесса разработки АОФП для обеспечения высокого качества и своевременного завершения. Управленческая поддержка включает:

- надзор за разработкой и реализацией совместной работы (например, МоВ / ТЗ);
- помощь в получении финансовой поддержки для процесса АОФП;
- организация вебинаров и семинаров;
- мониторинг прогресса и последующие действия со всеми вовлеченными сторонами в соответствии с графиком и планом работ;
- помощь в поиске решений проблемы с препятствиями, которые могут возникнуть в процессе разработки АОФП;
- повышение общей осведомленности и пропаганда АОФП среди национальных заинтересованных сторон;
- помощь в определении рецензентов, проводящих оценку значимости и коллегиальную оценку;
- возглавляет процесс утверждения ВОЗ и публикации АОФП.

1.2.3 Группа разработчиков АОФП возглавляет сотрудничество и последующие действия

Для каждой группы разработчиков АОФП следует определить, как ответственного за содержание, так и методологического руководителя, который также является координатором группы. Ниже приведены примеры ТЗ для координатора и ведущего эксперта в соответствующей области, чтобы продемонстрировать, какие обязанности и квалификация ожидаются от этих участников.

ХАРАКТЕРИСТИКИ КООРДИНАТОРА / КУРАТОРА СЕТИ EVIPNET-ЕВРОПА ПО РАЗРАБОТКЕ АОФП (ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ)[3]

ТЗ: координатор / куратор группы разработчиков АОФП, который будет выбран руководящим органом, должен иметь следующий опыт / знания для выполнения указанных здесь ключевых задач.

1. Методы

Мероприятия по разработке АОФП для координатора группы разработчиков АОФП включают:

- руководство разработкой протокола/ТЗ по АОФП;
- обеспечение технической точности и политической чувствительности АОФП;
- координация картирования основных заинтересованных сторон (например, для интервью с ключевыми информаторами и процесса оценки значимости), а также руководство или поддержка консультаций с ключевыми информаторами;
- определение подходящих членов группы разработчиков АОФП на основе требуемых навыков и опыта;
- руководство и координация постановки проблемы, и определение вариантов и аспектов их реализации;
- обеспечение доступа к базам данных и литературе;
- координация процесса поиска и оценки литературы;
- разработка АОФП и/или контроль и руководство процессом написания;
- оценка АОФП для обеспечения качества контента.

2. Руководство и организация

В сотрудничестве с ведущим экспертами в соответствующей области координатор группы разработчиков АОФП будет:

- контролировать и наблюдать за процессом разработки АОФП и предупреждать руководящий комитет и ВОЗ в случае задержек;

[3] Неопубликованный шаблон, разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ для сети EVIPNet. Обратите внимание на то, что существует значительное совпадение некоторых задач, связанных с руководством и организацией, у координатора / руководителя группы разработчиков АОФП и ведущего эксперта в соответствующей области; оба участника должны нести полную ответственность и участвовать в руководстве процессом

- возглавлять и координировать группу разработчиков АОФП (включая четкое распределение обязанностей и предоставление четких инструкций по задачам);
- поддерживать членов группы разработчиков АОФП в управлении их задачами, в том числе:
  - планирование и координация сотрудничества с группой, руководящим комитетом и рецензентами, оценивающими значимость;
  - координация процесса оценки значимости и пересмотра(ов) АОФП в соответствии с графиком;
  - надзор за бюджетом;
  - управление партнерскими соглашениями и/или контрактами;
  - подготовка отчетов по проекту (по мере необходимости);
  - координация процесса публикации в сотрудничестве с Секретариатом ВОЗ (включая копирование, перевод, дизайн, печать и распространение).

3. Коммуникация

Координатор/ куратор АОФП:

- поддерживает регулярную связь с секретариатом сети EVIPNet-Европа и группой, страновым офисом ВОЗ и руководящим комитетом;
- разрабатывает и/или координирует разработку коммуникационной стратегии, включая шаги по распространению результатов АОФП;
- общается со средствами массовой информации и при необходимости продвигает АОФП;
- следит за коммуникационными мероприятиями.

4. Знания и навыки

В идеале у координатора должны быть некоторые ключевые характеристики, в том числе:

- знание сети EVIPNet-Европа и понимание методов разработки АОФП;
- хорошее понимание процессов практического применения знаний и политики;
- предыдущий опыт синтеза фактических данных;
- сильные лидерские, организационные навыки и навыки управления проектом;
- предыдущий опыт координации и управления людьми, в частности, в междисциплинарных группах;
- хорошие навыки межличностного общения и коммуникации;
- отличное владение письменным и устным английским языком (свободное владение).

5. Образование

Координатор группы разработчиков АОФП должен иметь образование по крайней мере в одной из следующих областей:

- общественное здравоохранение;
- государственное управление;
- управление системой здравоохранения;
- система здравоохранения / анализ политики.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЕДУЩЕГО ЭКСПЕРТА В СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ АОФП (ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ)[4]

ТЗ: Ведущий эксперт в соответствующей области должен иметь следующий опыт/знания для ключевых задач, указанных здесь (на примере специалиста в области УПП).

1. Методы

Мероприятия по разработке АОФП для ведущего эксперта в соответствующей области включают:

- вклад в картирование основных заинтересованных сторон (например, для интервью с ключевыми информаторами и процесса оценки значимости), а также руководство или поддержка интервью с ключевыми информаторами;
- определение подходящих членов группы разработчиков АОФП на основе требуемых навыков и опыта;
- наблюдение за технической обоснованностью и актуальностью формулировки проблем, а также определение вариантов и аспектов реализации;
- содействие процессу поиска соответствующей литературы, и поддержка разработки стратегии поиска литературы;
- составление проекта АОФП вместе с координатором группы разработчиков АОФП с учетом мнений членов группы;
- оценка АОФП для обеспечения качества контента;
- обеспечение связи с соответствующими институтами и партнерами в рассматриваемой области (например, для предоставления данных по УПП и использованию лекарственных средств по конкретной стране).

2. Руководство и организация

В сотрудничестве с координатором группы разработчиков АОФП ведущий эксперт в соответствующей области будет:

- контролировать и наблюдать за процессом разработки АОФП, и предупреждать руководящий комитет и ВОЗ в случае задержек;
- возглавлять и координировать группу разработчиков АОФП (включая четкое распределение обязанностей и предоставление четких инструкций по задачам);
- поддерживать членов группы разработчиков АОФП в управлении их задачами, в том числе:
  - планирование и координация сотрудничества с группой, руководящим комитетом и рецензентами, оценивающими значимость;
  - координация процесса оценки значимости и пересмотра (ов) АОФП в соответствии с графиком;
  - надзор за бюджетом;

[4] Неопубликованный шаблон, разработанный Европейским региональным бюро ВОЗ для сети EVIPNet. Обратите внимание на то, что существует значительное совпадение некоторых задач, связанных с руководством и организацией, у координатора / руководителя группы разработчиков АОФП и ведущего эксперта в данной области; оба участника должны нести полную ответственность и участвовать в руководстве процессом.

- управление партнерскими соглашениями и / или контрактами;
- подготовка отчетов по проекту (по мере необходимости);
- координация процесса публикации в сотрудничестве с Секретариатом ВОЗ (включая копирование, перевод, дизайн, печать и распространение).

3. Коммуникация

Ведущий эксперт в соответствующей области:

- поддерживает регулярную связь с программой по УПП, секретариатом EVIPNet-Европа и их группой, страновым офисом ВОЗ и руководящим комитетом;
- разрабатывает и/или координирует разработку коммуникационной стратегии, включая шаги по распространению результатов АОФП; сотрудничество с координатором группы разработчиков АОФП;
- общается со средствами массовой информации и при необходимости продвигает АОФП;
- следит за коммуникационными мероприятиями.

4. Знания и навыки

Желательно, чтобы эксперт в соответствующей области обладал некоторыми ключевыми характеристиками, включая:

- экспертные знания проблемы (например, о национальных ответных мерах на УПП), ключевых участниках и наличия данных;
- знание сети EVIPNet-Европа и понимание методов разработки АОФП;
- хорошее понимание процессов практического применения знаний и политики;
- предыдущий опыт синтеза фактических данных;
- сильные лидерские, организационные навыки и навыки управления проектом;
- предыдущий опыт координации и управления людьми, в частности, в междисциплинарных группах;
- хорошие навыки межличностного общения и коммуникации;
- отличное владение письменным и устным английским языком (свободное владение).

5. Образование

Ведущий эксперт в соответствующей области должен иметь образование в любой из следующих областей:

- медицина
- здравоохранение.

1.2.4 Условия коммуникации

Для обеспечения эффективного наращивания потенциала групп разработчиков АОФП на каждом этапе процесса разработки АОФП следует проводить учебные занятия (см. рис. А). Кроме

того, процессам написания АОФП будет оказывается техническая помощь через следующие мероприятия:

(a) регулярные (виртуальные) встречи для отслеживания прогресса и обсуждения конкретных потребностей и проблем, которые могут возникнуть;
(b) индивидуальный коучинг и наставничество для содействия процессу написания АОФП;
(c) письменные отзывы к предварительным версиям АОФП.
Установление четких сроков и согласование средств коммуникации должны происходить на ранней стадии процесса. Очные встречи/семинары остаются лучшим способом общения. Однако, если это невозможно, следует определить другие средства связи. Вот некоторые примеры:

- платформы для вебинаров, такие как WebEx, Go To Meeting и т.д.;
- платформы для очного коучинга, такие как Skype, Huddle, WhatsApp, WebEx и т.д.;
- платформы для обмена документами, такие как Dropbox, Yammer, электронная почта и т.д.

Некоторые из этих платформ бесплатны, но другие, возможно, придется покупать. Определение методов коммуникации на раннем этапе может помочь потенциально включить в бюджет статью для содействия коммуникации.

1.2.5 График сотрудничества

Перед началом сотрудничества следует согласовать четкие сроки. Ожидаемый срок для процесса поддержки может быть в пределах 6–12 месяцев. Подробные сроки обсуждаются в подразделе 2.1.6.

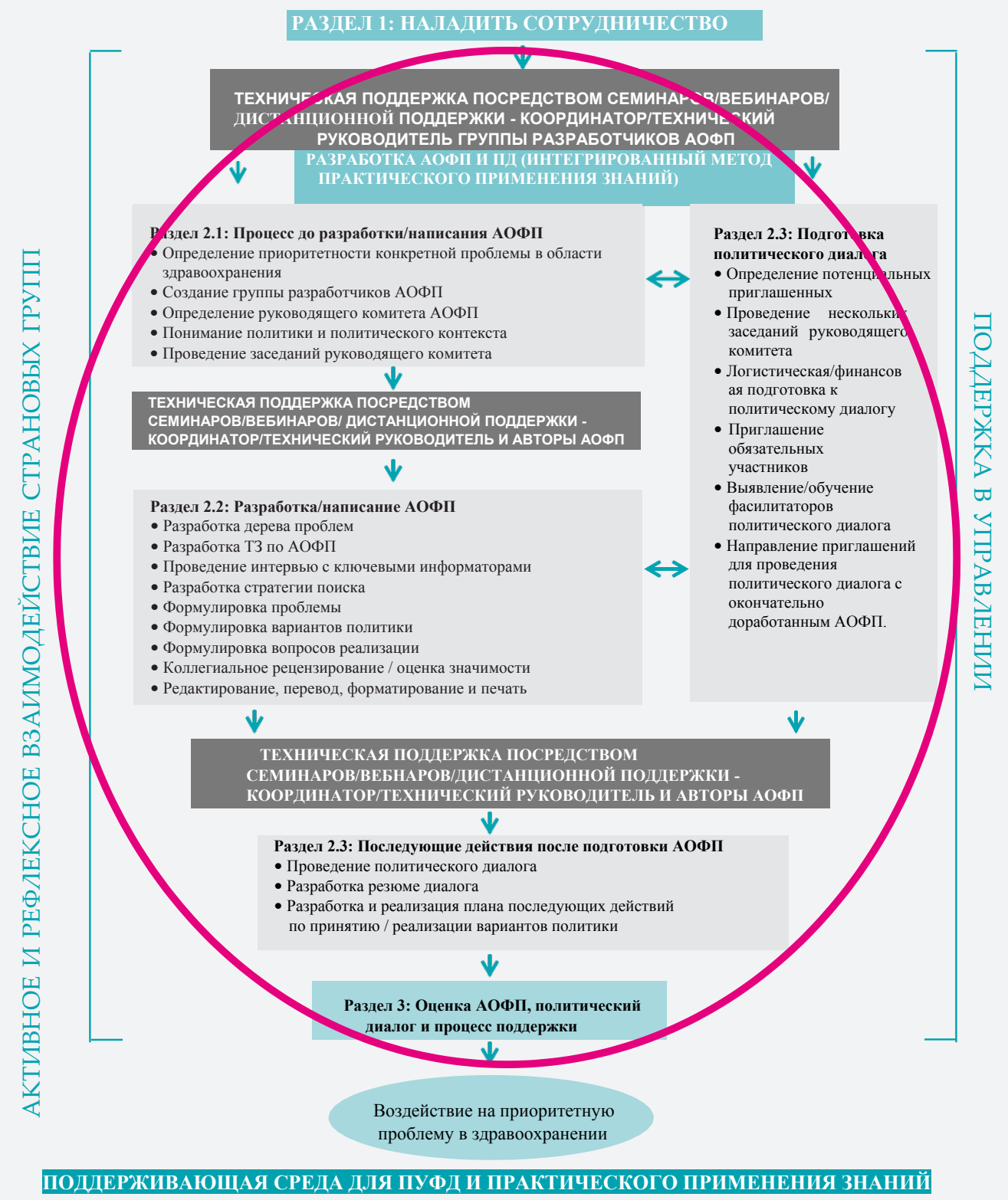
1.2.6 Описание денежных условий

Подлежит согласованию в индивидуальном порядке

Библиография

EVIPNet Europe (2017). Introduction to EVIPNet Europe: conceptual background and case studies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/ data/assets/pdf_ file/0008/344762/EVIPNet-Europe-Starter-Kit_complete_ENG.pdf).

РИС. А. РАМКИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ СТРАН В РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИИ ИНТЕГРИРОВАННОГО МЕТОДА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ



Примечание. МиО: Мониторинг и оценка

Источник: адаптировано на основе структуры интегрированного практического применения знаний, представленного El-Jardali & Fadlallah (2015).

ГЛАВА 2

ТЕХНИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И КОУЧИНГ ПО ИНТЕГРИРОВАННОМУ МЕТОДУ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ

2.1 ЭТАП ДО РАЗРАБОТКИ АОФП: ПОДГОТОВКА К НАПИСАНИЮ

В этом разделе описаны все шаги, предшествующие фактическому написанию АОФП. Перед запуском процесса странам, впервые разрабатывающим АОФП, будет предоставлено техническое обучение.

Процесс подготовки к разработке АОФП очень важен (до того, как начать фактическое написание АОФП). Этот этап включает определение группы и руководящего комитета по АОФП, обладающих нужным опытом в разработке АОФП. Он также обеспечивает правильное понимание проблемы, политического контекста и основных заинтересованных сторон, связанных с проблемой, а также способствует разработке ТЗ по АОФП для следующего этапа. Выполнение этих шагов до начала АОФП имеет важное значение для обеспечения высокоэффективного АОФП, основанного на фактических данных и местного контекста.

Этот этап может занять от нескольких недель до нескольких месяцев, в зависимости от того, как быстро группа разработчиков АОФП и руководящий комитет могут быть созваны и начнут регулярно встречаться. Это также зависит от общего графика проекта по практическому применению знаний.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ

- Перед тем, как начать процесс написания АОФП, необходимо выполнить несколько шагов, чтобы обеспечить высокую эффективность АОФП, основанную на фактических данных и местных условиях.
- Следует провести работу по установлению приоритетов, чтобы определить конкретные проблемы общественного здравоохранения, которые должны быть решены в АОФП. Эта проблема должна быть далее разбита на ее обуславливающие контекстуальные факторы.
- Группа разработчиков АОФП и руководящий комитет с правильным составом опыта имеют решающее значение для успеха процесса трансляции знаний.
- Адекватное знание контекста может помочь в формировании самой АОФП, выбора заинтересованных сторон, сроков, установленных для проекта, плана коммуникации и плана внедрения.
- Определение графика проекта и рабочего плана с четким разделением задач между членами группы на раннем этапе обеспечивает плавную и своевременную разработку АОФП.
- Вовлечение основных заинтересованных сторон, связанных с проблемами общественного здравоохранения с самого начала, может дать возможность извлечь уроки из их неявных знаний. Кроме того, это дает им чувство ответственности за инициативу и увеличивает их поддержку и вероятность принятия политики.

2.1.1 Установка приоритетов

Установление приоритетности проблемы - очень важный первый шаг в процессе разработки АОФП. Учитывая ограниченные ресурсы, АОФП должен заняться решением высокоприоритетной проблемы, чтобы добиться максимального воздействия и разумного использования ресурсов. (Uneke et al., 2013). Кроме того, привлечение разработчиков политики и заинтересованных сторон к определению приоритетных тем повышает вероятность использования фактических данных, а также поддержку со стороны разработчиков политики и заинтересованных сторон (COHRED, 2006; Lavis, Lomas, et al., 2006). После того, как будет определена группа

разработчиков АОФП и начнутся обсуждения, может потребоваться дополнительное усилие, чтобы правильно сформулировать проблему. Хотя этот раздел актуален в начале процесса, более конкретная постановка проблемы может также потребоваться на более поздних этапах пути к интегрированному практическому применению знаний.

Приоритетные темы можно определить с помощью ряда методов.

1. Формальный процесс установки приоритетов

- Следует провести мероприятие по установлению приоритетов (например, в форме встречи) для официального созыва соответствующих разработчиков политики и заинтересованных сторон для уточнения приоритетных тем и определения потребностей в исследованиях, информации и фактических данных (El-Jardali et al., 2010).
- Планирование работы по установлению приоритетов состоит из нескольких этапов.
  - Первым шагом является проведение обзора литературы и технических данных министерств и других государственных учреждений, веб-сайтов международных организаций и научных баз данных. Этот шаг помогает определить объем, фокус и временные рамки данной работы.
  - Второй шаг - пригласить и обеспечить участие наиболее важных заинтересованных сторон, обеспечивая надлежащее представительство путем проведения комплексного картирования заинтересованных сторон с упором на более общую тему (см. подраздел 2.1.5). Заинтересованные стороны, приглашенные для определения приоритетов, могут немного отличаться от тех, кого приглашают к политическому диалогу на более поздних этапах процесса, в зависимости от того, какая конкретная проблема выбрана для работы из более общей темы (например, УПП на национальном уровне в целом, по сравнению с назначением антибиотиков только в ветеринарии).
  - Следующим шагом является сбор данных о приоритетах различных разработчиков политики и заинтересованных сторон и определение общих приоритетов.
  - Последним шагом является проверка и ранжирование идентифицированных приоритетов на основе ряда критериев, таких как масштаб и серьезность проблемы, актуальность, срочность, применимость, осуществимость и оригинальность.

2. Неформальные обсуждения и консультации / прямые запросы

- Приоритеты также можно определить посредством неформальных обсуждений, личных встреч и встреч с разработчиками политики и заинтересованными сторонами, даже если рассматриваемая тема не является целью обсуждения.
- От разработчиков политики и заинтересованных сторон могут поступать прямые запросы по конкретному политическому приоритету (например, работа по заказу).

3. Фокусирующее мероприятие

- Приоритеты могут быть также определены по событию, которое внезапно привлекает внимание, например, кризис или вспышка болезни и/или последующее отслеживание с помощью средств массовой информации/прессы, требующее принятия ответных мер (например, ребенок, умирающий от медицинской ошибки или вспышки болезни) (Kingdon, 1984).

ВСТАВКА 2.1. КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТОВ ЦЕНТРА K2P

Чтобы определить, является ли выбранная проблема приоритетной, центр K2P установил набор из 14 критериев для рассмотрения при выборе приоритетных тем в форме вопросов типа «да / нет». На все эти вопросы следует дать положительный ответ, чтобы их можно было считать существенными для АОФП; в противном случае проблема не будет готова к прохождению политического цикла. Выполнение всех этих критериев может также означать, что АОФП может привести к положительным результатам для здоровья, повышению справедливости в отношении здоровья или другим положительным результатам.

Анализ политики и политического контекста может помочь в достижении всестороннего понимания проблемы, чтобы ответить на приведенные ниже вопросы.

1. Тема важна?
2. Была ли эта тема уже признана проблемой для политики?
3. Была ли эта тема уже интегрирована в политический цикл?
4. Существует ли общественный интерес к этой теме?
5. Достаточно ли местных фактических данных?
6. Доступны ли эффективные варианты решения этой темы?
7. Есть ли возможность для перемен?
8. Имеется ли серьезная неопределенность по поводу темы и возможных решений?
9. Доступны ли соответствующие данные научных исследований?
10. Есть ли интерес в обсуждении проблемы и возможных решений с учетом фактических данных?
11. Актуальна ли тема на национальном и региональном уровнях?
12. Есть ли возможность у организации/ учреждения отслеживать промежуточные и конечные результаты и влияние использования фактических данных в политике?
13. Можно ли определить долгосрочные и краткосрочные преимущества, обратившись к этой приоритетной теме?
14. Тема ясна и четко определена?

Источник: Центр K2P (2014).

См. вставку 2.1, где приведены критерии определения приоритетов, установленные центром K2P для оценки готовности темы к вступлению в процесс разработки АОФП.

2.1.2 Определение группы разработчиков АОФП

Определение правильного сочетания опыта для группы разработчиков АОФП имеет решающее значение для успеха АОФП. Координатор и эксперт в соответствующей области, нанятые на самой ранней стадии процесса практического применения знаний (см. раздел 1.2), в идеале должны взять на себя ведущую роль в отборе членов группы разработчиков АОФП. Эта группа будет отвечать за разработку АОФП, проведение консультаций с ключевыми информаторами, подготовку к политическому диалогу и поддержку плана применения знаний для АОФП. Предварительное картирование заинтересованных сторон может помочь определить членов группы разработчиков

АОФП (см. подраздел 2.1.5), особенно экспертов по методологии и содержанию в соответствующей области. В некоторых странах / учреждениях / организациях может быть обширный список персонала / ресурсов, выделенных для разработки АОФП и организации политического диалога. Таблица 2.1 предназначена для того, чтобы дать общий обзор членов группы, которые будут участвовать в разработке АОФП, в том числе:

- их задачи и предлагаемый опыт, знания и навыки;
- примерное требуемое количество времен, с указанием возможных стимулов.

Группа разработчиков АОФП состоит из членов с разным опытом и знаниями. Обратите внимание, что, в то время как таблица 2.1 структурирована по функциям, рекомендуется сосредоточиться на перечисленных задачах. В некоторых группах АОФП, например, методологический руководитель может одновременно выполнять функции административного руководителя.

ТАБЛИЦА 2.1. РУКОВОДСТВО ПО ФУНКЦИЯМ, ЗАДАЧАМ, ОБРАЗОВАНИЮ/ НАВЫКАМ И ОБЪЕМУ РАБОТ, НЕОБХОДИМЫМ ГРУППЕ АОФП

ГРУППА РАЗРАБОТЧИКОВ АОФП			
ФУНКЦИЯ	**ЗАДАЧА**	**ОБРАЗОВАНИЕ И ЗНАНИЯ/ НАВЫКИ**	**ОБЪЕМ РАБОТЫ И СТИМУЛЫ**
Методологический (АОФП) куратор	1. Руководство/менеджмент ▪ контролирует и наблюдает за процессом разработки АОФП и предупреждает руководящий комитет и ВОЗ в случае задержек ▪ возглавляет группу разработчиков АОФП (четко сообщает об обязанностях и предоставляет четкие инструкции по задачам) ▪ Обеспечивает группе разработчиков АОФП хороший доступ к базам данных и литературе. 2. Технический надзор ▪ Руководит разработкой протокола/ ТЗ/плана АОФП. ▪ Обеспечивает техническую точность и политический такт АОФП ▪ Руководит разработкой политики и политическим анализом контекста. 3. Взаимодействие и коммуникация ▪ Картирует основные заинтересованные стороны (например, для интервью с ключевыми информаторами и процесса оценки значимости) и руководит проведением интервью ▪ Поддерживает регулярную связь с секретариатом сети EVIPNet-Европа и ее партнерами, страновым офисом ВОЗ и руководящим комитетом ▪ Общается со средствами массовой информации и при необходимости продвигает АОФП	Образование ▪ Общественное здравоохранение, государственное управление, руководство системой здравоохранения и/или анализ системы/политики здравоохранения Знания / навыки ▪ Опыт в науке о практическом применении знаний, особенно в разработке АОФП и формулировании постановки проблемы и вариантов ее решения ▪ Поиск, оценка и синтез фактических данных ▪ Опыт работы в междисциплинарной международной группе ▪ Лидерские, организаторские, координационные качества, качества управления людьми и межличностных отношений. ▪ Знание английского языка	Объем работы ▪ 6 часов в неделю в течение 8 месяцев Стимулы ▪ финансовые ▪ Соавторство

ГРУППА РАЗРАБОТЧИКОВ АОФП			
ФУНКЦИЯ	**ЗАДАЧА**	**ОБРАЗОВАНИЕ И ЗНАНИЯ/ НАВЫКИ**	**ОБЪЕМ РАБОТЫ И СТИМУЛЫ**
Административный куратор	1. Администрирование ▪ Контролирует бюджет ▪ Управляет соглашениями о партнерстве и ТЗ/ контрактами членов группы ▪ Поддерживает процесс публикации (включая редактирование, перевод, дизайн, печать и распространение) 2. Координация/планирование ▪ Поддерживает членов группы разработчиков АОФП в управлении их задачами и отслеживании сроков ▪ Планирует и координирует совместную работу с группой, руководящим комитетом и специалистами по оценке значимости. ▪ Координирует процесс оценки значимости и пересмотра(ов) АОФП в соответствии с графиком ▪ Поддерживает подготовку к политическому диалогу 3. Документация ▪ Готовит отчеты по проектам ▪ Следит за протоколом встречи	Образование ▪ Администрирование Знания/навыки ▪ Организаторские, координационные качества, качества управления людьми и межличностных отношений. ▪ Работа в междисциплинарной международной группе ▪ Знание английского языка	Объем работы ▪ 18 часов в неделю более 7 месяцев Стимулы ▪ финансовые
Куратор по синтезу фактических данных и написанию	1. Синтез фактических данных ▪ Проводит поиск литературы, проводит оценку качества и готовит таблицы фактических данных (включая разработку стратегии поиска). 2. Привлечение/взаимодействие ▪ Поддерживает проведение интервью с ключевыми информаторами 3. Написание ▪ Разрабатывает АОФП и/или контроль и руководство процессом написания;	Образование ▪ Научные исследования, общественное здравоохранение, руководство системой здравоохранения и/ или анализ системы/политики здравоохранения Знания / навыки ▪ Поиск, оценка и синтез фактических данных ▪ Проведение и анализ интервью с ключевыми информаторами ▪ Работа в междисциплинарной международной группе ▪ Навыки и опыт написания ▪ Знание английского языка	Объем работы ▪ 9 часов в неделю в течение 7 месяцев Стимулы ▪ финансовые ▪ соавторство ▪ желание оказывать влияние и улучшать показатели здоровья/ ▪ социальные показатели
Эксперт(ы) в соответствующей области	1. Синтез фактических данных ▪ Обзор стратегии поиска ▪ Поддерживает разработку дерева проблем, протокола/ТЗ/ плана АОФП ▪ Поддерживает определение членов проектной группы, руководящих комитетов и заинтересованных сторон для участия в проекте ▪ оказывает поддержку в разработке политики и определении политического контекста 2. Рецензия ▪ Проверяет АОФП на предмет точности и качества содержания (включая рекомендации о дополнительной литературе, если применимо)	Образование *Зависит от темы, н-р.* ▪ Медицина/эпидемиология/ ▪ экономика Знания / навыки ▪ Сильные тематические знания в зависимости от темы (научные и неясные знания) ▪ Знание существующих фактических данных (национального/ глобального уровня) ▪ Знание английского языка	Объем работ ▪ 4 часов в неделю в течение 3 месяцев Стимулы ▪ финансовые ▪ Соавторство ▪ Желание оказывать влияние и улучшать здоровье/социальные показатели

ГРУППА РАЗРАБОТЧИКОВ АОФП			
ФУНКЦИЯ	**ЗАДАЧА**	**ОБРАЗОВАНИЕ И ЗНАНИЯ/ НАВЫКИ**	**ОБЪЕМ РАБОТЫ И СТИМУЛЫ**
Внешняя поддержка (Страновой офис ВОЗ)	1. Привлечение/взаимодействие ▪ Посредники между группой разработчиков АОФП, Министерством здравоохранения и местными заинтересованными сторонами ▪ Поддерживает картирование и взаимодействие с заинтересованными сторонами ▪ Помогает установить контакт / подписывать контракты с экспертами ▪ Оказывает поддержку в картировании политики и политического контекста 2. Мониторинг работы ▪ Следит за ходом работы и отслеживает сроки ▪ Анализирует АОФП с точки зрения местного политического контекста 3. Коммуникация / адвокация ▪ Оказывает содействие в работе другим заинтересованным сторонам	Образование ▪ Сотрудник странового офиса ВОЗ Знания / навыки ▪ Управление системой здравоохранения ▪ Система здравоохранения и политика в области здравоохранения (анализ): ▪ местного контекста ▪ местных заинтересованных сторон (и связь с ними)	Объем работ ▪ 1 час в неделю в течение 8 месяцев Стимулы ▪ Признание ВОЗ/ ▪ Поддержка странового офиса в публикации АОФП

Во многих контекстах количество вовлеченных людей будет разным. В некоторых контекстах группа может быть намного больше (см., например, таблицу 2.2), в то время как в других контекстах она может быть намного меньше, а задачи выполняются более рационально. Решение о размере группы может быть основано на характере проблемы, выбранной для АОФП, наличии и доступности экспертов, бюджете и сроках завершения процесса практического применения знаний. В качестве приблизительного ориентира в группу разработчиков АОФП необходимо включить как минимум одного члена, обладающего опытом в каждой из этих областей:

- методы написания (АОФП);
- наука практического применения знаний;
- администрирование;
- исследование фактических данных, оценка и синтез;
- опыт в предметном содержании (по теме, рассматриваемой в АОФП);
- коммуникации.

Пример

Группа EVIPNet-Венгрия в 2016-2017 гг., работавшая над АОФП по использованию антибиотиков и УПП (далее именуемая «группа EVIPNet Венгрия»), состояла из девяти членов, из них шесть экспертов в области использования антибиотиков и УПП, а также три человека руководили координацией, обеспечивая политический вклад и поддержку всего процесса (таблица 2.2).

ТАБЛИЦА 2.2. ОЦЕНКА РАБОЧИХ ЧАСОВ ГРУППЫ EVIPNET-ВЕНГРИЯ, РАЗРАБАТЫВАЮЩЕЙ АОФП ПО УПП, В СООТВЕТСТВИИ С КОМПЕТЕНЦИЯМИ И ЭТАПАМИ РАБОТЫ

	Эпидемиологи (3)	Фармакологи (2)	Инфекционист (1)	Политика и поддержка (3)	Всего (часов)
Поиск литературы	20 часов	–	8 часов	48 часов	**76**
Первый проект	178 часов	20 часов	8 часов	–	**206**
Корректировка после рецензий	96 часов	–	2 часов (консультация)	48 часов	**146**
Интервью с ключевыми информаторами	10 часов	-	-	40 часов	**50**
Разработка второго проекта	50 часов	20 часов	-	50 часов	**120**
Корректировки после коллегиальной оценки и оценки значимости	100 часов	10 часов	-	100 часов	**200**
Исправление отредактированной английской версии и перевод на венгерский язык	10 часов	-	-	20 часов	**30**
Координация	–	–	–	96 часов	**96**
ВСЕГО (ЧАСОВ)	**464**	**50**	**18**	**402**	**934**

Примечание. Суммы для любой категории экспертов

Источник: По оценкам группы EVIPNet-Венгрия.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

Для обеспечения эффективности работы следует выполнить комплекс действий, в том числе:

- обеспечение междисциплинарного и мультисекторального состава группы разработчиков АОФП, не забывая тех, кто хорошо понимает политические процессы;
- разработка ТЗ для членов группы в тесной координации с ними и с учетом их конкурирующих ролей и обязанностей;
- уточнение обязанностей членов группы и сроков на ранней стадии процесса (и всегда наличие обновленного плана работы);
- установление четкого графика выполнения задач и его соблюдение (например, установление надлежащей управленческой практики);
- установление и поддержание командного духа, продолжая напоминать им о конечной цели их тяжелой работы;
- организация регулярных встреч авторов АОФП;
- сохранение осведомленности о потенциальном конфликте интересов среди группы разработчиков АОФП (в связи с этим предпочтительнее просить группу представить декларацию о конфликте интересов) - прозрачность и раскрытие информации о любом потенциальном конфликте интересов являются ключом к успеху АОФП.
    - Если возникает конфликт интересов, его следует обсудить с группой и руководящим комитетом, чтобы решить, как с ним справиться:
        если конфликт интересов представляет собой высокий риск ► прекратить сотрудничество;
        умеренный/низкий риск ► урегулировать конфликт интересов.

2.1.3 Определение руководящего комитета АОФП

Руководящий комитет АОФП поддерживает различные этапы процесса разработки АОФП. АОФП требует наличия руководящего комитета, состоящего из 5–7 мультисекторальных, многопрофильных и высокопоставленных ключевых заинтересованных сторон из числа представителей правительства, разработчиков политики, ученых и других ключевых заинтересованных сторон, которые достаточно осведомлены о теме и могут внести свой вклад в процесс разработки АОФП и организации политического диалога. Члены руководящего комитета также должны иметь четкое понимание лежащей в основе политики по данному вопросу/проблеме; таким образом, они могут обеспечить надлежащее руководство для обеспечения успеха АОФП. Члены руководящего комитета являются ключевыми заинтересованными сторонами, которые должны быть включены в процесс разработки АОФП на ранних этапах, чтобы внимательно следить за ним. Комитет должен находиться в тесном контакте с кураторами группы разработчиков АОФП.

Таблица 2.3 описывает:

- задачи руководящего комитета и предполагаемый опыт, знания и навыки членов;
- примерное требуемое время с указанием возможных стимулов.

ТАБЛИЦА 2.3. РУКОВОДСТВО ПО ФУНКЦИЯМ, ЗАДАЧАМ, ОБРАЗОВАНИЮ/НАВЫКАМ И ОБЪЕМУ РАБОТ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ РУКОВОДДЯЩЕГО КОМИТЕТА

<table>
<tr><th colspan="4">РУКОДЯЩИЙ КОМИТЕТ ПО АОФП</th></tr>
<tr><th>ФУНКЦИЯ</th><th>ЗАДАЧА</th><th>ОБРАЗОВАНИЕ И ЗНАНИЯ/НАВЫКИ</th><th>ОБЪЕМ РАБОТЫ И СТИМУЛЫ</th></tr>
<tr><td>Разработчик(и)</td><td rowspan="2">Руководство по управлению процессом АОФП
▪ Консультирует по плану и срокам проекта (включая финансирование, бюджет, контракты, картирование заинтересованных сторон и интервью)
Руководство по разработке содержания АОФП
▪ Рассматривает протокол / ТЗ / план АОФП, в частности, уточняет проблему
▪ Рассматривает процесс картирования политики и политического контекста
▪ Рассматривает АОФП и все другие результаты
▪ Рассматривает оценки АОФП
Руководство по взаимодействию с заинтересованными сторонами и процессу внедрения АОФП
▪ Определяет ключевых информаторов для предоставления обратной связи по АОФП (и ее протоколу / ТЗ / схеме)
▪ Определяет ключевые заинтересованные стороны, которые будут участвовать в политическом диалоге и план коммуникации
▪ Консультирует по процессу внедрения АОФП
▪ Содействует выявлению дополнительных источников финансирования для внедрения АОФП</td><td>Высокопоставленные государственные политики, чиновники</td><td rowspan="2">Объем работ
▪ Одна совместная телеконференция в месяц (иногда раз в две недели в критические моменты процесса) в течение 6–7 месяцев
Стимулы
▪ Признание в публикации</td></tr>
<tr><td>Заинтересованная(ые) сторона(ы)</td><td>Группы заинтересованных сторон высокого уровня (например, профессиональные ассоциации, союзы, крупные медицинские организации)</td></tr>
</table>

Источник: адаптировано из подходов, используемых форумом здравоохранения Макмастера.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Следует организовать хотя бы одну встречу в месяц или даже больше вокруг ключевых событий. Если личные встречи невозможны, можно использовать телеконференции.
- Один член группы разработчиков АОФП должен быть назначен для координации заседаний руководящего комитета.
- Необходимо вести протоколы заседаний руководящего комитета и распространять их.
- В некоторых случаях и в зависимости от рассматриваемой темы члены группы разработчиков АОФП также могут выступать в качестве руководящего комитета. Такие случаи могут иметь место, когда несколько заинтересованных сторон вовлечены в определенный вопрос, и большинство из них были вовлечены членами группы разработчиков АОФП или в качестве таковых.
- Все участвующие стороны должны знать о потенциальных конфликтах интересов среди членов руководящего комитета. Желательно попросить их подать заявление о конфликте интересов – прозрачность и раскрытие информации о любом потенциальном конфликте интересов являются ключом к успеху АОФП:
  - Если возникает конфликт интересов, его следует обсудить с группой и руководящим комитетом, чтобы решить, как с ним справиться:
    если конфликт интересов представляет собой высокий риск ► прекратить сотрудничество;
    умеренный/низкий риск ► урегулировать конфликт интересов.

2.1.4 Краткое описание и картирование политики и политического контекста

Важно понять политику и политический контекст вокруг проблемы или вопроса в области здравоохранения, выявленных до начала разработки АОФП. Этот шаг очень важен для понимания контекста и, следовательно, для разработки правильной ответной меры. Знание контекста может помочь сформировать сам АОФП, выбрать заинтересованных сторон для участия, определить сроки для проекта, составить план коммуникации и план реализации. Ниже приведены некоторые наводящие вопросы, которые могут помочь в структурировании мыслительного процесса об истории проблемы и политическом контексте вокруг нее, в том числе о том, что было сделано до сих пор, что было успешным, а чего еще не хватает и почему. Это может еще больше сузить проблему/вопрос, на который направлен АОФП, и поможет понять ключевые заинтересованные стороны, которые могут быть за или против обсуждаемой политики. Заинтересованные стороны, которые ранее работали над аналогичными целями, связанными с рассматриваемой проблемой здоровья, должны сотрудничать, а те, кто выступал против любой такой предыдущей работы, должны контролироваться на предмет возможных действий, которые могут помешать текущей работе по разработке АОФП и/или метода практического применения знаний. Вопросы, подробно изложенные в нижеследующих подразделах, могут позволить более точно определить возможные контекстуальные «окна возможностей» и таким образом позволят установить график завершения АОФП (например, выборы, международные дни, издание закона, который должен быть остановлен, произошедшая вспышка и т.д.).

Однако стоит отметить, что полное и всестороннее исследование политики и политического контекста требует значительного объема времени и ресурсов, а также специалиста по политике для ее внедрения. Приведенные ниже наводящие вопросы представляют собой инструмент для определения ключевых областей, о которых следует помнить, размышляя о контексте. Группа разработчиков АОФП и/или руководящий комитет АОФП могут ответить на эти вопросы, а их разносторонний опыт может помочь лучше понять проблему.

Наводящие вопросы

1. ***Какова проблема или проблемы в области здравоохранения?***
   - Каким конкретным аспектом данной проблемы здравоохранения следует заняться?

2. ***Какой прогресс был достигнут по данному вопросу/данной проблеме в вашей стране?***
   - Что привлекло внимание к проблеме/вопросу? Были ли какие-то важные события?
   - Существовали ли какие-либо предыдущие политики, законы, решения или вмешательства вокруг нее?

   – Если да, укажите их и опишите, кто был вовлечен, и как они были разработаны.

3. ***Включен ли данный вопрос/данная проблема в политику/политическую повестку дня?***
   - Намерены ли разработчики политики решать вопрос/проблему?

   – Если нет, то (i) должен ли он быть включен в повестку дня политики/ политический приоритет; (ii) что нужно сделать, чтобы включить его в повестку дня?
   - Насколько он стоит высоко среди их приоритетов?

4. ***Есть ли окно возможностей, которое можно использовать для начала обсуждения/ поиска решений рассматриваемого вопроса/ рассматриваемой проблемы?***

5. ***Что требуется для достижения целей политики здравоохранения в отношении существующей проблемы и возможных решений? Например, закон, решение, вмешательство, стратегия или институциональная политика)***

6. ***В зависимости от ответа на вопрос 5, как в стране разрабатываются и принимаются стратегии/законы/указы?***
   - Каков законодательный процесс в стране?
   - Какова структура управления и статус прозрачности, подотчетности, ресурсов и
   - качества регулирования в стране?

7. ***Какие заинтересованные стороны вовлечены в этот вопрос / проблему?***
   - Кто является ключевыми лицами, принимающими решения, разработчиками политики и влиятельными лицами?
   - Кто может влиять на эти категории (влиятельные лица влиятельных лиц)?
   - Существуют ли какие-либо группы гражданского общества, которые могут повлиять на действия за/против проблемы?
   - Какова позиция граждан по этому вопросу?

8. ***Каков баланс сил между этими заинтересованными сторонами?***
   - Кто поддерживает изменения по этому вопросу?
   - Кто против изменений в этом вопросе?
   - Каково влияние каждой стороны: низкое, нейтральное или высокое?
   - Есть ли среди них союзник? Есть ли между ними какой-либо институциональный конфликт?
   - Кого было бы важно иметь на своей стороне для достижения поставленной цели (целей)?
   - За чьими действиями необходимо следить, чтобы убедиться, что они не работают против цели (целей)?

Эти вопросы могут помочь определить заинтересованные стороны, которые должны быть вовлечены в подготовку, консультирование и обсуждение АОФП. Стоит отметить, что необязательно вовлекать все заинтересованные стороны, упомянутые в последних двух вопросах; с самого начала должны быть задействованы только ключевые заинтересованные стороны, которые могут привести к полезным результатам и играть значительную роль в процессе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Нужно организовать хотя бы одну встречу с руководящим комитетом и группой разработчиков АОФП, чтобы ответить на поставленные вопросы.
- Понимание контекста — это итеративный процесс, который более эффективно осуществлялся бы в многопрофильной группе несколько раз на протяжении всего периода разработки АОФП.
- Хотя большинство из этих вопросов в основном послужат источником информации и руководством в работе по разработке АОФП в целом, это упражнение может быть использовано в следующем разделе, посвященном описанию контекста и предыстории АОФП.

2.1.5 Картирование заинтересованных сторон (ключевые информаторы, приглашенные к политическому диалогу)

Картирование заинтересованных сторон - важный шаг перед разработкой АОФП. Хотя этот шаг добавлен здесь, картирование заинтересованных сторон — это итеративный процесс, который должен быть доработан перед каждым важным этапом непрерывного практического применения знаний. Тем не менее, список заинтересованных сторон, которые должны быть включены в качестве ключевых информаторов и участников диалога, должен быть определен многопрофильным руководящим комитетом и группой разработчиков АОФП в ходе многочисленных встреч. Здесь можно увидеть дополнительную ценность мультидисциплинарности, поскольку, например, те, кто являются экспертами в политической сфере, могут идентифицировать всех, кто вовлечен в политический аспект данной проблемы/вопроса. Аналогичным образом исследователи могут идентифицировать других исследователей. Заинтересованные стороны определяются из различных групп заинтересованных сторон, таких как лица, принимающие решения, и разработчики политики, национальные и международные организации, исследователи в этой области и другие влиятельные лица. Определение сферы охвата АОФП может помочь в информировании выбора соответствующих заинтересованных сторон. Кроме того, анализ заинтересованных сторон, проведенный на этапе картирования политики и политического контекста, может быть здесь весьма полезен.

Выбор заинтересованных сторон, которые будут привлечены в качестве ключевых информаторов/участников диалога, зависит от:

1. степени их вовлеченности/знания проблемы и соответствующих решений;
2. их способности конструктивно участвовать в дискуссиях и формулировать проблему и ее возможные решения;
3. их способности отстаивать действия, рекомендованные в АОФП.

Преимущества вовлечения заинтересованных сторон на раннем этапе включают:

1. ***получение информации из неявных знаний, т.е.***
   - о соответствующих программах/политике
   - о других заинтересованных сторонах (их роли, позиции и влиянии на проблему)
   - о том, что работает, а что нет в контексте, в отличие от того, чтобы полагаться только на данные международных исследований;

2. ***дать им чувство ответственности за инициативу и увеличить их участие и вероятное принятие политики в будущем;***

3. ***устойчивая реализация политики / вмешательств;***

4. ***привлечь больше сторонников;***

5. ***увеличение области охвата на этапе осуществления.***

Таблица 2.4 показывает структуру, которую можно использовать для картирования заинтересованных сторон. Список не является исчерпывающим; тем не менее, он может быть

полезно при организации процесса выявления разработчиков политики, и соответствующих заинтересованных сторон.

ТАБЛИЦА 2.4. СИСТЕМА КАРТИРОВАНИЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН АОФП

КОНКРЕТНАЯ КАТЕГОРИЯ РОЛЕЙ	ПРИМЕРЫ ОПИСАТЕЛЬНЫХ НАЗВАНИЙ ДОЛЖНОСТЕЙ	ИМЯ	КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАТОР И/ ИЛИ УЧАСТНИК ПОЛИТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА
Руководители министерства здравоохранения, ответственные за политические решения в области здравоохранения	Министр здравоохранения или заместитель министра / заместитель министра / генеральный секретарь		
	Консультанты и члены советов (например, советы по качеству, специализированные советы, общие медицинские комиссии)		
	Начальник финансово-административного отдела (например, бюджет и расходы)		
	Начальник отдела политики и планирования в области здравоохранения (например, в области информации по вопросам здравоохранения, экономики здравоохранения, управления проектами)		
	Руководитель отдела кадров здравоохранения (например, персонал, медицинские работники, образование и обучение)		
	Начальник службы первичной медико-санитарной помощи (например, качество, частные больницы, региональные службы здравоохранения, амбулатории)		
	Руководитель программы общественного здравоохранения (например, школьная гигиена, гигиена труда, репродуктивное здоровье, пропаганда здорового образа жизни, охрана материнства, средства массовой информации в области здравоохранения).		
	Руководитель фармацевтического отдела и лабораторий (например, лабораторий микробиологии, радиологии, химии, патологии, контроля над лекарственными средствами)		
Другие министерства, связанные со здравоохранением	Руководители других министерств, связанных со здравоохранением (например, министерства образования, министерства финансов, министерства социальных дел, министерства труда)		
Менеджер неправительственной организации (НПО) в крупном городе (например, Организация Объединенных Наций). Большинство руководителей высшего уровня, отвечающих за стратегию или планирование, или политику в рамках НПО (например, директор, вице-президент).	Международные неправительственные организации (НПО)		
	Национальные НПО/представители гражданского общества (при наличии)		

КОНКРЕТНАЯ КАТЕГОРИЯ РОЛЕЙ	ПРИМЕРЫ ОПИСАТЕЛЬНЫХ НАЗВАНИЙ ДОЛЖНОСТЕЙ	ИМЯ	КЛЮЧЕВОЙ ИНФОРМАТОР И/ ИЛИ УЧАСТНИК ПОЛИТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА
Сотрудник/член медицинской ассоциации или группы Большинство старших руководителей/директоров (т.е. не избираемых представителей), отвечающих за стратегию или планирование, или политику.	Президенты национальных медицинских ассоциаций (например, врачи, стоматологи, лаборанты, физиотерапевты)		
	Президент национальной ассоциации медсестёр		
	Президент национальной ассоциации врачей		
	Президент национальной ассоциации больниц		
Директор в донорском учреждении (например, Европейское сообщество), международной организации (например, ВОЗ). Большинство старших руководителей в страновых бюро ВОЗ	Учреждение-донор, расположенное в Соединенных Штатах Америки		
	Учреждение-донор, расположенное в Европе		
	ВОЗ		
Руководитель в медицинском учреждении (например, в больнице, центре первичной медико-санитарной помощи)	Самый старший менеджер в медицинском учреждении		
Исследователи	Исследователь в национальном исследовательском учреждении		
	Научный сотрудник в университете		
	Ученые в комитетах здравоохранения законодательной власти		
	Ученый в других учреждениях		

Источник: адаптировано из Lavis, Hammill, et al., 2006; El-Jardali et al., 2010.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Не существует единой формулы или метода определения заинтересованных сторон; каждая страна и каждый вопрос имеют свои особенности.
- Следует определить, какие заинтересованные стороны будут выступать в качестве ключевых информаторов, а какие - в качестве участников диалога, или же и тех, и других.
- Число исследователей, разработчиков политики и других групп заинтересованных сторон должно быть сбалансировано, чтобы обеспечить равный вклад.
- В качестве ключевых информаторов должны быть выбраны около 10-15 заинтересованных сторон.
- Около 18-24 участников должны быть выбраны в качестве участников диалога.
- Если необходимо пригласить больше заинтересованных сторон, следует оценить возможность их вовлечения в диалог различных подгрупп.
- По мере продвижения в процессе разработки АОФП список заинтересованных сторон может меняться, могут быть определены новые заинтересованные стороны, в то время как другие могут быть уже неактуальными.
- В некоторых контекстах избранные политические кураторы не являются экспертами в области разработки политики. Например, руководитель министерства здравоохранения может обладать большим опытом, чем министр, и может обеспечить преемственность усилий при смене различных министров. Как таковые, разработчики политики, а не политически избранные кураторы, должны быть выбраны в качестве экспертов, если только конкретный политически избранный куратор не выступает в поддержку инициативы.

2.1.6 План работы и график представления отчетных материалов

План работы

План и график работы крайне важны для обеспечения того, чтобы конечные результаты были доработаны вовремя. Это также важные инструменты для внутренней и внешней координации и коммуникации работы с консультирующими учреждениями, чтобы каждый мог планировать заранее и знать свою роль и сроки. Шаблон рабочего плана (таблица 2.5) охватывает процесс разработки самого АОФП, в то время как шаблон графика (см. рис. 2.1 в качестве примера) охватывает весь процесс, включая подготовку до и после разработки АОФП, например, политический диалог.

Эти документы должны составляться совместно с группой разработчиков АОФП и рассматриваться руководящим комитетом. Срок должен соответствовать срокам, утвержденным всеми сторонами потенциальных контрактных соглашений. Стратегически полезно установить сроки, начиная с даты проведения политического диалога и отталкиваясь от нее.

Один из членов группы должен следить за соблюдением сроков выполнения поставленных задач совместно с руководящим комитетом и группой разработчиков АОФП. Этот человек также должен регулярно обновлять эти документы.

ТАБЛИЦА 2.5. ПЛАН РАБОТЫ ПО РАЗРАБОТКЕ АОФП

ЗАДАЧА	ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО	ЦЕЛЕВАЯ ДАТА	КОММЕНТАРИИ
Договориться о группе, которая будет готовить АОФП, для определения авторства.			
Описание проблемы и диагностика		**Требуется около 2-3 полных рабочих недель**	
▪ Обрисовать проблему и информационные потребности			
▪ Идентификация и оценка фактических данных и другой информации			
▪ Первый проект с описанием проблемы			
▪ Внутренний обзор и пересмотр описания проблемы			
▪ Представление предварительного варианта на рассмотрение			
▪ Варианты политики		**Требуется около 2-3 полных рабочих недель**	
▪ Определение потенциальных программ или услуг и механизмов систем здравоохранения для решения проблем, и удовлетворения информационных потребностей (в частности, систематические обзоры).			
▪ Идентификация и оценка фактических данных и другой информации			
▪ Соглашение о вариантах политики (отдельные элементы или пакеты соответствующих программ или услуг и механизмов систем здравоохранения)			
▪ Первый проект с описанием вариантов политики			
▪ Внутренний обзор и пересмотр вариантов политики			
▪ Представление предварительного варианта на рассмотрение			
▪ Стратегии реализации		**Требуется около 2-3 полных рабочих недель**	
▪ Выявление барьеров на пути реализации вариантов политики, стратегий устранения этих барьеров и потребностей в информации (в частности, систематические обзоры).			
▪ Идентификация и оценка фактических данных и другой информации			
▪ Первый проект с описанием стратегий реализации			
▪ Внутренний обзор и пересмотр стратегий реализации			
▪ Представление предварительного варианта на рассмотрение		**Может быть сделано параллельно с предыдущими шагами Выделить 10 рабочих дней**	

ЗАДАЧА	ОТВЕТСТВЕННОЕ ЛИЦО	ЦЕЛЕВАЯ ДАТА	КОММЕНТАРИИ
Полное завершение АОФП		**Требуется около 2-4 полных рабочих недель (в зависимости от того, сколько поступит замечаний после внешнего обзора)**	
▪ Проект названия, титульный лист, ключевые тезисы, резюме, ссылки, описание методов, выражения признательности (в том числе спонсорам), конфликт интересов.			
▪ Внешний обзор проекта АОФП		**Предусмотреть 10 рабочих дней**	
▪ Пересмотр полного АОФП			
▪ Политический диалог, а также информирование и вовлечение заинтересованных сторон[5]		**Примерно 5–6 Месяцев до даты политического диалога**	
▪ Договориться о группе, которая будет планировать политический диалог			
▪ Определить цели политического диалога			
▪ Решить, когда состоится политический диалог			
▪ Планировать, как информировать и привлекать заинтересованные стороны			
▪ Договориться о создании группы по планированию и мониторингу усилий по информированию и вовлечению заинтересованных сторон.			
▪ Принять решение о том, какие ключевые заинтересованные стороны должны быть проинформированы и вовлечены в подготовку и использование АОФП			
▪ Оценка и публикация АОФП		**Требуется около 2-3 полных рабочих недель**	
▪ Завершить и опубликовать АОФП			
▪ Проводить мониторинг и оценку АОФП			
▪ Проводить мониторинг и оценку политического диалога			
▪ Оценить руководства SURE			

Источник: адаптировано из руководства SURE (The SURE Collaboration, 2011) и подходов, разработанных при участии Форума по здравоохранению Макмастера.

[1] см. подраздел 2.3.1 Политический диалог

Сроки

Помимо плана работы для процесса разработки самого АОФП следует разработать график для всего проекта. В среднем процесс АОФП и политического диалога занимает где-то 7-8 месяцев.

График должен быть индивидуализирован для каждого проекта по практическому применению знаний. В качестве руководства при разработке полного графика проекта по практическому применению знаний необходимо учитывать следующие основные этапы и сроки:

1. сроки, согласованные в потенциальных контрактных соглашениях;
2. время, необходимое для создания группы разработчиков АОФП и руководящего комитета;
3. при необходимости время для определения спонсоров и партнеров;
4. заседания руководящего комитета (и время, необходимое для ответа на их комментарии);
5. время, необходимое для методологического/технического обзора ВОЗ;
6. любые запланированные праздники;
7. проведение консультаций с ключевыми информаторами;
8. время, необходимое для написания АОФП;
9. дата политического диалога.

РИС. 2.1. НАГЛЯДНЫЙ ПРИМЕР ВРЕМЕННОЙ ШКАЛЫ РАЗРАБОТКИ АОФП



Примечания. Дата начала только ориентировочная. Сроки основаны на предположении о полных рабочих неделях и не учитывают годовой отпуск. Поскольку график был разработан в середине процесса разработки АОФП, время, отведенное на вторую часть работ, соответствует предварительной оценке.

Источник: неопубликованная работа группы EVIPNet-Венгрия, 2017.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Если АОФП является частью политического диалога, начинать график с установления (насколько это возможно) даты и отталкиваться от нее.
- Установить сроки и план работы с членами группы разработчиков АОФП, чтобы убедиться, что сроки для них выполнимы.
- Назначить члена группы/руководителя для поддержания и обновления плана работы и графика.
- План работы и график могут меняться по мере продвижения проекта вперед. Они должны регулярно обновляться и доводиться до сведения всех вовлеченных сторон.
- По мере развития графика необходимо обеспечить, чтобы все члены группы и консультанты были готовы продолжать работу над АОФП.

На рис. 2.1 показан образец временной шкалы, разработанный группой EVIPNet-Венгрия на основе опыта разработки первой части их АОФП по использованию антибиотиков и УПП.

Библиография

COHRED (2006). Priority setting for health research: toward a management process for low and middle income countries. Working paper 1. Geneva: Council on Health Research for Development (http://www.cohred.org/downloads/cohred_publications/WP1_PrioritySetting.pdf, accessed 4 August 2019).

El-Jardali F, Makhoul J, Jamal D, Ranson MK, Kronfol NM, Tchaghchagian V (2010). Eliciting policymakers' and stakeholders' opinions to help shape health system research priorities in the Middle East and north Africa region. Health Policy Plan. 25(1):15–27 (https://doi.org/10.1093/heapol/czp059, accessed 4 August 2019).

K2P Center (2014). K2P priority setting [website]. Lebanon: Knowledge to Policy (K2P) Center (https://www.aub.edu.lb/k2p/Pages/K2PPrioritySetting.aspx, accessed 4 August 2019).

Kingdon JW (1984). Agendas, alternatives, and public policies. Boston: Little, Brown.

Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK (2006). Assessing country-level efforts to link research to action. Bull World Health Organ. 84:620–8 (https://www.who.int/bulletin/volumes/84/8/06-030312.pdf, accessed 6 August 2019).

Lavis JN, Hammill AC, Bourgeault IL, Stoddart GL (2006). The supply, distribution and working context of health professionals: why do things (almost) never change? Ottawa (ON): Health Canada Health Policy Research Program.

The SURE Collaboration (2011a). SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011 [website]. Geneva: WHO Evidence-informed Policy Network (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html, accessed 6 August 2019).

Uneke CJ, Ezeoha AE, Ndukwe CD, Oyibo PG, Onwe F, Aulakh BK (2014). Research priority setting for health policy and health systems strengthening in Nigeria: the policymakers and stakeholders perspective and involvement. Pan Afr Med J. 16:10 (https://doi.org/10.11604/pamj.2013.16.10.2318, accessed 4 August 2019).

Список источников

Akl EA, Fadlallah R, Ghandour L, Kdouh O, Langlois E, Lavis JN et al. (2017). The SPARK tool to prioritise questions for systematic reviews in health policy and systems research: development and initial validation. Health Res Policy Syst. 15:77 (http://doi.org/10.1186/s12961-017-0242-4, accessed 14 August 2019).

Buse K, Mays N, Walt G (2005). Doing policy analysis. In: Buse K, Mays N, Walt G, editors. Making health policy. Milton Keynes; Open University Press:175–91.

Buse K, Mays N, Walt G (2005). Interest groups and the policy process. In: Buse K, Mays N, Walt G, editors. Making health policy. Milton Keynes; Open University Press:99–119.

Buse K, Mays N, Walt G, editors (2005). Making health policy. Milton Keynes; Open University Press.

Buse K, Mays N, Walt G (2005). The health policy framework: context, process and actors. In: Buse K, Mays N, Walt G, editors. Making health policy. Milton Keynes; Open University Press:4–18.

Gilson L, Raphaely N (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994–2007. Health Policy Plan. 23(5):294–307 (https://doi.org/10.1093/heapol/czn019, accessed 14 August 2019).

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):3 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S3, accessed 15 August 2019).

Ranson MK, Bennett SC (2009). Priority setting and health policy and systems research. Health Res Policy Syst. 7:27 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-27, accessed 15 August 2019).

The SURE Collaboration (2011). SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011. Prioritizing topics for policy briefs [website]. Geneva: WHO Evidence-informed Policy Network (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html, accessed 14 August 2019).

2.2 НАПИСАНИЕ АОФП. ЭТАП РАЗРАБОТКИ

Шаги, предпринятые на этапе, предшествующем разработке АОФП, служат основой для разработки и написания АОФП.

- Группа была создана с четкими целями, сроками и пониманием этого вопроса и его контекста.

Следующим шагом является продвижение вперед процесса фактической разработки АОФП.

- Проблема должна быть разделена на контекстуальные факторы, лежащие в ее основе, с помощью дерева проблем.
- ТЗ по разработке АОФП и консультации с ключевыми информаторами, проводимые в соответствии с ТЗ, должны предоставить фактические данные и неявные знания для разделов АОФП.
- До начала работы над проектом АОФП следует искать соответствующую высококачественную местную, региональную и международную литературу по данному вопросу.
- АОФП требует четкой постановки проблемы и определения, которое представляет ее в привлекательной форме, захватывая интерес и внимание всех соответствующих заинтересованных сторон.
- Варианты/элементы решения этого вопроса должны быть изложены с соответствующими деталями, необходимыми для поддержки принятия решений на основе фактических данных. Эти варианты следует изучить с точки зрения их реализации, устраняя возможные барьеры на пути их эффективного осуществления..

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ

- Первоначальный план АОФП или ТЗ должен быть доведен до сведения ключевых заинтересованных сторон для дальнейшего анализа проблемы и обеспечения их обратной связи в отношении понимания и актуальности вариантов политики.
- Должна быть проведена стратегия поиска для получения всех соответствующих местных, региональных и международных данных по данной проблеме, обуславливающих факторов и вариантов политики. Более усовершенствованные стратегии поиска могут быть применены к различным разделам АОФП, если об этом сообщается на протяжении всего процесса. Затем разрабатывается АОФП, обеспечивая:
  - формулирование проблемы учитывает фактические данные, увязано с контекстом и акцентом на итоговых показателях здоровья;
  - варианты основаны на фактических данных, объективные, учитывающие конкретный контекст и осуществимые, соответствуют местным ценностям и рамкам и приемлемы с точки зрения воздействия на бюджет;
  - на различных уровнях (система, организация, специалисты и общественность) выявляются барьеры к реализации и способствующие факторы;
  - используется градуированный формат ввода, с одной страницей ключевых тезисов, тремя страницами для резюме и максимум 25 страницами полного текста АОФП;
  - АОФП написан простым, ясным языком, сфокусировано и объективно.

Важно отметить, что рекомендации никогда не должны представляться в АОФП.

2.2.1 Дерево проблем

После определения темы и понимания местной политики и политического контекста необходимо составить четкое описание ее масштабов, последствий и обуславливающих факторов. Разработке дерева проблем нужно уделить достаточно времени, поскольку четко определенное дерево проблем помогает:

- прояснить реальную проблему, ее последствия, а также прямые и косвенные обуславливающие факторы;
- сформулировать проблему;
- определить возможные заинтересованные стороны;
- сфокусировать поиск на элементах/вариантах решений;
- выявить потенциальные барьеры на пути реализации.

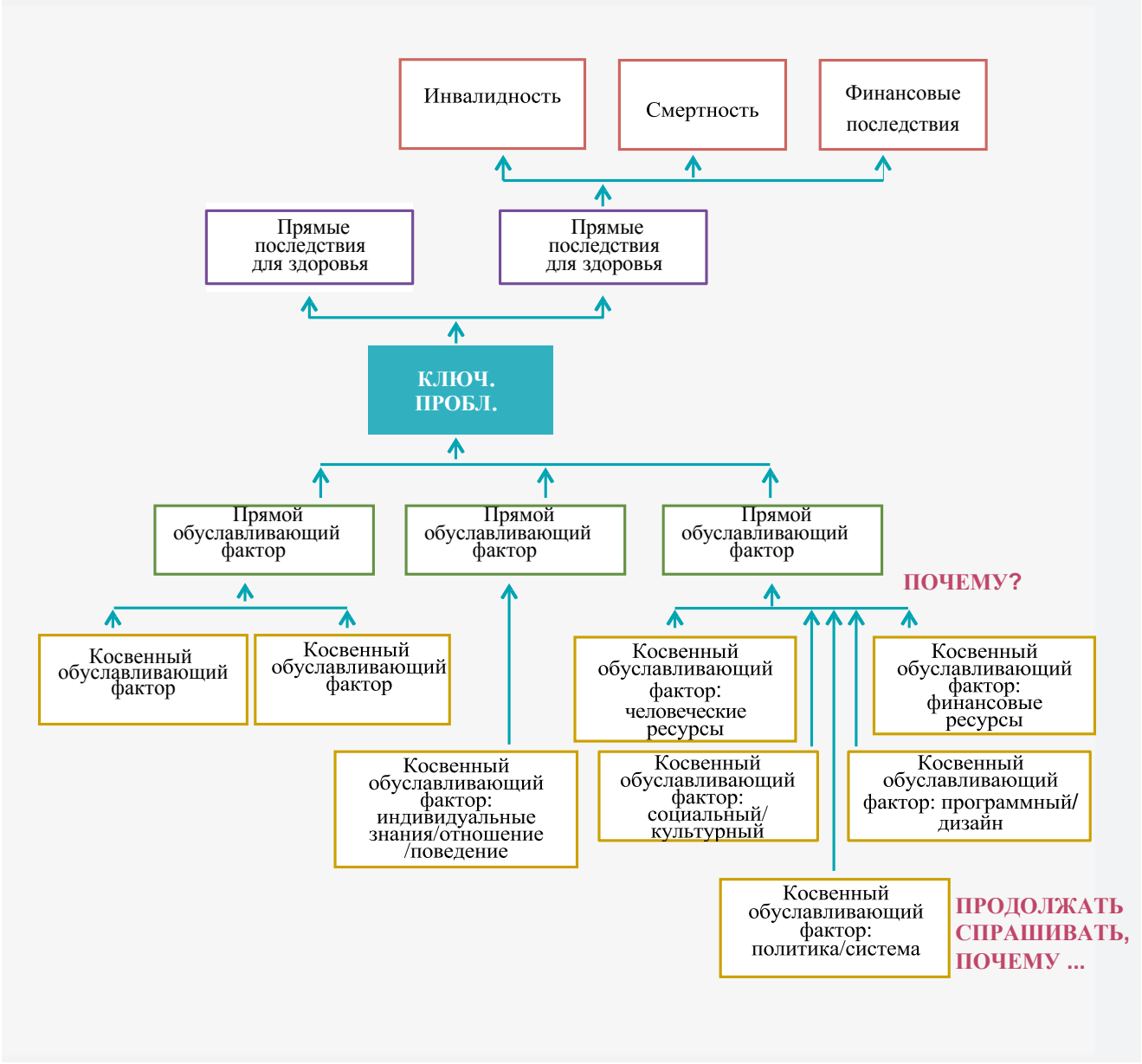
Дерево проблем включает в себя (см. рис. 2.2 и рис. 2.3):

- ключевая проблема расположена в центре дерева;
- прямые и косвенные последствия проблемы, которые следует добавить к ключевой проблеме (финансовые и медицинские последствия, смертность, заболеваемость, инвалидность и т.д.);
- список прямых и косвенных обуславливающих факторов, добавленных ниже ключевой проблемы. Прямые обуславливающие факторы будут затем разделены на более мелкие строительные блоки, определяя, что может их вызвать. Косвенные обуславливающие факторы можно разделить на следующие (в частности): знания/отношения/поведение на индивидуальном уровне; людские ресурсы; социальные/культурные факторы; разработка программ; политические/ системные факторы.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

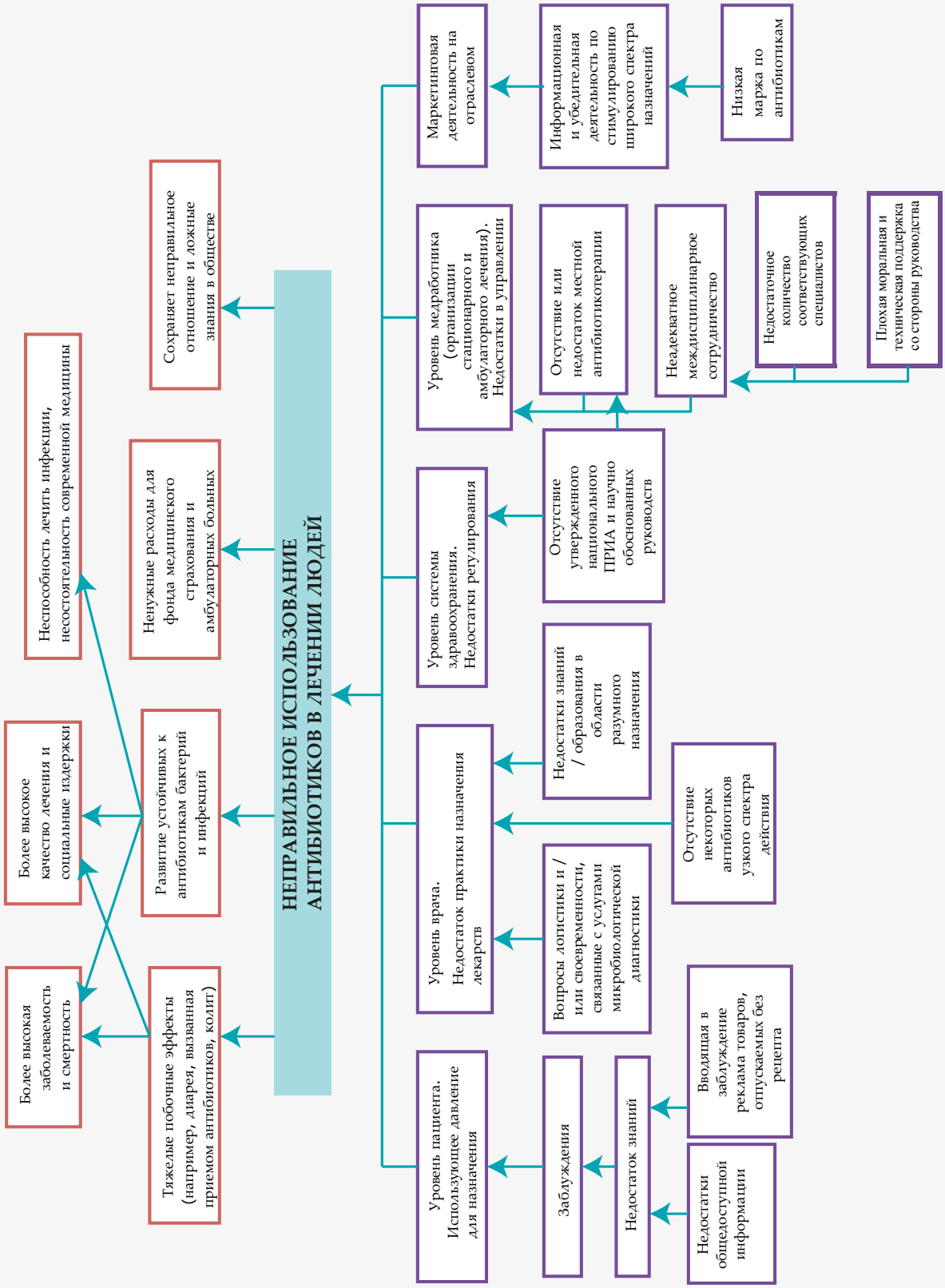
- Разработка дерева проблем — это итеративный процесс, требующий много дискуссий.
- Дерево проблем должно быть разработано с участием многоотраслевой группы, включающей экспертов различного профиля, освещающих различные аспекты проблемы.
- Стоит рассмотреть возможность организации консультативного совещания заинтересованных сторон или фокус-группы с экспертами, чтобы спросить их об обуславливающих факторах.
- Прямые обуславливающие факторы могут иметь пересекающиеся и общие косвенные обуславливающие факторы; поэтому рекомендуется использовать стрелки и/или располагать факторы в соответствии с наибольшей значимостью (см. рис. 2.3).
- Группа должна правильно и в полном объеме выбирать и использовать термины и фразы (например, обуславливающим фактором может быть «нехватка подготовленных человеческих ресурсов», а не просто «человеческие ресурсы»).
- Должны быть представлены все признанные местные и международные обуславливающие факторы.
- Следует учитывать, как прямые, так и косвенные факторы, лежащие в основе различных вариантов политики.
- Группа должна сконцентрироваться на одном обуславливающем факторе АОФП или составить более комплексный АОФП, учитывающий все обуславливающие факторы.

FIG. 2.2. СТРУКТУРНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ДЕРЕВА ПРОБЛЕМ



Примечания. Это дерево проблем основано на локальном контексте EVIPNet-Венгрия. Раздел о последствиях здесь не включен.
Источник: адаптировано из презентации, сделанной национальным куратором сети EVIPNet-Венгрия. Mr Balázs Babarczy (see Hajdu et al., 2018).

РИС. 2.3. ПРИМЕР ДЕРЕВА ПРОБЛЕМ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АНТИБИОТИКОВ И УПП, РАЗРАБОТАННОГО ДЛЯ АОФП ГРУППОЙ СЕТИ EVIPNET-ВЕНГРИЯ.



Примечания. Это дерево проблем основано на локальном контексте EVIPNet-Венгрия
Источник: адаптировано из презентации, сделанной национальным лидером сети EVIPNet-Венгрия. Mr Balázs Babarczy (see

2.2.2 ТЗ по разработке АОФП

ТЗ по разработке АОФП служит в качестве основы для полного АОФП, основанного на всех предыдущих шагах. Данное ТЗ будет основой для основных консультаций и обсуждений с информаторами, чтобы убедиться, что АОФП идет по графику, и что реализация вариантов/элементов политики возможна в контексте.

Разработка данного ТЗ требует глубокого понимания проблемы, обуславливающих факторов, политического контекста и политики, а также вариантов политики, основанных на фактических данных. Таким образом, разработка ТЗ станет возможной только после сопоставления политики и политического контекста, после разработки дерева проблем и после нескольких встреч с группой разработчиков АОФП, руководящим комитетом и ключевыми информаторами.

Вот шаблон технического задания по АОФП, адаптированный из Форума здравоохранения Макмастера (2017).

АОФП о XXX

ТЗ по разработке АОФП

Целью этого документа является:

- служить протоколом для АОФП;
- предоставить ресурс для структурирования консультаций с ключевыми информаторами (с просьбой принять в них участие, отреагировав на определенные разделы и/или содержание);
- помочь в разработке содержания первой версии АОФП (который можно скопировать и вставить непосредственно в проект АОФП, как только этот документ будет относительно хорошо разработан).

Источник: адаптировано из методов, используемых Форумом здравоохранения Макмастера

2.2.3 Проведение консультаций с ключевыми информаторами

Следующие вопросы могут быть использованы в качестве шаблона для определения сферы охвата АОФП посредством интервью с ключевыми информаторами.

1. Что известно (или важно) о контексте, в котором готовится аналитический обзор?

ВОПРОС (Ы)	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ/ ПРОЕКТЫ ОТВЕТОВ
Какие важные вопросы политики или политические вопросы следует рассматривать в контексте данного АОФП?	▪
Какие понятия следует определить и какие определения следует использовать?	▪
Что должен рассматривать аналитический обзор?	▪
Что не должен рассматривать аналитический обзор?	▪

2. Есть ли какие-либо аспекты равенства, которые необходимо учитывать?

ВОПРОС (Ы)	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ/ ПРОЕКТЫ ОТВЕТОВ
Какой(им) группе(ам) следует уделить особое внимание в аналитическом обзоре, поскольку проблема, варианты политики или аспекты, связанные с реализацией, несоразмерно влияют на них?	▪

3. В чем проблема?

ВОПРОС (Ы)	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ/ ПРОЕКТЫ ОТВЕТОВ
Как проблема связана с фактором риска, болезнью или состоянием?	▪
Как эта проблема связана с программой, услугой или используемым в настоящее время лекарственным средством?	▪
Как эта проблема связана с существующими механизмами системы здравоохранения, в рамках которых осуществляются программы, предоставляются услуги и лекарства?	▪ Организационные механизмы ▪ Финансовые механизмы ▪ Механизмы управления
Как эта проблема связана с нынешней степенью реализации уже согласованного курса действий (например, политики)?	▪

4. Политические или программные варианты решения проблемы

ВОПРОС (Ы)	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ/ ПРОЕКТЫ ОТВЕТОВ
Каковы три политические или программные варианты решения проблемы?	▪ Вариант 1: Элементы этого варианта могут включать в себя: ▪ Вариант 2: Элементы этого варианта могут включать в себя: ▪ Вариант 3: Элементы этого варианта могут включать в себя:

5. Аспекты реализации

ВОПРОС (Ы)	ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ/ ПРОЕКТЫ ОТВЕТОВ		
	ВАРИАНТ 1	ВАРИАНТ 2	ВАРИАНТ 3
Каковы потенциальные препятствия, которые могут повлиять на успешную реализацию этой политики или вариантов программ?	▪ Пациент/физическое лицо ▪ Провайдер ▪ Организация ▪ Система	▪ Пациент/физическое лицо ▪ Провайдер ▪ Организация ▪ Система	▪ Пациент/физическое лицо ▪ Провайдер ▪ Организация ▪ Система

6. Потенциальные окна возможностей для реализации вариантов

ТИП	ВАРИАНТ 1	ВАРИАНТ 2	ВАРИАНТ 3
Общее			
Специфический для варианта			

Еще одним распространенным методом привлечения заинтересованных сторон к созданию АОФП является структурированный «мозговой штурм», в ходе которого группа заинтересованных сторон, имеющих соответствующий опыт по данной теме, встречаются и совместно выдвигают идеи по улучшению АОФП, поиску решений и сосредоточению внимания на перспективных аспектах АОФП (The SURE Collaboration, 2011). Этот процесс не является обязательным; тем не менее, он мог бы стать ценным дополнением к консультациям с ключевыми информаторами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- В идеале интервьюер должен обладать навыками и опытом проведения полу-структурированных интервью.
- У заинтересованных сторон может быть плотный график, поэтому в графике АОФП должно быть отведено достаточно времени для проведения интервью.
- Заинтересованные стороны должны заранее ознакомиться с ТЗ по разработке АОФП, чтобы обеспечить быструю и конструктивную обратную связь во время интервью. Если заинтересованная сторона не ознакомилась с ТЗ заранее, ей должно быть предоставлено достаточно времени во время интервью, чтобы прочитать его.
- Участника следует попросить предоставить письменные комментарии / комментарии с отслеживанием изменений в ТЗ по разработке АОФП.
- Во время интервью с ключевым информатором: вопросы должны быть напечатаны, интервью должно быть проведено своевременно, с записью всего сказанного во время интервью. Участников следует спросить, можно ли записать интервью.
- Стоит помнить, что интервью с ключевыми информаторами также могут помочь в определении позиции каждой заинтересованной стороны в отношении вопроса/проблемы. Это может дать представление о том, кто за, а кто против, а кто мало что может сказать по этому вопросу. Соответственно, следует скорректировать список соответствующих заинтересованных сторон.
- Важно попытаться понять, скрывает ли заинтересованная сторона информацию в ходе интервью. Это может произойти, когда заинтересованные стороны захотят сохранить некоторую информацию в тайне, или они не до конца понимают, что такое АОФП или роли тех, кто участвует в его разработке (в том числе и их роли). Все это следует объяснить перед началом интервью.
- Возможно, не все комментарии будут осуществимыми /подходящими для задачи АОФП; в случае сомнений их следует обсудить с группой.

2.2.4 Стратегия поиска

После определения приоритетного вопроса и его сужения следует провести всесторонний поиск по литературе для выявления наилучших имеющихся данных о проблеме, вариантов ее решения и соображений, связанных с ее реализацией. Поиск литературы — это итеративный процесс, который может проводиться несколько раз на протяжении всего периода разработки АОФП. Применяются определенные шаги, как указано здесь.

- Первый поиск литературы может быть проведен, чтобы лучше понять проблему, сузить ее, разработать ТЗ по АОФП (см. подраздел 2.2.2) и определить общие варианты политики.
- Второй поиск литературы может быть проведен на более позднем этапе при разработке полного описания вариантов политики для выявления всех соответствующих деталей, относящихся к этому варианту (см. раздел 2.2 по написанию АОФП).

Это будет включать в себя учет следующих элементов:

- какие фактические данные искать;

- где искать;
- как искать фактические данные, прошедшие экспертную оценку;
- как искать серую литературу;
- как просматривать фактические данные;
- как критически оценивать включенную литературу (например, систематические обзоры);
- как критически оценить включенную литературу (местные фактические данные);
- как синтезировать критически оцененную литературу.

Фактические данные, поиск которых нужно осуществлять

В зависимости от того, будет ли литература использоваться для лучшего понимания проблемы или для оценки вариантов политики, тип необходимых фактических данных будет разным. Обычно для прояснения проблемы используются местные фактические данные, в то время как для оценки каждого выбранного варианта необходимы фактические данные глобальных исследований. Кроме того, с помощью наблюдений и качественных данных можно было бы прояснить проблему, показать масштабы проблемы или взглянуть на проблему с точки зрения заинтересованных сторон. Затем будет проведен поиск по литературе для сбора следующих видов информации или фактических данных.

1. Местные данные необходимы для контекстуализации проблемы и определения ее масштабов и обуславливающих факторов. Местные фактические данные можно получить из опубликованных докладов и показателей соответствующих государственных органов (например, министерств и департаментов здравоохранения), а также национальных, региональных и международных организаций (например, ВОЗ, Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев [УВКБ ООН], Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения [ЮНФПА]). Кроме того, можно найти местные данные в опубликованных прошедших экспертную оценку исследованиях из страны, представляющей интерес. Примеры местных данных включают: бремя болезни, распространенность факторов риска, наличие ресурсов, существующие механизмы системы здравоохранения и т.д. Можно также найти систематические обзоры местных данных, включая препятствия на пути их реализации.
2. Данные глобальных исследований могут быть найдены в форме систематических обзоров, которые обеспечивают наивысшее качество научных данных. Систематические обзоры все чаще рассматриваются в качестве ключевого источника информации при разработке политики, особенно в плане определения эффективности вариантов/решений, факторов, которые изменяют эти последствия, и аспектов реализации. В случае отсутствия систематических обзоров по конкретной теме можно рассмотреть возможность проведения высококачественных первичных исследований. Для обоснования вариантов политики АОФП необходимы различные виды данных научных исследований (см. таблицу 2.6). В то время как воздействие мер политики в области здравоохранения и систем здравоохранения, как правило, определяется количественными данными рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), качественные исследования также имеют решающее значение для ряда контекстов. Например, качественные данные могли бы быть полезны для вопросов политики в области здравоохранения, таких как определение ценностей и предпочтений населения в отношении конкретного вмешательства, оценка стратегических барьеров на пути осуществления конкретной политики или программы, или проверки осуществимости

определенного мероприятия. Более подробная информация о вариантах политики и вопросах приведена в подразделе 2.2.8 «Как формировать варианты решения проблемы».

ТАБЛИЦА 2.6 ВИДЫ ДАННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ПОИСКА ИНФОРМАЦИИ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ВАРИАНТОВ ПОЛИТИКИ АОФП

ВОПРОС **(СМ. ПОДРАЗДЕЛ 2.2.8)**	**ТИП ДАННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**
Какие выгоды важны для тех, кого это коснется, и какие выгоды могут быть получены с каждым вариантом / элементом политики?	Систематические обзоры исследований эффективности РКИ
Какой вред важен для тех, кто будет затронут, и какой вред, вероятно, возникнет при каждом варианте/элементе политики?	Систематические обзоры • исследования эффективности • наблюдательные исследования
Каковы затраты на каждый вариант / элемент политики и есть ли местные фактические данные об их экономической эффективности?	Экономические оценки
Какие изменения могут быть внесены в тот или иной вариант/элемент политики и могут ли они изменить его преимущества, вред и издержки?	Систематические обзоры качественных исследований
Какие мнения и опыт заинтересованных сторон могли бы влиять на приемлемость политического варианта/элемента и его преимущества, вред и затраты?	Систематические обзоры качественных исследований Наблюдательные исследования Качественные исследования Неявные знания, выявленные с помощью консультаций с ключевым информатором

Где искать

В таблице 2.7 представлены некоторые ключевые базы данных для поиска систематических обзоров.

ТАБЛИЦА 2.7. КЛЮЧЕВЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ ДЛЯ ПОИСКА СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

База данных:	Описание	Веб-сайт:	ПОДРОБНОСТИ
Health Systems Evidence	Систематические обзоры, посвященные механизмам систем здравоохранения и стратегиям их реализации	www. healthsystemsevidence.org	• Войдите (или зарегистрироваться) • Нажмите на «Расширенный поиск» • Скопируйте и вставьте поиск в поле (или выберите соответствующую систему здравоохранения в таксономии). • Используйте навигацию «Фильтровать документы» для фильтрации по типу документа, стране, дате, сектору и структуре системы здравоохранения.
Health evidence	База данных систематических обзоров с оценкой эффективность вмешательств в области общественного здравоохранения	http://www. healthevidence. org/	• Скопируйте и вставьте поисковый запрос в поле «Поиск». • Используйте опцию «Расширенный поиск», чтобы реализовать детальную стратегию поиска.
Библиотека Кокрейна	Систематические обзоры клинических программ и услуг или лекарств	http://www. cochranelibrary. com/	• Скопируйте и вставьте поиск в открытое поле поиска в правом верхнем углу. • Используйте функцию «Расширенный поиск» для детального поиска с определенными параметрами.
PubMed	Количественные и качественные исследования, касающиеся программ и услуг в области клинического и общественного здравоохранения.	https://www.ncbi.nlm.nih. gov/pubmed/	• Выберите «Расширенный» • Нажмите кнопку «Редактировать», скопируйте и вставьте поиск в поле. • Выберите «Поиск» • Нажмите на кнопку «Настроить» в левом верхнем углу. • Отметьте «Систематические обзоры» для ограничения систематических обзоров • Для качественных исследований • Нажмите «Тематические запросы». • Выберите «Запросы на исследования в области здравоохранения (HSR)». • Отметьте галочкой «Качественное исследование» из списка категорий.

Как осуществлять поиск по литературе: поиск по электронной базе данных

В таблице 2.8 представлены базы данных для поиска по каждому виду систематического обзора и других первичных исследований.

ТАБЛИЦА 2.8. СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ИСТОЧНИКИ И БАЗЫ ДАННЫХ ДЛЯ ПОИСКА ДАННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТИП ПОЛИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА (ИЛИ ЭЛЕМЕНТА)	БАЗА ДАННЫХ	ТИП ДАННЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
Если вариант включает мероприятия системы здравоохранения или стратегии реализации	Health Systems Evidence*	• Систематические обзоры эффектов (выгод и, возможно, вреда) • Систематические обзоры, касающиеся других вопросов (вред, оценка процессов и приемлемость). • Экономические оценки (рентабельность)
Если вариант включает в себя программы и услуги в области общественного здравоохранения	Health evidence* Cochrane Public Health*	• Систематические обзоры эффектов (выгод и, возможно, вреда) • Систематические обзоры эффектов (выгод и вреда)
	Cochrane Library*	• Экономические оценки (рентабельность)
	PubMed	• Систематические обзоры качественных исследований • Качественные исследования
Если вариант включает в себя клинические программы и услуги или лекарственные средства	Cochrane Library*	• Систематические обзоры эффектов (выгод и, возможно, вреда) • Экономические оценки (рентабельность)

* Специализированные источники систематических обзоров

Поиск в электронных базах данных можно осуществлять главным образом по рецензируемым статьям (первичные исследования). Конкретные процедуры, изложенные ниже, подробно описывают, как разработать стратегию поиска.

1. Сначала постановка проблемы должна быть разделена на два или три понятия.
2. По каждому понятию генерируются поисковые термины (и связанные термины в Medical Subject Heading [MeSH]). Поисковые термины можно определить, проконсультировавшись с экспертами в соответствующей области, используя поисковые стратегии, использованные в предыдущих исследованиях, а также в соответствующих статьях по данной теме.
3. Можно использовать усечения для охвата вариаций слов, таких как «*» и «?», чтобы найти различные формы слова. Например, «prescri*» может быть использован для слов «prescribing»/«назначение», «prescribe»/«назначать», «prescribed»/«назначенные» и «prescription»/ «рецепт». Усечение посередине слова также может быть использовано для охвата нескольких словесных форм; например, «organi?ation» может быть использован для охвата слов «organization» и «organisation».
4. Понятия можно комбинировать с помощью логического оператора «(AND)»/ «И» (см. рис. 2.4), а поисковые термины внутри каждого понятия можно найти с помощью логического оператора «(OR)»/«(ИЛИ)» (см. рис. 2.5).

РИС. 2.4. ПРИМЕР ТОГО, КАК ЛОГИЧЕСКИЙ ОПЕРАТОР «(AND)»/«И» ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОНЯТИЕ

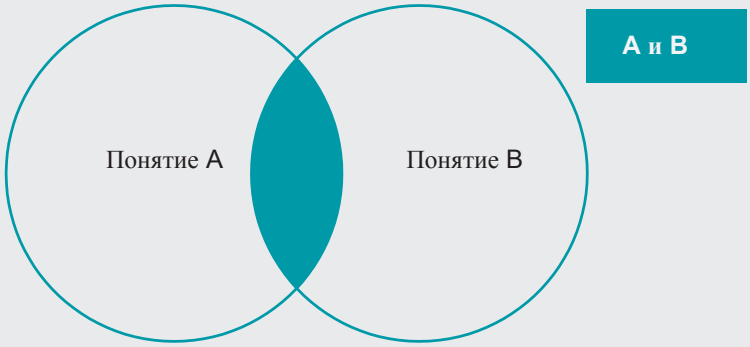
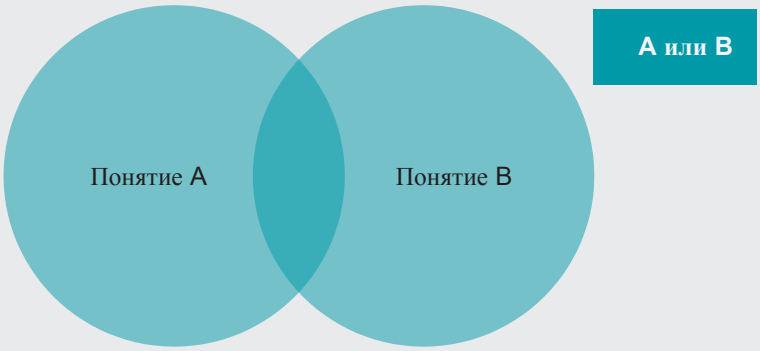


РИС. 2.5. ПРИМЕР ТОГО, КАК ЛОГИЧЕСКИЙ ОПЕРАТОР «(OR)»/«ИЛИ» ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОНЯТИЯ



В таблице 2.9 приведен пример разработки стратегии поиска.

ТАБЛИЦА 2.9. ПРИМЕР РАЗРАБОТКИ СТРАТЕГИИ ПОИСКА

Проблема Ненадлежащее назначение антибиотиков
Понятия Понятие A: Антибиотики Понятие B: Ненадлежащее назначение
Поиск терминов для каждого понятия [можно использовать «*»] Понятие A: Antibiotic* [для antibiotic (антибиотика) и антибиотиков], antimicrobial* (противомикробный), antibacterial (антибактериальный), anti-bacterial (антибактериальный) Понятие B: prescri* [для prescribing/ назначая», prescribe/ назначать, prescribed/ назначенный, prescription/ назначение], us*[для use/ использовать, using/ используя, usage/ использование], administ* [для administering/ администрирование, administration/ администрация, administer/ администрировать]
Объединить понятия с помощью логических операторов: [Antibiotic*/антибиотик OR/ИЛИ antimicrobial*/ противомикробный OR/ИЛИ antibacteria/ антибактериальный OR/ИЛИ anti-bacterial/антибактериальный) AND/И (prescribing/ назначая OR/ИЛИ prescribe/назначать OR/ИЛИ prescribed/назначенное OR/ИЛИ prescription/назначение OR/ИЛИ use/ использовать OR/ИЛИ введение OR/ИЛИ administering/ вводя OR/ИЛИ administer/вводить)
Изложение проблемы Ограниченная координация между организациями, агентствами и органами, предоставляющими или финансирующими медицинские услуги в условиях гуманитарных кризисов.
Понятия Понятие A: гуманитарный кризис Понятие B: координация Понятие C: организации, учреждения и органы
Поисковые запросы для каждой концепции Понятие A: бедствие, война, конфликт, цунами, землетрясение, вулкан, ураган, циклон Понятие B: координация, сотрудничество, кооперация, взаимодействие Понятие C: организации, учреждения, органы, фонды, организация объединенных наций, красный крест, деятельность по оказанию помощи
Объединить понятия с помощью логических операторов (Disaster*/бедствие OR/ИЛИ war/война OR/ИЛИ wars/войны OR/ИЛИ conflict*/конфликт OR/ИЛИ tsunami/ цунами OR/ИЛИ earthquake*/землетрясение OR/ИЛИ volcano*/вулкан OR/ИЛИ hurricane*/ураган OR/ ИЛИ cyclone*/циклон) AND/И (Coordination/координация OR/ИЛИ cooperation/сотрудничество OR/ИЛИ collaboration/сотрудничество AND/И (Organi?ation*/ органи?ация OR/ИЛИ agencies/ агентства OR/ИЛИ bodies/органы OR/ИЛИ foundation*/фонд OR/ИЛИ united nations/организации объединенных наций OR/ ИЛИ red cross/ красный крест OR/ИЛИ relief work/ деятельность по оказанию помощи)

5. Стратегия поиска должна быть разработана отдельно для каждой базы данных, так как у каждой из них свои особенности. Например, базы данных Medline и PubMed содержат контролируемые термины MeSH и предусматривают поля поиска (заголовок и аннотацию), в отличии от базы данных Health Systems Evidence, а база данных Health Systems Evidence имеет фильтры по организации систем здравоохранения, в то время как другие базы данных это не контролируют.

В таблице 2.10 приведены примеры стратегий поиска для базы данных Health Systems Evidence и базы данных PubMed (Medline).

ТАБЛИЦА 2.10. ПРИМЕР ТОГО, КАК СТРАТЕГИЯ ПОИСКА РАЗЛИЧАЕТСЯ МЕЖДУ БАЗАМИ «THE MEDLINE» И «HEALTH SYSTEMS EVIDENCE»

Стратегия поиска в Medline
База данных: Ovid MEDLINE(R) <1946 to August 02, 2019>:
Стратегия поиска:
1 **exp Anti-Bacterial Agents/ (702860) ==========> MeSH TERM**
2 **(antibiotic* or antibacterial* or anti-bacterial* or antimicrobial* or anti-microbial*).ti,ab. (467671) ==========> FREE**
SEARCH TERMS/ ТЕРМИНЫ ДЛЯ СВОБОДНОГО ПОИСКА
2 1 или 2 (933019)
3 **ограничение 3 до «систематического обзора» (4265)**
Стратегия поиска в Health Systems Evidence
(Antibiotic* OR antimicrobial* OR anti-microbial* OR antibacterial OR anti-bacterial) отфильтрованный по домену «Механизм управления»
124 результата (31 июля 2019 г.)

6. Поисковая стратегия (или ключевые слова), используемая для каждого из сайтов и баз данных, в которых осуществляется поиск, должна быть разработана и проверена по согласованию со специалистом по информации или библиотекарем.
7. Окончательная стратегия поиска, применяемая в каждой электронной базе данных или на каждом сайте, должна быть сохранена в отдельном документе Word, включая дату поиска и количество посещений. Во вставке 2.2 приведен пример сохраненной стратегии поиска из базы данных Health Systems Evidence.

ВСТАВКА 2.2. СТРАТЕГИЯ ПОИСКА В БАЗЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ «THE HEALTH SYSTEMS EVIDENCE» (23 АВГУСТА 2017 ГОДА)

1. Посетить https://www.healthsystemsevidence.org.
2. Ввести следующие ключевые слова в поле поиска: (Antibiotic OR antimicrobial OR antibacterial OR anti-bacterial) AND (prescrib* OR prescription OR use OR administration OR administering OR administer).
3. Фильтровать документы по типам и выбирать «систематические обзоры эффектов» и «систематические обзоры по другим вопросам».
4. Задокументировать количество попаданий.

8 Результаты поиска по каждой электронной базе данных или веб-сайту должны быть сохранены и экспортированы в справочную программную систему (например, EndNote), или просто сохранены в Excel, где дубликаты могут быть удалены.

Как искать литературу: поиск серой литературы

- «Серая литература» — это термин для информации, которая «производится на всех уровнях государственного управления, в академических, деловых и промышленных кругах в печатном и электронном форматах, но не контролируется коммерческими издательствами». (NYAM, 2003). Серая литература включает документы, которые не были официально опубликованы в рецензируемом экспертами формате. Она включает неопубликованные исследования, доклады правительства или организаций, диссертации, материалы конференций или рефераты, технические доклады и аналитические обзоры.
- Следует выполнить поиск по ресурсам и веб-сайтам, наиболее подходящим для рассматриваемого вопроса. Некоторые базы данных, в которых можно выполнить поиск серой литературы, включают: OpenGrey, Grey Literature Report, POPLINE, ProQuest Dissertations and Theses и Google.
- Поскольку поиск «серой» литературы может быть трудным и трудоемким, поиск будет выполняться только тогда, когда этого требует тема или, когда в рецензируемых статьях недостаточно фактических данных по теме.

Конкретные процедуры, изложенные в нижеследующих подразделах, дают более подробную информацию о том, как разработать стратегию поиска.

Как просматривать и выбирать цитаты: просмотр заголовков и аннотаций

После определения стратегии поиска и проведения поиска следует проанализировать результаты. В зависимости от количества просмотров, требуются различные направления действий, за которыми следуют шаги по отбору исследований.

- Если было выявлено небольшое число совпадений (менее 100), результаты должны быть проверены на релевантность и убедиться в том, что поисковая стратегия достаточно чувствительна.
  - Если были выявлены не относящиеся к делу исследования, стратегия поиска должна быть пересмотрена.
- Если было выявлено большое количество совпадений, то первые 3-4 страницы должны быть проверены на предмет соответствующих систематических обзоров, или же результаты должны быть экспортированы в EndNote, и прокручиваются заголовки и аннотации всех экспортированных результатов для проверки.

После завершения поиска литературы:

- В качестве первого шага при отборе соответствующих исследований следует проводить скрининг по заголовкам и аннотациям всех просмотров.
  - Система управления ссылками, такая как EndNote или RefWorks, может быть использована для проверки заголовков и аннотаций.

- Исследования, которые определены как имеющие отношение к интересующей теме, должны быть сохранены в форме .pdf в отдельном файле.

2.2.5 Как критически оценивать фактические данные

Как критически оценивать систематические обзоры

После того, как в ходе систематических поисков была выявлена вся соответствующая литература, имеющаяся по данной проблеме, наряду с вариантами решения проблемы и аспектами реализации, следующим шагом будет получение точного представления о качестве включенных фактических данных. Это важно для принятия решений в будущем и для обоснования суждений относительно использования таких мер для укрепления систем здравоохранения. Лицами, принимающими решения, могут быть специалисты в области здравоохранения, пациенты и - что более важно в случае АОФП - разработчики политики и граждане. Вред и выгоды различных политических стратегий должны быть сопоставлены с другими альтернативными вариантами политики. Для того чтобы это было сделано эффективно, необходимо рассмотреть преимущества и недостатки различных вариантов политики на основе количественных и качественных данных, подтверждающих их, с тем чтобы можно было принимать решения (Lewin et al., 2012; Lewin et al., 2009).

Важность понимания качества фактических данных

Систематические обзоры могут быть вершиной иерархии фактических данных (рис. 2.5), где существуют четкие методы поиска, включая оценку и синтез фактических данных. Основополагающие фактические данные могут варьироваться от РКИ до наблюдений или качественных исследований. (Djulbegovic & Guyatt, 2017; Murad et al., 2016). Тем не менее, важно учитывать, что не все систематические обзоры обязательно одинакового качества, или они могут не совсем точно отражать непосредственную проблему; на самом деле, они могут быть из другого контекста, который не полностью переносится в нужный контекст для данного АОФП. Кроме того, необходимо учитывать, что такая иерархия не может быть абсолютной, поскольку ценность фактических данных связана с уровнями синтеза и доверия. Иногда лучшим подтверждением контекстуальных аспектов могут быть индивидуальные исследования или доклады. (Murad et al., 2016).

РИС. 2.6. ПИРАМИДА ИЕРАРХИИ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ



Источник: Campbell, 2012.

Доступные инструменты и подходы для оценки методологического качества систематического обзора и качества совокупности фактических данных

Следовательно, важно оценивать, как качество фактических данных, так и применимость выводов, представленных в ходе систематических обзоров. Качество может просто относиться к силе или обоснованности исследования, или его можно рассматривать в свете относительно новой концепции «качества фактических данных» (Guyatt 2008). В систематическом обзоре мы различаем понятие «надежность» (достоверность), которое относится к степени, в которой мы можем быть уверены, что обзор предоставляет точное резюме наилучших имеющихся фактических данных (также называемых методологическим качеством), от концепции «качества» фактических данных (уверенность/определенность), которые относятся к степени, в которой мы можем быть уверены, что оценка эффекта/воздействия верна (Hulcrantz 2017).

Наиболее часто используемым инструментом для оценки методологического качества систематических обзоров является AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) - инструмент для оценки систематических обзоров. (Shea et al 2007, 2009). AMSTAR является рекомендуемым инструментом для разработки АОФП, так как он относительно прост в использовании. Кроме того, с помощью этого инструмента (AMSTAR) была проведена оценка систематических обзоров, полученных из базы данных Health Systems Evidence. Однако критика и отзывы пользователей, а также недавние разработки в области систематических обзоров побудили к разработке новой версии инструмента: AMSTAR 2 (Shea et al., 2017a, 2017b; см. рис 2.7).

Хотя использование первоначальной версии AMSTAR представляется все еще разумным, группы должны перейти к использованию AMSTAR [2] для оценки методологического качества систематических обзоров, как только они пройдут необходимую подготовку по использованию этого инструмента.

[2] AMSTAR 2 сохранил десять доменов из первоначального инструмента с некоторыми изменениями в формулировках пунктов и с более подробным охватом двух из них, что лучше подходит для неслучайных исследований. Были добавлены четыре новых домена и дополнительно добавлена категория ответа «частичное согласие». Всего AMSTAR 2 включает 16 позиций по сравнению с 11, включенными в первоначальную версию

РИС. 2.7. КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК ИНСТРУМЕНТА AMSTAR 2

1. Включили ли вопросы исследования и критерии включения в обзор компоненты PICO?		
Для «Да»: ☐ Население ☐ Вмешательство ☐ Группа сравнения ☐ Итог	На выбор (рекомендуется) ☐ Сроки для последующих действий	☐ Да ☐ Нет
2. Содержалось ли в отчете об обзоре четкое заявление о том, что методы обзора были установлены до проведения обзора, и обосновывались ли в отчете какие-либо существенные отклонения от протокола?		
Для «Частичного Да»: Авторы утверждают, что у них был письменный протокол или руководство, которое включало ВСЕ из следующего: ☐ вопрос(ы) обзора ☐ стратегии поиска ☐ критерии включения/исключения ☐ оценка риска систематической ошибки	Для «Да»: Для «частичного Да» плюс протокол должен быть зарегистрирован и должен также указывать следующее: ☐ мета-анализ/план синтеза, если уместно, *и* ☐ план расследования причин неоднородности ☐ обновление любых отклонений от протокола	☐ Да ☐ Частичное Да ☐ Нет
3. Объяснили ли авторы обзора свой выбор дизайнов исследования для включения в обзор?		
Для «Да», обзор должен удовлетворять ОДНО из следующих требований: ☐ Объяснение для включения только РКИ ☐ ИЛИ Объяснение для включения только НРИВ ☐ ИЛИ Объяснение для включения и РКИ, и НРИВ		☐ Да ☐ Нет
4. Использовали ли авторы обзора комплексную стратегию поиска литературы?		
Для «Частичного Да» (все нижеперечисленные): ☐ просмотрели не менее 2-х баз данных (относящихся к вопросу исследования) ☐ указали ключевое слово и/или поиск стратегии ☐ обосновали ограничения на публикацию (н-р, язык)	Для «Да», также должно быть (все следующее): ☐ просмотрели списки ссылок / библиографии включенных исследований ☐ просмотрели регистры испытаний/исследований ☐ включили/ консультировались с экспертами в соответствующей области ☐ при необходимости проводили поиск серой литературы ☐ провели поиск в течение 24 месяцев после завершения обзора	☐ Да ☐ Частично Да ☐ Нет
5. Выполняли ли авторы обзора выборку исследований в дубликате?		
Для «Да», то ОДИН из следующих ответов: ☐ по меньшей мере два независимых рецензента договорились об отборе отвечающих установленным критериям исследований, и достигнут консенсус по		☐ Да ☐ Нет

поводу того, какие исследования включить □ ИЛИ два рецензента отобрали выборку исследований, отвечающих установленным критериям, и достигли хорошего согласия (не менее 80 процентов), а остальные были отобраны одним рецензентом.		
6. Выполняли ли авторы обзора выборку данных в дубликате?		
Для «Да», ОДИН из следующих ответов: □ по меньшей мере два рецензента достигли консенсуса в отношении того, какие данные следует извлечь из включенных исследований □ ИЛИ два рецензента извлекли данные из выборки подходящих исследований отвечающих установленным критериям, и достигли хорошего согласия (не менее 80 процентов), а остальные были извлечены одним рецензентом.		□ Да □ Нет
7. Предоставили ли авторы обзора список исключенных исследований, и обосновали ли они эти исключения?		
Для «частичного Да»: □ представил список всех потенциально актуальных исследований, которые были прочитаны в полнотекстовом виде, но исключены из обзора	Для «Да» должно быть также: □ Обосновано исключение из обзора каждого потенциально значимого исследования	□ Да □ Частично Да □ Нет
8. Достаточно ли подробно описали авторы обзора включенные в него исследования?		
Для «частичного Да» (ВСЕ следующие): □ описали группы населения □ описали вмешательства □ описали компараторы □ описали результаты □ описали проекты исследований	Для «Да», также ВСЕ следующие: □ подробно описали группы населения □ подробно описали вмешательство (включая дозы, где это уместно) □ подробно описали компаратор (включая дозы, где это уместно) □ описали условия исследования □ сроки для последующих действий	□ Да □ Частично Да □ Нет
9. Использовали ли авторы обзора удовлетворительную методику оценки риска систематической ошибки (РСО) в отдельных исследованиях, включенных в обзор? - РКИ		
Для «частичного Да» должен быть оценен РСО от: □ негласного распределения и □ отсутствия ослепления пациентов и оценщиков при оценке результатов (не нужно для объективных результатов, таких как смертность от всех причин)	Для «Да», должен быть оценен РСО от: □ последовательности распределения, которая не была по-настоящему случайной, □ выбор сообщаемого результата из числа множества измерений или анализов конкретного результата	□ Да □ Частично Да □ Нет □ Включает только НРИВ
НРИВ		
Для «частичного Да» должен был оценен РСО: □ от искажений и □ от систематической ошибки отбора	Для «Да» должен был оценен РСО: □ методы, используемые для определения воздействия и результатов, и □ выбор сообщаемого результата из числа множества измерений или анализов конкретного результата	□ Да □ Частично Да □ Нет □ Включает только РКИ
10. Сообщили ли авторы обзора источники финансирования исследований, включенных в		

обзор?	
Для «Да» ☐ Должны были быть представлены данные об источниках финансирования отдельных исследований, включенных в обзор. Примечание: также учитывается сообщение, что рецензенты искали эту информацию, но это не было указано авторами исследования	☐ Да ☐ Нет
11. Если был проведен мета-анализ, использовали ли авторы обзора соответствующие методы для статистического сочетания результатов?	
РКИ	
Для «Да»: ☐ Авторы обосновывали объединение данных в мета-анализ. ☐ И они использовали соответствующую взвешенную технику, чтобы объединить результаты исследования и скорректировать их на неоднородность, если таковая имеется. ☐ И исследовали причины любой неоднородности	☐ Да ☐ Нет ☐ Мета-анализ не проводился
НРИВ	
Для «Да»: ☐ авторы обосновали объединение данных в мета-анализе ☐ И, они использовали соответствующую взвешенную методику для объединения результатов исследования, корректируя их на неоднородность, если таковая имеется. ☐ И они статистически объединили оценки последствий из НРИВ, которые были скорректированы с учетом искажений, вместо объединения необработанных данных, или оправдали объединение необработанных данных, когда не были доступны скорректированные оценки воздействия ☐ И они представили отдельные сводные оценки для РКИ и НРИВ отдельно, если оба метода включены в обзор	☐ Да ☐ Нет ☐ Мета-анализ не проводился
12. Если проводился мета-анализ, оценили ли авторы обзора потенциальное воздействие РСО в отдельных исследованиях на результаты мета-анализа или другой синтез фактических данных?	
Для «Да»: ☐ включены только РКИ с низким риском системной ошибки ☐ ИЛИ, если объединенная оценка была основана на РКИ и/или НРИВ при переменной РСО, авторы проводили анализ для исследования возможного воздействия РСО на суммарные оценки последствий.	☐ Да ☐ Нет ☐ Мета-анализ не проводился
13. Учитывали ли авторы обзора РСО в отдельных исследованиях при интерпретации / обсуждении результатов обзора?	
Для «Да»: ☐ включены только РКИ с низким риском системной ошибки ☐ ИЛИ, если были включены РКИ со средним или высоким РСО или НРИВ, в обзоре обсуждались вероятное воздействие РСО на результаты.	☐ Да ☐ Нет
14. Предоставили ли авторы обзора удовлетворительное объяснение, и обсудили ли какие-либо разнородности, отмеченные в результатах обзора?	
Для «Да»: ☐ Не было значительной разнородности в результатах. ☐ ИЛИ, если присутствовала неоднородность, авторы провели исследование источников любой неоднородности в результатах и обсудили ее воздействие на результаты обзора.	☐ Да ☐ Нет
15. Если они выполнили количественный синтез, провели ли авторы обзора адекватное исследование систематической ошибки публикации (небольшой систематической	

ошибки исследования) и обсудили ее вероятное влияние на результаты обзора?	
Для «Да»: ☐ провели графические или статистические тесты на предмет систематической ошибки, связанной с предпочтительной публикацией положительных результатов и обсудили вероятность и масштабы воздействия систематической ошибки	☐ Да ☐ Нет ☐ Мета-анализ не проводился
16. Сообщили ли авторы обзора о каких-либо потенциальных источниках конфликта интересов, включая любое финансирование, полученное ими для проведения обзора?	
Для «Да»: ☐ Авторы сообщили об отсутствии конкурирующих интересов ИЛИ ☐ Авторы описали свои источники финансирования и способы управления потенциальными конфликтами интересов	☐ Да ☐ Нет

Источник: the AMSTAR team (Shea et al., 2017b).

GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (Guyatt et al., 2008; Higgins et al., 2011; см. таблицу 2.11) является наиболее используемым и проверенным подходом к оценке качества основы фактических данных. GRADE использовался для оценки фактических данных, связанных с эффектом или воздействием политики, использования ресурсов и данных о диагностических стратегиях, однако последние разработки позволяют выносить аналогичные суждения по данным, полученным в результате систематических обзоров качественных исследований (также известных как «Синтез качественных данных» (Quality Evidence Synthesis, QES)) в отношении таких вопросов, как мнения и предпочтения заинтересованных сторон в отношении конкретных вмешательств или политики. GRADE-CERQual (Достоверность фактических данных из обзоров качественных исследований GRADE) — вот название этого подхода, который использовался в ряде недавних QES (Lewin et al., 2015; Lewin et al., 2018).

ТАБЛИЦА 2.11. ИНСТРУМЕНТ GRADE

GRADE

- Метод GRADE был впервые разработан в 2008 году в ответ на необходимость того, чтобы лица, принимающие решения, понимали неопределенность в отношении оценок воздействия и помогали определить степень доверия к этим оценкам.
- Подход GRADE позволяет создать простой и прозрачный механизм, позволяющий зафиксировать уровень доверия к фактическим данным и систематически, надежно и прозрачно формулировать рекомендации на основе этих данных.
- Области, рассматриваемые инструментом GRADE:
  i. **ограничения исследований** - позволяет рассматривать фактические данные в свете отдельных методологических проблем, связанных с исследованиями, включенными в систематический обзор, как это определено инструментами для оценки риска систематической ошибки из Кокрейна (RoB и **ROBINS-I**);
  ii. **несоответствие результатов** - позволяет рассмотреть, имеют ли различные включенные исследования одно и то же направление в выводах, т.е. являются ли они последовательными, или могут ли привести к противоположным или разным выводам;
  iii. **косвенность фактических данных** - позволяет рассмотреть, имеет ли контекст или группа лиц прямое или косвенное отношение к рассматриваемому вопросу;
  iv. **неточность** - позволяет рассмотреть, являются ли оценки не только статистически значимыми, но и клинически значимыми, т.е. является ли разница в эффекте вмешательств действительно значимой.
  v. **сообщение об ошибках** - позволяет рассмотреть, существует ли вероятность того, что не все связанные с этим фактические данные будут опубликованы или сообщены выборочно. Поскольку большинство неопубликованных исследований, как правило, являются исследованиями, не приносящими дополнительной пользы, имеющими негативный эффект или высокий уровень негативных последствий, установление уровня систематической ошибки сообщений имеет важное значение для принятия решений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЦЕНКИ

Качество	Описание
Высокое качество	Дальнейшие исследования вряд ли изменят нашу уверенность в оценке эффекта (воздействия)
Умеренное качество	Дальнейшие исследования, вероятно, окажут значительное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта и могут изменить эту оценку
Низкое качество	Дальнейшие исследования, весьма вероятно, окажут значительное влияние на нашу уверенность в оценке эффекта и скорее всего изменят эту оценку
Очень низкое качество	Любая оценка эффекта очень неопределенна

МЕТОД GRADE CERQUAL

- Качественные исследования играют важную роль в понимании приоритетов и озабоченности пациента, перспектив реализации вмешательств, а также того, как и почему люди предпочитают пользоваться медицинскими услугами.
- « Поскольку было бы неуместно сводить результаты такого рода исследований к цифрам, был разработан другой инструмент - с использованием аналогичного подхода к GRADE - для учета синтеза качественных фактических данных (QES). Метод GRADE CERQual был разработан в 2015 году для прозрачной и систематической оценки доверия к качественным фактическим данным.
- « В готовящемся к выпуску руководстве по QES сети EVIPNet-Европа подробно объясняются различные компоненты инструмента оценки фактических данных.

Источники: адаптировано из Guyatt et al., 2008; Higgins et al., 2011; The SURE Collaboration, 2011; Tan, Stokes & Shaw, 2009; Lewin et al., 2015; Lewin et al. 2018; и готовившееся к публикации руководство по синтезу качественных фактических данных сети EVIPNet-Европа.

При совместном рассмотрении всех соответствующих систематических обзоров помните, что они могут использовать различные инструменты критической оценки. В таком случае полезно определить уникальный метод оценки литературы для использования в АОФП. Например, для оценки AMSTAR 0-11 можно применять следующие категории высокого, среднего или низкого качества фактических данных (см. таблицу 3.4), что в большей степени согласуется с методом GRADE или GRADE CERQual.

ВСТАВКА 2.3 ПРИМЕР ВНЕСЕНИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПО AMSTAR В КАТЕГОРИИ

Ключевые выводы авторов рецензий были извлечены из выявленных обзоров. Каждый обзор также оценивался с точки зрения его качества (оценка методологического качества систематических обзоров (AMSTAR), рейтинг 0-11) и приемлемость для местного контекста (доля исследований, проведенных в стране). Качество фактических данных было классифицировано следующим образом:

Качество фактических данных	Рейтинг AMSTAR (баллы)
Высокое	**8 -11**
Среднее	**4–7**
Низкое	**0–3**

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Для оценки методологического качества систематических обзоров, которые ранее не оценивались (например, обзоров, определенных PubMed и т.д.), следует использовать установленный критический инструмент оценки (такой как AMSTAR или AMSTAR 2).
- AMSTAR - это инструмент, используемый в базе данных Health Systems Evidence.
- Метод GRADE широко используется для оценки достоверности фактических данных (качества совокупности фактических данных), представляемых в ходе систематических обзоров. Недавняя сопутствующая разработка (GRADE CERQual) позволяет вынести аналогичные суждения относительно качественных фактических данных, полученных в процессе Синтеза качественных фактических данных.
- Результатам, оцененным в рамках подходов GRADE и CERQual, может быть присвоен рейтинг: очень низкий, низкий, умеренный или высокий, в зависимости от качества фактических данных.
- По возможности, два члена группы разработчиков АОФП должны самостоятельно оценить систематический обзор (если он не был оценен ранее) и прийти к консенсусу по окончательному рейтингу качества (с учетом как методологического качества, так и качества основы фактических данных).

Как критически оценивать местные фактические данные

Часто бывает так, что (как отмечалось в предыдущем подразделе) не все систематические обзоры выявили и включали отражение местных условий страны, для которой разрабатывается АОФП. Поэтому важно определить, в какой степени систематический обзор, в ходе которого собираются международные фактические данные, приемлем и целесообразен для местного контекста, с тем чтобы в любых решениях, принятых с использованием этих фактических данных, учитывалась их применимость, а также сила фактических данных.

Поэтому необходимо контекстуализировать фактические данные и понять, как их лучше всего использовать в данной стране; в противном случае предлагаемые варианты могут не дать желаемых результатов и не будут удобны для разработчиков политики, которым нужны фактические данные, учитывающие контекст. Решение пяти простых вопросов может помочь определить применимость фактических данных на местном уровне (см. таблицу 2.12) (Lavis, Oxman, et al., 2009; Lewin et al., 2009).

ТАБЛИЦА 2.12. ОЦЕНКА ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ МЕСТНОГО КОНТЕКСТА

ОЦЕНКА ПРИЕМЛЕМОСТИ ДЛЯ МЕСТНОГО КОНТЕКСТА
1. Включались ли исследования в систематический обзор, проводимый в одних и тех же условиях, или же их результаты согласовывались между собой в одних и тех же условиях и в одни и те же сроки?
2. Существуют ли важные различия в реалиях и ограничениях на местах, которые могут существенно изменить осуществимость и приемлемость того или иного варианта политики или программы?
3. Существуют ли важные различия в организации системы здравоохранения, которые могут означать, что тот или иной вариант не может работать одинаково?
4. Существуют ли важные различия в исходных условиях, которые могут дать разные абсолютные эффекты, даже если относительная эффективность одинакова?
5. Какие идеи можно выработать относительно расширения масштабов, реализации, мониторинга и оценки (МиО)?

Источник: Lavis, Oxman, et al., 2009.

Ключевая проблема для лиц, принимающих решения, по-прежнему заключается в том, что им необходимо сбалансировать эти различные виды фактических данных, оценить вес каждого, и позволить каждому конкретному виду фактических данных вносить свой вклад в принятие любых политических решений. Для того чтобы такие фактические данные затем рассматривались наряду с опубликованными и критически оцениваемыми систематическими обзорами, рекомендуется, чтобы местные фактические данные также оценивались. Для критической оценки такого рода фактических данных (взятых из обзорного анализа) имеются различные инструменты; их обобщение приводится в таблице 2.13. (Sharma et al., 2015).

ТАБЛИЦА 2.13. ИНСТРУМЕНТЫ КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ НЕНАУЧНЫХ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

ИССЛЕДОВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ	ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТА КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
Benzies et al., 2006	В исследовании рассматриваются неявные знания наряду с другими формами фактических данных, в том числе: *«Мнения уважаемых органов или экспертного комитета, указанные в опубликованных конференциях или руководствах; или тех людей, которые обладают знаниями в одной конкретной области и применяют эти знания в другой области; или краткое изложение коллективной мудрости или опыта других в этой области; или тех людей, которые написали и проанализировали руководства, основываясь на своем опыте, знаниях или соответствующей литературе, и обсудили со своими коллегами».* Инструмент рассматривает вклад экспертов с более низких уровней (IV и V) в рамках модели иерархии фактических данных после проведения исследований (уровни I-III), тем самым подчеркивая его как фактические данные более низкого качества для принятия решений. Уровень I: РКИ или мета-анализ исследований с адекватным размером и силой Уровень II: РКИ, которые слишком малы, чтобы предоставить фактические данные первого уровня. Уровень III: не-рандомизированные контролируемые испытания или когортные исследования, серии случаев, исследования случай-контроль или перекрестные исследования. Уровень IV: мнение уважаемых органов власти или экспертного комитета, как указано в опубликованных материалах конференции или руководствах. Уровень Va: мнение тех лиц, которые обладают знаниями в одной конкретной области и применяют эти знания в другой области; или резюме коллективной мудрости или опыта других людей в этой области; Уровень Vb: мнение тех, кто написал и рецензировал руководство на основе своего опыта, знании соответствующей литературы и обсуждениях со своими коллегами.
Coad, Hardicre & Devitt, 2006	В данном исследовании рассматривается инструмент критической оценки серой литературы. Инструмент предлагает при использовании любой серой литературы быть готовым к тщательной оценке трех ключевых областей: ▪ когда она была написана ▪ кем, а также ▪ ее цель.

ИССЛЕДОВАНИЕ С ПОМОЩЬЮ ИНСТРУМЕНТА КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ	ОПИСАНИЕ ИНСТРУМЕНТА КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
Haig & Dozier, 2003a Wilson, 2002	В исследовании рассматривается критерий оценки качества фактических данных, полученных с веб-сайтов и всех электронных источников компанией Wilson (2002), путем распространения его на другие формы таких фактических данных. Рецензентам предлагается критически оценить пять ключевых областей: ▪ значение ▪ точность ▪ актуальность ▪ область применения ▪ объективность
Haig & Dozier, 2003b	Это адаптированный инструмент DISCERN для оценки информации о здравоохранении в целом. Инструмент, разработанный Оксфордским университетом и Британской библиотекой (British Library & University of Oxford, 1997), изначально был ориентирован на потребителей и поставщиков информации, чтобы дать им возможность судить о качестве информации о выборе лечения. Инструмент просит рецензента рассмотреть 16 вопросов, все с оценкой по 5-балльной шкале (от 1 = «Нет» до 5 = «Да»). Данное исследование позволяет предположить, что, хотя сами вопросы, возможно, нуждаются в изменении, принципы и методы могут иметь некоторое применение при оценке таких фактических данных. Ниже представлены некоторые из вопросов, которые могут быть полезны. ▪ Понятны ли цели публикации? Достигает ли она своих целей? ▪ Это имеет значение? ▪ Понятно ли, какие источники информации были использованы для составления публикации? ▪ Понятно ли, когда информация, использованная или представленная в публикации, была произведена? ▪ Сбалансирована и объективна ли она? ▪ Предоставляет ли она подробную информацию о дополнительных источниках поддержки и информации? ▪ Относится ли это к областям неопределенности?
Rundall et al., 2007	В исследовании рассматривается критерий оценки фактических данных для процесса принятия решений и описывается ряд ключевых областей, которые рецензенты должны использовать для оценки информации. Является ли она: ▪ точной? ▪ применимой? ▪ действенной? ▪ доступной?
Shpilko, 2005	В нем описывается критерий оценки информации о здоровье, содержащейся на веб-сайтах, с использованием формата, применяемого Национальной сетью медицинских библиотек (NNLM) (NNLM, 2019), в следующих областях: ▪ точность ▪ значение ▪ предвзятость/объективность ▪ актуальность/ своевременность ▪ охват.

Источник: Sharma et al., 2015.

Несмотря на наличие различных инструментов, большинство из них предлагают схожие критерии и имеют общие черты, которые должны систематически учитываться при критической оценке таких данных. Можно использовать систему «источник-точность-актуальность-своевременность» (SART), в которой различные позиции могут быть оценены как «да», «нет» или «неясно» с использованием стандартного подхода к критической оценке, применяемого в их инструментарии RoB (см. таблицу 2.14).

ТАБЛИЦА 2.14. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ КЛЮЧЕВЫЕ ОБЛАСТИ ВОПРОСОВ ДЛЯ КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НЕНАУЧНЫХ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ SART

ОБЛАСТЬ КРИТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ (SART)	ПОДРОБНЫЕ ВОПРОСЫ	ДА	НЕЯСНО	НЕТ	КОММЕН-ТАРИИ
Источник	Является ли источник информации достоверным? ▪ Кем она была написана/произнесена, и какова ее цель? ▪ Определить, в какой степени можно доверять автору(ам). ▪ Существуют ли определенные конфликты интересов? ▪ Кажется ли она объективной, или существуют какие-либо потенциальные предубеждения? ▪ Представляет ли информация только одну точку зрения? ▪ Кто был спонсором источника?				
Точность	Точна ли информация? ▪ Подумать, насколько правдоподобны утверждения с точки зрения того, могут ли они быть подтверждены другими источниками или свидетельствами. ▪ Если они содержат какие-либо сноски или цитируют ссылки, которые можно проверить, насколько они надежны? ▪ Цитируются ли источники? ▪ Четко ли представлены цели и информация? ▪ Являются ли методы, используемые для сбора информации, прозрачными и четкими? ▪ Есть ли какие-либо несоответствия в содержании?				
Актуальность	Актуальны ли фактические данные в отношении сферы охвата руководства? ▪ Подумать о том, насколько применима эта информация к рассматриваемому вопросу. ▪ Присутствует ли вся информация, или она кажется неполной в отношении вопроса (обсуждается ли только часть уравнения)? ▪ Четко ли определены условия и контекст, и насколько они соответствуют исследовательскому вопросу?				
Своевременность	Насколько своевременна информация? ▪ Насколько информация свежая? ▪ Связаны ли какие-либо даты с информацией (если это электронный источник, последняя дата обновления веб-сайта; если свидетельства и т.д., насколько свежим или устаревшим является опыт)? ▪ Как регулярно обновляется информация? ▪ Имеются ли более свежие исследования или информация?				

Источник: Sharma et al., 2015.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Применимость данных систематического обзора в местном контексте должна определяться с помощью пяти простых вопросов.
- Любые местные фактические данные, информация или исследования, если таковые имеются, всегда должны рассматриваться наряду с фактическими данными систематического обзора, особенно в отношении аспектов, связанных с реализацией, таким образом, чтобы осуществимость различных вариантов на местном уровне была продумана.
- Действительность и актуальность местных данных должны определяться с учетом соответствующих инструментов критической оценки или подходов, таких как система SART.

2.2.6 Как синтезировать критически оцененную включенную литературу

Разработчикам политики необходимо делать выбор по сложным вопросам, на которые часто даются ответы с помощью различных видов фактических данных, рассматриваемых в совокупности. После того, как все соответствующие систематические обзоры по каждому конкретному варианту были сопоставлены и критически оценены, их необходимо рассматривать наряду с местными данными и другой информацией о здравоохранении (например, неявные знания, собранные в ходе интервью с ключевыми информаторами), с тем, чтобы все это способствовало принятию решений. Эти взаимосвязанные фактические данные, рассматриваемые вместе, должны помочь в обеспечении основы для окончательной совокупности фактических данных в поддержку или для опровержения вариантов или аспектов реализации при принятии политических решений (Dixon-Woods et al., 2005; Greenhalgh, 2016).

Подходы к синтезу смешанных методов

В настоящее время организациями не принято никаких единых согласованных структур для обобщения различных форм фактических данных, однако важно применять систематический и транспарентный подход.

Метод объединения количественных и качественных данных получил название триангуляция (Jick, 1979; Mays, Pope & Popay, 2005). Типы фактических данных в целом делятся на следующие категории: интерпретирующие (повествовательные и качественные) и интегративные (количественный и байесовский мета-анализ/анализ решений) (более подробную информацию см. в таблице A1.4 в приложении 1). Метод, наиболее часто используемый для объединения различных источников и типов фактических данных в АОФП, представляет собой повествовательный синтез различных систематических обзоров, качественных исследований, местных данных и исследований (см. таблицы в приложении 1).

При совместном рассмотрении всех соответствующих систематических обзоров помните, что они могут использовать различные инструменты критической оценки. В таком случае полезно определить уникальный метод оценки литературы для использования в АОФП.

В настоящее время синтез различных видов источников фактических данных, систематических обзоров, местных данных и информации в рамках АОФП осуществляется с использованием методов повествовательного синтеза. Это позволяет систематически анализировать данные об эффективности, дополняемые местными условиями, которые гарантируют, что АОФП является эффективным на страновом или местном уровне. Это особенно важно в связи с аспектами реализации, которые должны учитывать местные условия.

Включение синтеза в шаблон АОФП

На основании всего вышеизложенного, ссылки, которые выбраны для использования в вариантах политики АОФП, должны быть добавлены в таблицу 2.15, чтобы суммировать всю важную информацию, которую читатель АОФП, возможно, должен будет рассмотреть для принятия обоснованного решения (более подробная информация приведена в приложении 1). Затем эта таблица будет добавлена в качестве приложения к окончательному варианту АОФП.

ТАБЛИЦА 2.15. РЕЗЮМЕ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ, КАСАЮЩИХСЯ ВАРИАНТОВ ПОЛИТИКИ

ВАРИАНТ/ ЭЛЕМЕНТ	ФОКУС СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ	РЕЙТИНГ ПО ИНСТРУМЕНТУ AMSTAR ИЛИ КОНТРОЛЬНОМУ СПИСКУ SURE (КАЧЕСТВО)	ДОЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В [УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ СТРАНЫ]
[Вставить фразу, обозначающую компонент варианта]	[Вставить фокус обзора]	[Вставить резюме основных выводов авторов обзора]	[Вставить рейтинг AMSTAR или SURE]	[Вставить долю]

Источник: адаптировано на основе АОФП, разработанного EVIPNet-Венгрия по УПП (Hajdu et al., 2018).

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- По возможности, фактические данные следует рассматривать в совокупности, используя метод, аналогичный критической оценке, используемой для фактических данных систематического обзора.
- При совместном рассмотрении различных видов фактических данных можно использовать смешанные методы (например, триангуляцию). Повествовательный синтез является наиболее часто используемым методом для АОФП.
- Стоит заполнить таблицу, в которой обобщаются систематические обзоры, извлеченные из вариантов по мере разработки и расширения проектов; это значительно облегчит работу - простое копирование и вставка сводной таблицы в итоговый документ АОФП.

2.2.7 Как сформулировать проблему

Формулирование проблемы должно быть основано на фактических данных, увязано с контекстом и направлено на итоговые показатели здоровья. Этот раздел АОФП должен главным образом основываться на местной и региональной литературе, чтобы сделать его значимым для разработчиков политики.

Ситуационный анализ, дерево проблем и заседания руководящего комитета могут помочь в формулировании проблемы. Раздел АОФП, посвященный определению проблемы, имеет следующие подразделы:

1. четкое/точное изложение проблемы
2. описание масштабов проблемы
3. описание последствий проблемы
4. описание обуславливающих факторов проблемы
5. описание аспектов равенства, связанных с данной проблемой.

Чёткое изложение проблемы

- Изложение проблемы должно быть кратким (максимум 3-4 предложения), описывающим главную проблему, сформулированную с учетом контекста, и ее размер/масштаб, основные последствия и обуславливающие факторы. Изложение проблемы не должно содержать подробностей, связанных с ее решением.
- Изложение проблемы должно включать в себя не детали, а общие обуславливающие факторы.
- Это должно быть 30-60 секундное описание проблемы, которое, если оно будет услышано разработчиками политики, вызовет у них желание узнать больше и мотивирует их на принятие действий для ее решения.
- Необходимо изучить все альтернативные способы описания проблемы, чтобы формулировка проблемы вызвала резонанс среди многочисленной аудиторией.
    - В качестве примера альтернативных формулировок можно использовать сценарий, связанный с УПП.
        - «Отсутствие законов, регулирующих использование антибиотиков в сельском хозяйстве и в животноводстве» может вызвать резонанс у НПО и активистов.
        - «Повышение УПП» может иметь резонанс у работников здравоохранения.
        - «Отсутствие усилий по регулярному просвещению учащихся по вопросам УПП и разумному использования антибиотиков» могут вызвать резонанс у родителей и заинтересованных сторон в системе образования.
        - Сравнение страны с другими странами может вызвать резонанс у политиков.

Вот некоторые примеры изложения проблем (более подробно они рассмотрены в последующих подразделах данной главы).

Изложение проблемы 1: общая проблема заключается в ненадлежащем назначении фармацевтических препаратов, что подвергает пациентов риску серьезных неблагоприятных последствий, повышает лекарственную устойчивость и приводит к излишнему увеличению расходов для пациентов и общества в целом. Нынешняя организация системы здравоохранения не способствуют рациональному назначению лекарств.

Изложение проблемы 2: пример из АОФП сети EVIPNet-Венгрия (Hajdu et al., 2018:1).

«Ненадлежащее применение антибиотиков представляет значительную угрозу безопасности пациентов. Оно подразумевает ненужное или неэффективное лечение, потенциально приводит к серьезным побочным эффектам и стимулирует развитие бактерий, устойчивых к антибиотикам, подвергая риску общее терапевтическое преимущество антибиотиков. Это также налагает на систему здравоохранения бремя расходов, которого можно было бы избежать. Ненадлежащее использование антибиотиков распространено во всем мире, как в стационарах, так и в амбулаторных учреждениях».

Описание масштабов проблемы

Хотя изложение проблемы представляет собой краткое заявление, призванное привлечь внимание заинтересованных сторон и подчеркнуть важность решения этого приоритетного вопроса общественного здравоохранения, необходимо более подробное описание проблемы и ее масштабов, с тем чтобы можно было обсудить все ее аспекты.

В последующих нескольких параграфах АОФП следует описать местные масштабы проблемы, а затем обсудить ее статус по сравнению с другими странами.

Описание масштабов проблемы должно основываться главным образом на местных данных. Местные фактические данные можно найти в опубликованных данных научных исследований, серой литературе и отчетах министерств, соответствующих учреждений и НПО. Сравнение местных масштабов проблемы во времени и в сравнении с ее региональным и международным статусом также может помочь подчеркнуть важность принятий мер для ее решения.

При описании проблемы следует руководствоваться некоторыми вопросами, основанными на указаниях, содержащихся в инструментах SUPPORT (Lavis, Wilson, et al., 2009b).

1. В чем проблема?

Это может быть:

- фактор риска, болезнь или состояние;
- программы, услуги или лекарства, используемые в настоящее время для устранения фактора риска, лечения болезни или состояния;
- существующие механизмы системы здравоохранения, в рамках которых осуществляются программы, предоставляются услуги и лекарства;
- механизмы управления;
- финансовые механизмы;
- организация предоставления;
- нынешняя степень осуществления согласованного курса действий;
- пациенты/граждане (например, неосведомленность о бесплатной программе);
- медицинские работники (например, несоблюдение руководств).

2. Как проблема привлекла к себе внимание?

Это могло случиться через:

- мероприятие, посвященное проблеме (например, случай медицинской ошибки, приведший к ампутации конечностей у ребенка);
- изменение показателя (например, высокий уровень самоубийств в стране);
- отзывы в связи с осуществлением текущей политики и программ (например, в докладе о внутренней оценке выявляются операционные проблемы, связанные с обеспечением поставок лекарственных средств для оказания первичной медико-санитарной помощи).

3. Какие показатели можно использовать или собрать для определения масштабов проблемы?

Они могут включать в себя следующее:

- национальные и общинные обследования и загсы являются примерами хороших источников показателей фактора риска, заболеваемости или состояния;

- административные данные системы здравоохранения (или то, что иногда называют информационными системами управления здравоохранением), данные мониторинга и оценки, опросы населения и обследования медицинских работников - все это может служить хорошим источником показателей, касающихся используемых в настоящее время программ, услуг и лекарственных средств;
- хорошими источниками показателей, характеризующих механизмы управления, могут служить законодательство, положения, политика, фармацевтические справочники и обследования среди разработчиков политики;
- хорошими источниками показателей, касающихся финансовых механизмов, могут служить обследования расходов на здравоохранение и обследования медицинских учреждений;
- административные данные в области здравоохранения могут служить хорошим источником показателей, характеризующих порядок оказания медицинской помощи;
- хорошими источниками показателей, характеризующих нынешний уровень осуществления согласованного курса действий, могут служить опрос населения и обследования среди медицинских работников, а также административные данные о здравоохранении.

4. ***Какие сопоставления можно провести для определения масштабов проблемы и оценки прогресса в ее решении?***

Они могут включать сравнения:

- во времени в пределах страны
- между странами и другими соответствующими странами-компараторами
- с планами
- с тем, что предсказывали или чего хотели разработчики политики и/или заинтересованные стороны.

5. ***Как сформулировать (или описать) проблему таким образом, чтобы мотивировать аудиторию?***

- Проблема может быть сформулирована положительно или отрицательно в зависимости от целевой аудитории.

Описание последствий проблемы

Указание на последствия данной проблемы/вопроса, имевшие место до сих пор в стране, наряду с последствиями бездействия, может стимулировать заинтересованные стороны к принятию мер в отношении описываемой проблемы. Поэтому следующие несколько пунктов АОФП должны быть сосредоточены на результатах этой проблемы.

Местные фактические данные могут быть использованы для выявления местных последствий. Однако, если местные данные недоступны или недостаточно полны, можно в равной степени полагаться на региональные и международные данные, чтобы показать последствия проблемы. Например, если было доказано, что неправильные схемы назначения лекарств в местных аптеках способствуют возникновению УПП в стране X, возможно, необходимо упомянуть, что этот факт

входит в число последствий практики неправильного назначения, даже если отсутствуют местные данные по этой стране (стране, на которую ориентирован АОФП).

Последствия определенной проблемы могут включать (среди прочего): задержку в достижении глобальных целевых показателей; рост смертности, заболеваемости или инвалидности; увеличение расходов на здравоохранение; снижение эффективности или действенности некоторых мероприятий/программ; а также прогнозируемый рост проблемы.

Определенные вопросы могут служить руководством для описания последствий проблемы.

1. Каковы последствия бездействия или неэффективных действий?
2. Каково нынешнее и прогнозируемое воздействие на здоровье и экономические результаты?

Описание обуславливающих факторов проблемы

Как решить проблему, если не понятны обуславливающие факторы/причины? Как только выявляются реальные обуславливающие факторы проблемы, поиск решений становится более достижимым.

В этом разделе АОФП следует обсудить обуславливающие факторы, документированные местными, региональными и международными фактическими данными. Тем не менее, следует также упомянуть обуславливающие факторы, выявленные на основе дерева проблем, наряду с неявными знаниями заинтересованных сторон, поскольку их ценный вклад, возможно, не был документально зафиксирован ни в одной исследовательской работе. Однако важно отметить, что эта информация была основана на неявных знаниях.

При описании обуславливающих факторов проблемы можно ответить на некоторые вопросы (см. таблицу 2.16 и таблицу 2.17).

1. ***Каковы возможные прямые обуславливающие факторы проблемы?***

Они могут включать:

- существующие механизмы в системе здравоохранения;
- механизмы управления;
- финансовые механизмы;
- организация предоставления;
- культурные/общественные обуславливающие факторы;
- индивидуальные обуславливающие факторы.

2. ***Каковы возможные косвенные обуславливающие факторы проблемы, которые приводят к прямым обуславливающим факторам?***

Они могут включать в себя те же факторы, что и факторы, перечисленные в вопросе 1 (выше), плюс:

- социальные/структурные детерминанты здоровья.

Описание аспектов равенства, связанных с данной проблемой

Для принятия решения с учетом фактических данных о вариантах политики лица, принимающие решения, должны понимать, как определенный вариант может по-разному повлиять на определенные группы населения/условия. Если это так, то выявление и указание на этот недостаток, связанный с равноправием, позволили бы определить меры, которые могли бы помочь преодолеть это неравенство (даже заранее). Это гарантирует, что выбранные варианты имеют равные шансы улучшения здоровья населения.

Аспекты равенства можно было бы оценивать с точки зрения различных групп PROGRESS: Место жительства, Раса/этничность/культура/язык, Профессия, Гендер/пол, Религия, Образование, Социально-экономический статус, Социальный капитал. (O'Neill et al., 2014).

Ответы на некоторые вопросы могут служить руководством для этой оценки, адаптированной на основе руководства, содержащегося в инструментах SUPPORT (Oxman, Lavis, et al., 2009).

1. Какие группы PROGRESS или территории могут оказаться в невыгодном положении в отношении рассматриваемого варианта?
2. Есть ли веские причины ожидать различий в относительной эффективности рассматриваемого варианта для неблагополучных групп PROGRESS или территорий?
3. Есть ли вероятность, что в разных группах PROGRESS или территориях существуют разные базовые условия, так что абсолютная эффективность рассматриваемого варианта будет разной; является ли эта проблема более или менее важной для групп или территорий, находящихся в неблагоприятном положении?
4. Существуют ли какие-либо важные аспекты реализации рассматриваемого варианта для обеспечения снижения неравенства и недопущения его увеличения?

Пример 1. Описание проблемы

Изложение проблемы: общая проблема заключается в ненадлежащем назначении фармацевтических препаратов, что подвергает пациентов риску серьезных неблагоприятных последствий, повышает лекарственную устойчивость и приводит к излишнему увеличению расходов для пациентов и общества в целом. Нынешние механизмы системы здравоохранения не способствуют рациональному назначению лекарств.

Проблема: ненадлежащее качество и схема назначения лекарств.

Фактор риска, болезнь или состояние: повышение уровня лекарственной устойчивости, повышенный риск неблагоприятных реакций на лекарства и высокие расходы на лекарственные средства.

ТАБЛИЦА 2.16. ПРИМЕР 1: ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ	
Механизмы управления	▪ Отсутствие законов и положений, регулирующих взаимодействие между врачами и индустрией. ▪ Слабое клиническое управление [стандартизированные клинические руководства, клинические аптечные услуги и системы для аудита назначений и обратной связи]. ▪ Неадекватные системы мониторинга качества лекарственных средств на национальном уровне ▪ Взаимодействие врачей с представителями фармацевтической отрасли в организациях здравоохранения, а также спонсируемое отраслью непрерывное медицинское образование. ▪ Слабая институциональная политика в отношении конфликта интересов ▪ Слабое участие потребителей в процессе совместного принятия решений, связанных с использованием лекарственных средств.
Финансовые механизмы	▪ Оплата врачей на основе оказанных услуг ▪ Высокие карманные расходы на лекарства ▪ Отсутствие надлежащих систем стимулирования для поощрения потребления непатентованных лекарственных средств
Организация предоставления	▪ Отсутствие руководств для выписки фармацевтических препаратов ▪ Низкое участие потребителей в процессе совместного принятия решений, связанных с использованием лекарственных средств.
Степень реализации согласованного курса действий (н-р. политики)	▪ Отсутствие обеспечения соблюдения недавно введенного в действие этического кодекса, регулирующего рекламирование медицинских изделий.

Пример 2. Описание проблемы, разработанное для АОФП группой EVIPNet-Эстония

Изложение проблемы: потребление сахаросодержащих напитков, ассоциируется с повышенным потреблением калорий, повышенным риском для здоровья полости рта и повышенным весом, а, следовательно, и с повышенным риском возникновения различных неинфекционных заболеваний (НИЗ). Связь между потреблением сахаросодержащих напитков и прибавкой в весе сильнее, чем у любой другой пищи или напитка; 89,2% эстонских школьников пьют сахаросодержащие напитки, стремительно растет число страдающих избыточным весом и ожирением эстонцев, а также увеличивается число вновь диагностированных случаев заболеваний, связанных с избыточным весом и ожирением, в том числе других заболеваний гипералиментации и диабета 2-го типа.

Проблема: увеличение потребления сахаросодержащих напитков.

Фактор риска, болезнь или состояние: растущая распространенность ожирения, диабета 2-го типа, НИЗ и плохое состояние полости рта.

Источник: адаптировано из Köhler et al., 2016.

ТАБЛИЦА 2.17. ПРИМЕР 2: ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ФАКТОРЫ	
Механизмы управления	▪ Отсутствие законов и законодательства, регулирующих использование напитков в отраслевом маркетинге, рекламе и спонсорстве ▪ Отсутствие законов и законодательных актов, регулирующих наличие, экономическую доступность и содержание сахара в напитках
Финансовые механизмы	▪ Финансирование общественных инициатив индустрией, выпускающей сахаросодержащие напитки ▪ Экономическая доступность сахаросодержащих напитков ▪ Финансирование средств массовой информации за счет доходов от рекламы индустрии сахаросодержащих напитков
Организация предоставления	▪ Легкая доступность/экономическая доступность сахаросодержащих напитков для населения ▪ Продажа сахаросодержащих напитков в школьных столовых и магазинах вблизи школ ▪ Поощрительные стимулы для магазинов, предоставляемые местными дистрибьюторами ▪ Маркетинговые стратегии в точках продаж ▪ Огромные маркетинговые кампании, ориентированные на подростков ▪ Использование ароматизаторов и высокого уровня сахара, чтобы сделать напитки более привлекательными ▪ Завод по производству сахаросодержащих напитков, принадлежащий влиятельному политическому деятелю
Индивидуальные факторы	▪ Недостаточная осведомленность детей и их семей

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Отправной точкой должно быть составление Технического задания для АОФП, которое дополняется информацией, собранной в ходе опроса ключевых информаторов. Необходимо выявить данные научных исследований, которые отвечают на вышеуказанные вопросы и поддерживают предположения ключевых информаторов. Затем необходимо оценить фактические данные, начав с маркированного списка для структуры/плана, а затем приступить к написанию проекта этого раздела АОФП.
- Следует избегать медицинского и исследовательского жаргона: помните, что аудитория АОФП - это разработчики политики и лица, принимающие решения. Во многих случаях они могут быть не знакомы с тем, как интерпретировать данные научных исследований - это следует делать за них, предоставляя им только наиболее соответствующую информацию для процесса принятия обоснованного решения.
- Акцент следует делать не на методологии научного исследования, а скорее на основных результатах и выводах исследования; и качестве фактических данных.
- Не следует просто перечислять выводы различных исследовательских работ; вместо этого все данные научных исследований должны быть обобщены таким образом, чтобы привлечь внимание и интерес.
- Для выделения наиболее важных фактов следует использовать рисунки, графики, инфографику и таблицы.
- Следует обсудить недостающие фактические данные; а не только имеющиеся фактические данные. В случае необходимости, следует отметить ограничения фактических данных, если они имеют решающее значение для обоснованного процесса обоснованного принятия решений.
- Этот раздел очень важен, но он не должен занимать более 3-4 страниц всего объема АОФП.

- Формулировку проблемы следует обсудить с группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом, и обновить формулировку после опроса ключевых информаторов.
- Следует иметь в виду, что во время политического диалога заинтересованные стороны обычно обсуждают формулировку проблемы больше, чем что-либо еще, поэтому аспекту формулировки следует уделить определенное время. Кроме того, заинтересованные стороны могут предложить изменить формулировку проблемы.

2.2.8 Как формулировать варианты для решения проблемы

После того, как проблема и лежащие в ее основе факторы были тщательно описаны, следующим шагом является рассмотрение вариантов/элементов политики для ее решения. Вариант решения проблемы можно классифицировать как подходящий, если он:

- основан на фактических данных
- объективен
- учитывает конкретный контекст
- осуществимый
- соответствует местным ценностям и системе
- приемлем с точки зрения воздействия на бюджет.

В АОФП описаны варианты, определенные в литературе как эффективные в решении рассматриваемой проблемы/вопроса и обуславливающих ее факторов. Варианты могут быть достаточно всесторонними для охвата всех выявленных обуславливающих факторов; или они могут охватывать только несколько обуславливающих факторов, признавая при этом необходимость проработки остальных. Варианты политики могут использоваться для трех основных ситуаций, в зависимости от контекста (Lavis, Wilson, et al., 2009a):

1. для получения максимальной выгоды, снижения рисков, обеспечения экономической эффективности и улучшения реализации существующих решений;
2. для представления оценки вариантов политики для уже начатого процесса разработки политики;
3. для представления вариантов политики для проблемы, которая еще не вошла в процесс разработки политики.

В среднем, АОФП предлагает около 3-4 вариантов политики для решения проблемы/вопроса. Эти варианты могут быть взаимоисключающими, в результате чего заинтересованные стороны могут решить выбрать один, а не другой. Однако варианты политики могут также дополнять друг друга, при этом их совместная реализация может более комплексно решить проблему. В таких случаях терминология изменится с «вариант» на «элемент».

Систематические обзоры являются предпочтительным источником фактических данных для определения вариантов/элементов и выявления потенциальных негативных последствий, преимуществ и аспектов реализации. Систематические обзоры эффективности - наиболее вероятный источник, где можно найти информацию о преимуществах и рисках вариантов политики; исследования экономической эффективности определят стоимость и рентабельность определенного варианта; а систематические обзоры качественных исследований помогут выявить препятствия и факторы, способствующие реализации на разных уровнях. В случае

отсутствия систематических обзоров для идентифицированного варианта, группа разработчиков АОФП и руководящий комитет должны рассмотреть такую ситуацию и решить указать в АОФП что по варианту/элементу есть фактические данные низкого качества, либо отказаться от варианта/элемента.

Варианты (и таблицы по вариантам) не должны рассматриваться как рекомендации / предложения, а политика/действия не должны разрабатываться на основе интерпретаций авторов и группы разработчиков АОФП. Варианты политики в рамках АОФП используются для обсуждения в ходе политического диалога, чтобы способствовать принятию решений на основе фактических данных. Затем заинтересованные стороны политического диалога могут решить, как продвигаться далее по этим вариантам политики, и составить рекомендации для следующих шагов.

При разработке вариантов и заполнении таблиц следует учитывать некоторые вопросы (на основе рекомендаций, содержащихся в инструментах SUPPORT) (Lavis, Wilson, et al., 2009a).

1. Определен ли соответствующий набор вариантов решения проблемы?

2. Какие преимущества важны для тех, на кого повлияет вариант, и какие преимущества могут быть получены от каждого варианта?

   Для выявления исследований о преимуществах вариантов, следует использовать термин «POCO»: P (People/Люди) -O (Option/Вариант) -C (Comparison/Сравнение) -O (Outcome/Итог или Результат).

3. Какие негативные последствия важны для тех, на кого повлияет вариант, и какие негативные последствия могут возникнуть в рамках каждого варианта?

   Для выявления исследований о негативных последствиях варианта следует использовать термин «POCO».

4. Каковы местные затраты в рамках каждого варианта и есть ли местные фактические данные об их экономической эффективности?

5. Какие изменения могут быть внесены в любой вариант, чтобы контекстуализировать (привести их в соответствие к реальной обстановке) его, и могут ли они повлиять на его преимущества, негативные последствия и затраты?

6. Какие аспекты справедливости несет каждый из вариантов (с точки зрения финансирования, предоставления услуг и управления)? Справедливо ли будут представлены все группы населения? Будут ли варианты сопряжены с негативными последствиями/преимуществами для определенных групп, без влияния на другие группы?

Примеры вариантов и их рассмотрение

- Доказано, что Вариант 1 улучшает показатели здоровья среди людей с высоким социально-экономическим статусом, проживающих в городских условиях, в большей степени, чем среди людей с более низким социально-экономическим статусом.
- Вариант 2 не улучшает исходы среди пациентов в отделениях интенсивной терапии.
- Вариант 3 не рассматривает никаких аспектов справедливости.

Таблица 2.18 включена в шаблон АОФП для предоставления схемы ответов на перечисленные вопросы.

ТАБЛИЦА 2.18. ВАРИАНТЫ ПОЛИТИКИ АОФП

КАТЕГОРИЯ ВЫВОДОВ	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ
Преимущества	▪ [Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о преимуществах, обнаруженных для каждого компонента варианта, обеспечив при этом, чтобы выводы были представлены со ссылкой на: является ли вариант «свежим»/недавним, и качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетных групп и применимость к вопросу]
Потенциальные негативные последствия	▪ [Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о негативных последствиях, которые были выявлены для каждого компонента варианта, обеспечив при этом, чтобы выводы были представлены со ссылкой на: является ли вариант «свежим»/недавним, и качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетных групп и применимость к вопросу]
Использование ресурсов, затраты и/или экономическая эффективность	▪ [Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов об использовании ресурсов, стоимости и/или уровне экономической эффективности, которые были найдены для каждого компонента варианта]
Неопределенность относительно преимуществ и потенциального негативного последствия (для обоснования МиО в случае выбора варианта для реализации)	▪ Неопределенность из-за отсутствия систематических обзоров ▪ [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, для которых не было найдено обзоров] ▪ Неопределенность, поскольку исследования не были обнаружены, несмотря на исчерпывающий поиск в рамках систематического обзора. ▪ [Вставьте краткое описание компонентов варианта, для которых были выявлены «пустые» обзоры] ▪ Нет ясного сообщения из исследований, включенных в систематический обзор ▪ [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым нет достаточных фактических данных]
Ключевые элементы варианта политики, если он был опробован где-либо еще	▪ [Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о ключевых элементах варианта политики, обеспечив при этом, чтобы выводы были представлены со ссылкой на: является ли вариант «свежим»/недавним, и качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетных групп и применимость к вопросу]
Мнения и опыт заинтересованных сторон	▪ [Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о мнениях и опыте заинтересованных сторон, обеспечив при этом, чтобы выводы были представлены со ссылкой на: является ли вариант «свежим»/недавним, и качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетных групп и применимость к вопросу]

Источник: шаблон EVIPNet-Европа для АОФП, адаптированный из подходов, используемых Форумом здравоохранения Макмастера/McMaster Health Forum (McMaster Health Forum, 2017).

Где найти ответы на вопросы при разработке вариантов политики

Возможно, потребуется разработать новую стратегию поиска, отдельную для каждого варианта политики. Возможно будет непросто найти ответы на все эти вопросы, и может потребоваться дальнейший поиск исследований, помимо тех, которые были получены изначально. Ответы на все вопросы в таблицах 2.6 и 2.8 (см. подраздел 2.2.4) могут привести к:

- тому же систематическому обзору, предлагающему определенный вариант, но в разных разделах обзора;

- еще одному систематическому обзору, оценивающему качество предыдущих систематических обзоров;
- анализу систематических обзоров;
- отдельным исследованиям, упомянутым в систематических обзорах;
- неявным знаниям, выявленным в ходе консультаций с ключевыми информаторами.

Пример

Данный пример основан на выбранных элементах вариантов решения проблемы ненадлежащего использования антибиотиков в связи с УПП в секторе здравоохранения в Венгрии (Hajdu et al., 2018).

Вариант 1. Разработка национальной программы рационального использования антибиотиков (РИА), дополненной руководствами на основе фактических данных по диагностике и лечению распространенных инфекций (таблица 2.19).

ТАБЛИЦА 2.19. ПРИМЕР ВАРИАНТА ПОЛИТИКИ 1 АОФП

КАТЕГОРИЯ ВЫВОДОВ	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ
Преимущества	▪ Качественный мета-анализ показывает снижение использования антибиотиков на 19.1% после внедрения РИА на уровне стационаров. ▪ В двух систематических обзорах среднего качества представлены неубедительные фактические данные в пользу того, что реализация РИА в стационарах приводит к улучшенному назначению антибиотиков и лучшим результатам.
Потенциальные негативные последствия	▪ Ни в одном систематическом обзоре результатов лечения пациентов не сообщалось о каких-либо значительных побочных действиях РИА/ASP.
Использование ресурсов, затраты и/или экономическая эффективность	▪ Качественный мета-анализ показал снижение общей стоимости противомикробных препаратов на -33.9% и продолжительности пребывания в стационаре на -8.9%. ▪ РИА на уровне стационаров приводит к значительному снижению потребления и стоимости антибиотиков. Частота инфекций, вызванных специфическими антибиотикоустойчивыми бактериями, снизилась, а показатель общей продолжительности пребывания в стационаре улучшился.
Неопределенность относительно преимуществ и потенциальных негативных последствий (для обоснования МиО, в случае реализации варианта)	▪ Некоторые тесты в пунктах оказания медицинской помощи не имеют убедительных фактических данных надежности при синусите и инфекциях нижних дыхательных путей. ▪ Не во всех обзорах установлено значение положительного воздействия РИА/ASP на исходы лечения пациентов.
Ключевые элементы варианта политики, если он был опробован в другом месте	▪ Согласно систематическим обзорам, были успешно реализованы следующие вмешательства (с фактическими данными как минимум среднего качества, подтверждающими их эффективность): ▪ мониторинг лекарственных препаратов в стационарах (сокращение продолжительности пребывания); ▪ стратегии предварительного утверждения в стационаре; ▪ проспективный аудит и обратная связь на уровне стационаров; ▪ обучение **рациональному использованию** на уровне стационаров; ▪ обучение коммуникативным навыкам в амбулаторных учреждениях. ▪ Систематический обзор выявил фактические данные среднего качества о том, что ограничительные (принудительные) вмешательства более эффективны, чем методы **убеждения** в краткосрочной перспективе (до шести месяцев), но не обнаружили существенной разницы для более длительных временных рамок. Ограничительные вмешательства включали: ▪ обязательная форма заказа ▪ одобрение рецепта экспертом ▪ удаление запрещенных антибиотиков из шкафа(ов) ▪ обзор/анализ рецептов и эффективное изменение.
Мнения и опыт заинтересованных сторон	▪ В Венгрии опрос ключевых информаторов привел к выводу, что широкий круг заинтересованных сторон поддерживает реализацию РИА как на национальном, так и на местном уровне, но перед созданием такой программы необходимо устранить определенные важные препятствия.

Источник: адаптировано из АОФП Венгрии, члена EVIPNet (Hajdu et al., 2018)..

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

Таким образом, каждый вариант/элемент в идеале должен иметь следующие характеристики.

- Совокупность фактических данных по определенному варианту/элементу должна быть обобщена таким образом, чтобы ее было легко понять, и чтобы она охватывала основные области, которые могут быть интересны лицам, определяющим политику.
- Пример: 12 систематических обзоров подтверждают, что x может предотвратить y. Однако, если был бы реализован x, он должен был бы иметь a, b и c, чтобы быть эффективным. Кроме того, два систематических обзора показали, что x может привести к негативным последствиям d и e, если не будут реализованы f и g.
- В текст (2-3 абзаца) необходимо включить следующие элементы.
  - Необходимо дать обзор текущего контекста вокруг варианта (а не проблемы). Этот раздел должен отразить местную готовность к этому варианту/элементу, например, доступные программы, вмешательства, ресурсы и политику, которые можно использовать. Этот раздел можно составить на основе картирования политики и политического контекста, проведенного на этапе, предшествующем разработке АОФП.
  - Следует предоставить общее описание варианта/элемента, а также его преимущества, количество и качество поддерживающих его систематических обзоров.
  - Следует подробно указать определенные ключевые вопросы реализации для достижения положительных результатов, на основе предыдущего опыта, т. е. ключевые аспекты для обеспечения эффективности варианта.
- Таблица вариантов политики АОФП доступна в шаблоне АОФП.
  - В маркированном списке следует указать определенные факторы, в том числе:
  1. основные преимущества и негативные последствия (результат по показателям здоровья, результат на системном уровне и др.);
  2. использование ресурсов, затраты и/или экономическая эффективность;
  3. неопределенность в отношении преимуществ и потенциальных негативных последствий;
  4. ключевые элементы варианта политики, если он был опробован еще где-либо;
  5. мнения и опыт заинтересованных сторон в отношении данного варианта.
  - Следует отметить тип и качество фактических данных, при этом убедившись, чтобы был отмечен каждый из указанных выше факторов для соответствующего взвешивания. Например, утверждение «два систематических обзора показали, что x может быть сопряжен с негативными последствиями» отличается от утверждения «одно первичное исследование обнаружило, что x может быть сопряжен с негативными последствиями».
- Важно быть объективным, кратким и избегать использования медицинского/ исследовательского жаргона или рекомендаций/предложений.

Соблюдение этого подхода может помочь начать обсуждение в правильном направлении. Убедительные фактические данные о преимуществах того или иного варианта и ключевые детали его результативной реализации – являются важной отправной точкой. Затем описание негативных последствий, аспектов экономической эффективности и справедливости может помочь принять решение о том, следует ли принять вариант политики в его нынешнем виде или необходимо сначала адаптировать его к контексту с целью минимизации негативных последствий и повышения его экономической эффективности.

2.2.9 Как определить аспекты реализации для варианта

Если вариант продемонстрировал свою эффективность в улучшении/решении проблемы/вопроса, какие препятствия могут возникнуть при реализации этого варианта в местных условиях? Какие способствующие факторы помогут преодолеть эти препятствия?

Ответ на эти вопросы в следующем разделе АОФП важен, чтобы гарантировать, что после реализации этого варианта в местных условиях, он принесет пользу. QES/Обобщение качественных фактических данных и систематические обзоры качественных исследований обычно являются предпочтительным источником для определения аспектов касательно реализации.

Таким образом, необходимо определить уровень (уровни), на котором существуют потенциальные препятствия (и факторы, способствующие) для успешной реализации варианта или элемента. Например, они могут быть на уровне(ях):

- пациентов/граждан (например, осведомленность о наличии бесплатной программы)
- работников здравоохранения (например, соблюдение руководств);
- организаций (например, управление деятельностью для обеспечения оказания высококачественной помощи);
- системы (например, обеспечение соблюдения норм и требований).

Следует рассмотреть определенные вопросы на основе рекомендаций, предоставляемых инструментами SUPPORT (Fretheim et al., 2009).

1. Какие стратегии следует рассмотреть, чтобы способствовать необходимым изменениям поведения пациентов/граждан?
    - Они могут включать:
    - предоставление информации или обучение
    - поддержка изменения поведения
    - развитие навыков и компетенций
    - (личная) поддержка
    - содействие коммуникации и принятию решений
    - поощрение участия системы.

2. Какие стратегии следует рассмотреть, чтобы способствовать необходимым изменениям поведения среди медицинских работников?
    - Они могут включать:
    - образовательные/обучающие материалы
    - образовательные/обучающие встречи
    - аудит и обратная связь
    - напоминания и подсказки
    - индивидуальные мероприятия
    - мероприятия с вовлечением пациентов
    - многосторонние вмешательства.

3. Какие стратегии следует рассмотреть для содействия необходимым организационным изменениям?

Один из подходов к определению стратегий может заключаться в ответе на следующие вопросы.

- Как мы можем понять сложность, взаимозависимость и фрагментацию?
  - Создать модель содержания, контекста и процесса.
  - Изучить пять причин «почему/зачем».
  - Зачем нам нужно меняться?
  - Провести SWOT-анализ (сильные и слабые стороны, возможности и угрозы).
  - Кто и что может изменить?
  - Внедрить систему полного управления качеством.
  - Как мы можем добиться перемен?
  - Стать обучающейся организацией.
  - Применять исследовательский подход к действию.

4. Какие стратегии следует рассмотреть, чтобы способствовать необходимым системным изменениям?
   - Механизмы управления
   - Финансовые механизмы
   - Организация оказания услуг.

В таблице 2.20 приведен пример возможных препятствий и способствующих факторов, которые могут возникнуть на нескольких уровнях при реализации трех вариантов (разработка национальной программы по РИА/ASP; усиление до-дипломного и последипломного образования; повышение осведомленности общественности) для решения проблемы ненадлежащего использования антибиотиков в отношении УПП в секторе здравоохранения в Венгрии (Hajdu et al., 2018).

ТАБЛИЦА 2.20. ПРИМЕРЫ ПРЕПЯТСТВИЙ И СПОСОБСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ПО РАЦИОНАЛЬНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АНТИБИОТИКОВ

(Вариант 1, B1) развитие образования/обучения по рациональному использованию антибиотиков (Вариант 2, B2) и повышение осведомленности о рациональном использовании антибиотиков (Вариант 3, B3) (на примере Венгрии). Препятствия и способствующие факторы определены отдельно и не соответствуют друг другу напрямую.

УРОВЕНЬ	ПРЕПЯТСТВИЯ	КОНТРСТРАТЕГИИ
Пациента/граждан	Не было выявлено ни одного	-
Специалистов	Врачей часто в первую очередь беспокоят непосредственно клинические исходы своих пациентов, и риск устойчивости к антибиотикам является фактором, который, вероятно, лишь незначительно влияет на их выбор антибиотиков. (B1) Ограничения по времени могут привести к тому, что врачи общей практики (ВОП) не обязательно будут следовать и применять последние профессиональные рекомендации. (B1) Нехватка времени во время посещений врача пациентом препятствует возможности подробного обсуждения и передаче ключевых сообщений. (B3)	Включение вопроса рационального использования антибиотиков в обязательный вводный инструктаж для нового медицинского персонала в стационарах наряду с регулярным внутренним обучением клинического персонала - было бы легким способом обеспечения осведомленности всех сотрудников о требованиях правильного назначения антибиотиков. (B1) Можно было бы включить в функциональные обязанности недавно утвержденных ведущих врачей общей практики на районном уровне продвижение инструкций и руководств по РИА/ASP, и мониторинг их соблюдения среди врачей общей практики. (B1) Закон о первичной медико-санитарной помощи, вступивший в силу в Венгрии в августе 2015 года, подчеркивает важность расширения профилактических услуг и комплексной медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи, что будет в дальнейшем способствовать развитию возможностей для коммуникации с пациентами. (B3)
Организации	Введение нового предмета или учебного курса может потребовать пересмотра и сокращения времени обучения, посвященного другим дисциплинам, что может привести к конфликту интересов между заинтересованными сторонами. (B2)	В соответствии с действующей правовой базой, при этом соблюдая автономию университетов, Министерство человеческих ресурсов (в состав которого входят государственные секретариаты по здравоохранению и образованию) определяет предметы для обязательных основных курсов для аспирантов. (B2)
Системы	Некоторые антибиотики узкого спектра действия были изъяты с национального рынка. Использование индивидуальных схем импорта антибиотиков требуют много времени, и поэтому неудобны для обеспечения доступности основных антибиотиков для лечения острых инфекций. (B1) Разработка и периодическое обновление национальных руководств в поддержку правильного назначения антибиотиков - трудоемкий процесс, требующий институциональной и бюджетной поддержки. (B1)	Необходима разработка системы показателей качества первичной медико-санитарной помощи, чтобы она основывалась не только на количественных, но и на качественных показателях. Для этого необходимо разработать системы сбора данных и базы данных. Связь назначения антибиотиков с клиническим диагнозом может стать важным этапом продвижения. (B1) Недавний запуск ряда национальных проектов по безопасности пациентов создал возможность инвестировать в разработку профессиональных руководств и соответствующих учебных материалов. (B1)

Источник: адаптировано из Hajdu et al. (2018).

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Где можно найти фактические данные по аспектам реализации?

Их можно искать в:

- систематических обзорах по разным вариантам;
- QES/синтезе качественных фактических данных и качественных систематических обзорах по вопросам реализации;
- местном контексте (полученном на основе местных данных), а также в опросах ключевых информаторов и с помощью структурированного мозгового штурма с заинтересованными сторонами;
- различных других статьях (в частности, по препятствиям и способствующим факторам).
- Как следует отражать аспекты, касающиеся реализации?
- Шаблон АОФП разделяет препятствия по нескольким уровням в формате таблицы, а способствующие факторы описаны в тексте.
- Другой способ - добавить в таблицу как препятствия, так и способствующие факторы/возможности по нескольким уровням.
- Аспекты по реализации могут быть разделены по вариантам/элементам, или могут быть представлены вместе для решения проблемы.
- Важно не забыть добавлять ссылки (и тип фактических данных для каждой).

2.2.10 Как разработать полноценный АОФП

Этапы разработки

- Предварительный проект плана/технического задания АОФП должен быть расширен за счет внесения в него изменений на основе консультаций с ключевыми информаторами.
- Следует провести два этапа поиска литературы, с отдельной стратегией поиска для каждого этапа. Этап 1 включает стратегию поиска литературы именно по проблеме, последствиям, обуславливающим факторам и общим вариантам политики. Этап 2 включает отдельную стратегию поиска для каждого варианта/элемента политики и аспектов по его реализации, чтобы собрать всю информацию, необходимую для принятия решения с учетом фактических данных.
- Должны быть составлены таблицы, обобщающие имеющиеся данные научных исследований и их качество.
- Следует проводить регулярные встречи между авторами АОФП, всей группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом для обсуждения:
  - прогресса разработки АОФП, включая график и план работы
  - обратной связи по результатам консультаций с ключевыми информаторами; что включить и какие другие неявные знания могут быть упущены, которые стоит зафиксировать;
  - имеющихся данных научных исследований и любых недостающих фактических данных;
  - качества и актуальности различных исследовательских работ;
  - вызовов и проблем, которые могут возникнуть на финансовом, логистическом и техническом уровнях;
  - логичности и плавности подачи информации в проекте.
  - Проекты АОФП следует направить в ВОЗ, и предусмотреть срок 10 рабочих дней для получения комментариев к проекту АОФП.

- Проект АОФП должен быть обновлен на основе полученных комментариев, с учетом времени в графике и плане работы, необходимого для включения в АОФП комментариев рецензентов. Этот этап не следует недооценивать, поскольку он может потребовать нескольких раундов редактирования и переписывания. Эта работа и время, в свою очередь, также должны быть учтены в бюджете.
- АОФП должен быть окончательно согласован с руководящим комитетом и группой разработчиков АОФП.
- Следует провести оценку значимости (merit-review) и соответствующим образом обновить АОФП.
- Заключительные этапы включают вычитку, доработку шаблона документа, перевод на местный язык (языки) и печать.

Градуированный формат представления информации в АОФП (1:3:25 страниц)

- **Ключевые тезисы** (1 страница)
  - Ключевые тезисы составляют одну страницу, представляются в формате маркированных пунктов, в которых кратко излагаются наиболее важные тезисы о проблеме, ее масштаб, обуславливающие факторы и заголовки вариантов/ элементов политики > тезисы должны быть настолько простыми и краткими, чтобы вы успели представить их лицам, принимающим решения, если у вас было бы всего пять минут для обсуждения вопроса с ними.
- **Резюме** (3 страницы)
  - Это краткое изложение проблемы, вариантов политики и аспекты реализации > подробное описание проблемы и вариантов политики для лиц, принимающих решения, у которых есть 20 минут, чтобы прочитать информацию о вопросе.
- **Полный отчет** (25 страниц)
  - Полный отчет содержит полное описание проблемы, вариантов политики и аспектов реализации:
  - Проблема, в том числе:
  - как она привлекла внимание
  - постановка проблемы
  - масштаб проблемы
  - последствия проблемы
  - факторы, стоящие в основе проблемы
  - аспекты относительно справедливости, связанные с проблемой.
  - Варианты политики с точки зрения:
  - готовности местного контекста к различным вариантам;
  - вероятных воздействий (положительные/отрицательные последствия);
  - аспектов справедливости, стоимости и экономической эффективности.
  - Аспекты реализации, в том числе:
  - препятствия для реализации вариантов;
  - способствующие факторы или стратегии реализации.
- **Следующие шаги** (1 страница)
  - Здесь рассматривается дальнейшее продвижение АФОП по обеспечению его реализации и успешного воздействия, включая политический диалог, последующие действия после реализации и оценки.
- **Ссылки**
  - Следует выдерживать единый стиль ссылок, в том числе между цитатами в тексте и их

записями в полном перечне библиографии.

- **Приложения**
  - Здесь представляется краткое изложение исследований, включенных в АОФП, и их качество, а также любая другая соответствующая информация, которая не может быть добавлена к полному тексту АОФП.

Для руководства процессом разработки АОФП следует рассмотреть определенные вопросы на основе рекомендаций, содержащихся в инструментах SUPPORT (Lavis, Permanand, et al., 2009).

1. Рассматривает ли АОФП высокоприоритетный вопрос и описывает ли соответствующий контекст решаемого вопроса?
2. Описывает ли он проблему, затраты и последствия вариантов решения проблемы, а также ключевые аспекты реализации?
3. Использует ли АОФП систематические и прозрачные методы для выявления, отбора и оценки обобщенных данных научных исследований?
4. Учитываются ли в АОФП аспекты качества, применимости в местном контексте и справедливости при обсуждении данных научных исследования?
5. Используется ли формат градуированного представления (1:3:25 страниц)?
6. Была ли проведена оценка АОФП с точки зрения научного качества и общесистемной значимости?

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ УСПЕШНОГО АОФП:

- Всегда помните о целевой аудитории АОФП. Например, разработчики политики, не заинтересованы/не знают, как интерпретировать данные научных исследований.
  - Таким образом, целью АОФП должно быть упрощение и четкое утверждения того, что означают фактические данные, а не просто их изложение. Он должен быть сосредоточен на результатах и обсуждении этих результатов, а не на изложении цифр или методологии, лежащей в их основе. Однако важно упомянуть об ограничениях исследования, которые могут касаться политики.
- АОФП характеризуются тем, что они составлены таким образом, чтобы облегчить разработчикам политики принятие необходимых решений, на основе имеющихся фактических данных.
  - Разработчикам политики интересны: (i) убедительные цифры; (ii) местные данные; (iii) что означают данные и почему они требуют быстрого реагирования; (iv) вариант политики для решения проблемы, в котором есть детали реализации, включая преимущества, риски, затраты и экономическую эффективность.
- От начала до конца АОФП в центре внимания должна быть проблема/вопрос.
- Изложение АОФП должно быть последовательным и плавным (и варианты должны учитывать обуславливающие факторы).
- Доводы должны быть основаны на убедительных и надежных фактических данных.
- Объективность всегда должна быть превыше всего; это означает, что необходимо избегать добавления рекомендаций или предложений.
- Представленные варианты должны быть практичными и осуществимыми.
- Предварительные проекты АОФП следует начинать разрабатывать, используя исходный шаблон АОФП, поскольку это гарантирует, что основное внимание будет уделяться написанию ключевых разделов.

- Для обеспечения лаконичности АОФП важно использовать короткие предложения и абзацы.
- Необходимо сделать АОФП интересным и привлекательным, используя цвета, блок-схемы, вставки и инфографику.
- Следует избегать научного/медицинского жаргона и слишком большого количества аббревиатур.
- Может быть полезным добавить в АОФП методологию.
- Должен быть предоставлен обзор любых финансовых последствий реализации варианта(ов)..

2.2.11 Использование шаблона АОФП

В приложении 2 дается шаблон АОФП. Этот шаблон также содержит подсказки и руководство на примере проблемы УПП. Рекомендуется заполнять шаблон сразу после проведения опроса заинтересованных сторона, так как это может облегчить объединение окончательного АОФП на более позднем этапе процесса (см. подраздел 2.2.10). Кроме того, существует множество опубликованных АОФП, которые можно использовать в качестве примеров для руководства процессом написания, несмотря на небольшие различия в структуре шаблонов.

2.2.12 Определение лиц для оценки значимости/коллегиального рецензирования

Руководящий комитет и/или основные авторы должны определить 3-4 рецензентов для оценки значимости (merit-reviewers) и коллегиальных рецензентов (peer reviewers) АОФП, среди которых должен быть, по крайней мере, один разработчик политики, один эксперт в соответствующей области и один эксперт в области методологии. Следует обратиться к ним заблаговременно, за несколько месяцев до начала процесса для обеспечения их доступности и готовности участвовать в оценке значимости и коллегиальном рецензировании. Рецензентов для оценки значимости можно выбрать на национальном уровне из числа лиц, определяющих политику, исследователей и заинтересованных сторон, тогда как коллегиальных рецензентов необходимо выбирать из числа членов другой страны EVIPNet и/или международных экспертов. Решение относительно выбора рецензентов должно:

- исходить из их знаний/опыта по (а) содержанию АОФП и/или (б) его методологическому процессу;
- соответствовать критерию, что будут привлечены лица, являющиеся независимыми и внешними по отношению к процессу разработки АОФП.

Коллегиальная оценка или рецензирование (peer review) определяется как: «процесс представления научной работы автора, исследования или идей тщательному изучению другими лицами, которые являются экспертами в той же области» (IJCA. 2014) Цель этой оценки заключается в следующем:

1. обеспечить предложения о способах улучшения качества работы до опубликования;
2. отфильтровать только качественные работы, имеющие актуальность, значимость и оригинальность.

Варианты выбора:

- лица, определяющие политику
- специалисты- методисты по разработке АОФП (местные и/или международные) для методологического обзора
- специалисты в соответствующей области АОФП (местные и/или международные)
- Секретариат ВОЗ
- другие страны-участницы сети EVIPNet-Европа.

Для получения обратной связи от коллегиальных рецензентов и рецензентов научной значимости дается примерно 1-2 недели. Рецензентам необходимо выслать по электронной почте проект АОФП в дополнение к руководству по оценке значимости/коллегиальному рецензированию. Кроме того, они также должны заполнить форму декларации интересов ВОЗ. Комментарии рецензентов должны быть обсуждены членами группы разработчиков АОФП и на их основе внесены соответствующие изменения.

Для ознакомления с дополнительными сведениями и шаблоном для процесса обзора см. приложение 3.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Некоторые страны столкнулись с трудностями получения ответа от рецензентов, с которыми не были заключены контракты. Поэтому рецензентов следует нанять заранее, даже если перевод относительно небольшого объема средств может вызвать дополнительную административную нагрузку.
- Следует выразить признательность рецензентам оценки научной значимости/коллегиальным рецензентам за их вклад в разделе АОФП «Выражение признательности».

2.2.13 Перевод, корректура и форматирование

- После получения комментариев рецензентов необходимо предусмотреть достаточно времени для редактирования. Этот шаг может потребовать времени и усилий, поэтому очень важно предусмотреть его в графике/плане проекта.
- После того, как окончательный АОФП будет одобрен группой, руководящим комитетом и ВОЗ, он должен быть переведен внешним переводчиком, а затем следует обеспечить внутреннюю проверку перевода для редактирования и/или подтверждения.
- Перед публикацией необходимо провести техническое редактирование и корректуру документа (на английском языке).
- Все разделы должны иметь одинаковый формат.
- Заключительный этап - отправка АОФП на печать.

Библиография

Benzies KM, Premji S, Hayden KA, Serrett K (2006). State- of- the- evidence reviews: advantages and challenges of including grey literature. Worldviews Evid Based Nurs. 3(2):55–61 (https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00051.x, accessed 15 July 2019).

Biermann O, Kuchenmüller T (2016). Policy dialogue preparation and facilitation checklist. EVIPNet Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/323153/EVIPNET-PD-preparation-facilitation-checklist.pdf, accessed 15 July 2019).

Coad J, Hardicre J, Devitt P (2006). How to search for and use “grey literature” in research. Nurs Times. 102(50):35–6.

Campbell S (2012). Knowledge translation curriculum. Ottawa (ON): The Canadian Coalition for Global Health Research (https://www.ccghr.ca/wp-content/uploads/2013/04/Module-1-KT-Curriculum.pdf, accessed 5 July 2019).

British Library, University of Oxford (1997). The DISCERN Instrument [website]. Abingdon: Radcliffe Online (http://www.discern.org.uk/discern_instrument.php, accessed 10 July 2019).

Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. J Health Serv Res Policy. 10(1):45–53 (https://doi.org/10.1177/135581960501000110), accessed 20 July 2019.

Djulbegovic B, Guyatt GH (2017). Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. Lancet. 390(10092):415–423 (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31592-6, accessed 15 July 2019).

Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):6 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S6, accessed 9 July 2019).

Greenhalgh T (2016). Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 49) (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf?ua=1, accessed 9 July 2019).

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-YtterY, Alonso-Coello P et al. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 336(7650):924–6 (https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD, accessed 15 July 2019).

Haig A, Dozier M (2003a). BEME guide no 3: systematic searching for evidence in medical education – part 1: sources of information. Med Teach. 25(4):352–63 (https://doi.org/10.1080/0142159031000136815, accessed 7 July 2019).

Haig A, Dozier M (2003b). BEME guide no. 3: systematic searching for evidence in medical education¬ – part 2: constructing searches. Med Teach. 25(5):463–84 (https://doi.org/10.1080/01421590310001608667, accessed 15 July 2019).

Hajdu Á, Szilágyi E, Kurcz A, Benkő R, Matuz M, Székely É et al. (2018). Promoting the appropriate use of antibiotics to contain antibiotic resistance in human medicine in Hungary (EVIPNet Evidence Briefs for Policy Series No. 2). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373918/ebp-hun-eng.pdf?ua=1, accessed 23 July 2019).

Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD et al. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 343:d5928 (https://doi.org/10.1136/bmj.d5928, accessed 23 July 2019).

Hulcrantz M, Rind D, Akl EA, Treweek S, Mustafa RA, Iorio A, et al. The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. J Clin Epidemiol 2017;87:4-13.

IJCA (2014). What is peer review? In: International Journal of Computer Applications [website]. New York (NY): Foundation of Computer Science (https://www.ijcaonline.org/index.php?option=com_content&view=article&id=568, accessed 235 July 2019).

Jick TD (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. Adm Sci Q. 24(4):602–11 (https://doi.org/10.2307/2392366).

Köhler K, Eksin M, Peil E, Sammel A, Uuetoa M, Villa I. Policy brief: Reducing the consumption of sugar-sweetened beverages and their negative health impact in Estonia (World Health Organization EVIPNet initiative). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016.

Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A (2009a). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):5 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S5, accessed 15 July 2019).

Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009b). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):4 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S4, accessed 15 July 2019).

Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):9 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S9, accessed 19 July 2019).

Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):13 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S13, accessed 25 June 2019).

Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M et al. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. Implement Sci. 13(Suppl 1):2 (https://doi.org/10.1186/s13012-017-0688-3, accessed 25 June 2019).

Lewin S, Bosch-Capblanch X, Oliver S, Akl EA, Vist GE, Lavis JN et al. (2012). Guidance for evidence-informed policies about health systems: assessing how much confidence to place in the research evidence. PLoS ed. 9(3):e1001187 (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001187, accessed 25 June 2019).

Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M et al. (2015). Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). PLoS Med. 12(10):e1001895 (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001895, accessed 29 June 2019).

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):8 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S8, accessed 22 July 2019).

Mays N, Pope C, Popay J (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. J Health Serv Res Policy. 10(1_ Suppl):6–20 (https://doi.org/10.1258/1355819054308576, accessed 25 July 2019).

McMaster Health Forum (2017). Let's collaborate [website]. Hamilton (ON): McMaster Health Forum (https://www.mcmasterforum.org/lets-collaborate/overview, accessed 25 July 2019).

Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F (2016). New evidence pyramid. Evid Based Med. 21(4):125–7 (http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2016-110401, accessed 15 July 2019).

NNLM (2019). Evaluating health websites [website]. Bethesda (MA): National Network of Libraries of Medicine. Evaluating health websites (https://nnlm.gov/initiatives/topics/health-websites, accessed 15 July 2019).

NYAM (2003). What is grey literature? [website]. New York (NY): New York Academy of Medicine (http://www.greylit.org/about, accessed 15 July 2019).

O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M (2014). Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. J Clin Epidemiol. 67(1):56–64 (https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.005, accessed 7 August 2019).

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):10 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S10, accessed 7 August 2019)

Rundall TG, Martelli PF, Arroyo L, McCurdy R, Graetz I, Neuwirth EB et al. (2007). The informed decisions toolbox: tools for knowledge transfer and performance improvement. J Healthc Manag. 52(5):325 (https://doi.org/10.1097/00115514-200709000-00009, accessed 3 August 2019).

Sharma T, Choudhury M, Kaur B, Naidoo B, Garner S, Littlejohns P et al. (2015). Evidence informed decision making: the use of "colloquial evidence" at NICE. Int J Technol Assess Health Care. 31(3):138–46 (https://doi.org/10.1017/S0266462314000749, accessed 3 August 2019).

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7. (https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-10).

Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. JClinEpidemiol. 2009;62:1013-20. (https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.10.009)

Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. (2017a). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 358:j4008 (https://doi.org/10.1136/bmj.j4008, accessed 7 August 2019).

Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J et al. (2017b). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. Ottawa (ON): AMSTAR team at the Bruyère Research Institute (https://amstar.ca/docs/AMSTAR-2.pdf, accessed 4 August 2019).

Shpilko I (2005). Locating grey literature on communication disorders. Med Ref Serv Q. 24(3):67–80 (https://doi.org/10.1300/J115v24n03_06, accessed 12 August 2019).

Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M et al. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. BMJ. 355:i4919 (https://doi.org/10.1136/bmj.i4919, accessed 12 August 2019).

Tan TP, Stokes T, Shaw EJ (2009). Use of qualitative research as evidence in the clinical guideline program of the National Institute for Health and Clinical Excellence. Int J Evid Based Healthc. 7(3):169–72 (https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1744-1609.2009.00135.x, accessed 16 August 2019).

The SURE Collaboration (2011). SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011. Deciding on and describing policy options [website]. Geneva: WHO Evidence-informed Policy Network (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html, accessed 16 August 2019).

Wilson P (2002). How to find the good and avoid the bad or ugly: a short guide to tools for rating quality of health information on the internet. BMJ. 324(7337):598–602 (https://doi.org/10.1136/bmj.324.7337.598, accessed 17 August 2019).

Список источников

Burchett H, Blanchard L, Kneale D, Thomas J (2018). Assessing the applicability of public health intervention evaluations from one setting to another: a methodological study of the usability and usefulness of assessment tools and frameworks. Health Res Policy Syst. 16(1):88 (https://doi.org/10.1186/s12961-018-0364-3, accessed 17 August 2019).

EVIPNet Europe (2019). Evidence-informed Policy Network (EVIPNet) [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/evidence-informed-policy-network-evipnet, accessed 17 August 2019).

K2P Center (2019). K2P policy brief [website]. Lebanon: Knowledge to Policy (K2P) Center (https://www.aub.edu.lb/k2p/Pages/K2PPolicyBrief.aspx), accessed 18 August 2019.

Kelly J, Sadeghieh T, Adeli K (2014). Peer review in scientific publications: benefits, critiques, & a survival guide. EJIFCC. 25(3):227–43.

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):3 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S3, accessed 18 August 2019).

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S (2009). SUPPORT tools for evidence- informed health policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):11 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S11, accessed 18 August 2019).

Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):17 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S17, accessed 18 August 2019).

The SURE Collaboration (2011). SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011 [website]. Geneva: WHO Evidence-informed Policy Network (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html, accessed 18 August 2019).

2.3 ЭТАП ВЫРАБОТКИ ПОЛИТИКИ ПО ИТОГАМ АОФП

АОФП — это способ упорядочить фактические данные в простом, объективном и актуальном для политики формате. Однако следует предпринять дальнейшие усилия для обеспечения надлежащего использования основанных на фактических данных вариантов политики, и использования АОФП в качестве компонента влияния на процесс выработки политики. Таким образом, в следующих подразделах объясняются несколько методов, которые можно использовать для обеспечения принятия и использования вариантов политики АОФП. Эти методы включают политический диалог с ключевыми лицами, определяющими политику, влиятельными лицами и исследователями в этой области для обсуждения вариантов политики и дальнейших действий по решению проблем общественного здравоохранения. Мониторинг внедрения/ воздействия может также включать адвокацию, исследование-опрос после диалога, отслеживание реализации политики и анализ СМИ. Мониторинг может помочь определить, были ли приняты эти варианты и кем.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ

- Политические диалоги обеспечивают взаимодействия между мультидисциплинарными и межсекторальными заинтересованными сторонами для своевременного определения точек пересечения между данными научных исследований и ценностями и целями лиц, определяющих политику, и заинтересованных сторон.
- Резюме политического диалога обобщает ключевые моменты обсуждений политического диалога по проблеме, обуславливающим факторам и вариантам политики, а также аспектам их реализации.
- Стратегии адвокации могут иметь важное значение для тем, которые требуют лоббирования для обеспечения принятия мер по улучшению здоровья населения лицами, определяющими политику.
- Стратегии коммуникации разрабатываются для установления контакта с лицами, определяющими политику, влиятельными лицами и общественностью с целью повышения осведомленности о проблеме и наличия основанной на фактических данных политики для решения этой проблемы.
- Мониторинг прессы, анализ СМИ и опросы после диалога могут дать полезную информацию о планировании следующих шагов в области адвокации. Они также служат инструментом мониторинга и оценки для принятия вариантов политики.
- Отслеживание реализации политики определяет факторы, которые повлияли на успех или неудачу политики, и отслеживает роль и использование фактических данных (из АОФП и других источников) в процессе разработки политики.

2.3.1 Политический диалог

Одной только разработки АОФП недостаточно без инвестиций в его внедрение. Таким образом, политические диалоги все чаще используются для влияния на использовании данных научных исследований в процессе разработки политики здравоохранения и принятие решений, потому что они:

- Обеспечивают взаимодействия между (среди прочих) мультидисциплинарными и межсекторальными заинтересованными сторонами, включая исследователей, лиц,

определяющих политику, ключевых лиц, принимающих решения, представителей средств массовой информации;
- позволяют своевременно интерпретировать основанные на фактических данных варианты политики для решения приоритетной проблемы здравоохранения;
- позволяют своевременно определять точки пересечения между данными исследований и ценностями и целями лиц, определяющих политику, и заинтересованных сторон.

Политические диалоги представляют собой инструмент, используемый для продвижения ПУФД, и они могут иметь краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные преимущества с точки зрения осведомленности участников, расширения их прав и возможностей и, в конечном итоге, влияния на политическую повестку дня, что в конечном счете приводит к лучшим результатам в отношении здоровья (Biermann & Kuchenmuller, 2016). Эти диалоги характеризуются тем, что они основаны на широком участии, и носят консультативный, инклюзивный и прозрачный характер. Они облегчают интеграцию явных знаний с неявными знаниями с целью влияния на формирование политики, при этом основываясь на данных научных исследований.

При подготовке и проведении политических диалогов следует учитывать определенные вопросы, основываясь на руководствах, содержащихся в инструментах SUPPORT (Lavis, Boyko, et al., 2009).

1. Рассматривает ли политический диалог высокоприоритетный вопрос?
2. Предоставляет ли он возможность обсудить проблему, варианты решения проблемы и основные аспекты реализации?
3. Основан ли диалог на заранее распространенном АОФП и обсуждении всего спектра факторов, которые могут повлиять на процесс разработки политики?
4. Обеспечивает ли он справедливое представительство среди тех, кто будет вовлечен или затронут будущими решениями, связанными с проблемой?
5. Привлечен ли в политический диалог фасилитатор, соблюдается ли правило Chatham House (требующее анонимности комментариев во время обсуждений) и не стремится ли к достижению консенсуса (принцип Королевского института международных отношений, 2019)?
6. Получены ли результаты и предприняты ли последующие мероприятия в поддержку действий?

Подготовка

Процесс подготовки к политическому диалогу должен начинаться одновременно с процессом разработки АОФП.

До начала процесса разработки АОФП необходимо определить готовность и приемлемость или широкое признание политического диалога с помощью получения отзывов от ключевых заинтересованных сторон по приоритетному вопросу/проблеме здравоохранения.

В странах, где заинтересованные стороны менее знакомы с методологией EVIPNet, группа разработчиков АОФП может решить повысить осведомленность и понимание политического диалога параллельно с разработкой АОФП для создания благоприятных условий. Как только будет обеспечена готовность к политическому диалогу, подготовка к нему может начаться одновременно с разработкой АОФП. В таблице 2.21 представлен обширный контрольный список для использования до, во время и после диалога.

- Определение возможных участников политического диалога должно происходить на ранней стадии при подготовке списка заинтересованных сторон (см. подраздел 2.1.5). Тем не менее, этот список должен обновляться по мере продвижения написания АОФП, лучшего понимания контекста и включать 18-24 ключевых заинтересованных сторон. Выбор приглашенных зависит от (Lavis, Boyko, et al., 2009):
  - степени их вовлеченности/осведомленности о проблеме и ее соответствующих решениях;
  - их способности конструктивно участвовать в обсуждениях и формулировать проблему и ее возможные решения;
  - их способности отстаивать действия, рекомендованные в АОФП.
- Обязательные для приглашения лица, т.е. 4-5 основных участников политического диалога, должны быть определены и приглашены на более раннем этапе процесса, чтобы обеспечить их присутствие.
- Должны быть организованы многочисленные встречи руководящего комитета и группы разработчиков АОФП для определения целей диалога и обсуждения возможного вклада каждой приглашенной заинтересованной стороны для завершения составления окончательного списка приглашенных.
- Приглашения следует разослать как можно раньше, чтобы обеспечить присутствие участников. В зависимости от контекста, приглашения могут быть разосланы заранее, за четыре недели-три месяца до даты политического диалога: необходимо также отслеживать статус подтверждения получения приглашений и участия.
- Определение даты диалога должно исходить из:
  - доступности обязательных участников;
  - потенциального окна возможностей/основного события (например, даты международных событий, в преддверии выборов);
  - первоначального соглашения в рамках Меморандума о взаимопонимании/ТЗ;
  - бюджета и графика проекта, а также доступности группы разработчиков АОФП и руководящего комитета.
- Одновременно следует разработать бюджет проведения политического диалога и логистический план, включая:
  - определение бюджета, необходимого для политического диалога;
  - бронирование места проведения, питания и фотосъемки;
  - если применимо, организация транспортировки для участников/группы разработчиков АОФП;
  - печатные материалы (включая повестку дня, АОФП и оценочные формы [см. раздел 3]);
  - определение секретарей, ответственных за протоколирование политического диалога.
- Должен быть определен и подготовлен фасилитатор (подготовка включает обсуждение целей, материалов, конкретной динамики среди участников и между ними). Более подробная информация представлена в следующем подразделе, посвященном содействию диалогу.

ТАБЛИЦА 2.21. КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ПОЛИТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА

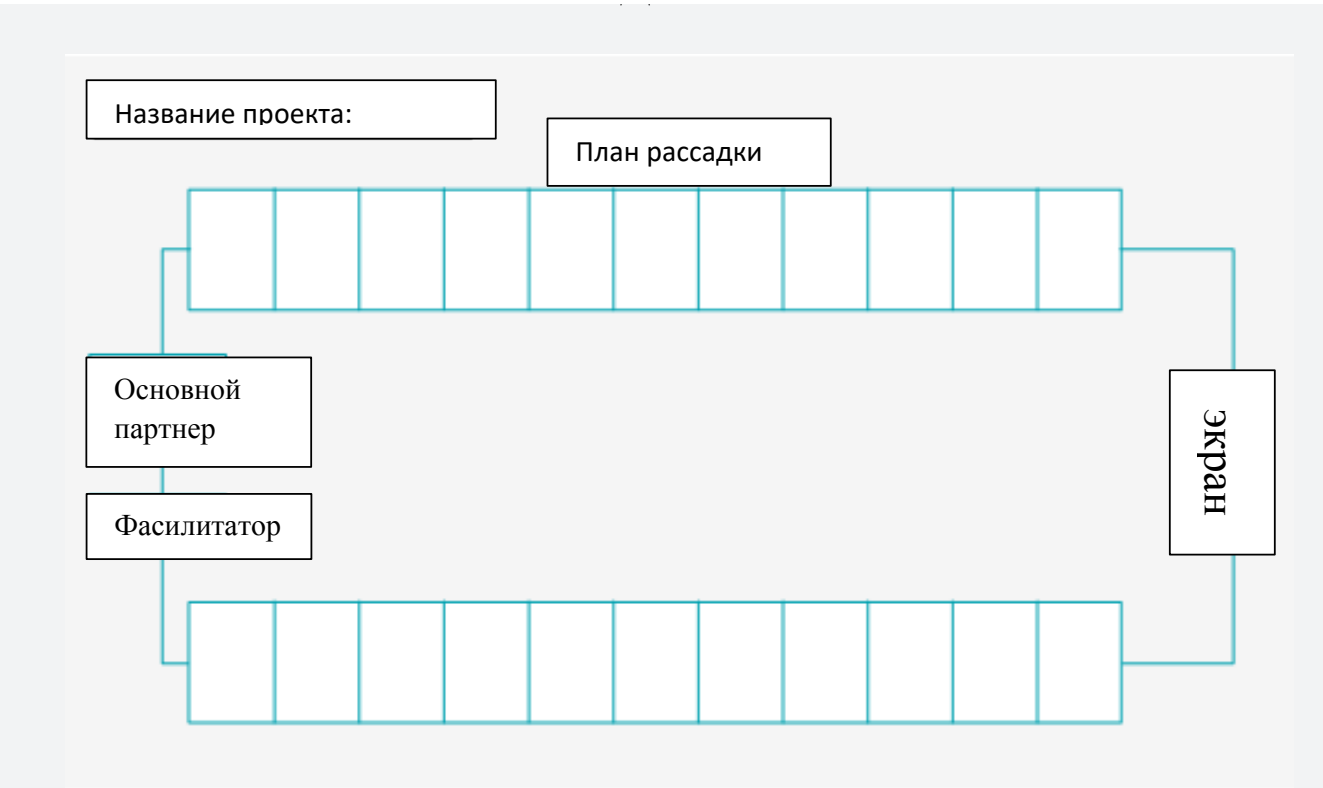
ЗАДАЧА	ОТВЕТСТВЕННЫЙ/ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	СРОКИ	ПРОВЕРКА СТАТУСА
До политического диалога Подготовка документов для рассылки до диалога включает: 1. окончательная доработка предварительно распространенной документации АОФП; 2. проверка орфографии, грамматики и форматирование кем-то вне группы авторов; 3. обеспечение наличия только одного предварительно распространенного документа, чтобы не запутать участников диалога слишком большим количеством документов; 4. перевод АОФП по мере необходимости; 5. обратный перевод для валидации перевода; 6. отправка документа на окончательное форматирование; 7. распределение задач между членами группы разработчиков АОФП во время политического диалога (прием, регистрация, протоколирование, социальные сети и коммуникация, фасилитатор диалога и т. д.). **Подготовка списка возможных участников политического диалога включает:** 8. составление списка возможных участников на основе картирования заинтересованных сторон (см. подраздел 2.1.5); 9. оценка списка возможных участников членами группы разработчиков АОФП и руководящим комитетом для обеспечения соответствия предложенных участников и контактной информации; 10. уточнение даты политического диалога с несколькими обязательными заинтересованными сторонами за несколько месяцев до диалога; 11. приглашение более одного человека из ключевых организаций для обеспечения надлежащего представительства на случай, если один из них не придет; 12. бронирование места, даты/времени и организация питания; 13. разработка повестки дня политического диалога; 14. разработка индивидуальных пригласительных писем и текста электронного сообщения для каждого из приглашенных; 15. отправка пригласительных писем и предварительной повестки дня по электронной почте (отправляется руководителем группы разработчиков АОФП); 16. отслеживание подтверждений приглашенных с помощью листа отслеживания участников; 17. отправка электронного письма с напоминанием участникам, которые еще не подтвердили свое участие, и последующий звонок через неделю после первого электронного письма (при повторной отправке важно убедиться, что предварительная повестка дня прилагается); 18. при необходимости, подготовка и организация транспортировки для участников; 19. за десять дней до диалога - отправка второго письма по электронной почте (отправленное координатором политического диалога) только подтвердившим свое участие участникам, с приложенными повесткой дня и соответствующими документами, файлом с повесткой дня в формате pdf, а также АОФП на английском и родном языках, при необходимости); 20. подготовка табличек на стол (кувертные карточки) с именами участников диалога; 21. подготовка именных бейджиков для челнов группы разработчиков АОФП; 22. распечатка предварительно разосланного материала (одна копия для корректуры и проверки цветов и форматирования);			

ЗАДАЧА	ОТВЕТСТВЕННЫЙ/ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	СРОКИ	ПРОВЕРКА СТАТУСА
23. организация фотографа/видео оператора для фото и интервью; 24. подготовка плана коммуникации по политическому диалогу (пресс-релиз со списком средств массовой информации, которым можно его предоставить, и сообщениями/постами для размещения в социальных сетях); 25. подготовка презентации в формате PowerPoint для политического диалога и отправка ее на окончательное форматирование (работа должна быть начата, по крайней мере, за две недели до диалога, а презентация должна быть заранее обсуждена группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом); 26. разработка плана рассадки участников, обеспечивающего максимальное взаимодействие между ними (см. рис. 2.8); 27. отправка напоминания по электронной почте с приложением повестки дня за несколько дней до мероприятия; 28. составление списка из 5-6 участников для опроса в перерыве, как мероприятие плана коммуникации; 29. подготовка документов и презентации в формате PowerPoint на (двух) USB-носителях вместе со шрифтами, которые будут использоваться; 30. если место проведения свободно за день до мероприятия - посещение места проведения, чтобы проверить обстановку, расставить баннеры и разложить папки на столах; 31. обеспечение наличия в папках формы оценки политического диалога, АОФП, повестки дня, блокнота, ручки и любых других соответствующих материалов. **Материалы для печати** Следует распечатать следующие документы: 32. формы оценки предварительно распространенных документов на английском и родном языках (раздел 3); 33. формы оценки для политического диалога (на английском и родном языках); 34. план рассадки, с большими настольными карточками перед каждым участником (на всякий случай необходимо принести запасные дополнительные карточки и папки); 35. повестка дня; 36. формы согласия на видео и интервью; 37. регистрационные листы. **День мероприятия** Следующие важные шаги включают: 38. прибытие в конференц-зал за 1,5-2 часа до начала политического диалога; 39. размещение баннеров у входа и внутри конференц-зала (установите хотя бы один баннер за местом работы фасилитатора); 40. установка необходимых шрифтов на ноутбук и настройка презентации PowerPoint; 41. проверка работы микрофонов (желательно оборудовать комнату настольными микрофонами; если это невозможно, необходимо около 10 переносных микрофонов); 42. размещение заранее разосланных документов, повестки дня и других материалов (блокнотов/ручек) на столах; 43. размещение карточек с именами на столах по схеме рассадки; 44. обеспечение стойки регистрации: регистрационные листы (с ручками), оценочные формы предварительно разосланных документов (участников необходимо попросить расписаться в регистрационной форме, проводить в конференц-зал, показать им их места и раздать оценочные формы, которые необходимо собрать до начала диалога); 45. после начала мероприятия всегда вести детальный протокол (его должны вести два назначенных автора АОФП [см. подраздел 2.3.2]); 46. организация выполнения фотографом своей роли; 47. живые сообщения в Твиттере и загрузка сообщений в Facebook с фотографиями с высоким разрешением с соблюдением Правила Chatham House; 48. во время перерыва подойти к 4-5 участникам и спросить их, готовы ли они дать 2-минутное интервью о мероприятии сразу после завершения политического диалога; 49. сбор оценочных форм диалога до окончания мероприятия; 50. запись интервью участников съемочной группой и обеспечение подписания ими форм согласия; 51. при необходимости редактирование пресс-релиза и отправка его группе по связям с общественностью на соответствующих языках вместе с некоторыми фотографиями с высоким разрешением.			

ЗАДАЧА	ОТВЕТСТВЕННЫЙ/ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ	СРОКИ	ПРОВЕРКА СТАТУСА
После мероприятия Действия после АОФП: 52. сбор всех материалов (баннеры, формы согласия, оценочные формы, карточки с именами, папки, USB-носители, ноутбуки, дополнительные материалы и т.д.) и возвращение их в офис; 53. обзвон некоторых журналистов/представителей СМИ для проверки распространения новостей о пресс-релизе; 54. выражение признательности (по эл.почте) всем участникам с фото; 55. при необходимости пересмотр предварительно разосланных документов; 56. разработка резюме политического диалога (см. подраздел 2.3.2) на основе протокола и отправка его на окончательное форматирование; 57. отправка резюме диалога присутствовавшим участникам по электронной почте в течение 2-3 недель после диалога; 58. распространение резюме диалога по всем соответствующим каналам (см. подраздел 2.3.2).			

Source: adapted from the K2P Center's standard operating procedures for policy dialogues.

РИС. 2.8. ПЛАН РАССАДКИ ВО ВРЕМЯ ПОЛИТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА



Примечание. План рассадки готовится координатором диалога для обеспечения максимально возможного взаимодействия между заинтересованными сторонами.

Фасилитация диалога

Фасилитатор диалога имеет первостепенное значение в политическом диалоге, обеспечивая (или нет) его успех. Таким образом, к выбору фасилитатора политического диалога следует подходить тщательно.

Фасилитатор должен обладать определенным набором навыков (Biermann & Kuchenmuller (2016), в том числе:

- опыт фасилитации

- знание содержания АОФП
- знание систем здравоохранения, социальной политики и политики здравоохранения в целом
- нейтралитет
- понимание основных политических моментов между и среди заинтересованных сторон
- быть уверенным, прозрачным, заслуживающим доверия, уважительным, профессиональным и решительным.

Таким образом, фасилитатор должен быть хорошо информирован и подготовлен до политического диалога. Поэтому к потенциальному фасилитатору следует обратиться за несколько месяцев до диалога для согласования даты диалога, целей политического диалога и финансовых условий. Он должен быть в курсе всех обновлений, проблем и изменений в процессе разработки АОФП.

Во время политического диалога фасилитатор должен (адаптировано из Biermann & Kuchenmuller (2016)):

- быть хорошо подготовленным (например, по целям политического диалога, предыстории проблемы) и иметь под рукой необходимые материалы и презентацию в формате PowerPoint;
- разъяснять участникам цели, ожидания и результаты политического диалога;
- объяснить правила, которые необходимо соблюдать (например, правило Chatham House/принцип соблюдения анонимности);
- избегать стремления к достижению консенсуса;
- создавать дружескую атмосферу, но быть готовым к деструктивным участникам;
- внимательно слушать и вмешиваться при необходимости;
- демонстрировать нейтралитет;
- быть мотивированным и поощрять участие и активное участие;
- обеспечивать атмосферу, в которой люди чувствовали бы свою ценность /значимость;
- прояснять расхождения во мнениях;
- при необходимости просить пояснений или приведение примеров;
- побуждать участников использовать ясную лексику без жаргона;
- акцентировать внимание на идеях, а не на людях;
- стремиться к конкретной формулировке следующих шагов (т.е. результаты, ориентированные на действия).

Правило Chatham House/принцип анонимности обсуждений:
Согласно правилу, соответственно которому вы можете свободно использовать информацию, полученную из обсуждения, но согласны не раскрывать информацию о том, кто сделал какой-либо комментарий. Это правило обеспечивает конфиденциальность встреч и, как таковое, способствует открытому обсуждению на важных встречах.

Дополнительную информацию о фасилитации и устранении проблем можно найти в контрольном списке для подготовки и фасилитации во время политического диалога в рамках сети EVIPNet Европейского регионального бюро ВОЗ (Biermann & Kuchenmuller, 2016).

2.3.2 Резюме диалога

Резюме диалога представляет собой инструмент, используемый для описания результатов обсуждений в ходе политического диалога. Он формирует дорожную карту продвижения вперед в решении этой приоритетной проблемы/вопроса здравоохранения, на основе обсуждений по АОФП. Затем резюме диалога представляется участникам политического диалога и широко распространяется.

Кто является ответственным лицом?

- Во время политического диалога протокол должны вести два независимых секретаря. Такой двойной процесс ведения протокола снижает вероятность пропуска важных замечаний или предложений, внесенных во время диалога. Это также обеспечивает нейтралитет при ведении протокола.
- Два независимых секретаря должны быть из группы разработчиков АОФП, предпочтительно из числа авторов. Они ответственны за ведение протокола политического диалога и за работу по составлению резюме диалога.

Как происходит ведение протокола во время политического диалога?

- Секретари должны сидеть так, чтобы видеть всех участников диалога.
- Если один из секретарей пропустил какой-то момент во время обсуждения, он должен убедиться, что другой отметил его в своих записях.
- Секретари должны вести протокол таким образом, чтобы не было прямого упоминания участников (анонимно). Правило Chatham House должно соблюдаться даже во время ведения протокола.
- В некоторых случаях, когда диалог заканчивается непосредственными рекомендациями и следующими шагами, а также при наличии ясного согласия участников на разглашение информации, следующие шаги можно записать с указанием организаций, представленных участниками (но без их имен). Например, если участник x заявляет, что он официально согласен с тем, что его НПО будет отвечать за определенный элемент политики, тогда и в протоколе, и в резюме диалога должно быть записано, что НПО будет отвечать за этот определенный элемент политики, но без указания, что это заявление сделал участник x.
- Протокол и записи должны оставаться конфиденциальными и предоставляться только секретарям.
- Протокол должен быть напечатан в формате Word не позднее, чем через три дня после политического диалога. Чем раньше он будет напечатан, тем меньше вероятность что-либо забыть.

Как написать резюме диалога

- За написание резюме диалога должны отвечать один или оба секретаря. В любом случае автором резюме должен быть кто-то из группы разработчиков АОФП (один из авторов) и он должен хорошо знать АОФП.
- Автор должен прочитать оба варианта протокола диалога, обобщить их, но без упоминания имен и аффилированности участников (если только отдельные участники явно не попросят об этом).
- В резюме диалога должны быть указаны точки совпадения и расхождения с АОФП.
- Резюме должно быть разделено на те же разделы, что и сам АОФП (т.е. обсуждения проблемы и ее масштаба, обуславливающие проблему факторы, а также элементы/варианты и аспекты относительно их реализации).

Авторы и выражение признательности

На отдельной вводной странице резюме диалога необходимо указать:

- авторов
- информацию о финансировании
- выражение признательности
- описание диалога (время, дата, место, фасилитатор)
- предложенные цитаты.

Раздел 1: преамбула

Этот раздел включает введение в политический диалог, в том числе:

- время
- дата
- место
- количество присутствующих заинтересованных сторон
- общая (неидентифицируемая) принадлежность участников (например, «в диалоге приняли участие два представителя Министерства здравоохранения и один из Министерства образования», без имен или должностей, по которым их можно было бы идентифицировать). Это единственный раздел, в котором можно упомянуть аффилированность участников.

Раздел 2: прения по проблеме

Этот раздел должен охватывать прения по проблеме, рассматриваемой в ходе политического диалога, а также по ее размеру и масштабу. В письменной форме должны быть отражены точки согласия и несогласия с АОФП, а также точки согласия и несогласия среди участников диалога, включая любые предложения по улучшению формулировки проблемы.

Раздел 3: прения по обуславливающим проблему факторам

Точно так же в этом разделе должны быть выявлены точки согласия и разногласия по поводу обуславливающих определенную проблему факторов, а также любые рекомендации по улучшению раздела АОФП по обуславливающим факторам.

Раздел 4: прения по элементам/ вариантам, рассматриваемым для решения проблемы

Этот раздел следует разбить на различные элементы/варианты, представленные в АОФП. Мнения участников по каждому из этих элементов/вариантов должны быть описаны таким образом, чтобы показывать их рекомендации по шагам, которые необходимо предпринять в отношении проблемы (без раскрытия имен или принадлежности участников). В конце каждого элемента/варианта должен быть добавлен раздел, в котором перечислены основные обсуждаемые аспекты реализации и предложения о том, как преодолеть любые препятствия на пути реализации.

Раздел 5: рекомендации и следующие шаги

Этот раздел должен отражать практические обсуждения политического диалога относительно рекомендаций и следующих шагов. Должны быть перечислены ключевые рекомендации и следующие шаги. Иногда эти рекомендации и следующие шаги необходимо разделить на разделы в зависимости от вовлеченной стороны, но это будет зависеть от процесса конкретного политического диалога и согласия между группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом.

Обзор резюме диалога

Резюме диалога должно быть одобрено группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом до его отправки на форматирование.

Распространение резюме диалога

Подготовка резюме должна быть завершена в течение максимум двух недель после даты политического диалога. Затем оно должно быть разослано:

- по электронной почте всем участникам диалога;
- на веб-сайты соответствующих учреждений;
- СМИ и на сайты социальных сетей (например, Facebook и Twitter) и другим средствам массовой информации;
- другим ключевым заинтересованным сторонам, партнерам, лицам, определяющим политику и соответствующим организациям, а также группе по адвокации.

В случае если некоторые ключевые заинтересованные стороны не смогли присутствовать на политическом диалоге, следует организовать отдельную встречу с ними индивидуально для обсуждения АОФП и резюме диалога.

Отслеживание утверждения/реализации политики

После политического диалога и распространения резюме диалога необходимо проводить активную работу по внедрению/утверждению вариантов политики, а также мониторировать

статус их внедрения для достижения желаемых результатов в отношении здоровья. Для обеспечения принятия и последующего внедрения политики необходимо определить и реализовать методы распространения наряду с мероприятиями адвокации по продвижению политики. Мониторинг внедрения/воздействия может также включать информационно-разъяснительную работу (адвокация), опрос после диалога, отслеживание реализации политики и анализ СМИ. Мониторинг может помочь определить, были ли приняты эти варианты и если да, то кем. Хотя этот шаг выполняется после политического диалога, подготовительный этап должен проводиться параллельно с разработкой самого АОФП. Картирование политики и политического контекста, наряду с картированием заинтересованных сторон, также может дать общие рекомендации по поводу того, кто, когда и как должен составлять план коммуникации.

2.3.3 План адвокации

Деятельность адвокации может способствовать как утверждению вариантов политики, так и мониторингу. В зависимости от конкретной цели (целей) и подхода используемых стратегий адвокации, желаемых результатов можно достигать разными способами. Если варианты политики еще не приняты, или реализуются недостаточно успешно, следует использовать стратегии адвокации, чтобы побудить заинтересованные стороны к надлежащему утверждению или реализации.

Шаги для продвижения плана адвокации

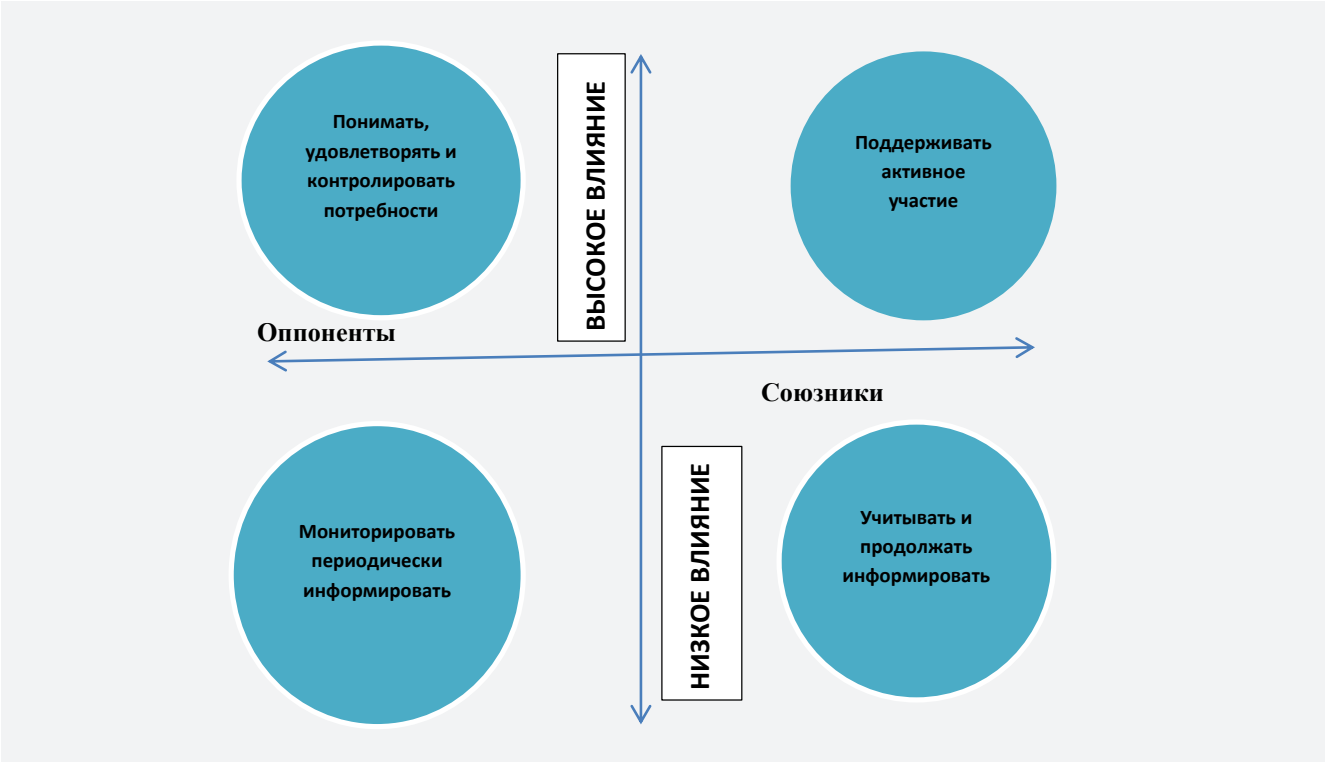
Необходимо предпринять четыре основных шага для содействия и обеспечения успеха плана адвокации

1. Необходимо провести исследование роли, полномочий и позиции каждой заинтересованной стороны по рассматриваемому вопросу (группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом). Это непрерывный процесс, который необходимо пересматривать от начальной точки работы над АОФП до принятия и реализации политики. Дополнительную информацию для этого анализа может дать картирование политики и политического контекста и заинтересованных сторон на более раннем этапе. Кроме того, оценка позиций заинтересованных сторон может быть обеспечена в ходе консультаций с ключевыми информаторами, например, посредством:

- встречи/телефонного звонка/по электронной почте
- отправки информационного бюллетеня, краткого документа по вопросу политики, презентации, инфографики или видео
- участия в обсуждениях фокус-групп с заинтересованными сторонами
- внимательного слежения за их работой.

После того, как позиции заинтересованных сторон определены на всех предыдущих этапах разработки АОФП, для обоснования следующих шагов, следует сделать картирование заинтересованных сторон, используя матрицу анализа сил/power analysis matrix, приведенную на рис. 2.9. Этот шаг можно проводить несколько раз на протяжении всего проекта, так как позиции заинтересованных сторон могут меняться или стать более ясными (см. рис. 2.10). Всегда следует помнить, что общественность является важной заинтересованной стороной, и о ней нельзя забывать в процессе.

РИС. 2.9. МАТРИЦА АНАЛИЗА СИЛ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН



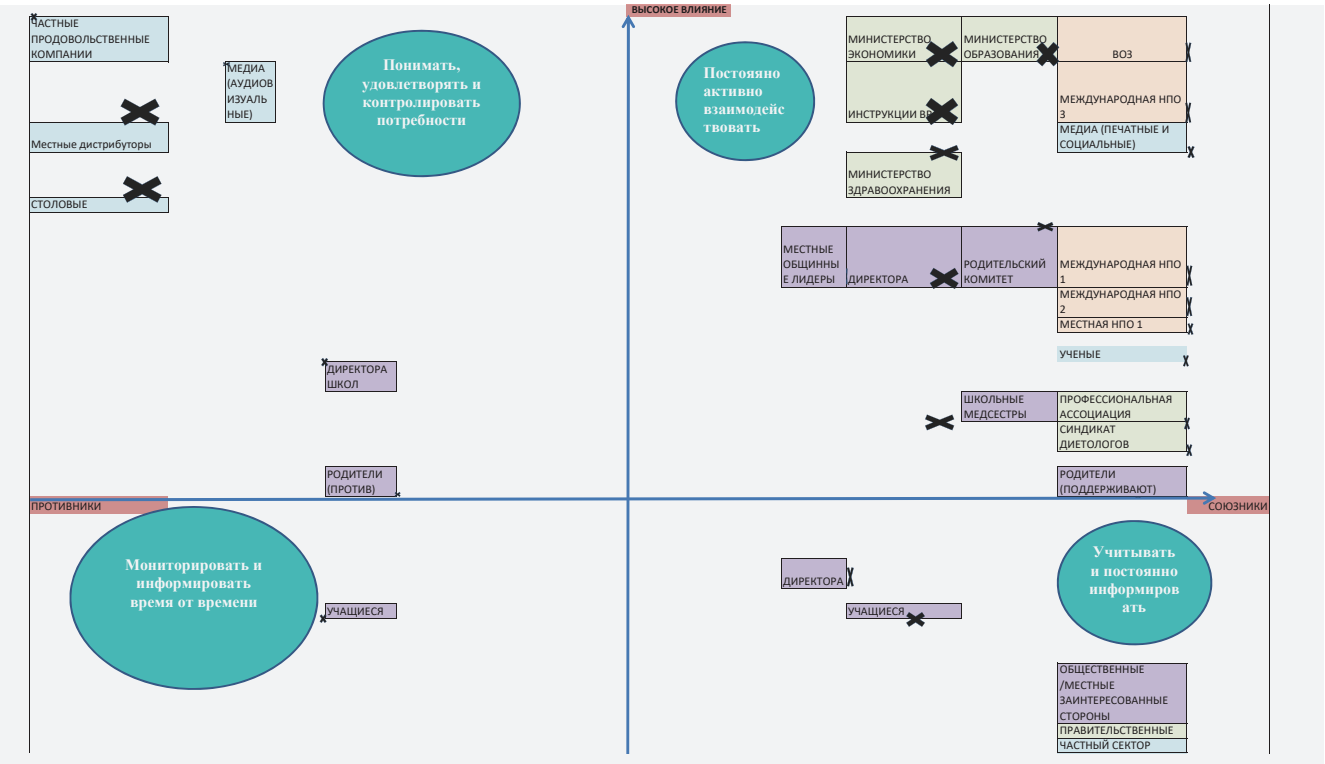
Пример

Проблема: контроль наличия, доступности и маркетинга сахаросодержащих напитков для детей в школах.

Заинтересованные стороны: соответствующие министерства (образования, здравоохранения, экономики и т.д.), исследователи, национальные НПО, международные НПО, ВОЗ, ЮНИСЕФ, средства массовой информации, руководители школ, родители, учителя, студенты, школьные медсестры, частный сектор промышленности, дистрибьюторы сахаросодержащих напитков и поставщики продуктов для столовых (в том числе).

После определения их позиций, необходимо распределить силы и позиции заинтересованных сторон в сетке анализа сил/power analysis grid (см. рис. 2.10). Этот шаг реализуется путем нескольких встреч с группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом.

РИС. 2.10. ПРИМЕР АНАЛИЗА СИЛ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН – САХАРОСОДЕРЖАЩИЕ НАПИТКИ В ШКОЛАХ



2. Цели/задачи адвокации должны быть определены для каждой из заинтересованных сторон, исходя из их положения в матрице.

После определения сил и положения каждой заинтересованной стороны, должны быть проведены обсуждения с группой/руководящим комитетом и определена цель/ задача адвокации для каждого из них, чтобы либо: поддерживать участие, продолжать информировать, мониторировать или удовлетворять/ контролировать потребности заинтересованных сторон.

Цели/задачи адвокации могут быть разделены исходя из:

- группы заинтересованных сторон: лица, определяющие политику, влиятельные лица и общественность;
- их позиции и сил в сетке анализа сил, например, союзники с высоким влиянием, союзники с низким влиянием, оппоненты (противники) с высоким влиянием или оппоненты с низким влиянием;
- цели/ задачи для каждой заинтересованной стороны.

Примеры целей

Некоторые из целей адвокации для приведенного выше примера:

- создать коалицию из мощных союзников для разработки, реализации и оценки мероприятий для контроля над подслащенными напитками в школах;

- разработать и реализовать мероприятия по адвокации с общественностью, местными/международными НПО, и соответствующими профессиональными организациями;
- проконсультироваться с общественностью, чтобы понять их потребности и ценности по вопросу;
- проводить мониторинг за деятельностью частного сектора/промышленности;
- наладить контакты с различными СМИ.

3. Необходимо определить инструменты коммуникации/адвокации для каждой из целей, а также для их достижения и оценки.

После определения целей/задач кампании по адвокации должен быть составлен полный план с четко определенными мероприятиями, методами коммуникации, целевой аудиторией, сроками, необходимыми ресурсами и бюджетом.

Пример

Для цели проведения консультаций с общественностью в качестве целевой аудитории для определения их потребностей можно выполнить три действия:

i. создать группу граждан или фокус-группу с гражданами
ii. создать горячую линию, на которую граждане могут звонить и делиться своими вопросами, вызывающими у них обеспокоенность /рекомендациями
iii. создать учетную запись в Facebook/Twitter с хештегом, информация из которых может быть использована как вклад в обсуждения.

Для действия iii выше (создание и ведение учетных записей в социальных сетях) необходимо учитывать следующие моменты.

- потребуется одна должность с полной/частичной занятостью. Человек должен иметь опыт в области социального маркетинга/коммуникации. Должна быть выделена соответствующая зарплата на требуемый период времени.
- Для распространения среди местных сообществ необходимо будет разработать и напечатать наклейки/плакаты, украсив их соответствующими хештегами.
- Потребуется бюджет для платного охвата с помощью нескольких постов в Facebook для увеличения охвата и обозначения видимости проблемы.

4. Важен мониторинг изменения, и к его проведению также необходимо подойти как можно более творчески.

Для каждой цели и деятельности по адвокации следует определить индикаторы, позволяющие отслеживать их успех с точки зрения процесса и результатов. Мониторинг и оценка прогресса деятельности по адвокации важны для понимания уровня успеха влияния на целевую группу и необходимости изменения стратегии. Возможно, потребуется пересмотр стратегии, изменение некоторых видов деятельности или добавление новых заинтересованных сторон. Креативность в выбранных видах деятельности, а также механизмах их оценки являются ключом к продвижению успеха.

Пример показателей для действия iii (ведение учетной(ых) записи(ей) в социальных сетях)

- количество постов в неделю
- количество "лайков", комментариев, репостов, тегов (в динамике)
- количество новых лайков на странице
- качественный анализ полученных комментариев и личных сообщений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- В адвокации не существует универсального правила для всех. При разработке, реализации и оценке деятельности важны максимальная гибкость и креативность. Важны:
  - Отзывчивость и гибкость, чтобы допускать постоянные изменения;
  - Готовность к серьезному противостоянию;
  - Разумное определение сроков – адвокация требует очень много времени;
  - Разумность с точки зрения ожиданий.

2.3.4 План коммуникации

Первый шаг в общении с соответствующими заинтересованными сторонами - проинформировать их о теме с нуля. Хорошей отправной точкой является правило 5 «W»: что (who), когда (when), где (where), почему (why) и кто (who). Ответы на эти вопросы для заинтересованной стороны или соответствующего партнера обеспечат хорошее общее представление о проблеме.

Включение вопроса в контекст направлено на то, чтобы потенциальный участник мог идентифицировать себя с проблемой, и как только это произойдет, коммуникация о деталях уже станет легче. Важно отметить, что заинтересованные стороны, к которым будет необходимо обратиться, будут иметь разный опыт (например, исследователи, представители СМИ, министры и т. д.), поэтому подход будет немного отличаться для каждой заинтересованной стороны, но должен иметь одинаковую основу для представления проблемы в правильном контексте.

План коммуникации должен включать следующие компоненты:

1. цели плана (например, обозначить проблему здоровья, которая находится в центре внимания АОФП на повестке дня; распространение резюме АОФП и резюме политического диалога; адвокация для принятия политики; повышение осведомленности общественности и т. д.) и ожидаемые результаты;
2. целевая аудитория с ответом на каждый из 5W: что, когда, где, почему и кого привлекать;
3. инструменты, необходимые для достижения целей;
4. необходимые ресурсы (человеческие и финансовые);
5. временной график (учет основных возможностей для запуска или аналогичных мероприятий);
6. контент сообщений и частота их распространения;
7. план оценки инструментов с индикаторами процесса внедрения инструментов и оценки результатов внедрения.

Следует отметить, что, если имеется комплексный план адвокации, план коммуникации становится частью плана адвокации. Его следует использовать специально для реализации инструментов коммуникации/адвокации.

В зависимости от объема и масштаба планов адвокации и коммуникации, потребуется группа для поддержки их реализации. Как минимум, требуется один штатный сотрудник по адвокации и коммуникации, обладающий соответствующими знаниями в этой области. По мере увеличения масштабов деятельности, возможно, стоит расширить группу или привлечь волонтеров.

В таблице 2.22 подробно описаны различные инструменты/мероприятия, используемые для коммуникации и адвокации, в зависимости от целевой аудитории.

ТАБЛИЦА 2.22. РАЗЛИЧНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ АДВОКАЦИИ И КОММУНИКАЦИИ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

ИССЛЕДОВАТЕЛИ	ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ СТОРОНЫ (ЛИЦА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОЛИТИКУ И ВЛИЯТЕЛЬНЫЕ ЛИЦА)	ШИРОКАЯ ОБЩЕСТВЕННОСТЬ
▪ Исследования по вопросам политики ▪ Научно-исследовательские работы ▪ Рабочие документы ▪ Доклады по вопросам политики ▪ Журнальные статьи, ориентированные на политику ▪ Презентации конференций/ семинаров ▪ Менее официальные презентации на встречах или действия для лоббирования ▪ Презентации для рабочих групп и общественных слушаний	▪ Краткие документы по вопросам политики, служебные записки и информационные бюллетени ▪ Медиа (звуковые) фрагменты ▪ Информационные бюллетени ▪ Доклады по вопросам политики ▪ Инфографика ▪ Менее официальные презентации на встречах или действия для лоббирования ▪ Презентации для рабочих групп и общественных слушаний ▪ Документальные видео ▪ Реклама-адвокация с целью продвижения ▪ Рассылки по электронной почте ▪ Выделенные сайты или страницы для адвокации ▪ Социальные сети: Facebook, Twitter ▪ SMS/ WhatsApp рассылки	▪ Краткие документы по вопросам политики, служебные записки и информационные бюллетени ▪ Медиа (звуковые) фрагменты ▪ Информационные бюллетени ▪ Доклады по вопросам политики ▪ Инфографика ▪ Менее официальные презентации на встречах или действия для лоббирования ▪ Презентации для рабочих групп и общественных слушаний ▪ Документальные видео ▪ Реклама-адвокация с целью продвижения ▪ Рассылки по электронной почте ▪ Выделенные сайты или страницы для адвокации ▪ Социальные сети: Facebook, Twitter ▪ SMS/ WhatsApp рассылки

Нет убедительных фактических данных в пользу эффективности какого-то определенного метода коммуникации. Выбор каждого метода будет зависеть от целевой аудитории, цели адвокации/ коммуникации, изучаемой проблемы и текущей позиции заинтересованной стороны. Недавний систематический обзор показал, что вмешательства средств массовой информации (включая использование печатных СМИ, освещение новостей, ток-шоу на телевидении, пресс-релизы, рекламу, видео и интервью) могут иметь положительное влияние, когда они используется в качестве инструментов обеспечения подотчетности, в качестве инструментов для повышения осведомленности лиц, определяющих политику и влияния на формулирование политики, а также в качестве инструментов повышения осведомленности, ведущих к утверждению политики и улучшению соблюдения законов и нормативных актов (Bou-Karroum et al., 2017).

Пример плана коммуникации

В таблице 2.23. представлен план коммуникации для действия iii в примере, представленном в предыдущем подразделе (создание и запуск учетных записей в социальных сетях).

ТАБЛИЦА 2.23. ПРИМЕР ПЛАНА КОММУНИКАЦИИ

ЦЕЛЬ Повышение осведомленности общественности и готовности оказывать давление на местные сообщества
АУДИТОРИЯ Общественность: родители школьников
ИНСТРУМЕНТ КОММУНИКАЦИИ • Социальные сети: страница в Facebook • Название: «Здоровье наших детей имеет значение». • С логотипом, определенными цветами и шаблонами для постов • Картинки, тексты, видео, опросы
СОДЕРЖАНИЕ СООБЩЕНИЯ • Пост/Сообщение 1: фото школьной столовой с сахаросодержащими напитками • Пост/Сообщение 2: ссылка на закон, запрещающий сахаросодержащие напитки в школах
ЧАСТОТА/ПЕРИОДИЧНОСТЬ 3 поста/сообщения в неделю (понедельник, среда и пятница в 13:30)
ИНДИКАТОРЫ Количество лайков, комментариев, репостов и тегов.
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛЕЙ • Человек А разрабатывает сообщения • Человек Б публикует и мониторит их
НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ • Интернет • Компьютеры • Графический дизайнер • Приблизительно 20 долларов в неделю за платный охват публикаций в Facebook. • Персонал
СРОКИ С февраля по июнь 2018 (5 месяцев)

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- АОФП и резюме политического диалога должны быть распространены среди всех соответствующих заинтересованных сторон.
- Слова и идеи следует подбирать таким образом, чтобы они были ясными, понятными и визуально привлекательными.
- Настоятельно рекомендуются использовать краткие предложения, ясные термины и инфографику, чтобы привлечь внимание и удержать внимание заинтересованных сторон от первого до последнего слова.
- Следует выделить самую сильную часть документа.
- Лица, определяющие политику, хорошо реагируют на инфографику в сочетании с определенным объемом текста/ описания.
- Представители СМИ ищут легкий, краткий и интересный контент. Таким образом, им следует дать ответы на вопросы 5W: что, кто, когда, где и почему. Также было бы хорошо добавить ответы на вопрос «как сделать». Представители СМИ обычно говорят, что они могут понять и что для них важно, избегая всего слишком технического или неинтересного для людей.
- Еще одним ключевым элементом успешного сотрудничества в области медиа-исследований является достижение баланса между правильной дозой рациональной/научной информации и эмоциональной окраской, которая придает дух всей АОФП и истории, с которой люди могут идентифицировать себя, позволив им поверить в цель АОФП.

- Что касается социальных сетей, понимание аудитории является первым и наиболее важным шагом к достижению целей коммуникации и адвокации. Исследователи должны адаптировать свои сообщения в зависимости от аудитории, а не наоборот.

2.3.5 Мониторинг прессы и медиа-анализ

Мониторинг СМИ и анализ их освещения могут обеспечить основу для выработки следующих шагов в плане адвокации. Кроме того, отслеживание прессы и анализ средств массовой информации могут служить инструментами мониторинга и оценки для принятия вариантов политики, и даже определить, включен ли приоритетный вопрос/проблема здравоохранения в политику /политическую повестку дня в результате проделанной работы.

- Цель медиа (СМИ) анализа - зафиксировать отчеты или сообщения о разработке и реализации политике в динамике и проанализировать восприятие продвигаемой политики или вариантов политики. Анализ также предназначен для получения обзора социальных, политических и экономических условий и событий, которые могли бы повлиять на реализацию политики, а также для идентификации действующих лиц в этой политике.
- Медиа- анализ проводится за счет хронологического изучения публикуемых СМИ (печатных, аудиовизуальных и социальных средств массовой информации) для определения действий в отношении политики и отслеживания прогресса. Сбор данных можно осуществлять с помощью листа Excel (таблица 2.24).
- Собираемые данные могут включать следующие элементы: автор, название, источник и дата публикации, заинтересованные стороны и их позиция (поддерживают или являются оппонентами политики), основные темы, препятствия на пути реализации, использование фактических данных и резюме новостных сообщений.
- Выбор новостей будет зависеть от каждой политики и целей анализа средств массовой информации.
- Результаты должны быть проанализированы как качественно, так и количественно.

ТАБЛИЦА 2.24. ПРИМЕР СБОРА ДАННЫХ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ПРЕССЫ

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	**АВТОР**	**МАРВАН ИСКАНДАР**	**АНОНИМНАЯ**	**АНОНИМНАЯ**
	Название публикации	Проблема социального обеспечения как системы в Ливане	Проект постановления о системе добровольного социального обеспечения для всех незастрахованных ливанцев	Закон о добровольном социальном обеспечении пожилых людей
	Источник публикации	Журнал «Al Ra'id Al Arabic»	Al Anwar	Al Anwar
	Язык	арабский	арабский	арабский
	Дата публикации	июнь 1961 г.	13 августа 2001 г.	13 августа 2001 г.
	Как была найдена статья?	Поисковая система Google	Документы синдиката/ союза	Документы синдиката/ союза
	Ссылка на статью	http://www.al-hakawati.net/arabic.asp	Синдикатные документы	Синдикатные документы
АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ/ КОНТЕНТА	**Основные темы**	Законодательство Социально-экономические пособия Социальное обеспечение Справедливость	Создание специального отдела для добровольно застрахованных лиц в Управлении по вопросам материнства и заболеваниям Национального фонда социального страхования (НФСС/NSSF)	Прекращение применения закона о добровольном социальном обеспечении пожилых людей из-за несбалансированности доходов и расходов
	Заинтересованные стороны (за или против политики НФСС/NSSF)	Штат? Ливанские рабочие? Ливанские фермеры?	НФСС/NSSF Министерство труда Ливанские рабочие и их семьи	НФСС/NSSF Лица старше 64 лет
	Спикер/Докладчик			
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ	**Использовались ли фактические данные? Исследования (Какой тип исследования?) Имя исследователя / встречи по вопросу политики (место, дата, цель, рекомендации)?**	Да	Да Постановление № 13955 от 26 сентября 1963 г.	Да Закон № 284 от 9 августа 2000 г.

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Мониторинг освещения СМИ может обеспечить основу для выработки следующих шагов в плане адвокации.
- Отслеживание прессы и медиа анализ могут служить инструментами мониторинга и оценки для принятия вариантов политики и определения статуса внесения рассматриваемого приоритетного вопроса/проблемы здравоохранения в повестку дня политики/ политическую повестку дня в результате проведенной работы.

2.3.6 Опрос после диалога

Через шесть месяцев после политического диалога можно разослать краткую анкету ключевым участникам политического диалога из разных агентств, которые отстаивали проблему, рассматриваемую в АОФП в стране, каждый в своем качестве. Выбор участников будет определяться группой разработчиков АОФП и руководящим комитетом, поскольку

они позиционируются как наиболее осведомленные о последних разработках. Опрос будет отслеживать период после состоявшихся обсуждений, отслеживать прогресс, определять действия, предпринятые заинтересованными сторонами, а также вопросы и проблемы, с которыми придется столкнуться при воплощении в жизнь элементов, которые обсуждались в ходе диалога.

Для изучения краткосрочных изменений в результате реализованных мероприятий подходит шестимесячный интервал между политическим диалогом и опросом после диалога; однако для фиксации дальнейших изменений, которые могут материализоваться со временем, может потребоваться более длительный период.

Пример

Во вставке 2.4 описывается после-диалоговой опрос/исследование, проведенное Центром ППП3/K2P после разработки АОФП и проведения политического диалога по услугам в области психического здоровья в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в Ливане

ВСТАВКА 2.4. ПРИМЕР ПОСЛЕ-ДИАЛОГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В продолжение обсуждений, имевших место в ходе политического диалога, а также для отслеживания прогресса и выявления любых проблем реализации, Центр ППП3/K2P проводит короткий после-диалоговый опрос мнения заинтересованных сторон. Мы были бы признательны если бы вы уделили 15 минут вашего времени для участия в коротком телефонном опросе, состоящем из ниже приведенных вопросов.

1. Перечислите не менее 1–3 важных действий, которые вы лично предприняли за последние 5 месяцев по вопросу охраны психического здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи.
2. Перечислите не менее 1–3 важных действий (о которых вам известно), которые были предприняты лицами, определяющими политику, заинтересованными сторонами и/или исследователями за последние 5 месяцев по вопросу охраны психического здоровья на уровне первичной медико-санитарной помощи.
3. Пожалуйста, выделите любые проблемы, с которыми вы столкнулись при претворении в жизнь вариантов/рекомендаций, которые обсуждались в ходе политического диалога.
4. Какие еще стратегии, помимо АОФП и политического диалога, по вашему мнению, должны быть реализованы для содействия интеграции вопросов психического здоровья в первичную медико-санитарную помощь в Ливане?

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Должны быть опрошены ключевые участники политического диалога, выбранные из числа различных агентств, которые курировали в стране вопрос, рассматриваемый в АОФП.
- Отобранные участники должны быть наиболее осведомленными о последних разработках и действиях.
- Для изучения краткосрочных изменений подходит шестимесячный интервал между политическим диалогом и опросом после диалога.

2.3.7 Отслеживание реализации политики

Отслеживание реализации политики может проводиться для оценки статуса достижения желаемых целей политики. Оно также направлено на понимание факторов, повлиявших на успех или неудачу политики, и на отслеживание роли фактических данных и их использования (из АОФП и других источников) в процессе разработки политики. Отслеживание реализации политики основано на строгом соблюдении протокола, а также на информации из нескольких источников, как подробно описано ниже.

1. Должен быть проведен медиа анализ (анализ СМИ) (подробности см. в подразделе 2.3.5).

2. Необходимы интервью с ключевыми информаторами.

    - Следует разработать структуру выборки для определения критериев отбора ключевых информаторов.
    - Ключевые информаторы также будут отобраны исходя из того, какие заинтересованные стороны были изначально выбраны для тестирования в качестве «лакмусовой бумажки» и политическом диалоге.
    - Дополнительные заинтересованные стороны должны быть отобраны на основе результатов анализа СМИ и с использованием восходящей выборки.
    - Необходимо провести индивидуальные, полуструктурированные интервью, записать и затранскрибировать их.
    - Инструмент опроса должен включать вопросы, касающиеся следующих тем: роль лица, определяющего политику/заинтересованной стороны лица в процессе разработки политики; их позиция в отношении политики; использование фактических данных; факторы, повлиявшие на разработку и реализацию политики; препятствия реализации; и основные извлеченные уроки. Вопросы можно формулировать в зависимости от анализируемой политики и конкретных целей отслеживания реализации политики. Для анализа интервью будут применяться качественные методы.

3. Следует провести обзор документации.

    - Необходимо определить документы из опроса и анализа СМИ, и использовать для дальнейшей проверки достоверности результатов медиа анализа и опроса в отношении реализации первоначальных целей.

    - Рассматриваемые документы будут включать (среди прочего) законы, указы, постановления, протоколы собраний и официальную корреспонденцию.

    - Данные должны быть собраны с использованием листа/таблицы для сбора данных, которая включает название документа, тип, дату, действующих лиц, статус использования или не использования фактических данных из АОФП (или других фактических данных, а также резюме (см. таблицу 2.25). Для анализа данных будут использоваться качественные методы.

Следует отметить, что этот метод отслеживания реализации политики представляет собой дорогостоящий и длительный процесс. Выбор проведения отслеживания реализации политики зависит от наличия финансовых и человеческих ресурсов, а также от добавленной стоимости, которую отслеживание реализации политики может привнести в процесс.

Помимо метода отслеживания реализации политики, можно оценить долгосрочное влияние политики путем сбора данных по выборочным показателям и их сравнения с исходными показателями.

Однако трудно отнести наблюдаемое изменение на счет политики, вариантов, предоставленных АОФП, или соответствующих мероприятий, т.к. изменение может быть вызвано многими факторами.

ТАБЛИЦА 2.25. ПРИМЕР ТАБЛИЦЫ СБОРА ДАННЫХ ДЛЯ ОБЗОРА ДОКУМЕНТАЦИИ

НАЗВАНИЕ	Статья закона НФСС/NSSF № 11	Протоколы заседаний Совета директоров НФСС/NSSF	Письмо Министра финансов в Совет Министров о создании фонда добровольного страхования при НФСС/NSSF
ДАТА	1963 г.	4 июля 2001 г.	31 августа 2001 г.
ТИП		Протокол заседаний	Официальное письмо
УЧАСТНИКИ		Глава Совета директоров НФСС/NSSF, члены Совета директоров НФСС/NSSF, Генеральный директор НФСС/NSSF	Фуад Саниора, Министр финансов, Совет министров
ИСПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ		Нет	Нет
РЕЗЮМЕ		Предметом обсуждения заседания № 121 Совета НФСС/NSSF был проект постановления, который устанавливает создание системы добровольного страхования в управлении НФСС/NSSF по вопросам материнства и заболеваниям. Обсуждения между различными членами Совета НФСС/NSSF выявили много важных моментов. Правление согласовало постановление во время заседания.	Министр финансов сделал много замечаний и комментариев относительно постановления о системе добровольного страхования относительно финансового баланса филиала, финансового бремени на казну государства и различных административных вопросов.
ССЫЛКА		Протокол заседания Совета директоров НФСС/NSSF (4 июля 2001 г.)	Фуад Саниора, Письмо Министра финансов в Совет министров о создании фонда добровольного страхования в НФСС (31.08.2001 г.).

ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ

- Стоит убедиться, действительно ли необходимо отслеживание реализации политики, поскольку это дорогостоящий и длительный процесс, требующий наличия значительных финансовых и человеческих ресурсов.
- Для сравнивания и отслеживания изменений должны собираться данные по исходным показателям.

- Важно иметь в виду, что любые наблюдаемые изменения трудно отнести на счет политики и вариантов, предоставляемых АОФП, или соответствующих мероприятий, т.к. изменения могут быть вызваны многими факторами.

Библиография

Biermann O, Kuchenüller T (2016). Policy dialogue preparation and facilitation checklist. EVIPNet Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/323153/EVIPNET-PD-preparation-facilitation-checklist.pdf, accessed 17 August 2019).

Bou-Karroum L, El-Jardali F, Hemadi N, Faraj Y, Ojha U, Shahrour M et al. (2017). Using media to impact health policy-making: an integrative systematic review. Implement Sci. 12(1):52 (https://doi.org/10.1186/s13012-017-0581-0, accessed 17 August 2019).

Lavis JN, Boyko JA, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 14. Organizing and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(1):14 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S14, accessed 17 August 2019).

The Royal Institute of International Affairs (2019). Chatham House rule [website]. London: The Royal Institute of International Affairs (https://www.chathamhouse.org/chatham-house-rule, accessed 1 August 2019).

Список источников

Biermann O, Kuchenmüller T, Brickman S (2016). Communication and advocacy checklist. EVIPNet Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/323155/EVIPNET-communication-advocacy-checklist.pdf, accessed 1 August 2019).

Buse K, Mays N, Walt G (2005). Power and the policy process. In: Buse K, Mays N, Walt G, editors. Making health policy. Milton Keynes; Open University Press:19–46.

Buse K, Mays N, Walt G, editors (2005). Making health policy. Milton Keynes: Open University Press.

Dorfman L, Wallack L, Woodruff K (2005). More than a message: framing public health advocacy to change corporate practices. Health Educ Behav. 32(3):320–36 (https://doi.org/10.1177/1090198105275046, accessed 8 August 2019).

El-Jardali F, Karroum LB, Bawab L, Kdouh O, El-Sayed F, Rachidi H et al. (2015). Health reporting in print media in Lebanon: evidence, quality and role in informing policymaking. PloS One. 10(8):e0136435 (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136435, accessed 8 August 2019).

El-Jardali F, Hammoud R, Younan L, Nuwayhid HS, Abdallah N, Alameddine M et al. (2014). The making of nursing practice law in Lebanon: a policy analysis case study. Health Res Policy Syst. 12:52 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-52, accessed 8 August 2019).

El-Jardali F, Bou-Karroum L, Ataya N, El-Ghali HA, Hammoud R (2014). A retrospective health policy analysis of the development and implementation of the voluntary health insurance system in Lebanon: learning from failure. Soc Sci Med. 123:45–54 (https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.044, accessed 9 August 2019)

Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S (2009). SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health. 18. Planning monitoring and evaluation of policies. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):18 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S18, accessed 9 August 2019).

Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):13 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S13, accessed 10 August 2019).

Paalman M (1997). How to do (or not to do)...: media analysis for policy making. Health Policy Plan. 12(1):86–91 (https://doi.org/10.1093/heapol/12.1.86, accessed 10 August 2019).

Shilton T, Champagne B, Blanchard C, Ibarra L, Kasesmup V (2013). Towards a global framework for capacity building for non-communicable disease advocacy in low-and middle-income countries. Glob Health Promot. 20(4_suppl):6–19 (https://doi.org/10.1177/1757975913501208, accessed 12 August 2019).

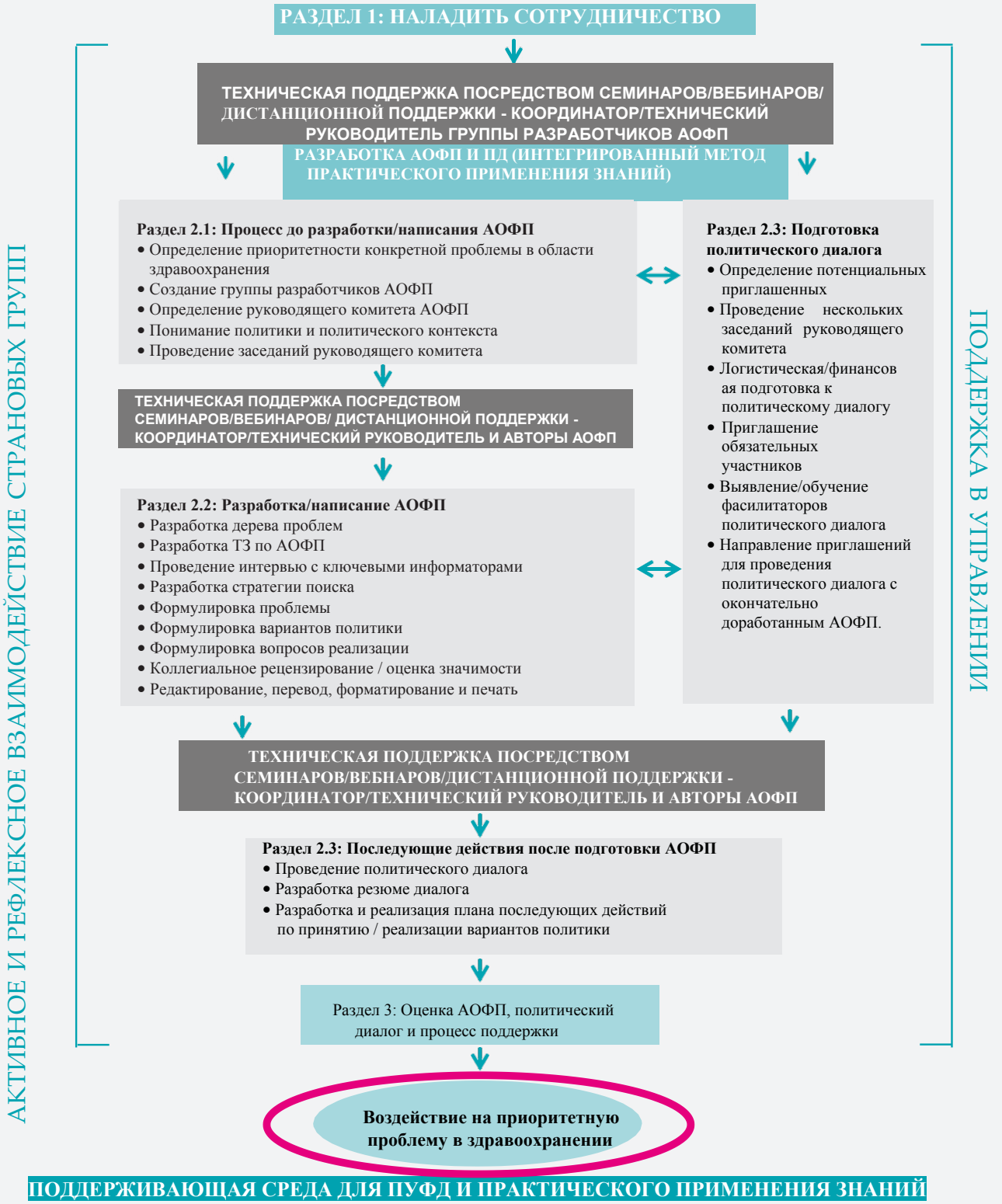
Stachowiak S, ORS Impact (2013). Pathways for change: 10 theories to inform advocacy and policy change efforts. Advocacy evaluation. Washington (DC): Center for Evaluation Innovation (https://www.evaluationinnovation.org/wp-content/uploads/2013/11/Pathways-for-Change.pdf, accessed 12 August 2019).

The SURE Collaboration (2011). SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011. Identifying and addressing barriers to implementing policy options [website]. Geneva: WHO Evidence-informed Policy Network (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html, accessed 12 August 2019).

Young E, Quinn L (2012). Making research evidence matter: a guide to policy advocacy in transition countries. Budapest: Open Society Foundations (https://www.icpolicyadvocacy.org/sites/icpa/files/downloads/policy_advocacy_guidebook_-_making_research_evidence_matter_-_young_and_quinn_2012_0.pdf, accessed 17 August 2019).

Yehia F, El-Jardali F (2015). Applying knowledge translation tools to inform policy: the case of mental health in Lebanon. Health Res Policy Syst. 13:29 (https://doi.org/10.1186/s12961-015-0018-7).

РИС. А. РАМКИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ СТРАН В РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИИ ИНТЕГРИРОВАННОГО МЕТОДА ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЗНАНИЙ



Примечание. МиО: Мониторинг и оценка
Источник: адаптировано на основе структуры интегрированного практического применения знаний, представленного El-Jardali & Fadlallah (2015).

РАЗДЕЛ 3

ОЦЕНКА

Оценка - важный, но часто упускаемый шаг при практическом применении знаний. Она позволяет понять насколько эффективны и действенны АОФП и политический диалог в достижении своих целей. Она также определяет, какие процессы были эффективными и требуется ли улучшение других процессов.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ

- Оценка АОФП, политического диалога и всех других мероприятий по мониторингу реализации имеет важное значение для отслеживания результатов и воздействия проделанной работы, а также для оценки того, какие процессы были эффективными и требуется ли улучшение каких-либо других процессов.
- Мероприятия по оценке следует планировать заранее, а планы оценки должны составляться для каждого реализуемого этапа.
- Критерии оценки должны соответствовать целям проекта. Каждый оцениваемый элемент должен соответствовать целям и задачам, установленным для процесса, а также его результатам.

3.1 ФОРМА ОЦЕНКИ АОФП

Анкета для оценки процесса и результатов АОФП должна быть краткой и точной. Анкета, представленная в таблице 3.1, является только примером анкеты для использования. Выбранные элементы должны отражать цели и задачи работы в области практического применения знаний.

Анкету и прилагаемую к ней форму можно распределить участникам при регистрации в начале политического диалога (и ее следует собрать до того, как начнется политический диалог). Ее также можно отправить по электронной почте после того, как заинтересованные стороны ознакомятся с АОФП. Анкета оценивает несколько целей процесса и результатов по шкале из семи пунктов от «совсем бесполезный» до «очень полезный». Она охватывает основные области и разделы АОФП, общую цель АОФП и некоторую справочную информацию об участниках. Разумеется, анкета должна оставаться анонимной.

ТАБЛИЦА 3.1 АНКЕТА ПО ОЦЕНКЕ АОФП И АНОНИМНАЯ АНКЕТА

(Название АОФП)

Насколько полезными вы находите подходы, описанные ниже? Пожалуйста, обведите кружочком цифру, соответствующую вашей оценке

	СОВЕРШЕННО БЕСПОЛЕЗНЫЙ	ПО БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ БЕСПОЛЕЗНЫЙ	ПОЖАЛУЙ БЕСПОЛЕЗНЫЙ	НЕЙТРАЛЬНО	ПОЖАЛУЙ ПОЛЕЗНЫЙ	ПОЛЕЗНЫЙ	ОЧЕНЬ ПОЛЕЗНЫЙ
1. АОФП описал контекст рассматриваемого вопроса	1	2	3	4	5	6	7
2. В АОФП описаны различные особенности проблемы, включая (по возможности) то, как она влияет на определенные группы	1	2	3	4	5	6	7
3. В АОФП описаны элементы подхода к решению проблемы	1	2	3	4	5	6	7
4. АОФП описывает то, что известно, на основе обобщенных данных научных исследований о каждом из элементов/ вариантов и о том, где есть пробелы в том, что известно	1	2	3	4	5	6	7
5. АОФП описывает ключевые аспекты, касающиеся реализации	1	2	3	4	5	6	7
6. При обсуждении данных научных исследований в АОФП учтены аспекты качества	1	2	3	4	5	6	7
7. АОФП учел аспекты применимости в местном контексте при обсуждении данных научных исследований	1	2	3	4	5	6	7
8. В заключение АОФП не было вынесено каких-либо конкретных рекомендаций	1	2	3	4	5	6	7
9. В АОФП использовался формат градуированной записи (н-р, перечень ключевых тезисов и полный отчет)	1		3	4	5	6	7

Общая оценка АОФП

10. Цель АОФП состояла в том, чтобы представить имеющиеся данные научных исследований по высокоприоритетному политическому вопросу, чтобы предоставить обоснования для политического диалога, в ходе которого данные научных исследования будут лишь одним из вкладов в обсуждение. Насколько успешно АОФП достиг своей цели?

БЕЗУСЛОВНО НЕТ	НЕТ	ПОЖАЛУЙ, НЕТ	НЕЙТРАЛЬНО	ПОЖАЛУЙ, ДА	ДА	БЕЗУСЛОВНО ДА
1	2	3	4	5	6	7

Комментарии: _____

_____

_____

Ваша роль и сведения о вас

Я (пожалуйста, отметьте (v) одну из наиболее подходящей категории ролей):

ШИРОКАЯ КАТЕГОРИЯ РОЛИ	КОНКРЕТНАЯ КАТЕГОРИЯ РОЛИ	ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ (v)
Разработчик политики	Лицо, определяющее государственную политику (например, выборное должностное лицо, лицо, сотрудник по вопросам политики или государственный служащий) в национальном правительстве	
	Руководитель в районе/регионе (если при этом нет независимого органа по формированию политики)	
	Руководитель медицинского учреждения (например, больницы, учреждения первичной медико-санитарной помощи)	
	Руководитель неправительственной организации (НПО)	
Заинтересованная сторона	Сотрудник/член группы гражданского общества/ НПО на уровне сообщества	
	Сотрудник/член медицинской профессиональной ассоциации или группы	
	Сотрудник донорского агентства	
	Представитель другой группы заинтересованных сторон	
Исследователь	Исследователь в национальном исследовательском учреждении	
	Исследователь в университете	
	Исследователь в другом учреждении	
Другое		

На нынешней должности я работаю _____лет. Спасибо

Источник: адаптировано из стандартных рабочих процедур Центра ППП3/K2P на основе шаблонов, разработанных Форумом здравоохранения Макмастера/McMaster Health Forum.

3.2 ФОРМА ОЦЕНКИ ПОЛИТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА

Анкета для оценки политического диалога для оценки процесса и результатов диалога также должна быть краткой и точной. Что касается оценки воздействия, более подробная информация содержится в подразделе 2.3.7. Анкета, приведенная в таблице 3.2, является лишь примером анкеты для использования. Выбранные элементы должны отражать цели и задачи работы в области практического применения знаний.

Анкету и прилагаемую к ней форму можно раздать участникам после завершения политического диалога. Ее также можно отправить по электронной почте после диалога. Анкета оценивает несколько целей процесса и результатов по 7-балльной шкале от «совершенно бесполезный» до «очень полезный». Она охватывает основные части политического диалога, общую цель диалога и некоторую справочную информацию об участниках. Разумеется, анкета должна оставаться анонимной.

ТАБЛИЦА 3.2 ФОРМА ОЦЕНКИ ПОЛИТИЧЕСКОГО ДИАЛОГА И АНОНИМНАЯ АНКЕТА

	СОВЕРШЕННО БЕСПОЛЕЗНЫЙ	ПО БОЛЬШЕЙ ЧАСТИ БЕСПОЛЕЗНЫЙ	ПОЖАЛУЙ БЕСПОЛЕЗНЫЙ	НЕЙТРАЛЬНО	ПОЛЕЗНЫЙ	ПОЖАЛУЙ, ПОЛЕЗНЫЙ	БЕЗУСЛОВНО/ ОЧЕНЬ ПОЛЕЗНЫЙ
1. До политического диалога был заранее разослан АОФП.	1	2	3	4	5	6	7
2. Диалог был основан на обсуждении всего спектра факторов, которые могут подсказать, как подойти к проблеме, возможных элементов подхода к ее решению и основных рекомендаций.	1	2	3	4	5	6	7
3. Политический диалог собрал вместе множество сторон, которые могут быть вовлечены в будущие решения по данному вопросу или затронуты ими.	1	2	3	4	5	6	7
4. Диалог направлен на справедливое представительство разработчиков политики, заинтересованных сторон и исследователей	1	2	3	4	5	6	7
5. В политическом диалоге был задействован фасилитатор, который помогал вести обсуждения.	1	2	3	4	5	6	7
6. Диалог позволил провести откровенные, неформальные обсуждения в соответствии с Правилом Chatham House («Участники могут свободно использовать информацию, полученную во время встречи, без раскрытия имен и аффилирования участников»).	1	2	3	4	5	6	7
7. Политический диалог не ставил целью достижение консенсуса.	1	2	3	4	5	6	7

Общая оценка политического диалога

Цель политического диалога состояла в том, чтобы поддержать полноценное обсуждение соответствующих аспектов (включая данные научных исследований) по высокоприоритетному политическому вопросу для обоснования действий. Насколько эффективно политический диалог достиг своей цели?

ВООБЩЕ НЕ ДОСТИГ	НЕ ДОСТИГ	ПОЖАЛУЙ, НЕ ДОСТИГ	НЕЙТРАЛЬНО	ПОЖАЛУЙ, ДОСТИГ	ДОСТИГ	БЕЗУСЛОВНО ДОСТИГ
1	2	3	4	5	6	7

Комментарии: _____

_____

_____

Ваша роль и сведения о вас

Я (пожалуйста, отметьте галочкой (✔) одну из наиболее подходящей категории ролей):

ШИРОКАЯ КАТЕГОРИЯ РОЛИ	КОНКРЕТНАЯ КАТЕГОРИЯ РОЛИ	ОТМЕТЬТЕ ГАЛОЧКОЙ ь
Разработчик политики	Лицо, определяющее государственную политику (например, выборное должностное лицо, сотрудник по вопросам политики или государственный служащий) в национальном правительстве	
	Руководитель в районе/регионе (если при этом нет независимых полномочий по формированию политики)	
	Руководитель медицинского учреждения (например, больницы, учреждения первичной медико-санитарной помощи)	
	Руководитель неправительственной организации (НПО)	
Заинтересованная сторона	Сотрудник/член группы гражданского общества/ НПО на уровне сообщества	
	Сотрудник/член медицинской профессиональной ассоциации или группы	
	Сотрудник донорского агентства	
	Представитель другой группы заинтересованных сторон	
Исследователь	Исследователь в национальном исследовательском учреждении	
	Исследователь в университете	
	Исследователь в другом учреждении	
Другое		

На нынешней должности я работаю _____лет. Спасибо

Источник: адаптировано из стандартных рабочих процедур Центра ППП3/K2P на основе шаблонов, разработанных Форумом здравоохранения Макмастера/McMaster Health Forum

3.3 ДВУСТОРОННЯЯ ОЦЕНКА

Помимо оценки АОФП и политических диалогов, сеть EVIPNet-Европа уделяет особое внимание мониторингу и оценке своей деятельности в целом. Цели работы Сети в области мониторинга и оценки:

- обеспечить прозрачность и подотчетность для всех заинтересованных сторон;
- измерять прогресс и эффективность реализации своей стратегии и деятельности;
- облегчить выявление и решение проблем реализации в реальном времени; а также
- внести вклад в исследования в области практического применения знаний для создания фактических данных о том, какие стратегии эффективны для обоснования и расширения масштабов будущей работы.

Общий подход к мониторингу и оценке был обобщен и разработан в виде комплексной структуры, которая обеспечивает концептуальную и практическую основу для проведения мониторинга оценки.[6] Основное внимание уделяется взаимосвязи между вводимыми ресурсами, деятельностью, промежуточными и конечными результатами на трех основных уровнях структуры сети EVIPNet-Европа: (i) секретариат EVIPNet-Европа; (ii) ППП3 на национальном или субнациональном уровнях; и (iii) сеть ППП3 в Европейском регионе ВОЗ.

Мониторинг

Все заинтересованные стороны на этих трех уровнях должны документировать и собирать фактические данные полученных результатов на постоянной основе. Секретариат ВОЗ ежегодно готовит отчет и направляет его региональной и глобальной руководящей группе EVIPNet-Европа, а также более широкой сети ППП3. Полученные результаты должны представить обоснования Секретариату EVIPNet-Европа для выделения необходимых ресурсов и технической помощи ППП3, а также для решения любых проблем, которые могли возникнуть в течение отчетного периода.

Оценка

Работа на всех трех уровнях должна систематически и всесторонне оцениваться каждые пять лет. Оценка должна быть сосредоточена на процессах, промежуточных и конечных результатах на трех уровнях путем оценки ППП3 сети EVIPNet-Европа с точки зрения структурных и контекстных факторов в культуре ПУФД стран и изменения поведения, ведущего к более устойчивому взаимодействию между исследователями, лицами, определяющими политику и гражданским обществом.

[6] Структуру можно запросить у Секретариата ВОЗ для EVIPNet Европа по эл.почте: euevipnet@who.int.

Заключение

Фактические данные играют важную роль в укреплении систем здравоохранения, улучшении здоровья населения и ускорении достижения ЦУР. ПУФД является важным средством обеспечения использования наилучших имеющихся данных при формировании политики. Это предполагает использование систематических и прозрачных процессов для формулирования фактических данных в качестве ценного ресурса для принятия решений.

АОФП - это относительно новый инновационный подход к упаковке данных научных исследований для лиц, определяющих политику, синтезу и контекстуализации наилучших имеющихся фактических данных о проблеме, поиску действенных механизмов для ее решения и рассмотрению ключевых вопросов реализации за счет привлечения экспертов по контенту, лиц, определяющих политику и заинтересованных сторон. Это также один из основных механизмов практического применения знаний, используемых для продвижения ПУФД, а также для сокращения разрыва между исследователями и лицами, принимающими решения.

Данное руководство представляет собой практическое руководство для стран-участниц EVIPNet-Европа по разработке АОФП и организации соответствующих политических диалогов для продвижения ПУФД в данном регионе. Использование данного руководства обеспечивает соответствующую разработку АОФП, основанного на фактических данных и соответствующего местным потребностям.

Мы надеемся, что государства-члены ВОЗ, национальные организации заинтересованных сторон, гражданское общество, аналитические центры и другие соответствующие субъекты, стремящиеся внести свой вклад в эффективное практическое применение знаний, сочтут данное руководство полезным и извлекут из него пользу. Данное руководство призвано помочь участникам эффективно планировать разработку, внедрение и оценку АОФП по высокоприоритетным темам здравоохранения. Отзывы об использовании руководства приветствуются, и их следует направлять по адресу: euevipnet@who.int.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ОБОБЩЕНИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ИЗ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ

Таблицы в этом приложении содержат подробную информацию о систематических обзорах, определенных для каждого варианта политики. Каждая строка в таблице соответствует определенному систематическому обзору. Фокус обзора описан во втором столбце. Основные выводы обзора, относящиеся к данному варианту, перечислены в третьем столбце, а в четвертом столбце представлена оценка общего качества обзора.

Качество каждого обзора оценивалось с помощью инструмента измерения для оценки обзоров (AMSTAR). Важно отметить, что инструмент AMSTAR был разработан для оценки обзоров, ориентированных на клинические вмешательства, поэтому не все критерии применимы к систематическим обзорам, касающимся предоставления медицинских услуг, финансовых или управленческих механизмов в рамках систем здравоохранения.

Высокий балл свидетельствует о том, что читатели обзора могут полностью доверять его результатам. С другой стороны, низкий балл не означает, что от обзора следует отказаться; а скорее просто то, что его выводам можно доверять меньше, и что обзор необходимо внимательно изучить, чтобы выявить его ограничения (Lewin, Oxman, et al., 2009a). В пятой колонке указывается доля исследований, проведенных в [укажите название страны].

Вся информация, представленная в таблицах приложения, была учтена авторами аналитического обзора фактических данных для формирования политики (АОФП) при составлении таблиц A1.1, A1.2 и A1.3 (которые представлены таблицами 1-3 в основном тексте АОФП).

ТАБЛИЦА A1.1. РЕЗЮМЕ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ПО ВАРИАНТУ 1 [ВСТАВИТЬ КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА 1]

ВАРИАНТ/ ЭЛЕМЕНТ	ФОКУС СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ	РЕЙТИНГ ПО ИНСТРУМЕНТУ AMSTAR ИЛИ КОНТРОЛЬНОМУ СПИСКУ SURE (КАЧЕСТВО)	ДОЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В [УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ СТРАНЫ]
[Вставить фразу, обозначающую компонент варианта]	[Вставить фокус обзора]	[Вставить резюме ключевых выводов авторов обзора]	[Вставить рейтинг по AMSTAR или SURE]	[Вставить долю]

ТАБЛИЦА A1.2. РЕЗЮМЕ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ПО ВАРИАНТУ 2 [ВСТАВИТЬ КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА 2]

ВАРИАНТ/ ЭЛЕМЕНТ	ФОКУС СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ	РЕЙТИНГ по Инструменту AMSTAR или КОНТРОЛЬНОМУ СПИСКУ SURE (КАЧЕСТВО)	ДОЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В [УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ СТРАНЫ]
[Вставить фразу, обозначающую компонент варианта]	[Вставить фокус обзора]	[Вставить резюме ключевых выводов авторов обзора]	[Вставить рейтинг по AMSTAR или SURE]	[Вставить долю]

ТАБЛИЦА A1.3. РЕЗЮМЕ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ПО ВАРИАНТУ 3 [ВСТАВИТЬ КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА 3]

ОПЦИЯ / ЭЛЕМЕНТ	ФОКУС СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ОБЗОРА	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ	РЕЙТИНГ по Инструменту AMSTAR или КОНТРОЛЬНОМУ СПИСКУ SURE (КАЧЕСТВО)	ДОЛЯ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В [УКАЗАТЬ НАЗВАНИЕ СТРАНЫ]
[Вставить фразу, обозначающую компонент варианта]	[Вставить фокус обзора]	[Вставить резюме ключевых выводов авторов обзора]	[Вставить рейтинг по AMSTAR или SURE]	[Вставить долю]

В таблице A1.4 показаны подходы к триангуляции: смешанные методы синтеза или обобщения различных форм фактических данных (см. также подраздел 2.2.6 по обобщению критически оцененной литературы).

ТАБЛИЦА A1.4. ОБОБЩЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

ОБОБЩЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ФАКТИЧЕСКИХ ДАННЫХ
▪ Интерпретативный синтез/обобщение, при котором фактические данные обобщаются путем включения концепций в теоретическую структуру более высокого порядка - методы носят качественный характер: i. описательный (нарративный) метод: этот подход обобщает все доступные фактические данные, используя такие методы как обзоры литературы, тематический анализ, описательный/нарративный синтез/обобщение, реалистичный синтез или мета-описательное/нарративное картирование; и ii. качественный: этот подход преобразует все доступные фактические данные в качественную форму, используя такие методы, как мета-этнография, обоснованная теория и качественный перекрестный анализ (включая разработку мета-матриц). ▪ Интегративный синтез, при котором фактические данные комбинируются или объединяются вместе - методы носят количественный характер: i. количественный: этот подход преобразует все фактические данные в количественную форму, используя такие методы, как количественный анализ случаев или количественный анализ содержания; а также i i. Байесовский мета-анализ и анализ решений: этот подход позволяет преобразовывать качественные фактические данные, такие как предпочтения в отношении результатов -в количественную форму, используя взвешивание различных элементов, чтобы их можно было использовать количественно с помощью моделирования.

Source: Mays, Pope & Popay, 2005.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ШАБЛОН АОФП[7]

Аналитический обзор для формирования политики (АОФП)

[Вставьте название]

Шаблон с рекомендациями по АОФП (в качестве примера используется вопрос устойчивости к противомикробным препаратам [УПП])

[Вставьте дату]

[Вставьте название организации/инициативы, разрабатывающей/публикующей АОФП - например, EVIPNet Малайзия]

[Вставьте краткое описание организации/инициативы]

Авторы

[Вставьте имена и сведения об авторах]

Финансирование

[Вставьте подробную информацию о финансировании, как для подготовки самого АОФП, так и учебных семинаров, которые были проведены для поддержки его разработки]

Конфликт интересов

[Вставьте подробную информацию о любых профессиональных или коммерческих интересах, имеющих отношение к АОФП, и уточните, играл (и) ли спонсор (-ы) какую-либо роль в выявлении, отборе, оценке, обобщении или представлении данных научных исследований, представленных в АОФП]

Оценка значимости

[Вставьте подробные сведения о любом обзоре, проведенном исследователями, лицами, определяющими политику и заинтересованными сторонами для обеспечения точности и общесистемной актуальности АОФП]

Выражение признательности

[Вставьте слова признательности соответствующим лицам, которые оказали поддержку в подготовке АОФП, но не названы авторами]

[7] Данный шаблон был разработан на основе Руководства SURE (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html); и (ii) Шаблона Форума здравоохранения Мак-Мастер/The McMaster Health Forum EBP (неопубликован).

Цитата

[Вставьте предлагаемую цитату в том виде, в котором вы хотели бы ее видеть, чтобы она включала автора (авторов) АОФП, его название, местонахождение и название организации/инициативы, разработавшей/опубликовавшей его, а также дату (год) его публикации]

Оглавление

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ

ПРОБЛЕМА

[Вставьте подзаголовок для уровня 1]

[Вставьте подзаголовок для уровня 2]

[Вставьте подзаголовок для уровня 3]

[Вставьте подзаголовок для уровня 4]

Замечания о проблеме, связанные с аспектом справедливости

ТРИ ВАРИАНТА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ Вариант 1 [Вставьте краткое описание варианта]

Вариант 2 [Вставьте краткое описание варианта]

Вариант 3 [Вставьте краткое описание варианта]

Замечания о проблеме, связанные с аспектом справедливости

АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ

ССЫЛКИ

ПРИЛОЖЕНИЯ

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕЗИСЫ - 1 = одна страница четких и кратких тезисов для лиц, принимающих решения, которые, вероятно, не будут глубоко вникать в суть, или у которых нет много времени для ознакомления.

В чем заключается проблема? [Вставьте краткое описание проблемы/цели, которая рассматривается в АОФП]

Что мы знаем (из систематических обзоров) о трех действенных вариантах решения проблемы?

Вариант 1 [Вставьте краткое описание варианта]

[Вставьте краткое описание того, что известно об этом варианте]

Вариант 2 [Вставьте краткое описание варианта]

[Вставьте краткое описание того, что известно об этом варианте]

Вариант 3 [Вставьте краткое описание варианта]

[Вставьте краткое описание того, что известно об этом варианте]

Какие аспекты реализации необходимо учитывать?

[Вставьте краткое описание препятствий на пути реализации и то, что известно о стратегиях реализации для устранения препятствий]

Краткое изложение/резюме - 3 = 3-х страничное резюме с более подробной информацией и ресурсами для

заинтересованных лиц, принимающих решения, и специалистов-практиков

[Вставьте трехстраничное резюме АОФП следуя той же структуре, по которой изложены ключевые тезисы]

Полный отчет – 25 = 25-страничная научная статья или обобщение для руководителей или исполнителей

[Вставьте краткое описание мотивации для АОФП, включая ключевые концепции, полезную организационную структуру (если применимо), вопросы, которые НЕ охвачены

Вводная информация о кратком документе по вопросу политики

Данный АОФП мобилизует как глобальные, так и местные данные научных исследований о проблеме, три варианта решения проблемы и ключевые аспекты реализации. В нем по мере возможности обобщаются данные научных исследований, полученные из систематических обзоров исследовательской литературы, а иногда и из отдельных исследований. Систематический обзор - это краткое изложение исследований, посвященных четко сформулированному вопросу, и использует систематические и явные методы для выявления, отбора и оценки исследований, а также для обобщения данных из включенных исследований. АОФП не содержит рекомендаций.

Подготовка АОФП включала пять этапов:

1. созыв руководящего комитета, состоящего из представителей ....[вставьте подробную информацию];
2. разработка и уточнение ТЗ для АОФП, в частности, формулировка проблемы и трех действенных вариантов ее решения, в консультации с руководящим комитетом и рядом ключевых информаторов, а также с помощью нескольких концептуальных рамок, которые структурируют представление о способах подхода к вопросу;
3. выявление, отбор, оценка и синтез соответствующих данных научных исследований о проблеме, вариантах и аспектах реализации;
4. составление АОФП в формате краткого и доступного изложения данных глобальных и местных научных исследований; а также
5. доработка АОФП на основе мнений нескольких коллегиальных рецензентов.

Три варианта решения проблемы были предложены таким образом, чтобы они не были взаимоисключающими. Они могут реализовываться одновременно, или могут быть взяты элементы из каждого варианта для создания нового (четвертого) варианта.

АОФП был подготовлен для обеспечения основы для политического диалога, в котором данные научных исследований представляли один из множества аспектов. Мнения и опыт участников, а также неявные знания, которые они привносят по рассматриваемым вопросам, также являются важным вкладом в такой политический диалог. Одна из целей диалога - пробудить инсайты - идеи, которые могут появиться только тогда, когда все те, кто будут вовлечены в, или будут затронуты будущими

в АОФП, а также ключевые характеристики политики и ее системного контекста]

Вы можете начать этот раздел, подчеркнув глобальное значение УПП и усилий, направленных на противодействие ее распространению. Могут быть особенно полезными ссылки на ВОЗ, Европейский Союз (ЕС) или национальные стратегии и цели.

Вы также можете отдельно отразить миссию группы разработчиков АОФП в вашей стране (участвующие организации, роль ПППЗ, если она существует, и т. д.). Ключевым моментом может быть обсуждение того, как была выбрана тема УПП для АОФП (например, кто принял решение и, если известно, на каких основаниях). Если тема выбрана или одобрена политической фигурой высокого уровня, принимающей решения, например, Министром здравоохранения, это может быть важным источником легитимности.

Вот неполный список возможных подзаголовков.

- Цель АОФП (н-р, определить варианты с учетом фактических данных и оказать поддержку совещательному диалогу)
- Заинтересованные стороны и подготовка
- Ограничения (возможные методологические ограничения, но также включая любые неохваченные вопросы (н-р здоровье животных).

решениями по проблеме, могут рассматривать ее совместно. Вторая цель политического диалога - побудить к действиям тех, кто участвует в политическом диалоге, и тех, кто делает обзор резюме диалога.

Аспекты справедливости
Проблема может непропорционально касаться некоторых групп в обществе. Преимущества, негативные последствия и затраты вариантов решения проблемы могут различаться для разных групп. Аспекты реализации также могут отличаться в зависимости от группы.
Один из способов определить группы, требующие особого внимания, - использовать метод «PROGRESS», который представляет собой аббревиатуру, образованную первыми буквами следующих восьми способов, которые можно использовать для описания групп*:

- место проживания (например, сельское население или население, проживающее в отдаленной местности);
- раса/этническая принадлежность/культура (например, коренные народы и инуиты, иммигранты и языковые меньшинства);
- род занятий или опыт работы на рынке труда в целом (например, при нестабильной занятости);
- пол;
- религия;
- уровень образования (например, санитарная грамотность); а также
- социально-экономический статус (например, экономически неблагополучное население); а также
- социальный капитал/социальная изоляция.
-

АОФП направлено на всех граждан, но (по возможности) также уделяет особое внимание двум группам:

- [вставьте группу 1]
- [вставьте группу 2]

* Многие другие группы также заслуживают серьезного рассмотрения, и подобного подхода.

ПРОБЛЕМА

[Вставьте описание проблемы (или цели) на всех соответствующих уровнях системы здравоохранения, которое включает: (1) характер и бремя [укажите заболевание или фактор риска, если применимо], которыми должна управлять система здравоохранения; (2) экономически эффективные программы, услуги и лекарства, которые система здравоохранения должна предоставлять для удовлетворения потребностей пациентов и граждан; (3) механизмы системы здравоохранения, определяющие доступ к экономически эффективным программам, услугам и лекарствам и их использование; и (4) степень реализации текущей политики и существующих руководств по клинической практике на сегодняшний день]

Важно сначала четко определить проблему. Может быть полезной ссылка на дерево проблем, обычно разрабатываемое вначале процесса АОФП.

УПП - очень сложный вопрос, и проблема, которая будет обсуждаться в АОФП, может быть сопутствующим фактором, например, неправильное использование противомикробных препаратов или несоответствующая профилактика и контроль инфекций. Соответственно должны быть определены причины и последствия проблемы.

Рекомендуется по возможности использовать не специализированный язык. Однако тема может потребовать использования определенных медицинских или фармацевтических терминов и понятий. Практический способ объяснить их – вынести их отдельно во вставки.

Для оценки относительной важности проблемы УПП в вашей стране полезна сравнительная статистика Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC).

С другой стороны, систематические обзоры, отчеты и другие научные исследования помогают объяснить связь между различными недостатками системы здравоохранения и УПП.

Вот неполный список возможных подзаголовков.

- *Определение и формулировка проблемы*
- *Масштаб проблемы*
- *Факторы, лежащие в основе проблемы (причины)*
- *Последствия проблемы.*

Может оказаться полезным рассмотрение различных вопросов в разрезе секторов (например, стационары или учреждения амбулаторной медпомощи) и уровней системы здравоохранения (например, пациент, врач, делающий назначение, провайдер медицинских услуг, отрасль, правительство и т. д.).

[Вставьте подзаголовок для уровня 1]

[Вставьте текст]

[Вставьте подзаголовок для уровня 2]

[Вставьте текст]

[Вставьте подзаголовок для уровня 3]

[Вставьте текст]

[Вставьте подзаголовок для уровня 4]

[Вставьте текст]

Мобилизация данных научных исследований о вариантах решения проблемы

Доступные данные научных исследований о вариантах решения проблемы были получены в основном из постоянно обновляемой базы данных, содержащей более 900 систематических обзоров предоставления медпомощи, финансовых и управленческих механизмов в системах здравоохранения: Программа в рамках принятия политических решений (PPD)/Канадская Кокрейновская сеть и база данных Центра (CCNC). Обзоры были выявлены путем первоначального поиска в базе данных обзоров, содержащих ключевые слова по теме в заголовке и/или аннотации. Ключевые слова включали [вставить ключевые слова]. Дополнительные обзоры были выявлены путем поиска в базе данных обзоров, касающихся характеристик вариантов, которые не были идентифицированы с помощью ключевых слов по теме.

Ключевые выводы авторов обзора были извлечены из выявленных обзоров. Каждый обзор также оценивался с точки зрения: качества (рейтинг AMSTAR); применимости для местного контекста (доля исследований, проведенных в стране); аспектов справедливости (доля исследований, непосредственно посвященных приоритетным группам); и степени фокуса обзора на проблеме. Затем были обобщены общие фактические данные о вариантах и внесены соответствующие оговорки в отношении основных выводов авторов обзора, исходя из качества, приемлемости для местного контекста, аспектов справедливости и оценок вариантов на предмет приемлемости решения вопроса.

Обращалось внимание на отсутствие исследований в обзорах, несмотря на исчерпывающий поиск (т.е. они были «пустыми» обзорами), и были ли в обзорах сделаны выводы о наличии неопределенности в отношении варианта на основании выявленных исследований. Осведомленность о том, что неизвестно, может быть столь же важным, как и о том, что известно. В случае пустого обзора или неопределенности, или вопроса по поводу качества обзоров, применимости результатов обзоров в местном контексте или отсутствия внимания к аспектам справедливости, можно заказать проведение первичного исследования или выбрать вариант и разработать план МиО. в рамках его реализации. В случае обзора, опубликованного много лет назад, можно заказать проведение обновленного обзора, если позволит время.

Не проводился поиск никаких дополнительных данных научных исследований, помимо включенных в систематические обзоры. Лица, заинтересованные в реализации определенного варианта, могут захотеть продолжить поиск более подробного описания варианта или дополнительных данных научных исследований по варианту

ТРИ ВАРИАНТА РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Можно выбрать множество вариантов для решения проблемы [вставьте проблему]. Чтобы способствовать обсуждению преимуществ и недостатков потенциально действенных вариантов, для более глубокого анализа были выбраны три варианта. Они включают: [вставьте краткое описание вариантов 1-3].

В данном разделе основное внимание уделяется тому, что известно об этих вариантах. В следующем разделе основное внимание уделяется препятствиям на пути принятия и реализации вариантов и возможным стратегиям реализации для устранения препятствий.

Определение вариантов должно быть очень конкретным, чтобы лица, принимающие решения, с первого взгляда понимали, что предлагается.

Возможная организация содержания будет следующей: для каждого варианта сначала могут быть выделены элементы проблемы, решаемые этим вариантом, после чего следует описание фактических данных в пользу эффективности данного варианта. В заключение можно привести список предлагаемых действий в отношении политики в конкретном национальном контексте.

Представление фактических данных в таблицах (см. ниже) помогает быстро и легко оценить основные тезисы, извлеченные из литературы, а также их методологическую силу. Хотя АОФП не основывается исключительно на фактических данных из литературы, важно, чтобы ключевые моменты подтверждались результатами высококачественных систематических обзоров. Таблицы фактических данных помогают представить рейтинги наиболее важных фактических данных по шкале AMSTAR.

Вариант 1 [Вставьте краткое описание варианта]

[Вставьте описание варианта и, если применимо, его компонентов]

Кратко опишите текущий статус реализации предлагаемого действия в контексте конкретной системы здравоохранения. Мероприятие может быть полностью новым или только частично реализованным. Для ясности, обозначьте новый аспект предложенного варианта.

Имеются обобщенные данные научных исследований о ряде стратегий, направленных на многие компоненты этого варианта. Краткое изложение основных результатов этого обобщенного исследования представлено в таблице А2.1. Для тех, кто хочет узнать больше о систематических обзорах, содержащихся в таблице А2.1 (или получить ссылки на обзоры), в приложении 1 приведено более подробное описание систематических обзоров.

ТАБЛИЦА A2.1. РЕЗЮМЕ КЛЮЧЕВЫХ ВЫВОДОВ ИЗ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ПО ВАРИАНТУ 1 [ВСТАВИТЬ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА]

КАТЕГОРИЯ ВЫВОДОВ	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ
Преимущества	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о преимуществах, которые были обнаружены для каждого компонента варианта, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Потенциальные негативные последствия	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о негативных последствиях, которые были выявлены для каждого компонента варианта, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Использование ресурсов, затраты и/или экономическая эффективность	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов об использовании ресурсов, затратах и/или экономической эффективности, которые были обнаружены для каждого компонента варианта]
Неопределенность в отношении преимуществ и потенциальных негативных последствий (для обоснования мониторинга и оценки в случае реализации варианта)	Неопределенность из-за отсутствия систематических обзоров [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым не было выявлено обзоров] Неопределенность, поскольку исследования не были обнаружены, несмотря на исчерпывающий поиск в рамках систематического обзора [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым были определены «пустые» обзоры] Нет четкого сообщения в исследованиях, включенных в систематический обзор [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым нет достаточных фактических данных]
Ключевые элементы варианта политики, если он был опробован где-либо еще	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о ключевых элементах варианта политики, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Мнения и опыт заинтересованных сторон	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о мнениях и опыте заинтересованных сторон, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]

Вариант 2 [Вставить краткое описание варианта]

[Вставить описание варианта и, если применимо, его компонентов]

Кратко опишите текущий статус реализации предлагаемого мероприятия в контексте конкретной системы здравоохранения. Мероприятие может быть полностью новым или только частично реализованным. Для ясности, обозначьте новый аспект предложенного варианта.

Имеются обобщенные данные научных исследований о ряде стратегий, направленных на многие компоненты этого варианта. Краткое изложение основных результатов этого обобщенного исследования представлено в таблице A2.1. Для тех, кто хочет узнать больше о систематических обзорах, содержащихся в таблице A2.1 (или получить ссылки на обзоры), в приложении 1 приведено более подробное описание систематических обзоров.

ТАБЛИЦА A2.2. РЕЗЮМЕ КЛЮЧЕВЫХ ВЫВОДОВ ИЗ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ПО ВАРИАНТУ 2 [ВСТАВИТЬ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА]

КАТЕГОРИЯ ВЫВОДОВ	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ
Преимущества	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о преимуществах, которые были обнаружены для каждого компонента варианта, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Потенциальные негативные последствия	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о негативных последствиях, которые были выявлены для каждого компонента варианта, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Использование ресурсов, затраты и/или экономическая эффективность	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов об использовании ресурсов, затратах и/или экономической эффективности, которые были обнаружены для каждого компонента варианта]
Неопределенность в отношении преимуществ и потенциальных негативных последствий (для обоснования мониторинга и оценки, в случае реализации варианта)	Неопределенность из-за отсутствия систематических обзоров [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым не было выявлено обзоров] Неопределенность, поскольку исследования не были обнаружены, несмотря на исчерпывающий поиск в рамках систематического обзора [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым были определены «пустые» обзоры] Нет четкого сообщения в исследованиях, включенных в систематический обзор [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым нет достаточных фактических данных]
Ключевые элементы варианта политики, если он был опробован где-либо еще	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о ключевых элементах варианта политики, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Мнения и опыт заинтересованных сторон	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о мнениях и опыте заинтересованных сторон, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]

Вариант 3 [Вставить краткое описание варианта]

[Вставьте описание варианта и, если применимо, его компонентов]

Кратко опишите текущий статус реализации предлагаемого мероприятия в контексте конкретной системы здравоохранения. Мероприятие может быть полностью новым или только частично реализованным. Для ясности, обозначьте новый аспект направление предложенного варианта.

Имеются обобщенные данные научных исследований о ряде стратегий, направленных на многие компоненты этого варианта. Краткое изложение основных результатов этого обобщенного исследования представлено в таблице A2.1. Для тех, кто хочет узнать больше о систематических обзорах, содержащихся в таблице A2.1 (или получить ссылки на обзоры), в приложении 1 приведено более подробное описание систематических обзоров.

ТАБЛИЦА A2.3. РЕЗЮМЕ КЛЮЧЕВЫХ ВЫВОДОВ ИЗ СИСТЕМАТИЧЕСКИХ ОБЗОРОВ ПО ВАРИАНТУ 3 [ВСТАВИТЬ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА]

КАТЕГОРИЯ ВЫВОДОВ	КЛЮЧЕВЫЕ ВЫВОДЫ
Преимущества	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о преимуществах, которые были обнаружены для каждого компонента варианта, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Потенциальные негативные последствия	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о негативных последствиях, которые были выявлены для каждого компонента варианта, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Использование ресурсов, затраты и/или экономическая эффективность	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов об использовании ресурсов, затратах и/или экономической эффективности, которые были обнаружены для каждого компонента варианта]
Неопределенность в отношении преимуществ и потенциальных негативных последствий (для обоснования мониторинга и оценки в случае реализации варианта)	Неопределенность из-за отсутствия систематических обзоров [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым не было выявлено обзоров] Неопределенность, поскольку исследования не были обнаружены, несмотря на исчерпывающий поиск в рамках систематического обзора [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым были определены «пустые» обзоры] Нет четкого сообщения в исследованиях, включенных в систематический обзор [Вставьте краткое описание дополнительных компонентов, по которым нет достаточных фактических данных]
Ключевые элементы варианта политики, если он был опробован где-либо еще	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о ключевых элементах варианта политики, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]
Мнения и опыт заинтересованных сторон	[Вставьте одно или несколько маркированных ключевых тезисов о мнениях и опыте заинтересованных сторон, убедившись, что выводы представлены со ссылкой на новизну, качество, приемлемость для местного контекста, приемлемость для приоритетной группы и применимость в отношении проблемы]

Аспекты справедливости в трех вариантах

[Вставить краткое описание того, относятся ли эти ключевые выводы к приоритетным группам, и каким образом]

После обсуждения предлагаемых вариантов политики можно включить (при необходимости) небольшой раздел о других возможных политических вмешательствах, которые не обсуждаются под заголовками «варианты политики» или «аспекты реализации». Например, следует указать причины, по которым они не были учтены; недостаточные данные, неприемлемость в культурном/социальном отношении, политические вопросы и т. д.

АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ

[Вставьте описание потенциальных препятствий реализации вариантов]

Дайте краткое описание ранее существовавших способствующих факторов в контексте страны, которые обеспечивают благоприятную среду для расширения предлагаемых мер политики.

Реализация большинства вариантов по вопросу УПП - довольно сложное занятие, потому что каждый из них содержит несколько внутренних взаимозависимых направлений (изменение некоторых законодательных актов, изменение организации, назначение новых кураторов и т. д.).

(Если это и так совершенно ясно из раздела «Варианты» выше, то в этом нет необходимости.)

Во второй части следует резюмировать существующие и потенциальные препятствия (используя таблицу A2.4 в качестве шаблона). Затем можно отразить существующие условия, которые могут способствовать реализации предлагаемых действий, прежде чем, в заключение, представить те факторы, которые могли бы помочь в случае их реализации (например, наличие руководств по лечению или организация разработки руководств является уже-существующим фактором поддержки, в то время как широкое участие медицинских специалистов в разработке программы рационального использования антибиотиков [PIA/ASP] - является условным фактором реализации, который сработает только в том случае, если он будет инициирован во время реализации).

Наконец, оценка расходов или затрат должна быть важной частью раздела, посвященного аспектам реализации, поскольку она может позволить лицам, принимающим решения, оценить относительное преимущество предложенных вариантов в контексте ограниченных ресурсов.

ТАБЛИЦА A2.4. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ НА ПУТИ РЕАЛИЗАЦИИ ВАРИАНТОВ

[Вставить в ячейки краткое описание любых препятствий на пути реализации каждого варианта, которые были определены в исследовательской литературе, убедившись, что препятствия надлежащим образом представлены по уровням: получатель услуг или помощи пациент/человек, провайдер медицинских услуг, организация и система]

УРОВНИ	ВАРИАНТ 1 [ВСТАВИТЬ КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА]	ВАРИАНТ 2 [ВСТАВИТЬ КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА]	ВАРИАНТ 3 [ВСТАВИТЬ КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ВАРИАНТА]
Получатели помощи			
Знания и навыки			
Отношение к приемлемости, уместности и надежности программы			
Мотивация к изменению или принятию нового поведения			
Провайдеры медицинской помощи			
Знания и навыки			
Отношение к приемлемости, уместности и надежности программы			
Мотивация к изменению или принятию нового поведения			

Другие заинтересованные стороны (в том числе другие поставщики медицинских услуг, комитеты здоровья на уровне общин, кураторы сообществ, менеджеры программ, доноры, лица, определяющие политику и влиятельные лица)			
Знания и навыки			
Отношение к приемлемости, уместности и надежности программы			
Мотивация к изменению или принятию нового поведения			
Ограничения системы здравоохранения			
Доступность медицинской помощи, финансовые ресурсы, человеческие ресурсы, система образования, клиническое кураторство, внутренняя коммуникация, внешняя коммуникация, распределение полномочий, подотчетность, управление и/или кураторство, информационные системы, помещения, процессы, регулирующие движение пациентов, системы закупок и распределения, стимулы, бюрократия, отношение к нормам/требованиям и стандартам			
Социальные и политические ограничения			
Идеология, картина на краткосрочную перспективу, контракты, законодательство или нормативные акты, политика доноров, влиятельные люди, коррупция, политическая стабильность			

[Вставить в ячейки краткое описание любых препятствий на пути реализации каждого варианта, которые были определены в исследовательской литературе, убедившись, что препятствия надлежащим образом представлены по уровням: пациент/человек, поставщик медицинских услуг, организация и система]

[Вставить описание возможных стратегий реализации и то, что известно об их преимуществах, негативных последствиях, затратах и т.д.]

ССЫЛКИ

[Вставить ссылки]

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ШАБЛОН ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПО ОБЗОРУ АОФП

Обзор EVIPNet-Европа: форма обратной связи по обзору АОФП
Технический обзор/экспертная коллегиальная оценка/оценка значимости
(Европейское региональное бюро ВОЗ)
Об аналитическом обзоре фактических данных для формирования политики (АОФП)

АОФП - это документ, который объединяет данные глобальных научных исследований и местные данные по высокоприоритетной проблеме для обеспечения обоснования политики и программ. АОФП учитывают три ключевых фактора, положительно влияющих на использование научных исследований: (1) своевременность; (2) соответствие между данными научных исследований и убеждениями, ценностями и интересами или политическими целями и стратегиями лиц, определяющих политику, и заинтересованных сторон; и (3) взаимодействие между исследователями и лицами, определяющими политику (Lavis, Permanand, et al., 2009). Для получения дополнительных ресурсов по АОФП см. Руководство SURE (The SURE Collaboration, 2011a) и инструменты SUPPORT (Lavis, Oxman, et al., 2009a).

АОФП начинаются с описания политической проблемы, затем обобщают наилучшие имеющиеся фактические данные для количественной оценки масштаба и характера проблемы, описывают вероятные последствия ключевых вариантов решения проблемы и информируют о возможных препятствиях и факторах, способствующих реализации этих вариантов, а также способах их решения (Lavis, Permanand, et al., 2009). Целевая аудитория АОФП - это лица, определяющие политику, и стейкхолдеры, заинтересованные в процессе разработки политики. АОФП используются для обеспечения обоснования для принятия решений и вовлечения заинтересованных сторон и могут служить основой для будущих политических диалогов.

Процесс обзора АОФП

Для обеспечения последовательности и высокого качества разрабатываемых АОФП, проводятся строгие обзоры. Процесс обзора имеет три ключевых аспекта.

- **Технический обзор** проводится соответствующим подразделением Европейского регионального бюро ВОЗ. В этом обзоре рассматриваются технические и методологические элементы АОФП для обеспечения точности, ясности и последовательности его содержания.
- **Экспертная коллегиальная оценка** или рецензирование проводится членами другой страны EVIPNet. Оценивается качество выполняемых процессов для обеспечения их прозрачности, систематичности и воспроизводимости, и данная оценка выступает в качестве контрольного списка для обеспечения включения всех соответствующих аспектов.
- **Оценка значимости** проводится на национальном уровне лицами, определяющими политику, исследователями и заинтересованными сторонами. Этот аспект касается контекста АОФП, и изучает степень реалистичности, прагматичности, осуществимости, приемлемости АОФП и обоснованности с точки зрения социокультурного и политического контекста страны (Ako-Arrey et al., 2006).

Данный документ предоставляет:

1. инструкции о том, как провести процесс обзора
2. подробные критерии для каждого этапа процесса обзора.

1. Инструкции

До обзора

i. Пожалуйста, считайте проект АОФП конфиденциальным документом; не распространяйте и не цитируйте его до публикации.
ii. АОФП должен соответствовать структуре шаблона EVIPNet Европейского регионального бюро ВОЗ.
iii. АОФП будет редактироваться; поэтому мы просим вас сделать его обзор и дать ваши комментарии только относительно ясности, последовательности и технической точности.

Во время обзора

Обзор состоит из трех этапов.

Этап 1 представляет собой общую оценку АОФП и дает обзор содержания и формы документа.

Этап 2 включает разбивку документа на вопросы по отдельным разделам.

Этап 3 касается обратной связи, которая должна быть предоставлена по АОФП при рецензировании документа (с использованием функций комментариев и/или отслеживания изменений).

После обзора

Результаты технического обзора, а также экспертной коллегиальной оценки и оценки научной значимости будут переданы авторам АОФП, и будут использоваться в процессе окончательного редактирования. По мере необходимости можно связаться с рецензентами для получения разъяснений, и их данные останутся конфиденциальными.

2. Подробные критерии

НАЗВАНИЕ АОФП	ТИП ОБЗОРА (технический, экспертная коллегиальная оценка значимости)
Аффилиация (принадлежность) рецензента	
Заявление о конфликте интересов	

Этап 1. Общая оценка

Пожалуйста, заполните таблицу ниже. Она предназначена для того, чтобы дать общий обзор АОФП, рассматривая ценность, сферу применения, представление и стиль АОФП. Для получения дополнительных разъяснений см. Руководство SURE (The SURE Collaboration, 2011) и инструменты SUPPORT (Lavis, Oxman, et al., 2009a). При необходимости, будут также даны дополнительные ссылки.

ХАРАКТЕРИСТИКИ	КОММЕНТАРИИ
Ценность и актуальность - Какова ожидаемая ценность данного АОФП для целевой аудитории, общей аудитории? - Рассматривает ли АОФП высокоприоритетную проблему и описан ли процесс ее определения? - Актуален, уместен и значим ли АОФП для рассматриваемого вопроса/проблемы? (Ako-Arrey et al., 2006) - Удалось ли в АФОП не давать конкретные рекомендации или сохранить объективность в представлении фактических данных не в пользу какого-либо конкретного варианта?[8]	
Сфера применения - Справедливо и сбалансировано ли в АОФП описывается контекст решаемой проблемы? - Описывает ли АОФП кратко, но достаточно различные особенности проблемы, включая (по возможности) то, как она влияет на определенные группы? - Достаточно ли описание трех вариантов решения проблемы передает, что они влекут за собой? - Описывает ли АОФП затраты/стоимость и последствия вариантов решения проблемы, а также ключевые аспекты реализации? (Lavis, Permanand et al., 2009)	
Стиль - Является ли АОФП ясным, лаконичным и недвусмысленным? - Написан ли он приемлемым для целевой аудитории языком, например, для разработчиков политики или лиц, принимающих решения с исследовательским опытом?	
Формат - Соответствует ли отчет структуре и порядку (формату градуированного ввода информации) АОФП сети EVIPNet (1 страница ключевых тезисов, 3-страничное резюме и 25-страничный отчет)? - Все ли таблицы и рисунки имеют значимые подписи? - Предоставляют ли текстовые вставки актуальную новую информацию?	
Последовательность - Есть ли несоответствия в тезисах АОФП? - Ясна ли аргументация (подача доводов) и ясна ли и последовательна ли связь между проблемой, вариантами и аспектами реализации? - В частности, ясно ли решают проблему предложенные варианты?	
Уровень детализации - Достаточно ли подробно представлены проблема, варианты и аспекты реализации?	

[8] Представлено в раздаточном материале К. Moat по вопросам обзора АОФП на пятой многострановой встрече EVIPNet-Европа (Братислава, 14–16 июня 2017г.).

Фактические данные Описывает ли АОФП то, что известно, на основе обобщенных данных научных исследований о каждом из трех вариантов и пробелы в том, что известно?[9] Учитывается ли качество данных научных исследований? (Lavis, Permanand, et al., 2009.) Рассматриваются ли фактические данные с точки зрения приемлемости для местного контекста? (Lewin, Oxman, et al., 2009b) Учитывается ли аспект справедливости при обсуждении данных научных исследования? (Oxman et al., 2009) Правильно ли контекстуализированы использованные данные научных исследований?	
Методы - Использует ли АОФП систематические и прозрачные методы для выявления, отбора и оценки обобщенных данных научных исследований? - Описаны ли методы приемлемым для целевой аудитории языком?	
Ключевые определения и терминология - Насколько они ясны и точны? - Определены и объяснены ли технические термины? - Последовательно ли используются термины в документе?	
Пробелы - Есть ли какие-либо другие данные научных исследований по этой теме, которые были бы особенно полезны для формулировки проблемы и предложения вариантов? - Есть ли в этом АОФП какие-либо пробелы в доводах, используемых для логической и релевантной связки определения проблемы, вариантов, затрат и последствий?	
Ограничения - Признаются ли какие-либо ограничения в фактических данных, информации и методах? - Была ли должным образом решена проблема, связанная с недостатком фактических данных?	
Другие комментарии	

[9] Представлено в раздаточном материале K. Moat по вопросам обзора АОФП на пятой многострановой встрече EVIPNet-Европа (Братислава, 14–16 июня 2017г.).

Этап 2a: Отдельные вопросы по разделам для лиц, выполняющих технический обзор

Цель данного обзора - оценить техническую точность и согласованность АОФП. Необходимо рассмотреть формулировку проблемы, диапазон рассматриваемых вариантов и соответствие между ними. Также будет изучен методологический и научный процесс, изучена литература, оценка этой литературы и ее применение к вопросу. Пожалуйста, вставьте свои комментарии в таблицу ниже, а также прямо в АОФП, используя функцию «создать примечание» /comment bubbles; пожалуйста, не используйте функцию «запись исправлений»/track- changes.

РАЗДЕЛ		ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ
Ключевые тезисы (1 страница)		Обобщают ли данные ключевые тезисы наиболее важные разделы, в том числе: определение проблемы, варианты политики и аспекты реализации?
Резюме (≤3 страницы)		Включает ли данное резюме соответствующие детали, чтобы позволить читателю быстро собрать важную информацию, в том числе: определение проблемы, варианты политики, имеющиеся фактические данные и аспекты реализации, а также быстро оценить, насколько варианты политики точно соответствуют проблеме в данном контексте?
ПОЛНЫЙ ОТЧЕТ (25 СТРАНИЦ)	**Проблема**	1) **Определение проблемы** ▫ Является ли процесс определения проблемы прозрачным и систематическим? 2) **Уточнение проблемы** a. Сообщается ли о проблеме технически точно и ясно, дается ли также информация о контексте страны? b. Ясно ли определены характер, причины, масштабы, частота и острота проблемы? (Ako-Arrey et al., 2006) • Поддерживается ли теория изменений (т.е. подробное описание логически связанных шагов, используемых для связи причин и результатов) литературой?
	Варианты политики	1) **Определение и уточнение вариантов политики** a. Решают ли указанные варианты политики проблему? a. Представляют ли авторы варианты политики ясно, сжато, недвусмысленно и последовательно? b. Доказана ли эффективность представленных вариантов политики в текущей литературе? c. Рассмотрены ли все важные варианты политики? (Есть ли в литературе другие, пользующиеся сильной поддержкой/ которые следует включить?) d. Были ли учтены мнения и опыт национальных заинтересованных сторон? 2) **Компромиссное решение** a. Учитываются ли все важные издержки и последствия (преимущества/негативные последствия) вариантов политики? b. Включают ли эти затраты/преимущества непредвиденные последствия? (Ako-Arrey et al., 2006) 3) **Использование фактических данных** a. Включают ли используемые фактические данные наиболее важную/влиятельную литературу по данному вопросу? b. (Качество фактических данных) Описывают ли методы систематический способ оценки и представления фактических данных? Оцениваются ли таким образом фактические данные, содержащиеся в таблицах в приложении? (Lewin, Oxman et al., 2009a; Lavis, Oxman et al., 2009b) c. (Приемлемость для местного контекста) Используются ли местные данные для обеспечения контекстуализации результатов? (Lewin, Oxman et al., 2009b) i. Правильно ли оценены эти местные фактические данные? ii. Являются ли эти фактические данные репрезентативными и точными для контекста, в котором они используются? d. (Справедливость) Учитывают ли фактические данные, какие группы или учреждения могут оказаться в невыгодном положении из-за рассматриваемых вариантов политики? Основаны ли они на правдоподобных предположениях? (Oxman et al., 2009) e. (Пробелы в данных научных исследований) Устранены ли пробелы с помощью аспектов МиО для обеспечения доступности недостающих фактических данных в определенный момент в будущем?
	Аспекты реализации	**Способствующие факторы и препятствия** a. Ясно ли представлены варианты политики с точки зрения концептуализации, оперативного руководства и способов реализации? (Ako-Arrey et al., 2006) b. Рассматриваются ли препятствия и факторы, способствующие реализации, систематическим и прозрачным образом для каждого варианта? (Fretheim et al., 2009) c. Осуществимы ли выявленные способствующие факторы? d. Рассматриваются ли стратегии реализации, которые могут помочь преодолеть эти препятствия? e. (Справедливость при реализации) Учитываются ли важные аспекты реализации с целью обеспечения сокращения неравенства? (Oxman et al., 2009) f. Однозначно/явно ли приведены фактические данные этих стратегий реализации? Была ли проведена оценка качества этих фактических данных?
	Методы	**Исчерпывающе ли описаны используемые методы, в том числе:** i. детали поиска по базам данных; а также ii. ссылка на качество, местную применимость и другие «контрольные списки», используемые для оценки систематических обзоров и местных данных?
	Комментарии	

Этап 2b. Отдельные вопросы по разделам для лиц, выполняющих экспертную коллегиальную оценку /рецензирование

Целью данного обзора является оценка процесса создания АОФП и содержания подготовленного документа с точки зрения процесса и целей АОФП в рамках EVIPNet. Данный обзор следует использовать как своего рода контрольный список для обеспечения изучения и включения всех соответствующих аспектов. Пожалуйста, вставьте свои комментарии в приведенную ниже таблицу, а также прямо в АОФП, используя функцию «создать примечание»/ comment bubbles; пожалуйста, не используйте функцию «запись исправлений»/track- changes.

РАЗДЕЛ		ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ
Ключевые тезисы (1 стр.)		Обобщают ли эти ключевые тезисы наиболее важные разделы, в том числе: определение проблемы, варианты политики и аспекты реализации?
Резюме (≤3 страницы)		Включает ли это резюме соответствующие подробности, чтобы позволить читателю быстро собрать важную информацию, в том числе: определение проблемы, варианты политики, имеющиеся фактические данные, аспекты реализации и действенные следующие шаги?
ПОЛНЫЙ ОТЧЕТ (25 СТРАНИЦ)	**Проблема**	1) **Определение проблемы** a. Описывают ли авторы, как проблема привлекла их внимание? b. Перечислены ли типы участников, участвующих в определении проблемы (например, НПО, руководители проектов, университетские исследователи, разработчики политики)? c. Исследуют ли авторы причины проблемы? d. Приводится ли обоснование приоритетности этой проблемы? e. Есть ли обоснование сроков этого АОФП? 2) **Уточнение проблемы** a. Четко ли авторы указывают масштаб/сферу действия проблемы? ii. Подтверждают ли авторы их соответствующими фактическими данными? iii. Отмечен ли исходный уровень/цель, относительно которых сравнивается масштаб/сфера действия проблемы? iv. Правильно ли выбран этот исходный уровень /цель? b. Ясна ли формулировка проблемы? i. Связана ли она с задействованными лицами/участниками? c. Если существует неопределенность, была ли она указана в уточнении проблемы?
	Варианты политики	1) **Определение и уточнение вариантов политики** a. Представляют ли авторы варианты политики ясно, сжато, недвусмысленно и последовательно? b. Считаются ли варианты политики технически осуществимыми, доступными и соответствующими нормам/ценностям контекста? c. Доказана ли эффективность рассматриваемых вариантов политики в фактических данных? d. Представлены ли варианты политики, которые были определены, с точки зрения концептуализации, оперативного руководства и способа реализации? e. Представлены ли эти варианты политики только по отдельности или также рассматривается комбинация вариантов? 2) **Компромиссное решение** a. Обсуждают ли авторы затраты и преимущества вариантов политики в силу: vii. вводимых ресурсов для реализации; viii. прямых результатов; ix. воздействия? x. Четко ли указаны критерии, используемые для выбора затрат и преимуществ? xi. Включен ли анализ экономической эффективности? xii. Признаются ли неопределенности? 3) **Использование фактических данных** a. Отражен ли тип фактических данных, рассматриваемых для каждого варианта? i. Включены ли глобальные и местные фактические данные? b. Анализируют ли авторы качество использованных фактических данных? i. Используется ли система GRADE? ii. Если используются систематические обзоры, использовались ли какие-либо из следующих инструментов: AMSTAR, инструменты Программы развития навыков критической оценки (CASP), индекс Оксмана и Гайатта/Oxman and Guyatt index? iii. Анализ образца использованной литературы: была ли она оценена должным образом? c. Выявлены и учтены ли этические вопросы, связанные с вариантами политики? d. Учитывают ли варианты политики вопросы справедливости? e. Рассматривается ли мониторинг и оценка? f. Использовались ли соответствующие критерии экономической оценки?
	Аспекты реализации	**Способствующие факторы и препятствия** a. Определяют ли авторы потенциальные способствующие факторы и препятствия на пути реализации определенных вариантов политики? b. Анализируют ли авторы стратегии реализации, которые могли бы преодолеть эти препятствия? c. Однозначно/ясно ли приводятся фактические данные этих стратегий реализации? Оценивается ли качество этих фактических данных (см. выше)? d. Отмечена по мере необходимости какая-либо неопределенность в фактических данных?
	Следующие шаги	Обсуждается ли применение данного АОФП для политических диалогов?
	Комментарии	

Этап 2c: Отдельные вопросы по разделам для лиц, выполняющих оценку значимости

Оценка значимости предназначена для изучения применимости и пригодности АОФП для местного, национального и международного контекста, для которых он предназначен. Основное внимание будет уделяться удобству использования, применимости и уместности определенной проблемы, рассматриваемым вариантам, препятствиям на пути реализации вариантов и обозначенным способствующим факторам, а также использованию фактических данных. Пожалуйста, вставьте свои комментарии в приведенную ниже таблицу, а также прямо в АОФП, используя функцию «создать примечание»/comment bubbles; пожалуйста, не используйте функцию «запись исправлений»/track- changes.

РАЗДЕЛ		ВОПРОСЫ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ
Ключевые сообщения (1 страница)		Обобщают ли эти ключевые тезисы наиболее важные разделы, в том числе: определение проблемы, варианты политики и аспекты реализации?
Резюме (≤3 страницы)		Включает ли это резюме соответствующие детали, чтобы позволить читателю быстро собрать важную информацию, в том числе: определение проблемы, варианты политики, имеющиеся фактические данные, аспекты реализации и действенные следующие шаги?
ПОЛНЫЙ ОТЧЕТ (25 СТРАНИЦ)	**Проблема**	1) **Определение проблемы** a. Отражает ли определение проблемы контекст, в котором определен вопрос? (Ako-Arrey et al., 2006) iv. При рассмотрении данной проблемы – рассматриваются ли структуры местной системы здравоохранения и стратегия здравоохранения (повестка дня государства правительства и связи с другими политическими вопросами), относящиеся к проблеме? v. Учли ли авторы политические, институциональные и социокультурные компоненты местного и национального контекста? b. Вовлечены ли самые важные участники в процесс определения проблемы? c. Был ли процесс привлечения заинтересованных сторон: 🕑 связан с другими соответствующими действиями; 🕑 опирался на предыдущий опыт работы в стране? (Сотрудничество в рамках SURE, 2011) 2) **Уточнение проблемы** Соответствует ли приоритизация этой проблемы повестке дня основных заинтересованных сторон, участвующих в процессе принятия решений?
	Варианты политики	1) **Определение и уточнение вариантов политики** Предоставленные варианты политики: i. осуществимы в данной среде реализации; ii. экономически доступны в рамках финансовых структур и бюджетных ассигнований системы здравоохранения; iii. адаптируемы к экспертному и профессиональному уровню в местных условиях; iv. вписываются в социальную и культурную перспективу среды, в которой они будут реализованы; v. соответствуют политическим интересам/обязательствами системы; vi. могут устойчиво обеспечивать долгосрочные результаты? (Ako-Arrey et al., 2006) 2) **Компромиссное решение** Аспекты по затратам и преимуществам вариантов политики: i. включают наиболее важные затраты и преимущества для местного контекста; ii. учитывают вопросы справедливости и этические вопросы в среде реализации? (Lewin, Oxman et al.,2009b) 3) **Использование фактических данных** Используемые фактические данные: i. включают местные фактические данные ([Lewin, Oxman et al.,2009b); ii. адаптируют международные фактические данные к местным условиям? (Lavis, Oxman et al.,2009b)
	Аспекты реализации	**Способствующие факторы и препятствия** a. Аспекты реализации на местном уровне соответствующие? b. Учитываются ли контекстуальные препятствия для реализации? c. Применимы ли стратегии преодоления этих препятствий на местном уровне? d. Применимы ли фактические данные для этих стратегий реализации на местном уровне?
	Следующие шаги	Точно ли отражают следующие шаги национальные процедуры организации политического диалога?
	Комментарии	

Ссылки на приложения

Ako-Arrey D, Brouwers MC, Lavis JN, Giacomini MK. Health systems guidance appraisal – a critical interpretive synthesis. Implement Sci. 2006;11:9 (https://doi.org/10.1186/s13012-016-0373-y, accessed 17 July 2019).

Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):6 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S6, accessed 17 July 2019).

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009a). Introduction. SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):1 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-I1, accessed 18 July 2019).

Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A (2009b). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):9 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S9, accessed 18 July 2019).

Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):13 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S13, accessed 19 July 2019).

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A (2009a). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):8 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S8, accessed 19 July 2019).

Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S (2009b). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):11 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S11, accessed 19 July 2019).

Mays N, Pope C, Popay J (2005). Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in the health field. J Health Serv Res Policy. 10(1_ suppl):6–20 (https://doi.org/10.1258/1355819054308576, accessed 19 July 2019).

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A (2009). SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. Health Res Policy Syst. 7(Suppl 1):10 (https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S10, accessed 25 July 2019)

The SURE Collaboration (2011a). SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011 [website]. Geneva: WHO Evidence-informed Policy Network (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html, accessed 25 July 2019).

The SURE Collaboration (2011b). SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 – updated November 2011. Prioritizing topics for policy briefs [website]. Geneva: WHO Evidence-informed Policy Network (https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/SURE-Guides-v2.1/Collectedfiles/sure_guides.html, accessed 25 July 2019).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) - специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении вопросов международного здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных офисов 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
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Босния и Герцеговина
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

WHO/EURO:2020-1740-41491-56589

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: euwhocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int