

ЕВАЛУАЦИЈА ПРИМЕНЕ БИХЕЈВИОРАЛНИХ И КУЛТУРНИХ УВИДА У ОБЛАСТИ ЗДРАВЉА У СРБИЈИ: ИЗАЗОВИ, МОГУЋНОСТИ И ПОУКЕ

Слађана Барош,¹ Катрин Бах Хаберсаат,² Стефан Мандић-Рајчевић,³ Ивана Војводић,⁴ Александар Бојовић⁵

¹ Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Београд, Србија

² Светска здравствена организација, Регионална канцеларија за Европу, Копенхаген, Данска

³ Универзитет у Београду, Медицински факултет, Институт за социјалну медицину, Лабораторија за инфодемиологију и управљање инфодемијом, Београд, Србија

⁴ UNICEF Србија, Београд, Србија

⁵ Светска здравствена организација, Канцеларија СЗО у Србији, Београд, Србија

EVALUATION OF THE APPLICATION OF BEHAVIORAL AND CULTURAL INSIGHTS FOR HEALTH IN SERBIA: CHALLENGES, OPPORTUNITIES AND LESSONS LEARNED

Sladana Baroš,¹ Katrine Bach Habersaat,² Stefan Mandić-Rajčević,³ Ivana Vojvodić,⁴ Aleksandar Bojović⁵

¹ Institute of Public Health of Serbia “Dr Milan Jovanovic Batut”, Belgrade, Serbia

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

³ University of Belgrade, Faculty of Medicine, Institute of Social Medicine, Laboratory for Infodemiology and Infodemic Management, Belgrade, Serbia

⁴ UNICEF Serbia, Belgrade, Serbia

⁵ World Health Organization, Country office in Serbia, Belgrade, Serbia

Сажетак

Узимајући у обзир кључну улогу понашања у вези са здрављем у приступу најважнијим здравственим изазовима, од кључног је значаја да се негује култура здравља у којој се здравствено одговорна понашања делотворно омогућавају, подржавају и промовишу. Примена бихејвиоралних и културних увида (BCI) за боље здравље, што је једна од истакнутих иницијатива СЗО, у складу је са овим циљем. Усвајањем *Европског акционог оквира за BCI у области здравља*, Србија је преузела обавезу, заједно са другим земљама у Европском региону СЗО, да имплементира и периодично извести о пет стратешких обавеза: изградња разумевања и обезбеђивање подршке за BCI међу кључним заинтересованим странама; спровођење истраживања у области BCI; примена BCI у развоју политика и програма; опредељивање људских ресурса и финансирања за BCI; и интегрисање BCI у здравствене стратегије и планове. У овом раду се резимира имплементација BCI у Србији у два извештајна циклуса (који покривају период 2021–2022. и 2023–2024, редом), на основу процеса за постизање консензуса међу мапираним кључним актерима. Мапирање актера је вођено у складу са критеријумима оквира за акцију за BCI, са циљем да се обухвате активности које су започели, спроводили или завршили органи власти на националном или субнационалном нивоу, као и јавноздравствене установе, у току ових извештајних периода. То је обухватило представнике владиних тела, институте за јавно здравље, академске институције и агенције УН, чиме је осигуран свеобухватан преглед активности и перспектива у Србији у вези са BCI. Извештавање ка СЗО обухватало је пет скала за самопроцену (са оценама 1 до 5) и три бинарна (да/не) индикатора. У оба извештајна циклуса, Србија је проценила имплементацију оценом 3 (умерено) за свих пет стратешких обавеза. Иако је напредак на скали од 1 до 5 остао непромењен, уочен је изврстан напредак у имплементацији BCI у областима истраживања и стратешког здравственог планирања. Кључни изазови идентификовани кроз овај процес су слични онима са којима су се суочиле друге земље, и обухватају превођење бихејвиоралних увида (BI) и културних схватања у праксе засноване на доказима, системску интеграцију BCI у креирање програма и интервенција, и ограничену интердисциплинарну комуникацију и сарадњу. Бављење овим изазовима захтева улагање у изградњу капацитета за BCI, одржавано финансирање кроз здрав-

Abstract

Considering the crucial role of health behaviour in addressing key health challenges, fostering a health culture in which health-related behaviours are effectively enabled, supported and promoted is essential. The application of behavioural and cultural insights (BCI) for better health, a flagship WHO initiative, aligns with this objective. By adopting the *European Action Framework for BCI for Health*, Serbia—along with other countries in the WHO European Region—has committed to implementing and reporting on five strategic commitments: building stakeholder understanding and support for BCI; conducting BCI research; applying BCI in policy and program development; allocating human resources and funding for BCI; and integrating BCI into health strategies and plans. This paper summarizes BCI implementation in Serbia across two reporting cycles (covering 2021–22 and 2023–24, respectively) based on a consensus-building process with mapped stakeholders. Stakeholder mapping was guided by the BCI action framework criteria, aiming to include activities initiated, conducted, or completed by national or sub-national authorities and public health institutions within the reporting periods. This involved representatives from governmental bodies, institutes of public health, academic institutions, and UN agencies, ensuring a comprehensive overview of BCI activities and perspectives in Serbia. The reporting to WHO comprised five self-assessment scales (rated from level 1 to 5) and three binary (yes/no) indicators. In both reporting cycles, Serbia self-assessed implementation at level 3 (moderate) for all five strategic commitments. While progress on the 1 to 5 scale remained unchanged, some advancement was observed in the implementation of BCI in the areas of research and strategic health planning. Key challenges identified through this process are similar to those faced by other countries and include the translation of behavioural insights (BI) and cultural understanding into evidence-based practice, the systematic integration of BCI into program and intervention design, and limited interdisciplinary communication and collaboration. Addressing these challenges requires investment in BCI capacity-building, sustained funding through health programs, and the establishment of BI units and/or interdisciplinary BCI networks. These findings may also be valuable for countries with similar cultural contexts that are seeking to operationalise BCI within their health systems.

ствене програме и успостављање јединица за ВІ и/или интердисциплинарних мрежа за ВСІ. Ови налази такође могу да буду драгоцени другим земљама са сличним културним контекстима, које желе да операционализују ВСІ унутар својих здравствених система.

Кључне речи: бихејвиорални увиди, изазови са имплементацијом, здравље, програм, бихејвиорално истраживање

Key words: behavioral insights, implementation challenges, health, program, behavioral research

Увод

Понашање људи је од централног значаја за постизање смислених здравствених исхода и утицаја, у било ком здравственом програму. Људско понашање, обликовано кроз комплексну интеракцију индивидуалних, еколошких, социјалних, културних и структурних фактора често се не разматра на правилан начин приликом осмишљавања здравствених политика, услуга или комуникације. Многи јавноздравствени изазови, као што су незаразне болести, инфективне болести и пандемије, климатске промене, здравствене неједнакости и разлике, старење популације, кризе менталног здравља, сексуално и репродуктивно здравље [1–3] под снажним су утицајем људског понашања. Како свет не напредује довољно према Циљевима одрживог развоја, УН су идентификовале пет покретача промене, од којих је један бихејвиорална наука [4–6], а међународне организације као што су ЕУ, СЗО, UNICEF и друге агенције УН, између осталих, раде на проширењу употребе бихејвиоралних увида у одговору на здравствене изазове. Централна премиса је да примена бихејвиоралних и културних увида у области здравља омогућава на доказима засновано креирање политика, програма и комуникационих активности, чија се делотворност може недвосмислено и емпиријски потврдити. Формализацијом ове обавезе, државе чланице Европског региона СЗО, укључујући и Србију, су у септембру 2022. године једногласно усвојиле регионалну резолуцију и петогодишњи „Европски оквир за акцију у области бихејвиоралних и културних увида (BCI) за боље здравље 2022–2027”. Визија је регион у коме здравствене политике, услуге и комуникација доприносе бољем здрављу и смањењу неједнакости у здрављу захваљујући систематској примени приступа заснованог на ВСІ у њиховом развоју, имплементацији и евалуацији [7]. Регионалну резолуцију је пратила глобална резолуција усвојена у мају 2023. године са слично амбициозним циљевима [8].

Усвајањем регионалне резолуције, земље региона су преузеле пет стратешких обавеза (SC, енгл. *strategic commitments*), заједно са обавезом да сваке друге го-

Introduction

Human behavior is central to achieving meaningful health outcomes and impacts, across any health program. Human behavior, shaped through complex interaction of individual, ecological, social, cultural, and structural factors, is often not appropriately considered when designing health policies, services or communication. Many public health challenges, such as non-communicable diseases, infectious diseases and pandemics, climate change, health inequalities and disparities, ageing population, mental health crises, sexual and reproductive health, etc., [1–3], are strongly affected by human behaviour. As the world is making insufficient progress towards the Sustainable Development Goals, the UN identified five drivers of change, of which behavioural science is one [4–6], and international organizations such as EU, WHO, UNICEF and other UN agencies among others are scaling up on the use of behavioural insights to address health challenges. The central premise is that applying behavioral and cultural insights to health will enable the design of evidence-based policies, programs, and communication efforts, whose effectiveness can be demonstrably validated. Formalizing this commitment, the Member States of the WHO European Region, including Serbia, in September 2022 unanimously adopted a regional resolution and 5-year “European Framework for Action on Behavioural and Cultural Insights (BCI) for Better Health 2022–2027”. The vision is a region where health-related policies, services and communication deliver better health and reduce health inequity owing to the systematic application of BCI approaches in their development, implementation and evaluation [7]. The regional resolution was followed by a global resolution in May 2023 with similar ambitious goals [8].

By adopting the regional resolution, the countries of the Region made five strategic commitments (SCs), along with the obligation to report on their implementation every other year. These commitments include building understanding and support of BCI among key stakeholders (SC1); conducting BCI research (SC2); applying BCI to improve outcomes of health-related policies, services and communication (SC3); committing human and financial resources for

дине извештавају о њиховом спровођењу. Ове обавезе обухватају развијање разумевања и обезбеђивања подршке за BCI међу кључним заинтересованим странама (SC1); спровођење BCI истраживања (SC2); примену BCI ради унапређења исхода здравствених политика, услуга и комуникације (SC3); опредељивање људских и финансијских ресурса за BCI и осигуравање њихове одрживости (SC4); те спровођење стратешког(их) плана(ова) за примену BCI у циљу бољег здравља (SC5) [9]. У овом раду представљамо формативну евалуацију засновану на анализи расположивих докумената о напретку који је постигнут у Србији у периоду 2021–2024. година, као и идентификоване главне могућности и изазове у његовој имплементацији.

Метод

Евалуација представља квалитативну анализу, засновану на расположивим документима, допуњену структурисаним дискусијама вођеним са кључним актерима. Заснована је на два извештаја о напретку поднета СЗО, а која документују спровођење BCI активности у Србији, и уједно интегрише увиде добијене на састанцима са кључним актерима, како би се обезбедила јасна процена изазова, могућности и поука.

Применом извештајног оквира датог резолуцијом и петогодишњим планом СЗО, прва ауторка, као именована национална коресподенткиња за BCI, предводила је израду два национална извештаја о напретку у имплементацији BCI у 2023. и 2025. години (који покривају периоде 2021–2022. и 2023–2024, редом). Методологија за израду извештаја о напретку је обухватала: мапирање кључних актера, састанак са кључним актерима ради постизања консензуса за оцену статуса имплементације, те интерактивни процес финализације извештаја.

Кључне актере је мапирала национална коресподенткиња применом критеријума СЗО: то су они који су учествовали у раду усмереном на истраживање понашања у вези са здрављем и примену стечених увида у осмишљавање политика, услуга и комуникације, а који се спроводи уз учешће власти на националном или субнационалном нивоу или уз учешће јавноздравствених институција [9, 10]. Сходно томе, мапирани кључни актери су обухватили запослене у органима власти и институцијама које координишу рад у вези са здравственим понашањима, односно са пет стратешких обавеза и/или националних јавноздравствених приоритета (вакцинација, сексуално и репродуктивно здравље укључујући HIV и полно преносиве инфекције (ППИ), употребу супстанци, ментално здравље, исхрану, скри-

BCI and ensure their sustainability (SC4); and implementing strategic plan(s) for the application of BCI for better health (SC5) [9]. Here, we present desk-based formative evaluation of the progress made in Serbia during 2021–2024 and main opportunities and challenges identified.

Method

The evaluation is a qualitative, desk-based review, complemented by structured stakeholder discussions. It draws on two progress reports submitted to WHO, documenting the implementation of BCI activities in Serbia and integrates insights from stakeholder meetings to provide a clear assessment of the challenges, opportunities, and lessons learned.

Using the reporting framework within the WHO resolution and 5-year plan, first author, as nominated BCI national focal point, led the development of two national BCI progress reports on the implementation of BCI in 2023 and 2025 (covering 2021–22 and 2023–24, respectively). The methodology for developing the progress reports included: stakeholder mapping, a consensus-building meeting with stakeholders to assess the implementation status, and an interactive process of finalizing the reports.

Stakeholders were mapped by the focal point using WHO criteria: those involved in work that seeks to explore health behaviours and use these insights to inform policies, services and communication and which is conducted with the involvement of national or subnational authorities and public health institutions [9, 10]. Accordingly, the mapped stakeholders included staff from these authorities and institutions who coordinated work related to health behaviours, related to the five strategic commitments and/or national public health priorities (vaccination, sexual and reproductive health including HIV and STIs, substance use, mental health, nutrition, cancer screening, minority health and more). According to BCI reporting criteria, this work could be conducted independently or together with external actors (e.g. NGO, international organizations, private sector, academia), which was initiated, conducted, or completed within the two years of the reporting period [9, 10]. Moreover, this work may involve efforts to explore individual and contextual factors influencing health behaviour, use of scientific evidence in shaping health policies, services, and communication, and evaluation of their impact or acceptability using scientific methods [9].

As a result, the identified stakeholders were representatives of Ministry of Health (MoH), Institute of Public Health (IPH) of Serbia, IPH of Belgrade, regional IPH with dual role (part of regional state university centers: Nis, Kragu-

нинг на рак, здравље мањина и друге). У складу са критеријумима за извештавање о BCI, овај рад је могао бити спроведен независно или у сарадњи са екстерним актерима (нпр. удружења грађана, међународне организације, приватни сектор, академска заједница), под условом да је започео, спровођен или завршен унутар двогодишњег извештајног периода [9, 10]. Уз то, он може да обухвата напоре усмерене на истраживање индивидуалних и контекстуалних фактора који утичу на понашање у вези са здрављем, као и на употребу научних доказа у обликовању здравствених политика, услуга и комуникације и евалуацију њиховог утицаја или прихватљивости применом научних метода [9].

На овај начин, као кључни актери идентификовани су представници Министарства здравља (МЗ), Институт за јавно здравље Србије (ИЈЗС), Градски завод за јавно здравље Београд, регионални институти за јавно здравље (ИЈЗ) са двоструком улогом (део су и регионалних државних универзитетских центара: Ниш, Крагујевац и Војводина); Медицински факултет Универзитета у Београду, Министарство за бригу о породици и демографију Србије, Канцеларија СЗО у Србији. У другом извештајном циклусу, ова група је проширена и на представнике Института за филозофију и друштвену теорију Универзитета у Београду, Етнографског института Српске академије наука и уметности, Института за психологију Универзитета у Београду, Канцеларије UNICEF-а у Србији и Канцеларије UNFPA у Србији. Сви који су позвани су имали могућност или да учествују на састанку или да претходно попуне упитник, као материјал за дискусију на састанку. Стопа одговора била је 100% у првом и 71% у другом циклусу.

Извештавање о напретку према СЗО засновано је на пет скала самопроцене, које су се односиле на сваку од пет обавеза (са оценама од 1 до 5), где 1 означава потпуни изостанак имплементације, а 5 потпуну имплементацију, као и три бинарна показатеља (да/не) која се односе на три обавезе (SC1, SC2 и SC5) [9, 10]. Упитник је такође обухватао отворена питања, којима су тражени примери који говоре у прилог датој процени, контекстуални коментари, примери добре праксе и квалитативни увиди везани за изазове у имплементацији BCI и за извештајни процес [11]. За сваку самопроцену, отворено питање и показатељ, процењивање у Србији је спроведено кроз партиципативни процес како би се дошло до консензуса током састанка, након чега је нацрт извештаја о напретку прослеђен учесницима на састанку, ради његове ревизије, допуне и добијања коментара. По пристизању свих инпута и њихове интеграције, национална коресподенткиња је послала коначни извештај на одобрење прво учесницима, а затим

jevac and Vojvodina); Faculty of Medicine University of Belgrade, Ministry of Family Welfare and Demography of Serbia, WHO Country Office for Serbia. In the second reporting cycle, this group was expanded with representatives of the Institute for Philosophy and Social Theory University of Belgrade, Institute of Ethnography Serbian Academy of Science and Art, Institute of Psychology University of Belgrade, UNICEF Office for Serbia and UNFPA Office for Serbia. Everyone invited had the possibility either to participate in the meeting or to prefill the questionnaire as meeting material for discussion. Response rates were 100% in the first cycle and 71% for the second.

The progress reporting to WHO was based on five self-assessment scales related to each of the five commitments (ranging from 1 to 5), where 1 indicates no implementation and 5 indicates full implementation as well as three binary indicators (yes/no) related to three of the commitments (SC1, SC2, and SC5) [9, 10]. The questionnaire also included open-ended questions seeking supporting examples, contextual comments, good-practice cases, and qualitative insights related to BCI implementation challenges, and the reporting process [11]. For each self-assessment, open-end question and indicator, the assessment in Serbia was done through a participative process to build consensus at the meeting, followed by the circulation of a post-meeting draft progress report for review, supplementation and comments. After receiving all inputs and their integration, the focal point sent the final report for approval by participants, then by MoH and submitted the report to WHO using an online form.

Results

The levels reported in 2023 (baseline) and 2025 (follow-up) remained unchanged at moderate levels (table 1).

и МЗ, након чега је поднела извештај СЗО преко онлајн формулара.

Резултати

Нивои самопроцене који су пријављени 2023. године (почетно стање) и 2025. (праћење мерење) били су непромењени, са оценом „умерено“ (табела 1).

Табела 1. Извештај Србије ка СЗО у погледу имплементације ВЦИ унутар пет стратешких обавеза за периоде 2021–2022. и 2023–2024. година

Table 1. Reporting from Serbia to WHO regarding BCI implementation across five strategic commitments for 2021–2022 and 2023–2024

SC*	Дефиниција Definition	Скала за извештавање Reporting scale	Оцена за период 2021–2022. (почетно стање, извештај из 2023.) Score for 2021–22 (baseline, reported 2023)	Оцена за период 2023–2024. (праћење, извештај из 2025.) Score for 2023–24 (follow-up, reported 2025)
1	Ниво изградње разумевања и подршке за ВЦИ међу заинтересованим странама Level of building understanding and support of BCI among key stakeholders	Самооцена (скала 1–5)** Self-assessment (scale 1–5)**	3	3
1	Постојање формалне мреже заинтересованих страна Having a formal network of stakeholders	Да/Не Yes/No	Да Yes	Да Yes
2	Ниво спровођења истраживања у области ВЦИ Level of conducting BCI research	Самооцена (скала 1–5)** Self-assessment (scale 1–5)**	3	3
2	Спроведена евалуација утицаја помоћу квантитативних метода Having conducted impact evaluation using quantitative methods	Да/Не Yes/No	Не No	Не No
3	Ниво примене ВЦИ у унапређењу политика, услуга и комуникације Level of applying BCI to improve policies, services and communication	Самооцена (скала 1–5)** Self-assessment (scale 1–5)**	3	3
4	Ниво људских и финансијских ресурса за ВЦИ Level of human and financial resources for BCI	Самооцена (скала 1–5)** Self-assessment (scale 1–5)**	3	3
5	Ниво интеграције ВЦИ у здравствене планове и стратегије Level of integrating BCI into health plans and strategies	Самооцена (скала 1–5)** Self-assessment (scale 1–5)**	3	3
5	Постојање одвојене стратегије или плана за ВЦИ Having a dedicated strategy or plan for BCI	Да/Не Yes/No	Не No	Не No

* SC = стратешка обавеза

** Скала (1–5): За сваку стратешку обавезу (SC), оцене 1 и 5 се специфично дефинишу као:

SC1: 1 = слаба свест, 5 = широко распрострањено препознавање и сарадња

SC2: 1 = нема спроведених студија, 5 = системско испитивање препрека и покретача понашања у вези са здрављем

SC3: 1 = без примене ВЦИ, 5 = системска примена у свим здравственим областима

*Sc=Strategic Commitment

** Scale (1–5): For each strategic commitment (SC), levels 1 and 5 are defined specifically as follows:

SC1: 1=Little awareness, 5=Wide recognition and collaboration

SC2: 1=No studies conducted, 5=Systematic exploration of barriers and drivers to health behavior

SC3: 1=No application of BCI, 5=Systematic application across health areas

SC4: 1=No dedicated funding or people, 5=Multiyear budgets and trained staff across health areas

SC4: 1 = без посебно опредељеног финансирања или кадрова, 5 = вишеслојни буџети и обучени запослени у свим здравственим областима
 SC5: 1 = BCI приступ није интегрисан у план специфичн за одређену област здравља, 5 = BCI је интегрисан у све планове за различите специфичне области здравља.

Примедба: за потпуни увод у оквир за извештавање, укључујући дефиниције, погледати Акциони оквир СЗО [9]

Регионални циљевии су да: 1) 85% држава чланица стигне до нивоа 3 или вишег на скали самопроцене за сваку од SC, 2) 85% држава чланица напредује ка вишој процени у односу на почетно стање за сваку од SC, и да 3) 75% држава чланица пријави одговор „да” за SC1 и SC2; а 38% држава чланица да пријави одговор „да” за SC5 [9]. Самопроцена Србије за све SC је на нивоу 3, чиме успешно доприноси првом циљу. С обзиром да у извештају о праћењу није пријављен напредак, Србија није у групи земаља које су напредовале ка вишем нивоу самопроцене. Дискусија на састанку је нагласила да, иако нема промене у самопроцени, постоји одређени напредак у имплементацији BCI. То значи да је напредак могућ, бар за неке SC, у следећем кругу извештавања у 2027. години (за период 2025–2026). Када је реч о параметрима под тачком 3), Србија има активну мрежу кључних актера (SC1), с обзиром да је дефиниција активне мреже широка и да укључује *ad hoc* мреже формиране за потребе пројеката. Међутим, Србија у извештају не може да одговори „да” на питање да ли је спровела евалуацију утицаја применом квантитативних метода интервенција које се односе на понашања у вези са здрављем (SC2); нити на питање да ли има националну стратегију за BCI или бихејвиоралне увиде (енгл. *behavioral insights, BI*) (SC5).

Примери успешне примене BCI

Бројне бихејвиоралне студије, које су наведене као примери који подржавају извештај у оквиру SC2, спроведене су у Србији током извештајних периода 2021–2022. и 2023–2024. У периоду 2020–2021, ИЈЗС, уз подршку МЗ, СЗО и других УН агенција, успешно је спровео истраживање за стицање увида у понашање у вези са ковидом 19, дизајнирано од стране Регионалне канцеларије СЗО за Европу, чији резултати су коришћени као основ за обликовање политике и интервенције [12]. ИЈЗС је спровео и студију пресека о ризику од HIV инфекције и ризичним облицима понашања међу кључним популацијама у 2021. години [13]. Током 2024. године, истраживачка група Лабораторије за инфодемију и управљање инфодемијом на Медицинском факултету Универзитета у Београду, у сарадњи са Заводом за здравствену заштиту студената, спровела је BCI студију са циљем идентификовања фактора који утичу на вакцинацију против ХПВ код студената Универзитета у Београду [14, 15].

SC5: 1=BCI not integrated in specific health-area plans, 5=BCI integrated in all specific health-area plans.

Note: for a complete introduction to the reporting framework, including definitions, we refer to the WHO action framework [9]

The regional targets are for 1) 85% of member states to reach level 3 or higher at the self-assessment scale for each SC, 2) 85% of member states to progress to higher level from baseline to follow-up self-assessment for each SC, and 3) 75% of member states to report ‘Yes’ for SC1 and SC2; and 38% of MS to report ‘Yes’ for SC5 [9]. Serbia’s self-assessment across all SCs is at level 3, thereby successfully contributing to the first target. Since no progress was reported in the follow-up, it is not included in countries having progressed at higher levels of self-assessment. Meeting discussion highlighted that, although there is no change in selected levels, there was some improvement in the implementation of BCI. This means progress is possible, at least for some of the SCs, in the next round of reporting in 2027 (for 2025–2026). For the last measurements under 3), Serbia has an active network of stakeholders (SC1), as the definition of an active network is broad and includes ad hoc project-based networks. However, Serbia is not able to report a ‘Yes’ for having conducted an impact evaluation using quantitative methods for an intervention that related to health behaviours (SC2); nor having a national strategy for BCI or BI (SC5).

Examples of successful application of BCI

A number of behavioural studies, reported through SC2 as supporting examples, were carried out in Serbia during the reporting periods of 2021–2022 and 2023–2024. In 2020–2021, a COVID-19 behavioral insights survey, designed by WHO Regional Office for Europe, was successfully conducted by the IPH of Serbia, supported by the MoH, WHO, and other UN agencies, and results served to inform policy and interventions [12]. A cross-sectional study on HIV risk and risk behaviours among key populations was conducted by the IPHS in 2021 [13]. In 2024, a research group from the Laboratory for Infodemiology and Infodemic Management at the Faculty of Medicine, University of Belgrade, in cooperation with the Institute for Student Health Protection, conducted a BCI study to identify factors influencing HPV vaccination among university students in Belgrade [14, 15].

As identified through SC2 related comments, most of these studies have been used to inform public health policies and interventions. With this aim, the IPH of Kragujevac, with support from the local Health Council, conducted several studies between 2021 and 2024, focused on non-communicable diseases, HPV immunisation and reproductive health, and mental health prevention. The results of the assessment of barriers to psychoactive substances use

Као што је утврђено на основу коментара у вези са SC2, већина ових студија је коришћена за обликовање јавно-здравствених политика и интервенција. Са тим циљем, ИЈЗ Крагујевац је, уз подршку локалног Савета за здравље, спровео неколико студија у периоду између 2021. и 2024. године, усмерених на незаразне болести, имунизацију против ХПВ-а и репродуктивно здравље, и на превенцију у области менталног здравља. Резултати процене баријера за превенцију употребе психоактивних супстанци (ПАС) у популацији миграната, коју је спровео ИЈЗС уз подршку Канцеларије UNICEF-а у Србији, коришћени су за развој смерница за превенцију употребе ПАС у овој популацији [16]. Како је наведено у извештају у оквиру SC3, пример који говори у прилог употреби BCI за унапређење исхода политика, услуга и комуникација у вези са здрављем је рад радне групе, успостављене од стране Министарства здравља, и Републичке стручне комисија за гинекологију, које су, уз подршку UNFPA, на основу прегледа литературе и квалитативне студије о искуству жена у породилиштима у току и након пандемије ковида 19, израдиле предлог Националног водича добре клиничке праксе „Физиолошки вагинални порођај” [17].

У вези са примерима добре праксе за пуну примену BCI приступа у Србији (у вези са SC3), у оба извештаја је истакнуто да су бихејвиорални увиди у Србији примењени у оквиру МОМЕНТУМ пројекта (2022–2024) који је финансирао USAID. BCI приступ је примењен да би се повећала покривеност вакцинама против ковида 19. У Србији су ову иницијативу спроводиле здравствене установе у координацији Медицинског факултета Универзитета у Београду и ИЈЗС, комбинујући стручне обуке и активно укључивање заједнице у подручјима са ниском покривеношћу [18]. Слично, током 2023. године примењен је BI приступ, са циљем повећања обухвата MMR1 вакцином и смањења неодлучности родитеља и старатеља, кроз сарадњу између UNICEF-а у Србији, МЗ, ИЈЗС, а уз подршку Тима за бихејвиоралне увиде (енгл. *Behavioural Insights Team*, BIT) и Регионалне канцеларије UNICEF-а за Европу и Централну Азију. Ова иницијатива је применила бихејвиорална истраживања и дизајн усмерен на човека у циљу идентификовања кључних баријера и развоја алата за здравствене раднике, укључујући и помоћна средства за здравствене професионалце и дигиталне подстицаје (подсетнике) за које је планирано да, након пилотирања на националном нивоу у 2025. години, буду интегрисани у примарну здравствену заштиту. Додатно, бихејвиорални увиди су усмерили локално настојање Завода за јавно здравље Нови Пазар да, уз подршку UNICEF-а, побољша мултисекторску координацију и адресира критичне баријере на нивоу заједнице. Текуће активности, засноване на бихејвиоралним увидима, подразумевају међусекторску сарадњу, активно укључујући кључне актере

prevention among migrant population, conducted by the IPH of Serbia with support of UNICEF Country Office in Serbia, were used to develop a guideline for PAS prevention in this population [16]. As reported through SC3 as supporting examples of use of BCI for use to improve outcomes of health-related policies, services and communication, based on a literature review and a qualitative study on the experiences of women in maternity wards during and after the COVID-19 pandemic, a working group established by the Ministry of Health and the Republican Expert Commission for Gynaecology, with support from UNFPA, developed the proposal for the *National Guideline on Good Clinical Practice: Physiological Vaginal Birth* [17].

Related to good practice examples for full application of BCI approach in Serbia (SC3 related), the reports highlighted that behavioral insights were applied in Serbia within the MOMENTUM project (2022–2024), funded by USAID. BCI approach was applied to boost COVID-19 vaccine coverage. In Serbia, the initiative was implemented by healthcare institutions under the coordination of the Faculty of Medicine, University of Belgrade, and the IPH of Serbia, combining professional training and community engagement in low-coverage areas [18]. Similarly, in 2023, behavioural insights were applied to support MMR1 vaccine uptake and reduce caregiver hesitancy through a collaboration between UNICEF in Serbia, the MoH, the IPH of Serbia, with the support of the Behavioural Insights Team and UNICEF Regional Office for Europe and Central Asia. The initiative applied behavioural research and human-centred design to identify key barriers, and develop tools for health workers, including job aids for health professionals and digital nudges (reminders) to be integrated into primary healthcare systems after national piloting in 2025. Additionally, behavioural insights have informed local efforts by the Institute of Public Health in Novi Pazar to enhance, with the support of UNICEF, multisectoral coordination and address critical community-level bottlenecks. These ongoing behaviourally informed actions involve cross-sectoral collaboration, engaging stakeholders from health, education, local self-government, religious communities, NGOs, media, and the judiciary sector.

Identified challenges in BCI implementation

Stakeholder discussions within Serbia provided valuable insights into challenges related to the implementation of all of the five SCs, including moving towards a more systematic application of BCI, towards a more evidence-based approach to health behaviours and towards more actionable research allowing translation into effective interventions. These challenges are elaborated below.

из здравственог и просветног сектора, локалних самоуправа, верских заједница, удружења грађана, медија и правосуђа.

Идентификовани изазови у имплементацији BCI

Дискусије кључних актера у Србији обезбедиле су значајне увиде у изазове везане за спровођење свих пет SC, укључујући напредовање ка систематичнијој примени BCI, ка више заснованом на доказима приступу понашањима у вези са здрављем, као и ка практично усмереним истраживањима која омогућавају лако спровођење у делотворне интервенције. Ови изазови детаљније су описани у тексту који следи.

Пројектна наспрам системске примене BCI

Дискусије кључних актера у оквиру свих SC, посебно у оквиру SC4 и SC5, нагласиле су неколико изазова у вези са одрживошћу. Приступ у вези са BCI у Србији се углавном реализују кроз различите пројекте финансиране од стране државе или међународних организација, те се стога још увек не примењују на систематски начин. Пројекти су временски ограничени и, иако обично подразумевају учешће различитих актера, имају ограничену одрживост у погледу финансијских и људских ресурса. Недовољно пажње се посвећује ресурсима неопходним за евалуацију програма или услуга заснованих на бихејвиоралним увидима након завршетка пројеката. Често се додатно радно оптерећење јавноздравствених професионалаца не узима у обзир. Када је реч о стратешком планирању, системска интеграција BCI је отежана због вишегодишњих циклуса усвајања политика. Већина стратегија у вези са здрављем, укључујући и кровну Стратегију јавног здравља, усвојена је током периода 2018–2021. и истиче у периоду 2025–2030, што значи да BCI приступ може да се integriше тек у будућим стратегијама.

Јавно здравље засновано на доказима и бихејвиорални рад

Као што разматрано у оквиру SC3, SC4 и SC5, све стратегије у вези са јавним здрављем истичу значај јавног здравља заснованог на доказима, као саставног дела развоја програма, стратегија и иницијатива у вези са здрављем. Креирање ових програма, стратегија и иницијатива се спроводи или кроз привремене мултисекторске радне групе формиране од стране МЗ, или кроз активности јавноздравствених професионалаца у ИЈЗС и/или регионалним ИЈЗ/ЗЈЗ. Као приступ заснован на доказима за делотворне бихејвиоралне интервенције у вези са здрављем, усмерене на човека и културно утемељене, приступи повезани са BCI се савршено уклапају у овај оквир, мада се доследно не

Project vs. systematic application of the BCI

The stakeholder discussions, within all SCs, with dominance of SC4 and SC5, highlighted several challenges related to sustainability. BCI-related approaches are mostly applied in Serbia through various projects financed by the government or international organization and thus is not systematically applied. Projects are time limited, and while they typically engage a variety of stakeholders, they have limited sustainability in terms of financial and human resources. Insufficient attention is given to post-project resources for evaluation of behaviorally informed programs or services. The additional workload of public health professionals is often not considered. With regard to strategic planning, the systematic integration of BCI is hindered by the multi-year nature of policy adoption cycles. Most health-related strategies, including the umbrella Public Health Strategy, were adopted during the period 2018–2021 and expire between 2025–2030, which means a BCI approach can only be integrated in future strategies.

Evidence-based public health and behavioral work

As discussed within SC3, SC4 and SC5, all public health-related strategies in Serbia value evidence-based public health, as an integrated part of developing health-related programs, strategies, and initiatives. This is done either through temporary multi-sectoral working groups established by the MoH or through the efforts of public health professionals at the IPH of Serbia and/or regional IPHs. As an evidence-based approach for effective, people-centered, and culturally grounded health behavior interventions, BCI-related approaches fit perfectly into this framework, however, are not consistently recognized as such. Stakeholder discussions revealed that while the application of BCI should be considered part of standard approaches for public health professionals, in practice this is rarely the case. Further, the discussion indicated that barriers to the integration of scientific evidence into routine programs include the timeliness of the generated evidence (in light of the time required to conduct research), differences in priorities between public health practice and academic research, and the applicability of research findings in everyday work. Biomedical considerations and evidence need to be supplemented with evidence and data related to the needs and circumstances of the affected population which must inform public health practice in the terms of priorities, policies and program work.

Behavioral research vs. behavioral insights

While considerable behavioral research is conducted in Serbia, discussion within SC2 and SC3 revealed that this research is predominantly quantitative and often limited in terms of providing actionable insights. Behavioral research

препознају као такви. Дискусије кључних актера указују на то да, иако би примена BCI требало да се посматра као део стандардног приступа јавноздравствених професионалаца, у пракси је то ретко случај. Даље, дискусија је указала да су баријере за интеграцију научних доказа у рутинске програме правовременост добијених доказа (с обзиром на време потребно да се спроведе истраживање), разлике између приоритета у јавноздравственом практичном раду и академском истраживању и примењивост резултата истраживања у свакодневном раду. Биомедицински аспекти и докази морају да се допуне доказима и подацима о потребама и околностима самих популација на које се односе, што онда мора да усмери јавноздравствену праксу у смислу приоритета, политика и програмског рада.

Бихејвиорално истраживање наспрам бихејвиоралних увида

Мада је у Србији спроведен значајан број бихејвиоралних истраживања, дискусије у оквиру SC2 и SC3 су указале да су ова истраживања доминантно квантитативна и често ограничена, у смислу пружања практично примењивих увида. Бихејвиорална истраживања су често више фокусирана на праћење бихејвиоралних фактора и здравствених стања, него на истраживања баријера и покретача за иста та понашања у вези са здрављем. Статистичка анализа сама по себи може да буде недовољна да се разумеју нијансе тога зашто се људи понашају како се понашају, и како им најделотворније омогућити да усвоје здравствено одговорна понашања. Примери могу бити велике националне студије, као што је истраживање здравља становништва (EHIS, енгл. *European Health Interview Survey*) [19] или истраживање понашања у вези са здрављем деце школског узраста (HBSC, енгл. *Health Behaviour in School-Aged Children*) [20], које пружају драгоцене податке о здравственим индикаторима, али саме по себи не нуде довољно примењивих увида и нијанси за обликовање делотворних интервенција. Квалитативне и партиципаторне методе истраживања су недовољно заступљене, што ограничава могућности да се у потпуности истраже и разумеју друштвени утицаји и развију културно утемељени здравствени програми, услуге и комуникација. Иако су различите научне студије подржане из државног буџета, кроз дискусију кључних актера је истакнуто да би примена резултата истраживања у креирању и ревизији програма, услуга и комуникације могла да се унапреди, као и да постоји јаз у превођењу налаза у практично примењиве програме и политике.

Дискусија

Значај бихејвиоралних увида и разумевање културног контекста за планирање здравствених програма засно-

is often more focused on monitoring behavioural factors and health conditions rather than exploring the barriers and drivers for the same health-related behaviour. Statistical analysis in itself can be insufficient to understand the nuances of why people behave the way they do, and how they can most effectively be enabled to take up health-related behaviours. Some examples come from large national studies, such as the European Health Interview Survey (EHIS) [19] or the Health Behaviour in School-Aged Children study (HBSC) [20], which provide valuable health indicator data but do not offer sufficient actionable insight and nuance to guide effective interventions in themselves. Qualitative research and participatory research methods are underrepresented which limits opportunities to fully explore and understand the social influences and developing culturally grounded health programs, services and communication. Even though different scientific studies are supported by state funding, the stakeholder discussion revealed that use of research findings for program, service and communication designing and revision could be improved, and there is a gap in translation of findings in actionable programs and policies.

Discussion

The importance of behavioural insights and cultural context understanding for planning evidence-based health programs and people-centred interventions is widely recognized through the adoption of regional and global resolutions [8, 9]. In Serbia, key barriers to fully leveraging the value of these approaches include the lack of a systematic approach and sustainable state funding, as well as a limited understanding of BCI and of how to translate behavioral insights into practice. These challenges are consistent with those faced by most countries in the WHO European Region. The funding and application of BCI, as observed across several countries, are often conducted ad hoc with on a project-based approach [11, 21–23]. Achieving systematic integration of evidence-based approaches to health behaviours across health programs necessitates sustained funding and active support from key stakeholders. According to WHO status reports developed based on country reporting, only 29% of countries reported moderate or high levels of stakeholder understanding and support in 2023–2024 [24], increasing from 23% two years earlier [11]. Country reporting also highlights challenges in the institutionalization of BCI, underscoring the need for its stronger incorporation into strategic frameworks and enhanced cross-sectoral collaboration [24]. Another key challenge identified in most countries is the lack of skilled public health professionals for the application of evidence-based approaches to health behaviours [23, 25]. Serbia has a sufficient pool of skilled public health professionals, however, lack of networking and collaboration between public health experts and experts from the behavioural sciences

ваних на доказима и интервенција усмерених на човека широко је препознат кроз усвајање регионалних и глобалних резолуција [8, 9]. У Србији, кључне препреке потпуном коришћењу вредности ових приступа обухватају недостатак системског приступа и одрживог државног финансирања, као и ограничено разумевање BCI и тога како се бихејвиорални увиди могу превести у праксу. Ови изазови су у складу са онима са којима се суочава већина земаља у Европском региону СЗО. Финансирање и примена BCI, како се може приметити у неколико земаља, често се спроводе *ad hoc* на пројектној основи [11, 21–23]. Да би се постигла системска интеграција приступа заснованог на доказима у области понашања повезаним са здрављем у различите здравствене програме, неопходно је одрживо финансирање и активна подршка кључних заинтересованих страна. Према извештајима СЗО о статусу у имплементацији BCI израђеним на основу извештаја земаља, само 29% земаља је пријавило умерене или високе нивое разумевања и подршке заинтересованих страна у периоду 2023–2024. године [24], што је пораст са 23% две године пре тога [11]. Извештаји земаља такође истичу изазове у институционализацији BCI, наглашавајући потребу за интензивнијом инкорпорацијом BCI у стратешке оквире и унапређењем међусекторске сарадње [24]. Додатни кључни изазов идентификован у већини земаља је недостатак обучених јавноздравствених професионалаца за примену приступа заснованих на доказима у области понашања у вези са здрављем [23, 25]. Србија има довољан број стручних јавноздравствених професионалаца, међутим, недостатак повезивања и сарадње између експерата у области јавног здравља и експерата у области бихејвиоралних наука (као што су психологија, антропологија, социологија и когнитивне науке) могао би да спречи смислено повезивање различитих, а опет сродних научних дисциплина и експертиза [26]. Јавноздравствени стручњаци су добро обучени да препознају значај и улогу јавног здравља заснованог на доказима. Међутим, специфичне методе за грађење доказа и њихово превођење у делотворне програме, услуге и комуникације који ефективно утичу на понашање у вези са здрављем су области у којима је неопходна или додатна обука или снажнија интердисциплинарна сарадња [22]. И обука и сарадња међу експертима из области јавног здравља и других комплементарних дисциплина које пружају подршку и смернице за јавноздравствене праксе захтевају додатна улагања, као и додатно планирање људских ресурса и радног оптерећења. Један потенцијални приступ за превазилажење овог изазова је успостављање јединице за бихејвиоралне увиде (BI) [27]. Таква јединица најјасније показује своју корисност у развоју здравствених политика, али и у пружању техничке помоћи, давању повратних информација о различитим производима и пројектима у вези са здрављем, као и у

(including psychology, anthropology, sociology, and cognitive science) may prevent meaningful integration across different yet related scientific disciplines and expertise [26]. Public health professionals are well trained in recognizing the importance and role of evidence-based public health. However, specific methods for building evidence and translating it into effective programs, services, and communication that effectively address health behaviours represent areas where additional training or stronger interdisciplinary collaboration is needed [22]. Both training and collaboration between experts from public health and other complementary disciplines that support and inform its practice require additional investment, as well as human resources and workload planning. One potential approach to addressing this challenge is the establishment of a behavioural insights (BI) unit [27]. Such unit demonstrates its greatest utility in the development of health policy, but also in the provision of technical assistance, feedback on various health-related products and projects, as well as in capacity building and the mainstreaming of BCI [27, 28]. Another strategy involves establishing a formal interdisciplinary BCI network, with the core functions aligned with those of a dedicated BI unit. As of the end of 2024, 43% of countries in the WHO European Region report having such a formal network [24], with the increase from 40% in two-year period [11]. However, as in the case of Serbia, not all reported networks had a BCI-specific function; many were project- or disease-specific, incorporating BCI perspective [11, 24].

Half of the countries reported moderate or high levels of conducting BCI research during 2021–2022 [11], increasing to 70% during 2023–2024 [24]. However, as in the case of Serbia, the question arises whether all behavioural research actually provides actionable insights. Some studies, as stated in WHO status report, focus on monitoring health behaviours and behavioural factors related to health conditions [11]. The WHO/ECDC qualitative baseline study on countries' experiences with BCI implementation highlights the need for either additional analysis of collected data to identify drivers and barriers of certain health behaviours or a review and revision of questionnaires to include specific questions related to behavioural insights [23]. This is applicable to the Serbian context too. Behavior change programming require rigorous research / evidence-based analysis that not only elicit the drivers of behaviors, but addresses their causality and relative weight or importance [29]. However, qualitative, participatory, action, and other types of research are still not a regular part of behavioural research in public health in Serbia, but rather *ad hoc* project activities. Carrasco et al. noted that findings from behavioural and cultural research have limited application in the development of health programs [30]. Research findings often are not presented to public health professionals and policy makers, and consequently there is no transla-

изградњи капацитета и интеграцији BCI у свакодневну праксу [27, 28]. Друга стратегија подразумева успостављање формалне интердисциплинарне мреже за BCI са кључним функцијама у складу са онима које има посебна BI јединица. На крају 2024. године, 43% земаља у Европском региону СЗО је пријавило да имају такву формалну мрежу [24], што је повећање са 40% у претходном двогодишњем периоду [11]. Међутим, као и у случају Србије, нису све мреже које су пријављене да постоје биле са BCI специфичном функцијом; многе од њих су, наиме, биле повезане са неким специфичним пројектом или болешћу, са интегрисаном BCI перспективом [11, 24].

Половина земаља је пријавила умерен или висок ниво спровођења BCI истраживања у периоду 2021–2022. [11], што је порасло на 70% у периоду 2023–2024. [24]. Међутим, као и у случају Србије, поставља се питање да ли сва ова бихејвиорална истраживања заправо обезбеђују примењиве увиде. Неке студије, као што је наведено у извештају СЗО о статусу, усмерене су на праћење здравствених понашања и бихејвиоралних фактора повезаних са здравственим стањима [11]. Квалитативна студија почетног стања СЗО/ECDC о искуствима земаља са имплементацијом BCI наглашава потребу било за додатном анализом прикупљених података, како би се идентификовали покретачи и препреке за одређена здравствена понашања, било за прегледом и ревизијом упитника како би се укључила специфична питања која се односе на бихејвиоралне увиде [23]. Ово се може применити и на контекст Србије. Програми усмерени на промену понашања захтевају ригорозна истраживања и анализу засновану на доказима, који неће само издвајати покретаче понашања већ ће се бавити узрочно-последичним везама и њиховом релативном снагом или значајем [29]. Међутим, квалитативна, партиципаторна, акциона и друге врсте истраживања и даље нису саставни део бихејвиоралних истраживања у области јавног здравља у Србији, већ пре *ad hoc* пројектне активности. *Sappasco et al.* су приметили да резултати бихејвиоралних истраживања и истраживања културе имају ограничену примењивост у развоју здравствених програма [30]. Резултати ових истраживања се често не представљају јавноздравственим професионалцима и креаторима политика, па стога изостаје превођење тих резултата у интервенције или политике. Отуд, потребно је уложити више труда да се истраживања преведу у праксу [30]. Постоји јаз између доказа добијених истраживањем и њихове примене, који се односи на сарадњу између јавноздравствене академске заједнице и јавноздравствених институција/агенција за јавно здравље, разлике у њиховој перцепцији практичних приоритета у области јавног здравља, и недостатак финансирања за истраживања усмерена на праксу [31, 32]. Методолошки ригорозна

tion of findings into the intervention or policies. Thus, greater efforts are required to translate research into practice [30]. There is a “research evidence-to-implementation” gap related to collaboration between public health academia and public health agencies, as well as different perceptions of practical public health priorities, and lack of funding for practice oriented research [31, 32]. Methodologically rigorous evaluations of public health programs and interventions are rarely conducted, as demonstrated by the WHO status report where only 29% of countries reported having conducted an impact evaluation in period 2021–2022 [11], with slight increase to 37% for 2023–2024 [24]. In Serbia, scientific and research evidence is utilized as background information or rationale for the design of the public health policies, interventions or communication. However, these programs often do not include plans for outcome or impact evaluation. Consequently, the majority of public health programs and interventions lack methodologically rigorous evaluation, which aligns with other countries according to BCI status reports [11, 24]. Despite the challenges associated with implementing BCI Strategic Commitments as outlined in the resolution, all invited stakeholders expressed shared optimism and a willingness to advance BCI implementation in Serbia as an evidence-based public health approach. This commitment is reflected among public health experts from other countries [22].

Limitations

During the assessment process and reporting to WHO, several limitations were identified. The process relies on self-assessment scales, and open discussions method among various stakeholders were used to balance differing views and build consensus on the implementation scores of the Strategic Commitments. To address the limitation arising from changes in stakeholder representatives between the two reporting cycles, the baseline national progress report was presented to all participants as a reference point for follow-up evaluation and discussion of progress or regress in Strategic Commitment implementation. Additionally, all stakeholders were given one week to familiarize themselves with the reporting form, the BCI Strategic Commitments, the BCI Framework, and the 2021–2022 Baseline Status Report.

Conclusions

In the context of continuous change driven by technological and digital innovations, effective behaviour change and health equity demand flexible, dynamic programs capable of aligning with the shifting realities of modern life. Applying evidence-based, people-centred and culturally grounded approaches to health behaviours is essential to success in this endeavour. However, despite its broad recognition as beneficial to public health programs and interventions,

евалуација јавноздравствених програма и интервенција се ретко спроводи, као што је приказано у извештају СЗО о статусу, где је само 29% земаља пријавило да су спровеле евалуацију утицаја у периоду 2021–2022. године [11], са благим порастом на 37% у периоду 2023–2024. године [24]. У Србији, научни и истраживачки докази се користе као образложење за креирање јавноздравствених политика, интервенција или комуникација. Међутим, ови програми углавном не укључују планове за евалуацију исхода или утицаја. Последице, већини јавноздравствених програма и интервенција недостаје методолошки ригорозна евалуација, што је слично и у другим земљама, према извештају о статусу у области BCI [11, 24]. Упркос изазовима везаним за спровођење стратешких обавеза у области BCI, наведених у резолуцији, сви позвани кључни актери су изразили заједнички оптимизам и вољу да унапреде имплементацију BCI у Србији, као јавноздравствени приступ заснован на доказима. Ова посвећеност се среће и међу јавноздравственим експертима из других земаља [22].

Ограничења

У току процеса процене и извештавања према СЗО, идентификовано је неколико ограничења. Процес се ослања на скале самопроцене, а у циљу уравнотежавања различитих становишта и постизања консензуса о оцени имплементације стратешких обавеза коришћен је метод отворене дискусије различитих кључних актера. У циљу превазилажења ограничења везаних за промене представника заинтересованих страна између два циклуса извештавања, национални извештај о напретку са почетним стањем је представљен свим учесницима као референтни оквир за пратећу евалуацију и дискусију о напредовању или назадовању у имплементацији стратешких обавеза. Додатно, свим актерима је дато недељу дана да се упознају са извештајним обрасцем, стратешким обавезама у области BCI, Оквиром за BCI и Извештајем о почетном статусу за 2021–2022. годину.

Закључци

У контексту континуираних промена вођених технолошким и дигиталним иновацијама, делотворна промена понашања и постизање једнакости у здрављу захтевају флексибилне, динамичне програме способне да се прилагоде променљивој реалности модерног живота. Примена приступа здрављу и понашањима у вези са здрављем који су засновани на доказима, усмерени на човека и културно утемељени је од кључног значаја за успех у овој области. Међутим, упркос широком препознавању добробити за јавноздравствене програме и интервенције, свеобухватна имплементација бихеј-

the comprehensive implementation of behavioral and cultural insights in the design and planning of interventions and health policies in Serbia remains hindered by various challenges. The implementing challenges that Serbia faces are similar to those faced by other countries in European Region and relate to the translation of behavioural insights into practice, the coordinated and sustainable integration of BCI into program and intervention design, and the lack of interdisciplinary communication and collaboration across sectors. These challenges can be addressed through BCI training for public health and other professionals, the systematic inclusion of BCI in health programs with sustained funding, and the establishment of one or more BI units, interdisciplinary BCI networks, or both. Nevertheless, the drivers for applying BCI approach into public health in Serbia lie in strongly motivated and skilled public health experts, as well as willingness for intersectional cooperation. Findings from Serbia's experience may inform other countries in the region seeking to operationalise BCI within existing health systems and contribute to the broader implementation of the global BCI resolutions.

Acknowledgments

We would like to thank all representatives of key stakeholder institutions who actively participated in the discussions during the meetings and without whom this paper would not have been possible, including: Miljan Perić and Mersiha Omeragić (Ministry of Health); Prof. Maja Nikolić, MD (Institute of Public Health Niš / Faculty of Medicine, University of Niš); Prof. Marija Jevtić, MD, and Dragica Jovišević Popović (Institute of Public Health of Vojvodina / Faculty of Medicine, University of Novi Sad); Prof. Svetlana Radević, MD (Institute of Public Health Kragujevac / Faculty of Medicine, University of Kragujevac); Ljiljana Pantović, PhD (Institute for Social Theory and Philosophy); Nemanja Stefanović, MD (Institute of Public Health of Belgrade); Nevena Šović (UNFPA Serbia); Prof. Sandra Sipetić Grujičić, MD (Institute of Epidemiology, Faculty of Medicine, University of Belgrade / Ministry of Family Care and Demography in 2023); and the colleagues from the Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanović Batut": acting director Prof. Verica Jovanovic, MD; Biljana Kilibarda, MD, PhD; Jelena Gudelj Rakić, MD, PhD; Katarina Boričić, MD, PhD; Dragana Jović, MD, PhD; Danijela Simić, MD, prim.; Aleksandar Medarević, MD, PhD; Margarita Dodevska, PhD; Jelena Milić, MD, PhD; Tamara Naumović, MD, PhD; Zoran Milosavljević, MD, PhD; and Dragana Plavša, MD, MSc; Mirjana Tošić, MD. The authors from Serbia also took part in these meetings, with Sladjana Baros serving as the main facilitator of the discussions.

Financing

The authors received no financial support for the prepara-

виоралних и културних увида у креирање и планирање интервенција и здравствених политика у Србији и даље је отежана услед различитих изазова. Изазови у имплементацији са којима се Србија сусреће су слични онима са којима се сусрећу друге земље у Европском региону и односе се на превођење бихејвиоралних увида у праксу, координисану и одрживу интеграцију ВЦИ у креирање програма и интервенција, и на недостатак интердисциплинарне комуникације и сарадње између сектора. На ове изазове је могуће одговорити кроз обуке у области ВЦИ за јавноздравствене и друге професионалце, системским увођењем ВЦИ у здравствене програме уз одрживо финансирање и кроз успостављање једне или више јединица за ВЦ, интердисциплинарних мрежа за ВЦ, или кроз оба. Па ипак, покретачи примене ВЦИ приступа у јавном здрављу у Србији леже у снажно мотивисаним и обученим јавноздравственим експертима, као и у спремности на међусекторску сарадњу. Налази о искуству Србије могу бити од користи другим земљама у региону које желе да операционализују ВЦИ у оквиру постојећих здравствених система и да допринесу широј имплементацији глобалних резолуција о ВЦИ.

Захвалнице

Желимо да се захвалимо свим представницима кључних институција – актера, који су активно учествовали у дискусијама током састанака и без којих овај рад не би био могућ, укључујући: Миљана Перића и Мерсиху Омерагић (Министарство здравља); проф. др Мају Николић (Институт за јавно здравље Ниш/Медицински факултет Унивезитета у Нишу); проф. др Марију Јевтић и Драгицу Јовишевић Поповић (Институт за јавно здравље Војводине/Медицински факултет Универзитета у Новом Саду); проф. др Светлану Радевић (Институт за јавно здравље Крагујевац/Медицински факултет Универзитета у Крагујевцу); др Љиљану Пантовић (Институт за социјалну теорију и филозофију); др Немању Стефановића (Градски завод за јавно здравље Београд); Невену Шовић (UNFPA Србија); проф. др Сандру Шипетић Грујичић (Институт за епидемиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду/Министарство за бригу о породици и демографију у 2023. години); и колеге из Института за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”: в. д. директорку проф. др. Веру Јовановић; др sc. med. Биљану Килибарду; др sc. med. Јелену Гудељ Ракић; др sc. med. Катарину Боричић; др sc. med. Драгану Јовић; прим. др Данијелу Симић; др sc. med. Александра Медаревића; др sc. med. Маргариту Додевску; др sc. med. Јелену Милић; др sc. med. Тамару Наумовић; др sc. др Зорана Милосављевића; др Драгану Плавшу, и др Мирјану Тошић. Аутори из Србије су такође учествовали на овим састанцима, при чему је др sc. med. Слађана Барош била главна фацитаторка дискусија.

tion or publication of this article.

Disclaimer

The authors affiliated with the World Health Organization (WHO) are alone responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the WHO.

The author affiliated with UNICEF (Country Office in Serbia) is alone responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of UNICEF.

Финансирање

Аутори нису добили никакву финансијску подршку за израду или објављивање овог чланка.

Одрицање од одговорности

Аутори који су повезани са Светском здравственом организацијом (СЗО) су искључиво одговорни за ставове изнесене у овој публикацији, који не представљају нужно одлуке или политике СЗО.

Аутор који је повезан са UNICEF-ом (Канцеларија UNICEF-а у Србији) је искључиво одговоран за ставове изнесене у овој публикацији, који не представљају нужно одлуке или политике UNICEF-а.

Литература / References

1. Briggs AM, Shiffman J, Shawar YR, Åkesson K, Ali N, Woolf AD. Global health policy in the 21st century: Challenges and opportunities to arrest the global disability burden from musculoskeletal health conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2020; 34(5):101549. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2020.101549>
2. Lucero-Prisno DE, 3rd, Shomuyiwa DO, Kouwenhoven MBN, Dorji T, Adebisi YA, Odey GO, et al. Top 10 Public Health Challenges for 2024: Charting a New Direction for Global Health Security. *Public Health Chall*. 2025; 4(1):e70022. <https://doi.org/10.1002/puh2.70022>
3. Reid MJA, Katz IT. Redefining global health in the 21st century: Towards a more equitable global health agenda. *Global Public Health*. 2025; 20(1):2464060. <https://doi.org/10.1080/17441692.2025.2464060>
4. United Nations. Our Common Agenda - Policy Brief: UN 2.0 - Forward-thinking culture and cutting-edge skills for better United Nations system impact [Internet]. Geneva: United Nations; 2023 [cited 2025 September 30]. Available from: https://www.un.org/two-zero/sites/default/files/2023-09/UN-2.0_Policy-Brief_EN.pdf.
5. United Nations. Behavioural Science Guidance Note - Secretary-General's Guidance on Behavioral Science [press release] [Internet]. Geneva: United Nations [cited 2025 September 30]. Available from: <https://www.un.org/en/content/behaviouralscience/assets/pdf/UN%20Secretary-General's%20Guidance%20on%20Behavioural%20Science.pdf>.
6. United Nations Innovation Network. United Nations Behavioural Science Report [Internet]. Geneva: UN Innovation Network; 2021 [cited 2025 September 30]. Available from: https://cdn.prod.website-files.com/6241324b2f22ec56f2f9109a/6436c5424b5cb1b634feeac3_UN%20BeSci%20Report%202021%20vFF.pdf
7. World Health Organization Regional Office for Europe. Seventy-second Regional Committee for Europe: Tel Aviv, 12–14 September 2022: European regional action framework for behavioural and cultural insights for health, 2022–2027 [Internet]. Tel Aviv: WHO Regional Office for Europe; 2022 [cited 2025 September 25]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/360898>
8. World Health Organization. Seventy-sixth World Health Assembly, Geneva, 21-30 May 2023: Behavioral science for better health [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 September 25]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R7-en.pdf
9. World Health Organization Regional Office for Europe. European regional action framework for behavioural and cultural insights for health, 2022–2027 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8004-47772-70522>

10. World Health Organization Regional Office for Europe. Seventy-second Regional Committee for Europe: Tel Aviv, 12–14 September 2022: progress model: implementation of the European regional action framework for behavioural and cultural insights for health, 2022–2027 [Internet]. Tel Aviv: WHO Regional Office for Europe; 2022 [cited 2025 Sep 25]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/361651>
11. World Health Organization Regional Office for Europe. Status report: public health authorities' implementation of behavioural and cultural insights, WHO European Region 2021-2022 [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2023 [cited 2025 Sep 10]. Available from: <https://bci-hub.org/documents/status-report-public-health-authorities-implementation-behavioural-and-cultural-insights>.
12. Kilibarda B, Jovanovic V, Simic D, Baros S. COVID-19 Risk Perception and Health Literacy Among Serbian Adults. The First World Conference Fighting COVID-19 Pandemic Health Challenges - Collective Knowledge Global Health 2022 (Book of Abstracts); Belgrade, 26–28 March 2022. Belgrade: MEDAPP Association; 2022.
13. Baros S, Jovanovic T, Kilibarda B, Simic D, Cucic V, Cabak B. Research of HIV Infection Seroprevalence and Risk Behaviors among Populations most at Risk from HIV: Main findings, 2021. Belgrade: Institute of Public Health of Serbia "Dr Milan Jovanovic Batut" 2024. p. 151.
14. Jeremic Stojkovic V, Mandić-Rajcevic S, Vukovic D, Paunic M, Stojanovic Ristic S, Obradovic M, et al. Mind the Gap: Sex-Specific Drivers of Human Papillomavirus Vaccination Uptake in Serbian University Students. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2025; 15(9):189. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15090189>
15. Mandic-Rajcevic S, Stojkovic VJ, Paunic M, Ristic SS, Obradovic M, Vukovic D, et al. Association Between the Information Environment, Knowledge, Perceived Lack of Information, and Uptake of the HPV Vaccine in Female and Male Undergraduate Students in Belgrade, Serbia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2025; 15(2):21. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15020021>
16. Simonovic P, Kilibarda B, Medarevic A, Raketec D, Radosavljev Kircanski J, Mitrovic S, et al. Smernice za prevenciju upotrebe psihoaktivnih supstanci kod tražilaca azila i migranata. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"; 2023 [cited 2025 Oct 10]. Available from: <https://www.unicef.org/serbia/media/23941/file/smernice%20upotreba%20psihoaktivne%20supstance.pdf>.
17. Radna grupa za izradu vodiča dobre kliničke prakse za „Fiziološki vaginalni porođaj“. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse "Fiziološki vaginalni porođaj" [National Guide to Good Clinical Practice "Physiological Vaginal Delivery"]. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Akademija medicinskih nauka Srpskog lekarskog društva, Republička stručna komisija za ginekologiju i akušerstvo; 2025. p. 78. Serbian
18. Mandic-Rajčević S, Cvjetkovic S, Oot L, Tasevski D, Meghani A, Wallace H, et al. Using Behavior Integration to Identify Barriers and Motivators for COVID-19 Vaccination and Build a Vaccine Demand and Confidence Strategy in Southeastern Europe. *Vaccines*. 2024; 12(10):1131. <https://doi.org/10.3390/vaccines12101131>
19. Milic N, Stanisavljevic D, Krstic M, Jovanovic V, Brcanski J, Kilibarda B, et al. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije 2019. godine [Internet]. Beograd: OMNIA BGD; 2021 [cited 2025 Nov 27]. Available from: <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/ZdravljeStanovnistva2019.pdf>.
20. Gudelj Rakic J, Jovanovic V, Kilibarda B, Vasic M, Tomic M, Boricic K. Rezultati istraživanja ponašanja u vezi sa zdravljem dece školskog uzrasta u Republici Srbiji 2022. godine (Health Behaviour in School-aged Children Survey, HBSC) [Internet]. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanović Batut"; 2023 [cited 2025 Nov 27]. Available from: <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/IstrazivanjeHBSC2022.pdf>.
21. Nicky Knowles, Ashley Gould. Exploring factors influencing the application of behavioural science within public health practice across Wales [Internet]. Cardiff: Public Health Wales NHS Trust; 2023 [cited 2025 Sept 18]. Available from: <https://phwwhocc.co.uk/wp-content/uploads/2023/06/Capability-and-Readiness-Report-V1c-1.pdf>
22. Bach Habersaat K, Koylyu A, Likki T, Fietje N, Scherzer M, Snijders V, et al. Meeting statement: Call to action for step-change in health behaviours [Internet]. *Public Health Pract (Oxf)*. 2024; 7:100498. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2024.100498>
23. World Health Organization Regional Office for Europe. Country experiences of applying behavioural and cultural insights to health: qualitative baseline study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.

24. World Health Organization Regional Office for Europe. Behavioural and cultural insights in the WHO European Region 2023–2024: status and progress report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. In press.
25. De Vries DH, Stok M, Nohlen H, De Bruin M, Kinsman J, Sivelä J, et al. Behavioural Insights for public health in the EU – A case study in four Member States on embedding behavioural insights into public health policy-making: Publications Office of the European Union; 2024. <https://doi.org/10.2760/4538>
26. Baros S, Cucic V. The Place of Anthropology in the Science of Public Health. *Serbian Journal of Public Health*. 2024; 98(1):9. <https://doi.org/10.5937/serbjph2401062B>
27. World Health Organization Regional Office for Europe. Behavioural insights units. Setting up behavioural insights units for improved health outcomes: considerations for national health authorities [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0b92ab9-c46a-4a5f-a58b-fb49fc32cfe6/content>.
28. Dupoux M, Gaudeul A, Baggio M, Bruns H, Ciriolo E, Krawczyk M, et al. Unlocking the full potential of behavioural insights for policy: From influencing the individual to shaping the system. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2025.
29. Petit V, Naomi Zalk T. Everybody Wants to Belong: a Practical Guide to Talking and Leveraging Social Norms in Behavior Change Programming [Internet]. Amman: UNICEF Middle East and North Africa Regional Office; 2019 [cited 2025 October 10]. Available from: <https://www.unicef.org/mena/media/4891/file/MENA-C4D-Report-May2019.pdf.pdf>.
30. Carrasco MA, Mickler AK, Young R, Atkins K, Rosen JG, Obregon R. Behavioural and social science research opportunities. *Bull World Health Organ*. 2021; 99(11):834–6. <https://doi.org/10.2471/blt.20.285370>
31. Akintola A, Newbury-Birch D, Kilinc S. Bridging the gap between research evidence and its implementation in public health practice: case studies of embedded research model. *BMC Public Health*. 2024; 24(1):1299. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18727-z>
32. Kegler MC, Lifflander A, Buehler J, Collins D, Wells J, Davidson H, et al. Multiple perspectives on collaboration between schools of public health and public health agencies. *Public Health Rep*. 2006; 121(5):634–9. <https://doi.org/10.1177/003335490612100522>



Примљено / Received

24.10.2025.

Ревидирано / Revised

25.11.2025.

Прихваћено / Accepted

28.11.2025.

Кореспонденција / Correspondence

Слађана Барош – Slađana Baroš

sladjana.baros@gmail.com

ORCID

Slađana Baroš

<https://orcid.org/0000-0002-2416-6035>

Katrine Bach Habersaat

<https://orcid.org/0000-0002-5499-2805>

Stefan Mandić-Rajčević

<https://orcid.org/0000-0002-4793-1756>

Ivana Vojvodić

<https://orcid.org/0009-0006-9284-7242>

Aleksandar Bojović

<https://orcid.org/0009-0009-1837-4047>