



СТРАТЕГИЯ ЦАРЭС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2030 ГОДА

МАЙ 2022 ГОДА

СТРАТЕГИЯ ЦАРЭС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2030 ГОДА

МАЙ 2022 ГОДА





Лицензия «Creative Commons Attribution 3.0 IGO» (CC BY 3.0 IGO)

© 2022 Азиатский банк развития
6 ADB Avenue, Mandaluyong City, 1550 Metro Manila, Philippines
Tel +63 2 8632 4444; Fax +63 2 8636 2444
www.adb.org

Некоторые права защищены. Опубликовано в 2022 году.

ISBN 978-92-9269-688-7
Номер тиража: TCS220243-3
DOI: <http://dx.doi.org/10.22617/TCS220243-3>

Изложенные в данной публикации взгляды выражают мнение авторов и не обязательно отражают взгляды и политику Азиатского банка развития (АБР) или его Совета управляющих, или правительств тех стран, которые они представляют.

АБР не гарантирует точность данных, содержащихся в настоящей публикации, и не несет ответственность за какие-либо последствия их использования. Упоминание конкретных компаний или продуктов изготовителей не означает, что они одобряются или рекомендуются АБР в качестве предпочтительных, по сравнению с другими подобными продуктами, которые не были упомянуты.

Использование каких-либо обозначений или ссылок на конкретную территорию или географическую зону, равно как и использование в настоящем документе термина «страна», не означает выражение позиции АБР относительно правового или иного статуса такой территории или зоны.

Данная работа доступна на условиях лицензии «Creative Commons Attribution 3.0 IGO» (CC BY 3.0 IGO) <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/>. Использование Вами содержания данной публикации означает Ваше согласие соблюдать условия указанной лицензии. Для получения ссылок на источник, переводов, адаптаций и разрешений, пожалуйста, предварительно ознакомьтесь с положениями и условиями использования на <https://www.adb.org/terms-use#openaccess>.

Вышеозначенная лицензия CC не распространяется на содержащиеся в данной публикации материалы, не защищенные авторскими правами АБР. Если материал относится к другому источнику, пожалуйста, свяжитесь с владельцем авторских прав или издателем этого источника для получения разрешения на его воспроизведение. АБР не может привлекаться к ответственности в связи с какими-либо претензиями, вытекающими из использования Вами таких материалов.

Если у Вас имеются вопросы или комментарии в отношении содержания, либо если Вы желаете получить разрешение владельца авторских прав на использование публикации в целях, не предусмотренных настоящими условиями, или разрешение на использование логотипа АБР, пожалуйста, свяжитесь с pubsmarketing@adb.org.

С исправленными опечатками в публикациях АБР можно ознакомиться по ссылке <http://www.adb.org/publications/corrigenda>.

Примечания:
В данной публикации символом «\$» обозначены доллары США.
АБР признает «Китай» как Китайскую Народную Республику.

Автор дизайна обложки: Кейсукэ Такетани.

СОДЕРЖАНИЕ

ТАБЛИЦЫ, РИСУНКИ И ВСТАВКИ	iv
СОКРАЩЕНИЯ	v
РЕЗЮМЕ ДЛЯ РУКОВОДСТВА	vi
I ВВЕДЕНИЕ	1
II ВАЖНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	4
III ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ В ЦАРЭС	7
A. Угрозы для охраны здоровья в регионе	8
B. Воздействие угроз для охраны здоровья в регионе	9
C. Ведущие факторы охраны здоровья в регионе	11
D. Возможности для регионального сотрудничества в сфере здравоохранения	22
IV СТРАТЕГИЯ ЦАРЭС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2030 ГОДА	27
A. Видение	28
B. Руководящие принципы	28
C. Стратегическая основа	30
D. Стратегические компоненты	31
V МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ СОТРУДНИЧЕСТВА ЦАРЭС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	45
A. Организационная структура	46
B. Сотрудничество и партнерство	48
C. Поддержка потенциала	51
D. Региональная инвестиционная рамочная программа	51
VI МОНИТОРИНГ ИТОГОВ СТРАТЕГИИ ЦАРЭС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	53
ПРИЛОЖЕНИЕ	
1 Стратегические компоненты и подробности целей	58
2 Краткое изложение стратегий сектора здравоохранения	73
3 Краткое изложение политики стран ЦАРЭС, отражающее региональное сотрудничество в сфере здравоохранения	77
4 Краткое описание институциональных механизмов стран ЦАРЭС для регионального сотрудничества	84
5 Краткое описание уроков, извлеченных во время пандемии	87

ТАБЛИЦЫ, РИСУНКИ И ВСТАВКИ

ТАБЛИЦЫ

1	Заболеваемость и смертность от COVID-19 в странах ЦАРЭС	11
2	Количество международных мигрантов в странах ЦАРЭС, 2019 год	20
3	Стратегические компоненты и цели	32
4	Структура результатов стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения	54
A5	Краткое изложение извлеченных уроков по реагированию на COVID-19	87

РИСУНКИ

1	Факторы региональной охраны здоровья	12
2	Бремя болезней в странах ЦАРЭС	22
3	Основные региональные проблемы здравоохранения для стран ЦАРЭС	23
4	Структура стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения	31
5	Предлагаемые институциональные механизмы ЦАРЭС для сотрудничества в сфере здравоохранения	46

ВСТАВКИ

1	Мобилизация дополнительных бюджетных ресурсов для борьбы с COVID-19 в странах ЦАРЭС	13
2	Инновационные решения в борьбе против COVID-19 в регионе ЦАРЭС	18
3	Инициативы регионального сотрудничества в сфере здравоохранения в странах ЦАРЭС	24
4	Региональные соглашения и объединения в сфере здравоохранения	24
5	Международные инициативы	25
6	Выбранные предлагаемые географические кластеры	50

СОКРАЩЕНИЯ

COVID-19	–	коронавирусное заболевание
FETP	–	Программа обучения в области полевой эпидемиологии
PIP PC	–	Вклад партнерства в Механизм готовности к пандемии гриппа
ТОРС/SARI	–	тяжелый острый респираторный синдром
SPECA	–	Специальная программа для экономик Центральной Азии (ООН)
TERHINET	–	Учебные программы по эпидемиологии и сети вмешательств в области общественного здравоохранения
АБР	–	Азиатский банк развития
ВВП	–	валовой внутренний продукт
ВОУЗ	–	всеобщий охват медико-санитарными услугами
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ЗВОЛ	–	заседание высокопоставленных официальных лиц
ИКТ	–	информационно-коммуникационные технологии
ИТ	–	информационные технологии
КНР	–	Китайская Народная Республика
КРВО	–	коммуникация рисков и вовлечение общин
ММСП	–	международные медико-санитарные правила
ОИТ	–	отделение интенсивной терапии
ООН	–	Организация Объединенных Наций
ОЭСР	–	Организация экономического сотрудничества и развития
ПКИ	–	Профилактика и контроль инфекций
ПМСП	–	первичная медико-санитарная помощь
ПЦР	–	полимеразная цепная реакция
РГЗ	–	рабочая группа по здравоохранению
РКБПТ	–	Рамочная конвенция по борьбе против табака (ВОЗ)
РСЗ	–	региональное сотрудничество в сфере здравоохранения
СИЗ	–	средства индивидуальной защиты
СОП	–	стандартная операционная процедура
ССЗ	–	сердечно-сосудистые заболевания
СМК	–	система менеджмента качества
СМКЛ	–	система менеджмента качества лабораторий
ТБ МЛУ	–	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ТОРС	–	тяжелый острый респираторный синдром
ЦАРЭС	–	Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество
ЦКЗ	–	Центр по контролю заболеваний (США)
ЦУР	–	Цели устойчивого развития
ЧОП	–	Чрезвычайный оперативный центр (для управления пандемией)
ЭКАБ	–	Экономический коридор Алматы-Бишкек
ЮНИСЕФ	–	Детский фонд Организации Объединённых Наций

РЕЗЮМЕ ДЛЯ РУКОВОДСТВА

Стратегия Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) до 2030 года сосредоточена на пяти операционных кластерах, включая человеческое развитие с новым операционным кластером по сотрудничеству в сфере здравоохранения. Этот кластер направлен на повышение эффективности системы здравоохранения в реагировании на угрозы в сфере общественного здравоохранения, тем самым обеспечивая региональную охрану здоровья. Пандемия коронавирусной болезни (COVID-19) подчеркнула важность охраны здоровья. Так как угрозы общественному здоровью, такие как вспышки инфекционных заболеваний, могут быстро стать трансграничной проблемой, региональное сотрудничество в сфере здравоохранения является ключом в достижении охраны здоровья в странах ЦАРЭС.

Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года поддерживает сотрудничество в сфере здравоохранения в рамках кластера человеческого развития ЦАРЭС-2030 с акцентом на укрепление охраны здоровья посредством регионального сотрудничества. Она согласуется с другими стратегиями ЦАРЭС, такими как Гендерная стратегия ЦАРЭС до 2030 года, которая определяет отправные точки для учета гендерного аспекта в компоненте человеческого развития в рамках стратегии ЦАРЭС-2030. Бенефициарами данной стратегии являются население (включая мигрантов и уязвимые группы населения), министерства здравоохранения стран ЦАРЭС и те, кто управляет и работает в системе здравоохранения, а также партнеры по развитию, работающие в регионе.

Видение Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года заключается в том, что «угрозы общественному здоровью в регионе ЦАРЭС устраняются комплексно, эффективно и устойчиво посредством принятия регионального подхода при одновременном обеспечении потребностей наиболее уязвимых слоев населения». К руководящим принципам относятся сотрудничество между странами, межотраслевая координация, фокус внимания на пользе для населения, обеспечение осуществимости в сочетании с подходом, основанным на фактических данных, обеспечение устойчивости и «чувства собственности», а также согласование с международными политиками и рамками.

Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года основана на четырех основных компонентах: (1) лидерство и кадровый потенциал; (2) техническая готовность (лаборатории и эпиднадзор); (3) экстренное увеличение спроса и доступ к расходным материалам; и (4) уязвимые группы населения и пограничное здравоохранение. Реализация компонентов поддерживается благоприятными факторами, включая институциональную структуру, поддерживаемую ЦАРЭС, в частности Рабочую группу по здравоохранению (РГЗ); сотрудничество и партнерство, основанное на участии заинтересованных сторон с политическими обязательствами, и диалог по вопросам политики, многосекторная координация и географические кластеры; а также поддержка потенциала посредством обучения, исследований и обмена знаниями.

Компонент 1 направлен на укрепление регионального лидерства, координации и кадрового потенциала. Для лучшего реагирования на эпидемические и пандемические угрозы здоровью планируется улучшение межведомственной и многосекторной координации на уровне политики, и международной поддержки и потенциала управления системой здравоохранения в регионе ЦАРЭС. Кроме того, необходимы достаточные навыки и кадровый потенциал, особенно в осуществлении лидерской роли при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, общественном здравоохранении, эпидемиологии и научных исследованиях. Это должно привести к эффективному планированию и реализации мер и инноваций в ответ на угрозы общественному здравоохранению, включая пандемию COVID-19.

Компонент 2 будет поддерживать улучшение эпиднадзора и лабораторной инфраструктуры. Это будет осуществляться путем обеспечения эффективного надзора в ответ на угрозы общественному здравоохранению, включая пандемию COVID-19. Это может включать совершенствование систем эпиднадзора, изучение региональных панелей индикаторов с автоматизированными системами раннего предупреждения, а также создание согласованных на региональном уровне информационных материалов для повышения осведомленности об инфекционных заболеваниях. Также потребуется достаточная лабораторная инфраструктура и управление в соответствии с международными требованиями к качеству и биобезопасности.

Компонент 3 направлен на увеличение мощностей для удовлетворения экстренного увеличения спроса и доступа к расходным материалам с акцентом на трех основных аспектах: (i) обеспечить эффективные и согласованные механизмы регулирования и стандарты для медикаментов и расходных материалов, (ii) разработать эффективные национальные и региональные механизмы закупок медикаментов и расходных материалов и (iii) повысить надежность управления цепочкой поставок, которая обеспечивает достаточные поставки и запасы на случай чрезвычайных ситуаций в регионе.

Компонент 4 направлен на расширение услуг здравоохранения для мигрантов, приграничных сообществ и уязвимых групп. Будет улучшен доступ к медицинским услугам и трансграничным направлениям пациентов. Потребуется усиление по снижению бремени инфекционных заболеваний среди мигрантов, приграничных сообществ и уязвимых групп населения. В приграничных регионах будут поддерживаться эффективные меры по профилактике и контролю инфекций для защиты путешественников и населения, в том числе лиц с COVID-19.

Сквозные вопросы по всем четырем компонентам включают цифровое здравоохранение с инновациями для поддержки информационных систем здравоохранения, управление данными, региональный обмен знаниями и улучшение потенциала для разработки, внедрения и использования инновационных решений. Кроме того, будет поощряться деагрегация данных по полу и учет особых потребностей женщин при планировании и разработке услуг здравоохранения и инфраструктуры.

Реализация Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года будет поддерживаться через существующую институциональную структуру ЦАРЭС. Реализация стратегии будет осуществляться под руководством РГЗ ЦАРЭС. Эта группа состоит из высокопоставленных представителей государственных учреждений, связанных со здравоохранением, которые были назначены каждой страной ЦАРЭС с марта 2021 года. РГЗ будет дополняться многопрофильными экспертами из различных секторов на основе потребностей. В состав РГЗ также войдут представители партнеров по развитию, включая глобальных и региональных

представителей Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в качестве наблюдателей при их желании и доступности. Секретариат ЦАРЭС отвечает за предоставление технической, административной и организационной поддержки в ходе реализации стратегии. Будет подготавливаться регулярная отчетность о ходе выполнения плана работ. Результаты послужат ориентиром для перспективного планирования и обзора этапов, а также послужат уроком для корректировки мероприятий и механизмов реализации.

Будет разработана региональная инвестиционная рамочная программа по здравоохранению, чтобы трансформировать стратегические направления Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года и ЦАРЭС-2030 в целом в среднесрочный график региональных проектов и инициатив по четырем стратегическим компонентам, которые будут реализовываться в течение первых 5 лет периода реализации стратегии (2022-2026 годы). Эта рамочная программа будет разработана, чтобы помочь направлять инвестиции партнеров и восполнить пробел в эффективном решении ключевых региональных потребностей, включая защиту уязвимых групп населения в приграничных районах.

Данная стратегия является результатом обширных консультаций с членами РГЗ ЦАРЭС, техническими экспертами страны, заинтересованными сторонами правительства и партнерами по развитию, включая ВОЗ. Она основана на ситуационном анализе, включая национальные оценки и предназначена в качестве инструмента для руководства при составлении программ ЦАРЭС в сфере здравоохранения и мобилизации финансирования для новых проектов.



ВВЕДЕНИЕ

1. Программа Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) – это партнерство 11 стран (Афганистан, Азербайджан, Китайская Народная Республика (КНР), Грузия, Казахстан, Кыргызская Республика, Пакистан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан) и партнеров по развитию, работающих совместно с целью содействия развитию посредством сотрудничества, ведущего к ускоренному экономическому росту и общему процветанию. Деятельность ЦАРЭС руководствуется Стратегией ЦАРЭС-2030, одобренной на 16-й Министерской конференции ЦАРЭС в октябре 2017 года. Стратегия ЦАРЭС-2030 фокусирует внимание на пяти операционных кластерах, включая человеческое развитие (новый операционный кластер), чтобы лучше удовлетворять потребности региона в развитии и помогать ее странам-членам в достижении Глобальной повестки дня в области развития до 2030 года. ЦАРЭС-2030 поддерживает страны ЦАРЭС в устранении рисков пандемии и борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями (НИЗ). Пандемия коронавирусного заболевания (COVID-19) подчеркнула важность охраны здоровья.¹ Поскольку угрозы общественному здоровью, такие как вспышки инфекционных заболеваний, могут быстро пересекать границы и стать трансграничной проблемой, региональное сотрудничество в сфере здравоохранения является ключом к достижению охраны здоровья среди стран ЦАРЭС.

2. В качестве первоначального шага, чтобы изучить возможности для продвижения регионального сотрудничества в секторе здравоохранения, в 2019 и 2020 годах Азиатский банк развития (АБР) провел обзорное исследование.² В рамках исследования были рассмотрены проблемы и прогресс сектора здравоохранения ЦАРЭС и рекомендовано создать региональный координационный механизм для сектора здравоохранения, а также разработать региональную стратегию здравоохранения и рамочную инвестиционную программу. Кроме того, в нем даются рекомендации по региональному сотрудничеству в трех областях, а именно: (i) региональная охрана здоровья, (ii) укрепление систем здравоохранения посредством регионального сотрудничества и (iii) улучшение медицинских услуг для мигрантов, мобильных групп населения и приграничных сообществ. Обзорное исследование было представлено и обсуждалось с правительствами ЦАРЭС и партнерами по развитию 15 октября 2020 года и было опубликовано в июле 2021 года. Рабочая группа по здравоохранению ЦАРЭС (РГЗ) была создана в марте 2021 года, чтобы направлять сотрудничество по вопросам здравоохранения ЦАРЭС и разработку Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года. Разработка стратегии включала вклады стран ЦАРЭС и партнеров по развитию, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк.³

¹ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет охрану глобального общественного здоровья как «необходимые действия, как упреждающие, так и ответные, для сведения к минимуму опасности и воздействия острых событий в области общественного здравоохранения, которые ставят под угрозу здоровье людей в разных географических регионах и международных границах». Всемирная организация здравоохранения. Охрана здоровья. https://www.who.int/health-topics/health-security#tab=tab_1.

² АБР. 2021. *На пути к ЦАРЭС-2030: Расширение регионального сотрудничества в секторе здравоохранения. Обзорное исследование*. Манила.

³ Консорциум, возглавляемый консультантами «GOPA Worldwide», был отобран для управления многопрофильной командой международных и национальных экспертов для обеспечения развития потенциала, проведения анализа и оказания поддержки в процессе реализации. Цели включают подготовку, смягчение и реагирование на региональные угрозы здоровью, включая текущую вспышку COVID-19 и поддержку для подготовки *Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года* и *Региональной инвестиционной рамочной программы*.

3. Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года подробно описывает области сотрудничества с особым акцентом внимания на повышение охраны здоровья посредством регионального сотрудничества. Она согласуется с другими стратегиями ЦАРЭС, такими как Гендерная стратегия ЦАРЭС до 2030 года, которая определяет отправные точки для учета гендерных аспектов в компоненте человеческого развития в рамках ЦАРЭС-2030.⁴ Бенефициарами этой

стратегии являются население (включая мигрантов и уязвимые группы населения), министерства здравоохранения стран ЦАРЭС и те, кто управляет и работает в системе здравоохранения, а также партнеры по развитию, осуществляющие деятельность в регионе. В рамках Стратегии здравоохранения ЦАРЭС региональное сотрудничество в сфере здравоохранения будет иметь прочную основу для дальнейшего развития.⁵

⁴ АБР. 2021. *Гендерная стратегия ЦАРЭС до 2030 года: Инклюзия, расширение прав и возможностей и устойчивость для всех*. Манила.

⁵ Эта стратегия была подготовлена на основе информации, имеющейся по состоянию на 31 июля 2021 года.



**ВАЖНОСТЬ
РЕГИОНАЛЬНОГО
СОТРУДНИЧЕСТВА
В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

4. Один из наиболее важных уроков, который пандемии преподают миру – это то, что вместе мы сильнее. Пандемия COVID-19 вновь подчеркнула необходимость глобального и регионального сотрудничества для преодоления угроз здоровью.⁶ Она усилила важность более эффективного контроля над пандемическими ситуациями за счет укрепления регионального сотрудничества в сфере здравоохранения. Только местные меры контроля могут замедлить, но не остановить вспышки. Наряду с сотрудничеством с глобальными организациями, региональное сотрудничество может принести значительные выгоды многим странам с низким и средним уровнем дохода, начиная с неформального сотрудничества, создания совместных проектов (например, для строительства общей инфраструктуры), координации политики и нормативно-правовой базы, до формирования совместной политики и институтов.⁷ Достижение региональной охраны здоровья является важной отправной точкой для регионального сотрудничества в сфере здравоохранения (РСЗ) ЦАРЭС.

5. Концепция международного сотрудничества в области эпидемиологического надзора и противодействия возникающим инфекционным заболеваниям и инфекционным заболеваниям повышенного риска уже была сформулирована с момента создания Международных медико-санитарных правил (ММСП) ВОЗ в 1969 году, которые позже были пересмотрены в 2005 году – после эпидемии тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). Страны-члены ВОЗ одобрили

обновленные принципы ММСП в 2005 году, после чего была достигнута глобальная договоренность о начале внедрения этого совместного рамочного документа к 2007 году. Как было определено и подписано странами-партнерами ВОЗ, страны-участницы согласились обмениваться данными эпидемиологического надзора и предупреждать ВОЗ и страны-партнеры о наблюдаемых вспышках инфекционных заболеваний, представляющих высокий риск. С тех пор направлялись сообщения о событиях, и ВОЗ, в сотрудничестве с участвующими странами и региональными и международными организациями, координировала контрмеры по борьбе с угрожающими пандемиями.

6. После пандемии гриппа H1N1 в 2009 году несколько групп и комиссий высокого уровня представили конкретные рекомендации по повышению глобальной готовности к пандемии, включая реализацию ММСП (2005 г.). Однако большинство рекомендаций так и не были выполнены. Национальная готовность к пандемии сильно недофинансируется, несмотря на очевидные доказательства того, что ее стоимость составляет лишь часть стоимости мер реагирования и потерь, понесенных в случае возникновения эпидемии. Из-за этих пробелов Независимая группа экспертов по обеспечению готовности к пандемии и реагированию на нее рекомендует сохранять политическую приверженность обеспечению готовности к пандемии между чрезвычайными ситуациями и реагированию во время чрезвычайных ситуаций, а также обеспечивать максимальную взаимодополняемость, сотрудничество и коллективные действия.⁸

⁶ Организация американских государств. *Альянс за многосторонность: нам нужно сильное глобальное сотрудничество и солидарность в борьбе с COVID-19*. <https://www.oas.org/fpdb/press/Declaration-AfM-COVID-final.pdf>.

⁷ А.Б. Амайя и П. Де Ломбарде. 2021. Региональное сотрудничество имеет важное значение для борьбы с чрезвычайными ситуациями в сфере здравоохранения на Глобальном Юге. *Глобализация и здоровье*. 17 (9).

⁸ В мае 2020 года Всемирная ассамблея здравоохранения обратилась к Генеральному директору ВОЗ с просьбой инициировать беспристрастный, независимый и всеобъемлющий обзор международных ответных

7. РСЗ играет ключевую роль в управлении рисками для охраны здоровья и поддержке устойчивости национальных систем здравоохранения для более эффективного реагирования на угрозы общественному здоровью, такие как текущая пандемия COVID-19. Оно предоставляет возможность для изменений, особенно потому, что важность взаимозависимости в сфере здравоохранения между странами получает все большее

признание.⁹ Потребность в региональном сотрудничестве также подтверждается Европейским региональным бюро ВОЗ, Европейской программой работы на 2020–2025 годы, в которой изложено видение государств-членов Европейского региона ВОЗ. Она подчеркивает необходимость сотрудничества и солидарности, а также необходимость мобилизации региональных и субрегиональных структур.¹⁰

мер здравоохранения на COVID-19, а также накопленного опыта и извлеченных из этого уроков, и дать рекомендации по повышению потенциала на будущее. Генеральный директор попросил Е.П. Эллен Джонсон-Серлиф и почетную Хелен Кларк созвать независимую комиссию для этой цели и представить доклад Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2021 года.

⁹ И. Кикбуш, Г. Силбершмидт и П. Бусс. 2007. Дипломатия в области глобального здравоохранения: потребность в новых перспективах, стратегических подходах и навыках в области глобального здравоохранения. *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения*. 85(3). сс. 230–232.

¹⁰ Всемирная организация здравоохранения. 2021. *Европейская программа работы на 2020–2025 годы*. Женева.



ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ В ЦАРЭС

А. Угрозы для охраны здоровья в регионе

8. Регион ЦАРЭС особенно подвержен вспышкам и эпидемиям из-за увеличивающейся связанности, мобильности населения, городских центров, а также животноводства и торговли. Расположенные на перекрестке глобальных цепочек создания добавленной стоимости, страны в регионе ЦАРЭС сильно зависят от трудовой миграции, а также от животноводства, которое вносит важный вклад в экономику большинства стран ЦАРЭС, и которое является важной частью трансграничной торговли. Таким образом, этот регион особенно уязвим для вспышки зоонозных заболеваний, которые могут продолжать возникать в будущем (сноска 2). Существует постоянная угроза со стороны возникающих инфекционных заболеваний, таких как COVID-19, пандемический грипп и другие вирусы с пандемическим потенциалом, которые могут распространиться по всем континентам в течение нескольких месяцев. Большинство возникающих инфекционных заболеваний и эндемических инфекционных заболеваний имеют зоонозное происхождение.

9. Некоторые страны ЦАРЭС также подвержены вспышкам других инфекционных заболеваний, таких как малярия, лихорадка денге и японский энцефалит, которые могут распространяться в региональном масштабе. Хронические инфекционные

заболевания, такие как ВИЧ/СПИД, туберкулез (ТБ) и вирусные гепатиты В и С, по-прежнему являются тяжелым бременем в регионе. Вирусный гепатит В и С широко распространен во всех странах ЦАРЭС. На Китайскую Народную Республику (КНР) (14%) и Пакистан (10%) приходится почти четверть бремени гепатита С (ВГС) из 28 стран, на которые приходится 80% бремени ВГС в мире.¹¹ Заболеваемость ТБ, хотя и снижается во всем регионе ЦАРЭС, продолжает представлять серьезную угрозу даже в неосложненной форме и особенно в форме ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ).¹²

10. Устойчивость к противомикробным препаратам представляет собой серьезную проблему для здоровья в регионе. Устойчивость к недорогим и эффективным противомикробным препаратам растет тревожно высокими темпами, что делает лечение многих распространенных заболеваний и болезнетворных организмов (таких как ТБ) трудным и дорогостоящим. Нозокомиальные (внутрибольничные) инфекции представляют собой растущую угрозу общественному здоровью в глобальном масштабе и связаны с плохой профилактикой и контролем внутрибольничных инфекций (ПКИ), слабым или отсутствующим контролем качества, устойчивостью к противомикробным препаратам и низкой заинтересованностью частного сектора в разработке новых лекарств с ограниченным рыночным потенциалом.¹³

¹¹ Всемирная организация здравоохранения. 2017. *Глобальный отчет по гепатиту*. Женева.

¹² Средний уровень заболеваемости ТБ в Европейском регионе ВОЗ снизился с 5,4% в 2006–2015 годах до 3,3% в 2014–2015 годах.

¹³ Г. Жусупова и др. 2021. Оценка применения антибиотиков в Казахстане в течение 2017–2019 годов. На основе Программы доступа, наблюдения и Классификации резервов ВОЗ (AWaRe-2019). *Антибиотики*. 10(1). с. 58.; и АБР. 2021 г. *На пути к ЦАРЭС-2030: Расширение регионального сотрудничества в сектора здравоохранения. Обзорное исследование*. Манила; Организация ООН по продовольствию и сельскому хозяйству. 2019. *Монголия на перекрестке резистентности к противомикробным препаратам*, Рим; Ч. С. Марчелло, С. Д. Карр, и Дж. А. Крамп. 2020. Систематический обзор резистентности к противомикробным препаратам у сальмонеллы тифи во всем мире. *Am J Trop Med Hyg*. 103(6). сс. 2518–2527.; Д. Дж. Улмасова и др. 2013. *Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью в Узбекистане: результаты общенационального обследования, 2010–2011 гг.* *Euro Surveill*, 18(42).

В. Воздействие угроз для охраны здоровья в регионе

11. Угрозы общественному здоровью, такие как вспышки инфекционных заболеваний, могут иметь разрушительные последствия для жизни людей и экономик, и могут стать тяжелым бременем для систем здравоохранения.

12. Влияние на жизни людей.

Пандемия COVID-19 продемонстрировала катастрофические последствия, которые угрозы общественному здоровью могут иметь для жизни людей. Для многих домохозяйств в регионе COVID-19 создает трудности из-за сочетания трех факторов: (i) потеря доходов от неформальной работы, (ii) потеря денежных переводов, поскольку трудовые мигранты больше не могут работать, и (iii) инфляция цен из-за снижения объемов торговли и повышения цен на сельскохозяйственные товары.¹⁴ Потеря доходов от неформальной работы – большая проблема для стран ЦАРЭС. Около 45% рабочей силы Грузии занято вне формального сектора, 25% – в Казахстане, 39% – в Таджикистане и 70% – в Кыргызской Республике.¹⁵ Многие лица, работающие в неформальном секторе, потеряли работу из-за ограничений, введенных во время пандемии. Кроме того, высокая доля трудовых мигрантов означает сокращение денежных переводов (сноска 14). По оценкам Всемирного банка, в 2020 году объем денежных переводов в Центральную

Азию снизился на 28%.¹⁶ Потеря доходов и недостаточная социальная защита привели к тому, что домохозяйства из обеих групп рискуют оказаться за чертой бедности. Кроме того, инфляция цен, особенно на продукты питания, привела к тому, что значительная часть населения столкнулась с проблемой отсутствия продовольственной безопасности и питания (сноска 14). Из порядка 2,4 миллиона человек, проживающих в регионе, которые столкнутся с нищетой в Европе и Центральной Азии, около 58% проживают в Центральной Азии.¹⁷ Все эти факторы усугубили существующее неравенство, в том числе между мужчинами и женщинами.¹⁸ Среди проблем гендерного неравенства – неравенство в уровне участия в рабочей силе в регионе, неравенство в уровне занятости, шкале заработной платы и качестве занятости. Кроме того, женщины сталкиваются с большими трудностями поскольку давление на них с точки зрения ответственности по получению первичной медико-санитарной помощи намного выше, чем у мужчин (сноска 4).

13. Во время строгой изоляции низкое качество жилья во многих странах мира также оказывает серьезное воздействие на психическое здоровье людей, в том числе в некоторых странах ЦАРЭС. Общее бремя, оказываемое на женщин пандемией COVID-19, особенно повлияло на их психическое и эмоциональное здоровье. Оценка, проведенная в Европе и Центральной Азии «ООН-

¹⁴ Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). 2020. *COVID-19 и Центральная Азия: социально-экономические последствия и ключевые политические соображения для восстановления*. Нью-Йорк.

¹⁵ Экономическая и социальная комиссия для Азии и Тихого океана (ЭСКАТО ООН). 2021. *COVID-19 в Северной и Центральной Азии. 2021. Воздействие, ответные меры и стратегии для лучшего восстановления*. Бангкок.

¹⁶ Институт ЦАРЭС. 2021. *Ежеквартальный экономический обзор* № 3. Урумчи.

¹⁷ Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). 2020. *Реагирование на кризис COVID-19 в Центральной Азии*. Париж.

¹⁸ Т. Хитаршвили. 2016. Гендерные аспекты неравенства в странах Центральной Азии, Южного Кавказа и западной части СНГ. *Серия рабочих документов*. № 858. Нью-Йорк: Институт экономики Леви Бард-колледжа; и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). 2016. *Экспресс-обзор интеграции и гендерного равенства в Центральной и Восточной Европе, на Кавказе и в Центральной Азии*. Женева; ОЭСР. 2019. *ПРОЕКТ КРАТКОЙ СПРАВКИ Содействие гендерному равенству в Евразии. Лучшая политика для расширения экономических прав и возможностей женщин*. Париж.

Женщины» Организации Объединенных Наций, показала, что психологическое и психическое здоровье женщин страдает в большей степени, чем мужчин.¹⁹

14. Воздействие на экономику.²⁰

До вспышки COVID-19 другие угрозы общественному здоровью продемонстрировали свое негативное влияние на экономику. Вспышка ТОРС, которая привела к инфицированию только примерно 8 000 человек с уровнем смертности около 10%, привела к потере не менее 40 миллиардов долларов и замедлению темпов роста валового внутреннего продукта (ВВП) на 1%.²¹ Пандемия COVID-19 отрицательно сказалась на экономике стран региона ЦАРЭС. Сочетание факторов вызвало экономическую уязвимость, включая рост зависимости от сырьевых товаров. Меры карантина и строгой изоляции повлияли на оптовую и розничную торговлю; уничтожили туристический сектор; привели к повышению цен на продукты питания; потере работы и росту бедности; и ограничили доступ к финансированию для малых и средних предприятий. Несмотря на очевидное отрицательное воздействие на экономики в 2020 году, существует доказательная база того, что средний уровень реального роста ВВП в регионе ЦАРЭС стал положительным в течение первого квартала 2021 года, после периода отрицательных темпов роста в течение всего 2020 года (сноска 16). В первом квартале 2021 года реальный ВВП в регионе ЦАРЭС вырос на 2,9% в среднем, и прогнозируется дальнейшее ускорение на оставшуюся часть года и в 2022 году. Эти прогнозы зависят, прежде всего, от того, насколько быстро страны смогут

вакцинировать свое население и насколько восстановление мировой экономики принесет им пользу (сноска 16).

15. **Воздействие на системы здравоохранения.** Долгосрочное влияние кризиса COVID-19 на системы здравоохранения стран ЦАРЭС до сих пор неясно. До сентября 2021 года COVID-19 стал причиной более 4,1 миллиона случаев инфицирования и 75 тысяч смертей в регионе ЦАРЭС (таблица 1). Многие системы здравоохранения не смогли справиться с внезапным наплывом пациентов (сноска 14). Было множество недостатков, которые, помимо прочего, включали слабый потенциал на уровне первичной медико-санитарной помощи, недостаточное количество больничных коек, медицинских работников, слабый потенциал в области надзора за заболеваниями, и недостаток средств индивидуальной защиты (СИЗ), аппаратов ИВЛ и лекарственных препаратов.²² Хотя данные о влиянии на состояние здоровья населения все еще появляются, многие страны сталкивались с трудностями при оказании основных медицинских услуг и проведении плановой иммунизации, при этом пытаясь справиться с COVID-19. Эти краткосрочные воздействия указывают на области, нуждающиеся в укреплении в будущем, и представляют собой много извлеченных уроков. В то же время после вспышки COVID-19 в системы здравоохранения были осуществлены значительные инвестиции, которые необходимо использовать стратегически для создания жизнестойких систем здравоохранения. Эти инвестиции представляют собой возможность усилить охрану здоровья во всем регионе.

¹⁹ ООН-Женщины. 2020. *Воздействие COVID-19 на жизнь и благосостояние женщин и мужчин в регионе Европы и Центральной Азии: Предварительные результаты быстрой гендерной оценки*. Стамбул.

²⁰ Анализ воздействия в основном фокусирует внимание на воздействии на здоровье и человека, в то время как воздействие на экономику приводится только в виде краткого описания.

²¹ Форум Института медицины (США) по микробным угрозам. 2004. *Уроки ТОРС: Подготовка к следующей вспышке заболевания: итоги семинара*. Вашингтон, О.К.

²² В. Балакришнан. 2020. Противодействие COVID-19 в Центральной Азии. *The Lancet Microbe*, 1(7), сс. e281.

Таблица 1: Заболеваемость и смертность от COVID-19 в странах ЦАРЭС

Страна	Всего подтвержденных случаев	Случаев на миллион человек	Всего смертность	Смертность на миллион человек
Афганистан	147 154	3 694	6 708	168
Азербайджан	343 849	33 634	5 023	491
Китайская Народная Республика	93 066	64	4 636	3
Грузия	419 534	105 417	5 820	1,462
Казахстан	633 469	33 349	9 077	478
Кыргызская Республика	162 892	24 575	2 325	351
Монголия	164 155	49 306	815	245
Пакистан	1 034 837	4 595	23 422	104
Таджикистан	15 482	1 588	122	13
Туркменистан	Отс.	Отс.	Отс.	Отс.
Узбекистан	129 327	3811	874	26

Источник: Наш мир в данных. Статистика и исследования: пандемия коронавируса (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus> (по состоянию на 31 июля 2021 года). Данные для Туркменистана отсутствуют.

С. Ведущие факторы охраны здоровья в регионе

16. Ряд факторов формируют региональную систему охраны здоровья, включая потенциал систем здравоохранения, изменение климата, миграцию и устойчивое финансирование. Реагирование на угрозы для охраны здоровья требует наличия потенциала для снижения рисков (профилактика, готовность и смягчение последствий) и повышения устойчивости систем здравоохранения на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях (рисунок 1).

17. **Управление.** Страны, которые пострадали от прошлых пандемий, таких как H1N1, как оказалось на данный момент, имели лучшие планы по борьбе с пандемией COVID-19, и они действовали быстро (сноска 21). Такие страны имели хорошо функционирующие и четкие структуры

управления и механизмы для эффективных национальных мер реагирования, включая межотраслевое сотрудничество, общегосударственные подходы, а также вовлечение частного сектора и организаций гражданского общества.²³

18. Опыт, извлеченный из вспышки ТОРС в 2003 году, подчеркнул важность раннего выявления, эффективного информирования общественности, содействия исследованиям и разработкам, стратегий сдерживания и международного сотрудничества в процессе реализации таких стратегий (сноска 21). Аналогичным образом, уроки пандемии H1N1 2009–2010 годов подчеркнули важность различных стратегий, включая ускорение создания основного потенциала, требуемого для ММСП, создание резервного фонда на случай чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения и создание более обширного кадрового резерва

²³ В Монголии, например, все решения о действиях принимались с четким распределением ответственности между ключевыми органами, такими как Министерство здравоохранения, Государственная комиссия по чрезвычайным ситуациям и Национальный центр инфекционных заболеваний (также являющийся национальным центром по эпидемиологическому надзору за заболеваниями).

Рисунок 1: Факторы региональной охраны здоровья



для общественного здравоохранения.²⁴ В Кыргызской Республике, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане «Вклад партнеров Механизма обеспечения готовности к пандемическому гриппу» (PIP PC), созданный при поддержке ВОЗ в 2014 году, оказался полезным для повышения готовности к пандемии гриппа.²⁵

19. Анализ состояния готовности к пандемии до COVID-19 показал, что национальная готовность к пандемии во многих странах сильно недофинансируется,

несмотря на явные доказательства того, что ее стоимость составляет лишь часть стоимости мер реагирования и потерь, понесенных в случае возникновения эпидемии (сноска 24). (Обзор извлеченных уроков из COVID-19 приводится в Приложении 5). Несмотря на то, что существуют ММСП, а также различные региональные структуры для оказания поддержки странам в усилении охраны здоровья и устранении угроз, приоритеты, конкурирующие за национальные бюджеты, затруднили их реализацию и привели к

²⁴ X. В. Файнберг. 2014. Готовность к пандемии и ответные меры – уроки от гриппа H1N1 2009 г. *N Engl J Med*. 3 апреля; 370 (14). сс. 1335–42. Примеры Монголии и КНР показывают, что эффективное сдерживание COVID-19 отчасти может быть связано с подготовленностью и опытом борьбы с предыдущими инфекциями, имеющими высокий риск, такими как чума, холера и другие вирусы ТОРС. Из-за повторяющихся вспышек в системе здравоохранения Монголии уже имеется сложившаяся практика и опыт, на который можно опираться. Официальные лица системы здравоохранения и правительства научились хорошо сотрудничать, чтобы отслеживать, изолировать и лечить инфицированных, чтобы успешно бороться с болезнями и сдерживать их.

²⁵ При поддержке PIP PC каждая страна усовершенствовала и поддерживала в долгосрочной перспективе национальные системы эпидемиологического и лабораторного надзора, включая систему клинического ведения случаев ТОРС, системы управления данными и оценки рисков. См. Всемирная организация здравоохранения. Механизм обеспечения готовности к пандемическому гриппу (PIP).

ограниченным инвестициям в системы здравоохранения, необходимым для защиты здоровья.²⁶ В глобальном масштабе COVID-19 указал на то, что финансирование для мер реагирования не выделялось достаточно быстро и структурированным образом, чтобы предпринимать быстрые действия.²⁷ По результатам недавно проведенных национальных оценок,

несмотря на бюджетные ограничения, многие страны ЦАРЭС смогли мобилизовать дополнительные бюджетные ресурсы для осуществления неотложных расходов с целью реагирования на COVID-19 (т.е. для поддержки оказания медицинских и других основных услуг во время пандемии). Некоторые примеры приведены во вставке 1.

Вставка 1: Мобилизация дополнительных бюджетных ресурсов для борьбы с COVID-19 в странах ЦАРЭС

- (i) В рамках действий по неотложным расходам в Пакистане был введен государственный пакет стимулирующих мер, и эти средства использовались для закупки срочных поставок и укрепления больничных служб. Кроме того, Пакистану был предоставлен заём АБР для проекта по поддержке закупки вакцины против COVID-19 в рамках Азиатско-Тихоокеанского механизма обеспечения доступа к вакцинам.
- (ii) В Грузии также были предприняты немедленные шаги по мобилизации дополнительного финансирования для реагирования на COVID-19. Расходы по программе Всеобщего охвата услугами здравоохранения увеличились на 20%. Для граждан и жителей страны все расходы, связанные с тестированием, амбулаторным и стационарным лечением, изоляцией («COVID-отели») финансируются за счет государственного бюджета.
- (iii) В Казахстане, в дополнение к перераспределению средств в государственном бюджете, из государственного резерва были мобилизованы дополнительные ресурсы для покрытия неотложных расходов.
- (iv) В Азербайджане, Государственному агентству обязательного медицинского страхования было выделено необходимое финансирование из резервного фонда Президента для закупки необходимого медицинского оборудования и осуществления других поставок с целью предотвращения распространения COVID-19. Президент создал специальный фонд для поддержки борьбы с коронавирусом с дополнительными взносами со стороны государственного и частного секторов.
- (v) В Таджикистане правительство внесло поправки в государственный бюджет на 2020 год, существенно увеличило расходы на здравоохранение и расширило трансферты социальной помощи населению (т.е. предоставило отсрочку по налоговым платежам и отложило административное повышение цен, предоставило поддержку ликвидности фирмам и домохозяйствам).

Источники: АБР. Отчет национальной оценки ЦАРЭС. Не опубликован; АБР. 2018. *Инвестирование в региональную охрану здоровья для устойчивого развития в Азиатско-Тихоокеанском регионе*. Манила; АБР. 2021. *Отчет и рекомендации Президента Совету директоров: Предлагаемый заем для Исламской Республики Пакистан: Проект поддержки закупки вакцины против COVID-19 в рамках Азиатско-Тихоокеанского механизма доступа к вакцинам*. Манила; КРМГ. 2020. *Азербайджан: Правительственные и институциональные меры в ответ на COVID-19*.

²⁶ АБР. 2018. *Инвестирование в региональную охрану здоровья для устойчивого развития в Азиатско-Тихоокеанском регионе*. Манила.

²⁷ Р. Хортон. 2020. *COVID-19 – что мы узнали на данный момент?* *The Lancet*. 396(1789).; *The Lancet*. 2020. *Конференция КАМН по здравоохранению, Краткое введение в конференцию*. Конференция КАМН-Lancet по здравоохранению (sciconf.cn).

20. Потенциал в области человеческих ресурсов. Страны ЦАРЭС сталкиваются с различными вызовами в области человеческих ресурсов для здравоохранения, такими как стареющая рабочая сила, несоответствующая кадровая политика и политика найма, неравномерное распределение между городской и сельской местностью и проблемы удержания кадров, низкое качество образования, слабое соблюдение стандартов и аккредитации, низкая способность к освоению ресурсов, слабая структура развития карьеры, особенно для женщин, и не соответствующие нормам условия труда (сноска 2). Необходимо укрепить потенциал для планирования и управления кадровыми ресурсами здравоохранения на национальном, институциональном, а также на операционном уровне, особенно во время резких скачков числа случаев. Это было особенно актуально во время текущей пандемии, когда остро ощущался недостаток человеческих ресурсов здравоохранения (ЧРЗ) во всех странах ЦАРЭС, с учетом существенного повышения потребности в медицинском персонале для управления резким ростом случаев заболевания COVID-19. Недостаток ощущался острее среди врачей: в частности, врачей отделения интенсивной терапии (ОИТ), специалистов по инфекционным заболеваниям, и врачей первичной медико-санитарной помощи, в сравнении с медицинскими сестрами (за исключением нескольких стран, где острый недостаток медицинских сестер ощущался до пандемии). Это зачастую сочетается с низким уровнем оплаты труда медицинских работников, слабым уровнем управления, высоким уровнем текучести кадров и отсутствием соответствующей поддержки психологического здоровья среди медицинских работников.²⁸

21. Потенциал в области эпидемиологического надзора и лабораторный потенциал. В странах ЦАРЭС проводится работа по развитию национального и регионального потенциала для анализа и связывания данных через национальные системы эпидемиологического надзора, а также для обеспечения межотраслевого сотрудничества между секторами здоровья человека, животных и растений. Способность быстро собирать и анализировать информацию из этих секторов является сложной задачей из-за различающихся информационных систем, часто используемых в этих сферах. Лабораторный потенциал и системы гарантии качества в лабораториях и стандартизация внутри стран и между ними, являются очень разнообразными. Например, некоторые страны имеют высококачественные референс-лаборатории, отвечающие международным требованиям (например, Грузия и ее Центр Лугара), при том, что у других стран в регионе ЦАРЭС имеются менее точные системы. Несмотря на прогресс, достигнутый в регионе, контроль качества и лабораторный потенциал по работе с тестированием и анализами на COVID-19 в ряде стран все еще остаются ниже оптимального уровня, в основном, в силу ограничений со стороны слабой инфраструктуры (сноска 2).

22. Доступные запасы для резкого повышения потенциала. Серьезную обеспокоенность в регионе вызывают качество, наличие и доступность лекарственных препаратов, особенно торговля некачественными и поддельными лекарствами и связанная с этим нерегулируемая продажа и неправильное использование, которые способствуют возникновению устойчивости к лекарственным препаратам. Недостаточно эффективные системы фармаконадзора

²⁸ АБР. Отчет по национальным оценкам ЦАРЭС. Не опубликован.

увеличивают бремя: зачастую работа по регулированию проводится изолированно, без учета того, что аналогичный продукт или производственная площадка прошли или проходят оценку в нескольких других странах. Ограниченная конкуренция на рынках привела к ограниченному наличию и более высоким ценам (сноска 2).

Указанные слабые стороны, в большой степени, связаны со значительным объемом нормативной и административной работы, которая выполняется государственными органами со слабым институциональным и человеческим потенциалом, ограниченными ресурсами и, в некоторых случаях, несоответствующими навыками.

23. Во время пандемии COVID-19 многие страны ЦАРЭС испытывали значительные задержки в получении СИЗ, диагностических наборов и вакцин из-за глобального дефицита в поставках и имеющихся запасах для срочно необходимых товаров. Поэтому многие страны в регионе имеют ограниченный потенциал в области предотвращения и лечения в чрезвычайных ситуациях.²⁹ Это подчеркивает потребность и потенциал для регионального сотрудничества в плане объединения ресурсов для совместных закупок, а также для более долгосрочного стратегического партнерства с целью наращивания производственного потенциала в регионе ЦАРЭС. Запущены Ускоритель доступа к инструментам противодействия COVID-19 и механизм Глобального доступа к вакцинам против COVID-19 (COVAX), которые

осуществляются в рамках глобального сотрудничества, с целью ускорения разработки и производства терапевтических, диагностических препаратов и вакцин против COVID-19, а также для обеспечения справедливого и равного доступа для каждой страны мира, включая страны ЦАРЭС.³⁰

24. Финансирование здравоохранения и социальная (финансовая) защита.

Инфекционные заболевания могут обходиться дорого для пациентов, которым требуется финансовая защита, которую может гарантировать всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ). Чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения, такие как вспышка COVID-19, оказывают значительное давление на предлагаемые услуги, поскольку системы здравоохранения испытывают стресс. Доступ к качественным и недорогим услугам здравоохранения является важной опорой социальной защиты. Согласно индексу ВОУЗ, девять из 11 стран ЦАРЭС имеют удовлетворительные баллы.³¹ Однако выплаты «из кармана» остаются относительно высокими в регионе ЦАРЭС и ограничивают доступ к медицинской помощи, особенно для уязвимых групп населения.³² Многие мигранты не имеют медицинской страховки.

25. Нехватка финансовых ресурсов оказывает давление на системы здравоохранения.³³ Государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП очень сильно сократились почти во всех странах

²⁹ В. С. Балакришнан. 2020. Реагирование на COVID-19 в Центральной Азии. *The Lancet Microbe*, 1(7), с. e281.; Э. М. Абрамс и С. Дж. Шефлер. 2020. COVID-19 и влияние социальных детерминант здоровья. *Lancet Respir Med*. 8 (7). с. 659–661. А. Лал и др. 2021. Фрагментированные системы здравоохранения при COVID-19: устранение несоответствия между глобальной охраной здоровья и всеобщим охватом услугами здравоохранения. *Lancet*. 397 (10268). сс. 61–67.

³⁰ Всемирная организация здравоохранения. *Работая для обеспечения глобального справедливого доступа к вакцинам против COVID-19. COVAX*.

³¹ Всемирная организация здравоохранения. *Глобальная обсерватория здравоохранения*.

³² К. Су и др. 2003. Катастрофические расходы домохозяйств на здравоохранение: многострановой анализ. *The Lancet* 362 (9378).

³³ Б. Речел и др. 2012. Уроки двух десятилетий реформы здравоохранения в Центральной Азии. *Политика и планирование здравоохранения*. 27 (4). сс. 281–287.

ЦАРЭС из-за спада рыночной экономики (сноска 33). Хотя медицинское обслуживание было бесплатным в местах оказания медицинской помощи и было довольно обширным до обретения независимости в странах Центральной Азии и Кавказа, а также в Монголии, сокращенные государственные расходы увеличили бремя на домохозяйства. Финансовое бремя для пациентов и систем здравоохранения возрастает еще больше из-за растущего бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ).

26. Во время пандемии COVID-19 страны, политика которых тесно согласована с концепциями ВОУЗ и глобальной охраной здоровья, в целом справились лучше и, возможно, могут быть лучше подготовлены к восстановлению после COVID-19 по сравнению со странами, в которых системы здравоохранения не согласованы ни одной из этих концепций.³⁴ Ограниченные пакеты программ медицинского страхования в большинстве стран ЦАРЭС и высокие выплаты «из кармана» за многие необходимые услуги представляли собой серьезную угрозу во время пандемии, особенно для наиболее уязвимых групп населения (сноска 15).

27. Предоставление услуг и качество медицинских услуг. Ключевой проблемой в предоставлении медицинских услуг является перегрузка стационарных служб во время вспышек заболеваний. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) все еще является слабой для лечения даже легких случаев во время вспышек заболеваний, таких как COVID-19, даже несмотря на то, что в течение прошлых лет

осуществлялись инвестиции в развитие семейной медицины, а также подготовку врачей и медсестер ПМСП (сноска 2). Это усугубляется неспособностью своевременно наращивать лабораторный потенциал для удовлетворения потребностей во время вспышек. Качество медицинской помощи, особенно в сельской местности, остается низким и влияет на общие показатели эффективности систем здравоохранения из-за ряда проблем. Эти проблемы включают слабое национальное согласование протоколов и практик с международной доказательной медициной, слабую подготовку медицинских работников или отсутствие специальных образовательных программ и модулей, отсутствие управления качеством и недостаточные инвестиции в объекты и их техническое содержание (сноска 2). Особенно во время вспышек, таких как COVID-19, необходимо наличие адекватных клинических руководств для предоставления стандартизированных и качественных клинических услуг для пациентов. ВОЗ настоятельно рекомендует применять соответствующие меры ПКИ, в том числе на уровне ПМСП, такие как научно обоснованные руководства по ПКИ, адаптированные для медицинских учреждений, и стандартные операционные процедуры (СОП), обеспечение надлежащей практики в отношении гигиены рук, обеззараживания медицинских приборов и оборудования для ухода за пациентами, очистки окружающей среды, утилизации медицинских отходов, обеспечения безопасности инъекций. Многие из них не соблюдаются или не внедрены должным образом в регионе, в том числе в приграничных районах.³⁵

³⁴ А. Лал и др. 2021. Фрагментированные системы здравоохранения при COVID-19: устранение несоответствия между глобальной охраной здоровья и всеобщим охватом услугами здравоохранения. *The Lancet*. 397 (10268). сс. 61–67.

³⁵ Всемирная организация здравоохранения. 2019. *Минимальные требования к программам профилактики и контроля инфекций*. Женева; АБР. 2021 *Проект поддержки вакцин против COVID-19 в рамках Азиатско-Тихоокеанского фонда доступа к вакцинам: Отчет и рекомендация Президента – Комплексная оценка управления опасными медицинскими отходами*. Манила; О. Хан. 2010. *Безопасность инъекций в Центральной Азии*. Диссертация. Атланта: Государственный университет Джорджии.

28. **Вспомогательная роль цифрового здравоохранения.**

Цифровое здравоохранение имеет решающее значение для устранения угроз общественному здоровью. Например, оно может поддерживать системы эпидемиологического надзора и лабораторные информационные системы для выявления заболеваний, помогать в управлении человеческими ресурсами и логистикой поставок во время всплеска случаев заболевания или поддерживать предоставление телемедицинских услуг для улучшения оказания медицинских услуг или предоставления очень важных медицинских услуг во время вспышек. Цифровое здравоохранение и информационные системы заняли более важное место в повестке дня большинства стран ЦАРЭС. Однако существуют такие проблемы, как фрагментация информационных систем, отсутствие национальных стратегий в области цифрового здравоохранения и недостаточное использование данных для принятия решений. Национальные информационные системы здравоохранения в регионе ЦАРЭС обычно фрагментированы в результате наличия параллельных систем эпидемиологического надзора за заболеваниями, отсутствия интеграции частного сектора и фрагментации между учреждениями на национальном, областном и местном уровнях (сноска 2).

29. **Стимулирование инноваций.**

Стимулирование инноваций даже во время кризисов имеет решающее значение для поддержки мер реагирования и требует наличия благоприятной для инноваций экосистемы. Текущая пандемия COVID-19 подчеркнула то, каким образом инновационные решения могут способствовать разрешению кризиса в

сфере здравоохранения. С начала 2020 года множество правительств, организаций, компаний и научных учреждений быстро разрабатывали инновационные решения для управления кризисом COVID-19.³⁶ Глобальные решения включают инициативы по профилактике (например, сотрудничество в области эпидемиологического надзора, отслеживания и прослеживания, исследований), управлению услугами (например, новые руководства по лечению) или по улучшению физической инфраструктуры (например, недорогие аппараты ИВЛ, лечебные отделения в больницах с цветовой кодировкой, чтобы обозначать зоны с COVID-19 и без COVID-19). Появились многочисленные инновационные трекеры и репозитории, которые предоставляют обзор конкретных областей инноваций.

30. Многие инновационные решения были реализованы в странах ЦАРЭС в ответ на COVID-19, хотя в основном они пока применяются на национальном уровне, некоторые из них приводятся во вставке 2.³⁷

31. Помимо потенциала систем здравоохранения другие факторы, такие как урбанизация, окружающая среда и изменение климата, а также миграция и улучшенная связанность являются ключевыми факторами угроз в области региональной охраны здоровья.

32. **Урбанизация, окружающая среда и изменение климата.** Урбанизация, экологические факторы и изменение климата также играют важную роль в качестве движущих сил, способствующих распространению инфекционных заболеваний.³⁸ Изменение климата имеет широкомасштабный эффект домино,

³⁶ М. Мертен. 2020. Инновации в области общественного здравоохранения для COVID-19: поиск, доверие и масштабирование инноваций. *Серия рабочих документов АБР по устойчивому развитию*. № 70. Манила. АБР.

³⁷ Все инновации в странах ЦАРЭС включены в сборник АБР по инновационному реагированию на COVID-19.

³⁸ ПРООН. 2020. *Решение проблем изменения климата и здоровья в регионе Европы и Центральной Азии. Совместное ценностное предложение и предложение услуг*. Нью-Йорк.

Вставка 2: Инновационные решения в борьбе против COVID-19 в регионе ЦАРЭС

- (i) Министерство транспорта, связи и высоких технологий Республики Азербайджан, совместно с Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН) и SUP VC – программой ускорения – инициировало «Взломай COVID-19: глобальный виртуальный хакатон» для краудсорсинга технических решений, которые помогут людям справиться с кризисом, связанным с коронавирусом.
- (ii) Китайская Народная Республика была особенно активна в разработке инновационных решений, связанных с COVID-19, таких как изоляция и карантин, посредством использования дронов для медицинских и биологических материалов и использования телемедицины в сельских районах для увеличения доступа к медицинским услугам.
- (iii) Астанинский хаб в сфере государственной службы, виртуальный альянс практиков по обмену опытом в условиях пандемии COVID-19, помог применять инновации и оптимальные решения для реагирования на пандемию. Агентством по делам государственной службы Республики Казахстан совместно с ПРООН в Казахстане было инициировано предложение о создании Регионального центра государственных услуг в качестве многосторонней платформы для реформирования государственных услуг.
- (iv) Государственное агентство по информационно-коммуникационным технологиям и Парк высоких технологий Кыргызской Республики и ПРООН учредили конкурс под названием «Вызов открытым инновациям Inno4KG для Кыргызской Республики», который, как ожидалось, позволит разработать быстрые, разнообразные и эффективные решения, предназначенные для преодоления каскадных последствий пандемии коронавируса и удовлетворить острые потребности уязвимых групп населения. Конкурс проходил в рамках совместного гуманитарного реагирования под эгидой Координационного отдела по реагированию на стихийные бедствия, созданного по просьбе Правительства Кыргызской Республики, чтобы оказать помощь в обеспечении готовности к чрезвычайным ситуациям и реагировании на COVID-19 и создании условий для скорейшего восстановления.
- (v) Правительство *Монголии* разработало веб-портал при участии своего Агентства связи, информации и технологий для предоставления около 180 видов социальных услуг гражданам страны. Среди прочего, платформа предлагает результаты тестов на COVID-19 и выдает сертификаты вакцинации против COVID.
- (vi) Факультет медицинских наук Университета Ага Хана Пакистана разработал репозиторий исследовательских проектов, связанных с COVID-19. Кроме того, правительство провинции Синд в Пакистане использовало инновационный инструмент, который предоставил лицам, принимающим решения, доступ к аналитике в режиме реального времени с высоким разрешением и визуализациями, учитывающими их потребности. Правительство провинции Синд интегрировало 12 источников данных в виртуальный диспетчерский центр, чтобы улучшить понимание ситуации и обеспечить быстрое, основанное на данных и эффективное реагирование на вспышку. Лица, принимающие решения, использовали виртуальный диспетчерский центр для принятия обоснованных решений о том, куда направлять пациентов, нуждающихся в неотложной помощи, для оптимизации распределения жизненно важных ресурсов, таких как средства индивидуальной защиты и аппараты ИВЛ, и осуществления целевой строгой изоляции, чтобы контролировать распространение вируса. Платформа в настоящее время используется для улучшения проведения плановой иммунизации в провинции Синд.
- (vii) Специальная программа ООН для экономик Центральной Азии (СПЕКА) в рамках своей Рабочей группы по инновациям и технологиям для устойчивого развития запустила проект по усилению инновационной политики для стран СПЕКА в поддержку Повестки дня по устойчивому развитию до 2030 года. Первым шагом этого нового подхода стала оценка стран СПЕКА на предмет пробелов в инновациях.

Источники: EU 4 Digital. 2020. *ВЗЛОМАЙ COVID-19*; Астанинский хаб в сфере госслужбы. 2021. *Виртуальный альянс практиков для обмена опытом в контексте COVID-19*; ПРООН. 2020. *ПРООН призывает кыргызских новаторов победить COVID-19 с помощью новых решений и технологий*; Департамент связи и информационных технологий «Электронная Монголия». 2021. *Электронная Монголия*.

вливающий на жизненно важные сектора экономики и устойчивое развитие стран ЦАРЭС, включая здоровье человека и окружающую среду (например, растущая устойчивость к противомикробным препаратам, частые стихийные бедствия природного характера), что представляет угрозу для региональной охраны здоровья.³⁹ В то время как в таких странах, как КНР, Казахстан или Узбекистан почти 100% населения имеют доступ к безопасной питьевой воде, в Афганистане этот показатель составляет всего 67%. Отсутствие доступа к санитарии также представляет серьезную угрозу здоровью в некоторых странах ЦАРЭС, ввиду увеличения внутрибольничных инфекций (и вместе с тем, повышения противомикробной резистентности).⁴⁰ В Афганистане и Пакистане есть возможности для улучшения (сноска 2). Принимая во внимание, что животноводство вносит важный вклад в развитие местной экономики и является важной частью трансграничной торговли, данный регион является особенно подверженным рискам вспышек зоонозных заболеваний, которые могут продолжать возникать в будущем (сноска 2).

33. Миграция и увеличение связанности. Увеличение связанности вдоль таких трансграничных экономических коридоров, таких как Экономический коридор Алматы – Бишкек (ЭКАБ), и урбанизация экономических кластеров требуют достаточной инфраструктуры и доступа к услугам здравоохранения для мигрантов и мобильных слоев населения, надежного потенциала для выявления вспышек инфекционных заболеваний, ПКИ в организациях и учреждениях

карантина. Трудовая миграция является одним из основных определяющих факторов здоровья, поскольку повышение мобильности увеличивает риск пересечения границ инфекционными заболеваниями. В 2019 году около 10,3 миллиона мигрантов из стран ЦАРЭС работали за пределами своих стран (сноска 39). Социальная защита трудовых мигрантов в основном отсутствует, а учреждений в приграничных районах либо мало, либо доступ к медицинскому обслуживанию для трудовых мигрантов вообще отсутствует. Таким образом, трудовые мигранты особенно подвержены рискам для здоровья. Заболеваемость ТБ и ТБ МЛУ в 2,5 раза выше среди трудовых мигрантов, чем среди населения в целом.⁴¹ Количество зарегистрированных мигрантов представлено в таблице 2.

34. Женщины-трудящиеся мигранты в регионе ЦАРЭС и из региона ЦАРЭС, работающие в других странах, представляют собой особенно уязвимую группу, часто подвергающуюся множеству рисков. Их потребности плохо отражаются в национальной статистике здравоохранения, поскольку эти женщины часто оказываются за пределами доступных услуг и поэтому не отражаются прозрачным образом в статистике. Так как значительная часть женского населения во всех странах ЦАРЭС работает за границей в качестве трудящихся мигрантов, стремление удовлетворить их потребности в сфере здравоохранения заслуживает внимания. Разработка и запуск поддерживающих инициатив для удовлетворения потребностей женщин-мигрантов в сфере здравоохранения требует проведения исследований с целью определения их реальных потребностей.

³⁹ Институт ЦАРЭС. 2020. *Аналитическая справка. Региональное сотрудничество по вопросам изменения климата* Урумчи; АБР. 2018. *Инвестиции в региональную охрану здоровья для устойчивого развития в Азиатско-Тихоокеанском регионе*. Манила.

⁴⁰ Центр стратегических и международных исследований (ЦСМИ). 2021 г. *ВСГ как критический компонент первичной медико-санитарной помощи и охраны здоровья*.

⁴¹ Б. Бабамурадов и др. 2017. Снижение заболеваемости туберкулезом среди трудовых мигрантов Центральной Азии. *Health Aff (Millwood)*. 36(9). с.1688.

Таблица 2: Количество международных мигрантов в странах ЦАРЭС, 2019 год

Индикаторы	АФГ	АЗЕ	КНР	ГРУ	КАЗ	КГЗ	МОН	ПАК	ТАД	ТКМ	УЗБ
Количество мигрантов ^а (тыс. чел.)	150	254	1 031	79	3 706	200	21	3 258	274	195	1 168
Мигранты в % от населения страны	0,4	3	0.1	2	20	3	0,7	2	3	3	4
Женщины-мигранты в % от населения страны	50	52	39	56	50	60	33	47	57	53	53
Тип данных ^б	В	В, R	С	В	В	В	С	В, R	В	В	В

АФГ – Афганистан, АЗЕ – Азербайджан, ГРУ – Грузия, КАЗ – Казахстан, КГЗ – Кыргызская Республика, МОН – Монголия, КНР – Китайская Народная Республика, ТАД – Таджикистан, ТКМ – Туркменистан, УЗБ – Узбекистан

^а Общее количество основано только на расчетных данных, так как достоверный учет численности неофициальных мигрантов не представляется возможным.

^б Данная строка показывает данные, использованные для расчетов: (В) население, рожденное за рубежом, (С) иностранные граждане, и (R) беженцы.

Источник: Департамент ООН по экономическим и социальным вопросам. Международная миграция (по состоянию на 16 января 2020 г.); АБР, 2021. *На пути к ЦАРЭС-2030: Расширение регионального сотрудничества в секторе здравоохранения – Обзорное исследование*. Манила

До сих пор этому вопросу уделялось внимание лишь в очень ограниченном количестве опубликованных исследований.

35. Определены три фактора, которые повышают уязвимость населения к угрозам охраны здоровья. К ним относятся гендерное неравенство, социальные детерминанты здоровья, а также высокое бремя НИЗ.

36. **Гендерные неравенства.** Несколько оценок, проведенных в первые месяцы пандемии COVID-19, показали, что гендерное неравенство увеличилось на протяжении всего кризиса в секторе здравоохранения.⁴² Увеличилось количество случаев домашнего/гендерного насилия.⁴³ Женщины не могли

получать медицинские услуги так часто, как до кризиса. Кроме того, сокращение рабочего времени женщин привело к уменьшению заработка и последующим трудностям с оплатой основных расходов, таких как коммунальные услуги и арендная плата. Кроме того, большая часть работников здравоохранения в ЦАРЭС – это женщины, что делает женщин особенно уязвимыми перед угрозами инфекционных заболеваний. Учитывая воздействие на женщин, необходимо принять меры по их защите с учетом гендерных особенностей.

37. **Социальные детерминанты здоровья.**⁴⁴ Пандемия COVID-19 продемонстрировала, каким образом

⁴² ПРООН. 2016. *Гендерные оценки в Европе и Центральной Азии показывают разрушительное воздействие пандемии на женщин*; Всемирный банк. 2014. *Почему мы заботимся о сокращении гендерного разрыва в оплате труда на Южном Кавказе*; ООН-Женщины. 2020. Серия публикаций ООН-Женщины: *Женщины на переднем крае реагирования на COVID-19 в Европе и Центральной Азии: Голоса механизмов гендерного равенства по COVID-19*.

⁴³ ООН-Женщины. *Теневая пандемия: Насилие в отношении женщин во время COVID-19*.

⁴⁴ Социальные детерминанты здоровья представляют собой немедицинские факторы, которые влияют на результаты здравоохранения, как например доходы, образование и жилье. Это условия, в которых люди рождаются, растут, работают, живут и стареют, а также более обширный набор сил и систем, формирующих условия жизни. См. ВОЗ. Социальные детерминанты здоровья.

бедность и социальное неравенство могут повысить уязвимость к вспышкам и распространению инфекционных заболеваний: (i) социальное неравенство в здравоохранении повлияло на смертность и заболеваемость COVID-19;⁴⁵ (ii) болезнь увеличила разрыв между богатыми и бедными, (iii) домохозяйства из групп с более низким уровнем дохода подвержены более высокому риску передачи вируса из-за тесноты жилых помещений и меньшего имеют доступа к инфраструктуре здравоохранения.⁴⁶

38. Страны ЦАРЭС существенно снизили свои уровни бедности благодаря нескольким факторам, включая относительно высокий экономический рост и улучшение социальных услуг. Однако уровень бедности остается высоким в Афганистане – 54,5% и Таджикистане – 26,3%.⁴⁷ Страны ЦАРЭС значительно различаются с точки зрения хрупкости государства и систем социальной защиты своих граждан. Индекс человеческого развития ООН в странах ЦАРЭС за 2018 год варьировался от 0,496 для Афганистана до 0,817 для Казахстана, а

ИЧР с поправкой на неравенство – от 0,386 для Пакистана до 0,759 для Казахстана (данные по Афганистану отсутствуют).⁴⁸ Учитывая эту ситуацию, инвестирование в схемы социальной защиты и потенциал критически важно для защиты населения от негативных воздействий вспышек заболеваний.

39. Повышенная восприимчивость к инфекционным заболеваниям из-за бремени НИЗ.⁴⁹ Пандемия COVID-19 также подчеркнула, что сочетанная заболеваемость НИЗ может сделать население более уязвимым к заболеваемости и смертности от инфекционных заболеваний. В регионе ЦАРЭС в бремени болезней преобладают НИЗ, даже если страны ЦАРЭС находятся на разных стадиях своего демографического и эпидемиологического перехода.⁵⁰ В некоторых странах, таких как Афганистан, Пакистан и Таджикистан, по-прежнему высока доля населения, умирающего от инфекционных заболеваний, и растет доля населения, умирающего от неинфекционных заболеваний (рисунок 2).⁵¹

⁴⁵ Е. М. Абрамс и С. Дж. Сефлер. 2020. COVID-19 и влияние социальных детерминантов здоровья. *Lancet Respir Med.* 8(7). сс. 659–661.

⁴⁶ А. Лал и др. 2021. Фрагментированные системы здравоохранения в COVID-19: исправление несоответствия между глобальной охраной здоровья и всеобщим охватом услугами здравоохранения. *The Lancet.* 397(10268). сс.61–67.

⁴⁷ Всемирный банк. Коэффициент бедности по национальной черте бедности – Афганистан, Таджикистан (по состоянию на 12 декабря 2020 г.).

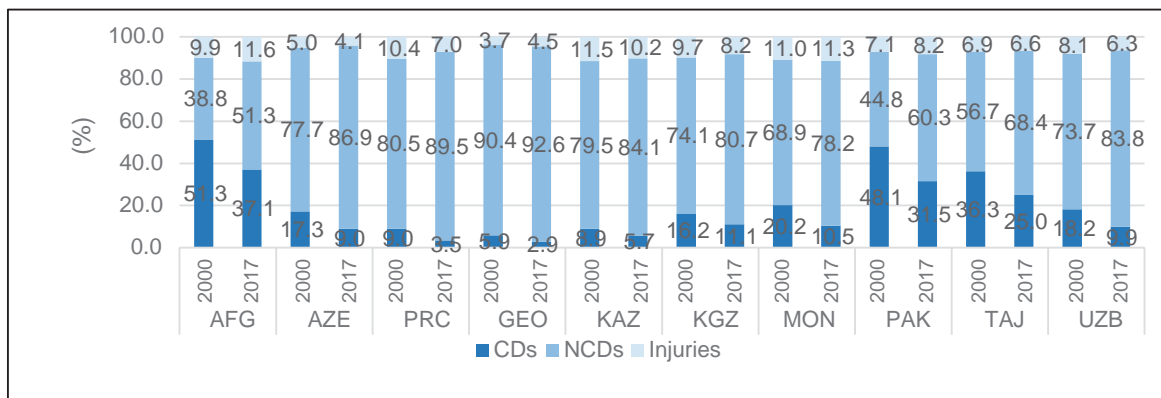
⁴⁸ ПРООН. Отчеты о человеческом развитии. Глобальные показатели человеческого развития по состоянию на 12 декабря 2020 г.).

⁴⁹ Подверженность развитию тяжелых заболеваний и риск смертности лиц, инфицированных COVID-19, в соответствии с доказательной базой, имеют тесную связь с НИЗ, ожирением, диабетом и артериальной гипертензией. Эти состояния также занимают ведущие места в статистике преждевременной смертности в Центральной Азии, См. Институт показателей и оценки здоровья. 2018. Результаты глобального исследования по бремени заболеваний, 2017 год. Сигл, Вашингтон. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (по состоянию на декабрь 2019 г.); CDC. 2021. Основные медицинские состояния, связанные с высоким риском тяжелого течения COVID-19: информация для поставщиков медицинских услуг.

⁵⁰ Смертность и заболеваемость от инфекционных заболеваний снижается, а смертность и заболеваемость от НИЗ растет (сноска 2). В принципе, это означает, что НИЗ, инфекционные заболевания, связанные с репродуктивным здоровьем, и травмы существуют, хотя и в разной степени

⁵¹ Показатели открытых данных Всемирного банка. data.worldbank.org/indicator (по состоянию на 10 августа 2021 г.).

Рисунок 2: Бремя болезней в странах ЦАРЭС



AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, ИЗ = инфекционное заболевание, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, НИЗ = неинфекционное заболевание, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, UZB = Узбекистан.

Источник: Институт показателей и оценки здоровья. 2018. *Результаты глобального исследования бремени болезней*, 2017. Сиэтл, Вашингтон. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (по состоянию на декабрь 2019 г.).

40. Сердечно-сосудистые заболевания являются одними из наиболее распространенных НИЗ в странах ЦАРЭС. Неудовлетворенные потребности в управлении рисками при ведении случаев сердечно-сосудистых заболеваний определяют уровень распространенности инсульта и сердечно-сосудистых заболеваний и смертности в ЦАРЭС.⁵² Переход к современному ведению ССЗ, включая использование эффективных методов ПМСП, непрерывное наблюдение и активное содействие соблюдению ежедневного лечения на протяжении всей жизни, не имеет достаточной поддержки из-за сильной традиции, ориентированной на госпитализацию. Хотя в данной стратегии основное внимание уделяется охране здоровья, инвестиции в борьбу с НИЗ останутся критически важными во всем регионе.

41. **Резюме.** На основе результатов вышеуказанного анализа, был проведен анализ дерева проблем, чтобы проанализировать причины и последствия пандемической ситуации, сложившейся в странах ЦАРЭС (рисунок 3).

D. Возможности для регионального сотрудничества в сфере здравоохранения

42. Региональное сотрудничество необходимо для укрепления охраны здоровья как регионального общественного блага. Такое сотрудничество может значительно облегчить реализацию ММСП, а также различных региональных рамочных программ, направленных на поддержку стран в улучшении охраны здоровья и устранении будущих угроз общественному здоровью (сноска 27). Некоторое сотрудничество

⁵² Ключом к снижению летальности при инсульте и сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) является ВОУЗ для сердечно-сосудистых заболеваний, основанный на факторах риска. Эта стратегия привела к резкому снижению смертности от инсульта, связанного с ССЗ, и смертности от ССЗ, связанных с гипертонией, за последние 20 лет в странах, которые внедрили модель оказания медицинской помощи, соответствующую принципу «Фрамингема».

Рисунок 3: Основные региональные проблемы здравоохранения для стран ЦАРЭС



уже осуществляется для координации действий стран ЦАРЭС, например, в рамках инициатив и проектов РСЗ, которые существовали в период до пандемии COVID-19 (вставка 3).

43. Страны ЦАРЭС являются членами нескольких региональных объединений или двусторонних соглашений, фокусирующихся на различных аспектах здравоохранения (вставка 4).

44. Есть также несколько международных инициатив, в которых принимают участие некоторые страны ЦАРЭС (вставка 5).

45. Текущая пандемия ускорила запуск новых региональных инициатив,

например, Специальная программа для экономик Центральной Азии ООН (СПЕКА ООН).⁵³ Региональная платформа задействована в нескольких секторах. В ноябре 2020 года состоялось ее заседание, чтобы обсудить и разработать идеи относительно скоординированных действий правительств, системы ООН и других соответствующих заинтересованных сторон для реагирования на социально-экономические последствия COVID-19. Во встрече приняли участие Афганистан, Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан. Другой важной платформой для обмена опытом и ресурсами между странами ЦАРЭС являются региональные центры, созданные Европейским

⁵³ ЭСКАТО ООН. 2020. *Экономический форум СПЕКА*.

Вставка 3: Инициативы регионального сотрудничества в сфере здравоохранения в странах ЦАРЭС

- (i) Проект модернизации санитарных и фитосанитарных (СФС) стандартов Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) в рамках текущей программы ЦАРЭС по интегрированному содействию торговле и торговой политике с целью гармонизации и обновления СФС мер для содействия торговле сельскохозяйственной и пищевой продукцией внутри и за пределами ЦАРЭС.
- (ii) Двусторонние соглашения по борьбе с эпидемиями ТБ/ВИЧ в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане с упором на совместные усилия с точки зрения разработки и реализации наиболее эффективных стратегий профилактики и лечения ТБ и ВИЧ в этих соседних странах
- (iii) Улучшение инфраструктуры и потенциала больниц и лабораторий (например, усиление лабораторного потенциала в рамках Экономического коридора Алматы-Бишкек (ЭКАБ); строительство больницы на 50 койко-мест в рамках Экономического коридора КНР-Пакистан).
- (iv) Разработка решений для цифрового здравоохранения, таких как проекты электронного обучения и телемедицины на границах Таджикистана, Пакистана и Кыргызской Республики.
- (v) Партнерство Афганистана и Пакистана по Программе ликвидации полиомиелита (государственно-частное партнерство, возглавляемое правительствами) поддерживают такие партнеры, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Фонд Билла и Мелинды Гейтс, «Rotary International» и Центр США по контролю и профилактике заболеваний.

Источник: АБР. 2021. *На пути к ЦАРЭС-2030: Расширение регионального сотрудничества в секторе здравоохранения – Обзорное исследование*. Манила.

Вставка 4: Региональные соглашения и объединения в сфере здравоохранения

- (i) Региональный экологический центр Центральной Азии
- (ii) Шанхайская организация сотрудничества
- (iii) Ассоциация регионального сотрудничества стран Южной Азии
- (iv) Организация черноморского экономического сотрудничества
- (v) Содружество Независимых Государств
- (vi) Организация исламского сотрудничества

Источник: АБР. Отчет национальной оценки. Не опубликован.

региональным бюро ВОЗ в Грузии и Кыргызской Республике, соответственно.⁵⁴ Платформы знаний центров обеспечивают оптимизацию руководств и инструментов ВОЗ в соответствии с социально-экономическими реалиями и потребностями каждой страны. Научные

оценки на местах помогают странам в развитии их систем здравоохранения и повышении готовности к чрезвычайным ситуациям, а также в продвижении интенсивных и целенаправленных мероприятий во всех аспектах общественного здравоохранения.

⁵⁴ Всемирная организация здравоохранения, Европа. 2020. *Центры ВОЗ объединяют ресурсы в Европейском регионе для усиления ответных мер на COVID-19*.

Вставка 5: Международные инициативы

- (i) Отдельные страны (Пакистан, Казахстан, Грузия и Азербайджан) Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) одобрили и внедрились подход «Единое здоровье» – подход к сотрудничеству секторов по контролю за инфекционными заболеваниями, который был внедрен Международным эпизоотическим бюро (МЭБ) и ВОЗ.^a Он основан на понимании рисков для здоровья человека и животных (включая домашних и диких животных) и экосистем.
- (ii) Некоторые страны ЦАРЭС (Афганистан, Азербайджан, Грузия, КНР, Кыргызская Республика, Монголия, Пакистан, Таджикистан и Узбекистан) реализовали Программу обучения полевой эпидемиологии в Центральной Азии (FETP) при поддержке со стороны Учебных программ по эпидемиологии и сетей вмешательств в области общественного здравоохранения (TERPHINET), помимо прочих.^b FETP сосредоточена на прикладной эпидемиологии, надзоре за заболеваниями, мерах реагирования на вспышки и оценке программ с дополнительными курсами по разработке исследований и написанию научных статей. Некоторые включают компонент по лабораториям. Во время участия в программе резиденты продолжают работать в системах здравоохранения своих стран и обладают хорошими возможностями для оказания первой помощи в случае вспышек заболеваний, а также в качестве руководителей и наставников для будущих местных специалистов по эпидемиологии на местах.
- (iii) Коалиция за инновации в области обеспечения готовности к эпидемиям (CEPI) выступила с новым призывом ускорить разработку новой вакцины. CEPI – партнерство по разработке продуктов – является прекрасным примером потенциала сотрудничества на уровне политики и расширения возможностей благодаря совместным усилиям.^c
- (iv) Глобальная инициатива COVAX также была создана для обеспечения вакцинами развивающихся стран.

^a Всемирная организация здравоохранения. Единое здоровье. «Единое здоровье» определяется как «подход к разработке и реализации программ, политики, законодательства и исследований, при котором несколько секторов взаимодействуют и работают вместе для достижения лучших результатов в области общественного здравоохранения. Области работы, в которых подход «Единое здоровье» особенно актуален, включают безопасность пищевых продуктов, борьбу с зоонозами (заболеваниями, которые могут передаваться между животными и людьми – такими как грипп, бешенство и лихорадка Рифт-Валли), а также борьбу с устойчивостью к антибиотикам (когда бактерии изменяются после воздействия антибиотиков и с ними становится труднее бороться).

^b TERPHINET. Программа обучения полевой эпидемиологии в Центральной Азии. TERPHINET – это профессиональная сеть из 73 программ обучения полевой эпидемиологии, в том числе с лабораторным и ветеринарным компонентами, работающих в более чем 100 странах.

^c CEPI финансируется Австралией, Канадой, Германией, Японией, Норвегией, Фондом Билла и Мелинды Гейтс и фондом «Wellcome Trust», помимо прочих. См. Коалиция за инновации в области обеспечения готовности к эпидемиям. CEPI.net (по состоянию на июль 2021 г.).

Источник: АБР. Отчет национальной оценки. Не опубликован.

46. С целью прорыва в реагировании на вспышки необходимо больше исследовательского сотрудничества в рамках ЦАРЭС. Например, программа «Eurasia Lab & Fellowship Program» создает крупную сеть исследователей, практиков и активистов, работающих в Евразии.⁵⁵ Среди

прочего, программа организует онлайн-семинары и общественные мероприятия для обсуждения последствий пандемии COVID-19 для исследователей, работающих в Евразии. Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан являются

⁵⁵ Institute für Europäische Politik. 2021. *Евразийская лаборатория и программа стипендий*. Берлин.

участниками программы. Программа может служить образцом для большего числа совместных подходов между странами ЦАРЭС.

47. Обзор национальных политик здравоохранения (т.е. соответствующих законов, нормативно-правовых актов, планов и стратегий) в странах-членах ЦАРЭС ясно демонстрирует поддержку национальных правительств в отношении сотрудничества по вопросам здравоохранения и глобального партнерства в сфере здравоохранения (Приложение 3). Это, среди прочего, подтверждается их приверженностью международному сотрудничеству по вопросам реализации ММСП и Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ).

48. Как указано выше, существуют некоторые субрегиональные и

трансграничные инициативы, отраженные в нескольких национальных стратегиях. В регионе ЦАРЭС пока нет единого стратегического подхода к повышению охраны здоровья.⁵⁶ РСЗ – это возможность для стран совместно укреплять охрану здоровья и добиваться лучших результатов. Шагами для достижения этой цели являются сосредоточение внимания на ключевых областях, таких как реагирование на чрезвычайные угрозы в области общественного здоровья, потенциал человеческих ресурсов, управление закупками и поставками, решения в области цифрового здравоохранения, а также охват и качество медицинских услуг, в том числе для женщин и уязвимых групп (например, пожилых людей, мигрантов, лиц с ограниченными возможностями, людей с повышенным риском из-за ранее существовавших сопутствующих заболеваний).

⁵⁶ В. С. Балакришнан. 2020. Реагирование на COVID-19 в Центральной Азии. *Lancet Microbe*. 1(7). с. e281; Э. М. Абрамс и С. Дж. Жефлер. 2020. COVID-19 и влияние социальных детерминантов здоровья. *Lancet Respir Med*. 8(7). сс. 659–661; А. Лал и др. 2021. Фрагментированные системы здравоохранения при COVID-19: устранение несоответствия между глобальной охраной здоровья и всеобщим охватом услугами здравоохранения. *The Lancet*. 397(10268). сс. 61–67.

IV

**СТРАТЕГИЯ
ЦАРЭС В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДО 2030 ГОДА**

А. Видение

49. Предлагаемое видение Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года:

«Угрозы общественному здоровью в регионе ЦАРЭС решаются комплексно, эффективно и устойчиво посредством принятия регионального подхода при одновременном обеспечении потребностей наиболее уязвимых слоев населения».

В. Руководящие принципы

50. **Региональное сотрудничество в сфере здравоохранения.** Это – ключ к созданию более устойчивых систем здравоохранения и эффективного обеспечения охраны здоровья во всем регионе, такой как реагирование на вспышки как текущая пандемия COVID-19. Сотрудничество может максимизировать воздействие вмешательств в системах здравоохранения за счет использования преимуществ существующих усилий и инициатив. Это может происходить на субрегиональном уровне со странами, сотрудничающими на двусторонней основе или в кластерах, когда страны имеют общие границы и/или общие интересы, учитывая, что регион ЦАРЭС является большим и разнообразным. Региональное сотрудничество в сфере здравоохранения не заменяет разрабатываемые или реализуемые национальные стратегии и политику, а, скорее, дополняет национальные усилия по укреплению систем здравоохранения, а также повышению охраны здоровья. Инновации в сфере здравоохранения и необходимость эффективной охраны здоровья как основы для безопасной трансграничной торговли товарами и услугами могут быть использованы в качестве движущей

силы сотрудничества. Следующие руководящие принципы будут лежать в основе разработки инициатив и программ ЦАРЭС по сотрудничеству по вопросам здравоохранения, а также для продвижения сотрудничества в сфере здравоохранения в регионе.

51. **Содействие межотраслевой координации.** Межотраслевое сотрудничество способствует развитию политики и исследований в различных секторах, которые взаимодействуют друг с другом и работают вместе для достижения результатов в области общественного здравоохранения. Реагирование на COVID-19 продемонстрировало, что в принятии решений об адекватных мерах реагирования должны были участвовать несколько министерств и субъектов, и во многих странах были созданы платформы межведомственной координации. Межотраслевая координация также требует тесной координации с различными заинтересованными сторонами, такими как академические круги, организации гражданского общества и частный сектор.

52. Для эффективного управления подходом «Единое здоровье» необходима межотраслевая координация как часть целостной точки зрения на здоровье, которая охватывает факторы, связанные с окружающей средой, СФС, и учитывает риск распространения инфекционных заболеваний между людьми и животными.⁵⁷

53. **Четкое сосредоточение усилий на обеспечении пользы для населения,** особенно мигрантов и других наиболее уязвимых лиц, которые могут быть не в состоянии позволить себе высокие расходы на здравоохранение или испытывают трудности с получением своевременных и качественных медицинских услуг в

⁵⁷ Подход «Единое здоровье» применим в сфере антибактериальной резистенции, которая требует тесного сотрудничества между секторами, заинтересованными сторонами и странами.

силу таких причин, как географическое расположение, пол, возраст, доход или этническая принадлежность, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи.⁵⁸ Инициативы ЦАРЭС в сфере здравоохранения будут постоянно отслеживаться на предмет их воздействия, с внесением соответствующих корректировок, если необходимо, для максимизации выгод для населения, включая наиболее уязвимые сегменты, и особые потребности женщин.

54. Обеспечение осуществимости и применения подхода, основанного на фактических данных, способствует высокой вероятности и ценности успешной реализации. Оценки пробелов или потребностей должны служить ориентиром для разработки региональных проектов, гарантируя, что каждый шаг основан на имеющихся доказательствах и реальных условиях на местах. Пилотное тестирование новых подходов, которые еще не были протестированы или апробированы в мире или в регионе, позволит стимулировать инновации и их изучение.

55. Обеспечение устойчивости и чувства «собственности». Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года направлена на поддержку инициатив и сотрудничества, которые сосредоточены на потенциале для долгосрочного, экономичного и постоянного достижения ощутимых результатов. Кроме того, она нацелена на согласование с национальными приоритетами, одновременно поддерживая развитие регионального сотрудничества

в сфере здравоохранения в тех областях, где она повышает ценность и дополняет национальные стратегии и программы. Сотрудничество в области устойчивого развития происходит тогда, когда существует национальное (кооперативное) чувство «собственности» в отношении инициатив, и усиливается, когда существующие инициативы развиваются или используются. Поэтапный подход или постепенное развитие регионального сотрудничества в сфере здравоохранения в ЦАРЭС помогает достичь понимания и чувство «собственности» и позволит превратить уроки, извлеченные из одного этапа, в более значительные достижения на следующем этапе.

56. Согласование с международными политиками и рамочными документами, такими, которые созданы в рамках ВОЗ и других признанных глобальных организаций здравоохранения, обеспечит синергизм Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения и усиление глобальных инициатив в области здравоохранения. К такой международной политике относятся ММСП, РКБТ и Глобальный механизм мониторинга НИЗ.⁵⁹ Она также включает в себя принципы Хельсинкской декларации о правах пациента, этические нормы в области эпидемиологии и резолюцию Всемирной медицинской ассоциации о выполнении Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в части этических соображений, касающихся баз данных здравоохранения, в качестве дополнения к Хельсинкской декларации.⁶⁰ Стратегия также должна

⁵⁸ АБР. 2011. *Отраслевые перспективы гендерной и социальной интеграции*. Манила.

⁵⁹ Всемирная организация здравоохранения. 2014. *Глобальная система мониторинга неинфекционных заболеваний: определения и спецификации индикаторов*. Женева.

⁶⁰ Всемирный Банк. 2019. *Почему мы заботимся о сокращении гендерного разрыва в оплате труда на Южном Кавказе*; Т. Хитаршвили. 2016. *Гендерные аспекты неравенства в странах Центральной Азии, Южного Кавказа и западной части СНГ. Серия рабочих документов*. № 858. Нью-Йорк: Институт экономики Леви при Бард-колледже; ЮНИСЕФ. 2016. *Экспресс-обзор интеграции и гендерного равенства в Центральной и Восточной Европе, на Кавказе и в Центральной Азии*. Женева; ОЭСР. 2019. *Проект справочной записки Содействие гендерному равенству в Евразии. Лучшая политика для расширения экономических прав и возможностей женщин*. Париж.

соответствовать целям развития ООН и обязательствам, принятым на совещаниях высокого уровня ООН, например, по Целям устойчивого развития (ЦУР) до 2030 года и на совещании высокого уровня ООН по ВОУЗ.

С. Стратегическая основа

57. Структура Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения (рисунок 4) основывается на анализе основных проблем, сдерживающих региональное сотрудничество и охрану здоровья. Анализ проведен на основе кабинетных исследований и результатов предварительного обзорного исследования, отзывов, полученных от стран-членов и партнеров по развитию во время виртуальных региональных консультационных встреч и предварительных результатов национальных оценок. На основе идей, сформулированных РГЗ ЦАРЭС, и анализа основных проблем, усугубляющих ситуацию с региональной охраной здоровья, была разработана стратегическая основа для Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года. Для достижения общего видения Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения определяет 4 ключевых компонента:

- (i) лидерство и кадровый потенциал,
- (ii) техническая готовность,
- (iii) экстренное увеличение спроса и доступ к расходным материалам,
- (iv) уязвимые группы населения и пограничное здравоохранение.

58. Реализация этих компонентов может поддерживаться при наличии нескольких стимулирующих факторов и при охвате соответствующих аспектов структурных элементов системы здравоохранения,

определенных ВОЗ.⁶¹ К способствующим реализации факторам относится:

(i) необходимая институциональная структура, (ii) партнерства и (iii) поддержка потенциала (рисунок 4). В рамочной структуре также описаны три сквозные проблемы:

- (i) Цифровое здравоохранение – разработка, использование и расширение масштабов цифровых технологий и решений в сфере здравоохранения для улучшения показателей здоровья. Сюда входит использование более широкого спектра умных и подключенных устройств; цифровых технологий, таких как Интернет вещей, виртуальный уход, дистанционный мониторинг, искусственный интеллект, аналитика больших данных, блокчейн, умные аксессуары, платформы, инструменты, позволяющие обмениваться и хранить данные, дистанционный сбор данных, обмен данными и совместное использование. Цифровое здравоохранение должно поддерживаться достаточными инвестициями в управление, включая стратегии электронного здравоохранения и институциональный и кадровый потенциал.⁶²
- (ii) Инновации, которые могут служить ключом к профилактике, физической инфраструктуре, предоставлению медицинских услуг и политике. Достаточный технический потенциал и ноу-хау для принятия, внедрения и расширения инновационных моделей и решений для поддержки систем здравоохранения в рамках региона ЦАРЭС необходимы для улучшения охраны здоровья.

⁶¹ Всемирная организация здравоохранения. 2007. *Дело всех и каждого: укрепление систем здравоохранения для улучшения результатов здоровья: рамки действий ВОЗ*. Женева.

⁶² Всемирная Организация Здравоохранения. 2020. *Глобальная стратегия в области цифрового здравоохранения, 2020–2025 гг.* Женева.

Рисунок 4: Структура стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения



- (iii) Гендерное равенство, которое обеспечивает равное отношение и оценку в отношении женщин по сравнению с мужчинами, а также учет их особых потребностей. Гендерные проблемы, которые препятствуют доступу женщин и девочек к медицинским услугам, требуют оценки и решения. Доступ к услугам здравоохранения, особенно к качественным медицинским услугам на вторичном и третичном уровнях, а также к специализированным лечебным учреждениям, необходим для расширения прав и возможностей женщин (сноска 4).

D. Стратегические компоненты

59. В таблице 3 описаны четыре основных компонента и указаны стратегические цели для каждого из них, включая сквозные вопросы. Полный перечень возможных мер приведен в Приложении 1.

Компонент 1: Лидерство и кадровый потенциал

60. **Ключевые проблемы.** Текущая пандемия выявила критические пробелы и проблемы во многих странах ЦАРЭС, где не были предприняты скоординированные ответные меры. В странах отмечались

Таблица 3: Стратегические компоненты и цели

ЦЕЛЬ: Улучшить региональную охрану здоровья			
КОМПОНЕНТЫ		Стратегические задачи	
1	Лидерство и кадровый потенциал	1.1	Координация и управление: Улучшены межведомственная и межотраслевая координация политики, международная поддержка и потенциал управления системами здравоохранения в регионе ЦАРЭС для реагирования на эпидемические/пандемические угрозы здоровью.
		1.2	Навыки и потенциал персонала: Достаточные навыки и потенциал персонала, особенно в лидерстве при ЧС в области общественного здоровья, общественном здравоохранении, эпидемиологии и исследованиях, для планирования и реализации эффективных мер и инноваций в ответ на угрозы общественному здоровью, включая текущую пандемию COVID-19.
		Стратегические задачи	
2	Техническая готовность	2.1	Реагирование системы эпидемиологического надзора: Эффективный эпидемиологический надзор в ответ на угрозы общественному здоровью, включая текущую пандемию COVID-19 (например, улучшить системы эпидемиологического надзора, изучить региональные панели индикаторов с автоматизированной системой раннего предупреждения и согласованные на региональном уровне информационные материалы для повышения осведомленности об инфекционных заболеваниях).
		2.2	Лабораторная инфраструктура. Достаточная лабораторная инфраструктура и управление в соответствии с международными требованиями к качеству и биобезопасности.
		Стратегические цели	
3	Экстренное увеличение спроса и доступ к расходным материалам	3.1	Механизмы регулирования. Эффективные механизмы регулирования и стандарты для лекарственных средств и расходных материалов.
		3.2	Механизмы закупок. Эффективные национальные и региональные механизмы закупок лекарственных средств и расходных материалов.
		3.3	Управление цепочкой поставок. Надежное управление цепочкой поставок, обеспечивающее достаточное снабжение/запасы на случай чрезвычайных ситуаций.
		Стратегические цели	
4	Уязвимые группы населения и пограничное здравоохранение	4.1	Доступ: Улучшенный доступ к услугам здравоохранения (включая вакцинацию против COVID-19) и услугам трансграничного перенаправления.
		4.2	Бремя заболеваний: Снижение бремени инфекционных заболеваний среди мигрантов, приграничных сообществ и уязвимых групп населения.
		4.3	Профилактика и контроль инфекций (ПКИ): Эффективные меры ПКИ в приграничных регионах для защиты путешественников и населения, в том числе в отношении случаев COVID-19.
Сквозные вопросы		Цифровое здравоохранение/инновации	
		Цифровое здравоохранение/инновации: Достаточные информационные системы здравоохранения, управление данными, региональный обмен знаниями и улучшенный потенциал для разработки, внедрения и использования инновационных цифровых технологий и решений.	
		Гендер	
		Гендер: Разбивка данных по полу; особые потребности женщин, учитываемые при планировании и проектировании услуг здравоохранения и инфраструктуры.	

отсутствие постоянной структуры групп быстрого реагирования, слабые и плохо интегрированные системы межотраслевого обмена информацией, отсутствие стратегической оценки риска чрезвычайных ситуаций и недостаточный потенциал готовности к чрезвычайным ситуациям на уровне центров общественного здравоохранения и больниц (сноска 28). Координация при региональных угрозах здоровью является ключевым фактором для снижения последствий эпидемиологических кризисов, поскольку вирусы не останавливаются на национальных границах. Снижение скорости распространения эпидемий или пандемий дает системам здравоохранения время на подготовку, позволяет избежать неуправляемого всплеска количества пациентов и позволяет доступным ресурсам, таким как отделения интенсивной терапии, работать в условиях оптимальной заполняемости, спасая жизни людей.

61. Координация, ведущая к сотрудничеству между странами ЦАРЭС, уже случалась спорадически во время кризиса COVID-19. КНР, например, оказала многим другим странам ЦАРЭС поддержку в форме передачи знаний и технологий.⁶³ Казахстан оказал помощь Таджикистану, облегчая транспортировку товаров и помогая возвращать граждан Таджикистана домой. Узбекистан оказал поддержку Таджикистану и Кыргызской Республике посредством поставки СИЗ (сноска 63). В то время как подходы коммуникации в основном фокусировались на вещании и СМИ, система коммуникации рисков и вовлечения общин (КРВО) не была сразу же задействована в большинстве стран ЦАРЭС. Монголия и КНР уделяли особое внимание информированию

общественности посредством публикации ежедневно обновляемых данных и рассылки текстовых сообщений.⁶⁴ Однако комплекс мер информирования о рисках еще не был реализован должным образом.

62. Инвестиции в развитие человеческих ресурсов необходимы для лучшего удовлетворения потребностей стран ЦАРЭС в секторе здравоохранения с точки зрения численности медицинского персонала, их знаний и набора профессиональных навыков. Чтобы восполнить пробелы в человеческих ресурсах, различными партнерами по развитию в регионе – такими как ВОЗ, агентства ООН, Всемирный банк, ЕС и др. – были предприняты усилия, которые можно использовать в качестве основы для дальнейшей работы. Это потребует сотрудничества с партнерами по развитию по общим приоритетам для наращивания кадрового потенциала общественного здравоохранения. Это включает оценку потребностей в отношении пробелов в кадровых ресурсах и приоритетов обучения, для принятия обоснованных решений о развитии кадров общественного здравоохранения, а также продвижения основных сквозных навыков в дополнение к навыкам работников общественного здравоохранения в специализированных областях.⁶⁵

63. Также необходимо обучение другого клинического персонала. К их числу можно отнести врачей, медсестер и соответствующий вспомогательный персонал. Темы обучения могут фокусироваться на мерах охраны здоровья и современных методах предотвращения распространения инфекций и лечения пациентов. Особое

⁶³ Центр каспийской политики, 2020. *Каспийский регион и взаимодействие США во время и после кризиса COVID-19*. Вашингтон, О.К.

⁶⁴ Предотвращение пандемий. 2020. *COVID-19 в Монголии*; Р. Хортон. (2020). COVID-19 – что мы узнали на данный момент? *The Lancet*. 396 (10265). с. 1789.

⁶⁵ Центр контроля и профилактики заболеваний (CDC). 2021. *План действий по развитию кадров общественного здравоохранения*.

внимание необходимо уделять медицинским работникам-женщинам, которые часто преобладают на более низких должностях среди работников здравоохранения и, следовательно, более подвержены таким рискам, как инфицирование. Региональное сотрудничество может быть полезным для обмена передовым опытом с точки зрения учебных модулей на уровне до-дипломного и последипломного образования, включая непрерывное профессиональное развитие и разработку региональных курсов электронного обучения конкретным навыкам, необходимым в регионе. При планировании и реализации соответствующих программ обучения в странах ЦАРЭС необходимо внимательно учитывать региональный контекст и динамику, такую как мобильность врачей и пациентов через границы для доступа к специализированным медицинским услугам в соседних странах, а также наличие соответствующих учреждений продвинутого уровня, которые могут служить региональными центрами для обучения клинического персонала и специалистов общественного здравоохранения.

64. Особое значение для улучшения выявления инфекционных заболеваний имеют эффективные лабораторные методы, дающие точные результаты. Это зависит от постоянного наблюдения и непрерывного медицинского образования для среднего медицинского персонала, а также врачей, усовершенствования и повышения квалификации и процедурной компетенции скоординированным образом для обеспечения единых результатов тестирования. Существующие региональные инициативы (например, ЕРБ ВОЗ, PIC PC и инициатива «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье»), а также лаборатории продвинутого уровня (например,

Центр исследований общественного здравоохранения им. Ричарда Дж. Лугара в Грузии, Лаборатория исследований общественного здравоохранения в Казахстане могут обеспечить дальнейшее лидерство и руководство для улучшения навыков персонала лабораторий в регионе.⁶⁶

65. Предлагаемые действия.

Компонент 1 будет сосредоточен на укреплении лидерства и кадрового потенциала посредством содействия более скоординированному реагированию на чрезвычайные угрозы общественному здоровью и поддержки навыков персонала. Основные области вмешательства могут включать:

- (i) Улучшение межведомственной и межотраслевой координации и управления в регионе ЦАРЭС, включая механизмы регионального диалога; картирование статуса-кво ММСП и обмен соответствующими знаниями и опытом между странами в регионе ЦАРЭС.
- (ii) Укрепление технического потенциала политиков, руководителей общественного здравоохранения, специалистов по планированию, а также эпидемиологов и специалистов по обработке данных в области политики, планирования, управления и реализации эффективных и гендерно-чувствительных мер по реагированию на угрозы и чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, включая пандемию COVID-19, усиление устойчивости и готовности к пандемии посредством развития региональных возможностей и платформ для наращивания потенциала и обмена знаниями, и

⁶⁶ Всемирная организация здравоохранения. 2018. *Хорошие лаборатории – крепкое здоровье: укрепление лабораторных систем в Европейском регионе ВОЗ*. Женева; CDC. 2019. *Грузия: нейтральный центр объединяет следователей по болезням*; Глобальная биозащита. 2014. В Казахстане открывается исследовательская лаборатория 3-го уровня биологической безопасности.

- улучшение лидерских и управленческих навыков политиков здравоохранения в отношении чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения.
- (iii) Создание и укрепление центров чрезвычайных операций (ЦЧО) в тесном сотрудничестве с контактными лицами по ММСП в странах-членах, чтобы обеспечить центральное место для координации сбора данных и реагирования на угрозы общественному здравоохранению на национальном уровне, а поддержка обмена и создания сети региональных ЦЧО может усилить скоординированные ответные действия.⁶⁷
 - (iv) Усиление совместного реагирования на вспышки среди стран ЦАРЭС, оказание им поддержки в проведении учений и сотрудничества в сфере здравоохранения на случай чрезвычайных ситуаций, изучение возможностей сотрудничества со странами ЦАРЭС по наращиванию основного потенциала в пунктах въезда в соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.).
 - (v) Улучшение распределения персонала здравоохранения в странах ЦАРЭС (например, посредством подготовки планов по развитию потенциала для сельских районов).
 - (vi) Укрепление знаний и навыков персонала системы общественного здравоохранения и эпидемиологии (мужчин и женщин), включая специалистов среднего звена (например, лаборантов), посредством региональных вебинаров, а также предложение ориентированных на навыки учебных модулей непрерывного медицинского образования, специально ориентированных на лабораторные операции и методы, обеспечение и контроль качества (ОК/КК) лабораторий, биобезопасность лабораторий и базу фактических данных для противодействия эпидемиям в целях контроля и сдерживания основных региональных угроз в сфере здравоохранения.
 - (vii) Улучшение технических навыков для раннего предупреждения, оповещения и реагирования в чрезвычайных ситуациях, поддержка странам-членам ЦАРЭС в разработке полевых инструментов (включая онлайн-приложения, настольные и мобильные приложения, которые можно быстро настраивать и развертывать) и обучение, включающее участников женского пола.
 - (viii) Дальнейшее изучение вариантов и возможных пилотных проектов для внедрения финансирования пандемических рисков.
 - (ix) Улучшение результатов исследований и соответствующей передовой практики по инфекционным и неинфекционным заболеваниям, особенно в пределах региона, продвигаемых через соответствующие возможности регионального обучения по проведению исследований региональными и международными агентствами.

Компонент 2: Техническая готовность

66. **Ключевые проблемы.** Необходимо улучшить скоординированные ответные меры посредством регионального согласования планирования и реализации мер реагирования на угрозы общественному здоровью, включая текущую пандемию COVID-19. Во время чрезвычайных ситуаций, существующие национальные системы санитарно-эпидемиологического надзора могут работать с недостаточной эффективностью, прекратить работу

⁶⁷ Центр стратегических и международных исследований. *Центры чрезвычайных операций по полиомиелиту*. <https://www.csis.org/features/polio-emergency-operations-centers> (по состоянию на июль 2021 года).

или отсутствовать, или могут быть перегружены при отсутствии системы раннего предупреждения для выявления подозрений на вспышки заболеваний и реагирования на них. Национальные данные свидетельствуют о значительных различиях в количестве выполненных тестов на 100 000 населения в странах-членах ЦАРЭС, а также огромных различиях в потенциале стран по проведению тестов полимеразной цепной реакции (ПЦР) и способности поддерживать потенциал по тестированию в рамках эпидемиологического надзора по мере роста пандемии. Национальные результаты тестирования ПЦР показывают темпы роста положительных результатов ежедневного тестирования, в некоторых случаях, до уровня 20–30% и выше в течение прошедших лет в нескольких странах ЦАРЭС.⁶⁸ Повышение ежедневных положительных результатов тестирования указывает на то, что сообщения о количестве подтвержденных случаев заболевания представляют собой небольшую долю от общего числа инфицированных, и, следовательно, указывает на необходимость в расширении тестирования. ВОЗ рекомендует расширить объемы тестирования до такого уровня, чтобы ежедневная доля положительных результатов тестов не превышала 5%.

67. С учетом высокого уровня положительных результатов тестирования ПЦР, на самом деле лишь небольшая часть инфицированных выявляется в ходе отбора проб и тестирования для эпидемиологического надзора, что свидетельствует об огромной не выявленной части пандемии. Это делает расчеты необходимых ресурсов здравоохранения на основе данных эпиднадзора невозможными. Различия в пропорциональных соотношениях выявленных случаев инфицирования и несколько других

сложностей из-за значительных различий между странами и внутри стран в надзорном отборе проб, принципах отбора случаев для тестирования и в выборе методов анализа, затрудняют сравнение эпидемиологической статистики между странами ЦАРЭС. Поэтому скоординированные действия по контролю, смягчению и сдерживанию пандемии, основанные на данных и фактах, очень трудно сформулировать в странах ЦАРЭС.

68. Синхронизированные на региональном уровне планирование и реализация эпидемиологического надзора с использованием одних и тех же методов отбора проб и анализа были бы очень полезны для обеспечения регионального «совместного контроля» над масштабами проблемы COVID-19. Такой совместный региональный подход с сопоставимыми данными стран поможет лицам, принимающим решения, выбрать подходы к снижению риска дальнейшего распространения заболевания. Межстрановой доступ к качественным данным и обмен ими является важнейшей предпосылкой для руководства такими скоординированными ответными мерами. Это требует разработки соответствующих платформ для обмена данными и инструментов визуализации данных, а также поддержки соответствующих усилий по наращиванию потенциала.

69. Достаточная лабораторная инфраструктура является важнейшим элементом усиления эпидемиологического надзора и потенциала всей системы здравоохранения, особенно во время пандемических угроз. Пандемия COVID-19 выявила необходимость плана экстренного увеличения потенциала путем создания децентрализованных возможностей тестирования в субнациональных лабораториях под контролем

⁶⁸ Наш мир в разрезе данных. ourworldindata.org (по состоянию на 21 сентября 2021 года).

национальной референс-лаборатории, если таковая имеется.⁶⁹ Это можно проиллюстрировать рекомендованной ВОЗ целью противодействия растущему распространению эпидемии за счет увеличения количества выборок и тестов, чтобы поддерживать ежедневные положительные результаты тестов на уровне ниже 2%. Используя опыт и статистические данные из стран ЦАРЭС за последний год, можно достичь планирования для повышения готовности к экстренному увеличению потенциала.

70. Результаты национальных оценок, проведенных в странах ЦАРЭС, выявили критические пробелы в различных компонентах системы менеджмента качества лабораторий (СМКЛ), таких как меры контроля и обеспечения качества национальных лабораторных сетей, недостаточная транспортировка и перенаправление образцов, отсутствие интеграции и операционной совместимости между информационными системами здравоохранения и лабораторными информационными системами, в числе прочего. Все компоненты СМКЛ, включая биобезопасность и биозащиту, техническое обслуживание оборудования, контроль качества, обеспечение качества, внешнее обеспечение качества, управление цепочками поставок с системой транспортировки образцов, управление информацией, управление персоналом и профессиональное развитие, должны хорошо функционировать, чтобы гарантировать способность лабораторной системы страны эффективно реагировать на угрозы и чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения. Кроме того,

необходимо учитывать пред-аналитическую часть лабораторного тестирования, такую как отбор проб и обучение персонала, участвующего в отборе проб, даже если лаборатория его не выполняет.

71. **Предлагаемые действия.** Компонент 2 будет сосредоточен на улучшении технической готовности в регионе. Области вмешательства могут включать следующее:

- (i) Улучшение обмена информацией об эпидемиологической ситуации согласно ММСП и в соответствии с законами и нормативными актами в соответствующих странах-членах ЦАРЭС.
- (ii) Укрепление национальных и региональных лабораторных сетей и лабораторных систем для тестирования.⁷⁰ Это включает усовершенствование многофункционального оборудования и методов для обнаружения потенциальных патогенов, например, повышение потенциала ПЦР и потенциала по секвенированию следующего поколения и рассмотрение возможности создания Центральноазиатского регионального центра эпидемиологии, вирусологии и бактериологии.⁷¹
- (iii) Обмен стратегиями отбора образцов для проведения сравнений между странами, чтобы улучшить возможности для перенаправления образцов и сократить время обработки от отбора проб до отчета о результатах, а также повысить чувствительность, надежность за счет обеспечения

⁶⁹ Всемирная организация здравоохранения. 2020. *Рекомендации по стратегии лабораторного тестирования на COVID-19.*

⁷⁰ Сеть – это физическое число лабораторий и их обслуживаемых участков, обслуживаемых учреждений или обслуживаемого населения. Лабораторные системы включают функционал механизмов отчетности, гарантии качества и контроля качества.

⁷¹ Новости «*Turkmenistan: Golden Age*». 2021. Центральноазиатский Региональный центр эпидемиологии, вирусологии и бактериологии.

- качества и обновленных стандартов биобезопасности.
- (iv) Улучшение лабораторной инфраструктуры и обеспечение надлежащего лабораторного рабочего процесса и управление в соответствии с международными требованиями к качеству и биобезопасности, в том числе через существующие региональные инициативы и центры.
 - (v) Поддержание внедрения систем менеджмента качества (СМК) в лабораториях посредством наставничества с помощью обученных национальных наставников.

Компонент 3: Экстренное увеличение спроса и доступ к расходным материалам

72. **Ключевые проблемы.** Эффективная сквозная цепочка поставок имеет решающее значение для доставки качественных и доступных по цене жизненно важных лекарств, когда и где они необходимы. Управление цепочкой поставок включает в себя все действия, необходимые для приобретения и перемещения товаров медицинского назначения от места их производства к месту их использования – от прогнозирования и закупки до хранения и транспортировки – с учетом финансовых и информационных потоков, необходимых для перемещения товаров по цепочке поставок. Снижение неэффективности в цепочке поставок увеличивает качество и сроки предоставления услуг, высвобождая столь необходимые ресурсы. В регионе ЦАРЭС такая неэффективность включает ограниченную конкуренцию на рынке, ведущую к ограничению поставок и более высоким ценам. Многие из этих недостатков усилились во время пандемии COVID-19, что заставило обратить внимание на давнюю уязвимость медицинских товаров.

Кроме того, ощущалась глобальная нехватка лекарств и товаров медицинского назначения, а когда они были в наличии, цены на них были очень высокими, а их качество не всегда было гарантированным.

73. Неадекватные механизмы регулирования и обеспечения соблюдения требований приводят к задержкам регистрации и импорта продуктов, при этом оставляя рынки открытыми для появления некачественных и фальсифицированных лекарств. Плохое качество данных и отсутствие соответствующего кадрового потенциала приводят к плохому прогнозированию и планированию спроса и предложения, что приводит к дисбалансу предложения для удовлетворения потребностей. В ходе национальных оценок было выявлено несколько пробелов, включая слишком централизованные, очень сложные и длительные закупки, ограниченную базу поставщиков, острую нехватку медицинского кислорода в медицинских учреждениях, отсутствие электронных информационных систем для своевременного оповещения об израсходованных запасах в медицинских учреждениях, недостаток знаний и возможностей для реагирования на пандемию с точки зрения приоритетности закупок расходных материалов и оборудования.

74. По мере распространения COVID-19 по всему миру спрос превысил предложение на медицинские товары, такие как СИЗ, диагностические тесты и аппараты ИВЛ. Предложение стало еще более ограниченным из-за националистического поведения, сдерживающего производственные мощности и ограничивающего экспорт ключевого сырья.⁷² Цепочки поставок не справляются с поставленными задачами

⁷² Ф. А. Миллер и др. 2021. Уязвимость цепочки поставок медицинских продуктов: тревожный сигнал COVID-19. *Качество и безопасность ВМЖ*. 30 (4), стр. 331–335.

на всех уровнях. В регионе ЦАРЭС отсутствует централизованное хранилище для продуктов на случай возникновения чрезвычайных ситуаций, а во многих странах также отсутствует соответствующее оборудование холодильной цепи (морозильные камеры со сверхнизкими температурами и датчики температуры) в достаточном объеме для хранения и транспортировки термочувствительных вакцин. Координацию, обмен передовым опытом и исследования можно было бы еще лучше адаптировать в рамках региона ЦАРЭС, обеспечивая прозрачность всей сквозной цепочки поставок, чтобы обеспечить более информированное планирование спроса и предложения, обеспечивая доступность продуктов, когда и где они необходимы.

75. Предлагаемые действия. Компонент 3 будет фокусироваться на улучшении доступа к расходным материалам и увеличении потенциала для удовлетворения резкого повышения спроса в регионе.⁷³ Области вмешательства могут включать следующее:

- (i) Усовершенствование регуляторных механизмов, стандартов и процедур для лекарственных средств, лабораторного оборудования и расходных материалов (например, посредством гармонизации политики и положений для авторизации, регистрации и импорта продуктов, и инвестиций в региональный механизм сотрудничества для усиления регулятивного потенциала).
- (ii) Усовершенствование закупочной деятельности (например, политика и процедуры закупок, стандартизация базы поставщиков, заключение контрактов и управление эффективностью работы поставщиков).
- (iii) Создание более конкурентоспособных и эффективных рыночных механизмов с целью увеличения предложения и снижения цен на лекарственные средства и расходные материалы.
- (iv) Улучшение прозрачности и управления сквозной цепочкой закупок и поставок от производителя до потребителя (т. е. региональная координация деятельности по закупкам и управлению цепочками поставок, согласование и гармонизация стандартов данных и обмен информацией и идеями).
- (v) Оптимизация движения товаров медицинского назначения в регионе, в особенности во время чрезвычайных ситуаций путем дальнейшего исследования перемещения товаров, изучения возможности гармонизации импорта и экспорта лекарств и расходных материалов, и стандартизации и обмена основными данными о продуктах, базы материально-технического обеспечения и процессов заключения контрактов.
- (vi) Развитие потенциала управления закупками и поставками среди разработчиков политики в сфере здравоохранения и персонала в секторе здравоохранения и согласование подхода, обучения и инструментов в регионе.
- (vii) Разработка Плана по управлению рисками цепочек поставок.
- (viii) Улучшение поставок и запасов на случай чрезвычайных ситуаций, включая использование виртуальных центров управления (например, ситуационные центры), механизмы совместных закупок.
- (ix) Дальнейшая разработка вариантов для регионального производства и создания запасов.

⁷³ В то время как экстренное увеличение потенциала может также относиться к потребностям в человеческих ресурсах и потенциалу учреждений, компонент фокусирует внимание на лекарственных средствах, расходных материалах и оборудовании.

Компонент 4: Уязвимые группы населения и пограничное здравоохранение

76. **Ключевые проблемы.** Текущая пандемия выявила существующие проблемы для уязвимых групп населения, будь то бедные, пожилые, женщины или мигранты. Миллионы мигрантов из стран ЦАРЭС работают за пределами своих стран, и поэтому необходимы эффективные меры, чтобы контролировать распространение инфекционных заболеваний, когда они пересекают границы. Кроме того, социальная защита трудовых мигрантов не является всеобъемлющей, поэтому их доступ к медицинскому обслуживанию может быть затруднен. Отсутствие охвата медицинским страхованием для этой группы и увеличившееся неравенство создало для них еще большее бремя. Отсутствие доступа к медицинским услугам в приграничных районах увеличило разрыв для мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ, повлияв на состояние их здоровья.

77. К другим критическим пробелам, имеющим важные последствия для мигрантов и мобильного населения в регионе, относятся нехватка больничных коек (например, из-за резкого роста числа случаев COVID-19) и недостаточная правовая база и механизмы надзора для повышения качества услуг, связанных с COVID-19. Общее бремя инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ и ТБ, среди мигрантов остается постоянной угрозой, которой и в прошлом не уделялось должного внимания, а из-за пандемии ей стало уделяться еще меньше внимания. Оказание услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья женщинам,

девочкам и жертвам гендерного насилия во время кризиса оказалось проблемой для многих стран. ПКИ, которые играют особенно важную роль в приграничных районах, в общем не отвечают стандартам в учреждениях здравоохранения из-за плохой инфраструктуры, отсутствия оборудования и неэффективных политик и нормативно-правовых актов.⁷⁴

78. **Предлагаемые действия.** Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года будет сосредоточена на улучшении доступа к медицинским услугам для мигрантов, приграничных сообществ и мобильных групп населения посредством усиления механизмов здравоохранения и социальной защиты. В рамках стратегии также будут улучшены базы данных по этой целевой группе и их потребностям в сфере здравоохранения и усилена система направления к специалистам, чтобы обеспечить непрерывность медицинских услуг для мигрантов и сообществ приграничных районов, имеющих инфекционные заболевания. Области вмешательства могут включать следующее:

- (i) Исследование потребностей трансграничных сообществ ЦАРЭС и мобильных групп населения, включая женщин и другие уязвимые группы, в услугах здравоохранения.
- (ii) Улучшение доступности услуг здравоохранения с одновременным избеганием финансовых затруднений и предоставлением вариантов перенаправления для улучшения непрерывности оказания медицинских услуг, особенно в отношении ПМСП, для трудовых мигрантов и мобильных групп населения, пересекающих границы в большом количестве, с особым

⁷⁴ АБР. 2021. *На пути к ЦАРЕС – 2030: Расширение регионального сотрудничества в секторе здравоохранения. Обзорное исследование.* Манила; АБР. 2021. *Проект по поддержке вакцины от COVID-19 в рамках Азиатско-Тихоокеанского механизма доступа к вакцинам. Отчет и рекомендация Президента: Комплексная оценка по управлению опасными медицинскими отходами.* Манила; О. Хан. 2014. *Безопасность инъекций в Центральной Азии.* Диссертация. Атланта: Университет штата Джорджия.

- вниманием к потребностям женщин в услугах здравоохранения.
- (iii) Улучшение качества лечения мигрантов с ТБ и ВИЧ (например, изучение возможности расширения существующих соглашений о праве мигрантов на диагностику ВИЧ и ТБ), а также предоставление ухода и лечения желающим странам ЦАРЭС.
 - (iv) Укрепление или расширение соглашений, направленных на право перевода льгот для мигрантов.
 - (v) Усовершенствование мер ПКИ, в том числе в больницах и учреждениях ПМСП в приграничных зонах, включая доказательные руководства по ПКИ и СОП, адаптированные под нужды учреждений.
 - (vi) Усовершенствование инфраструктуры и технического потенциала учреждений тестирования и карантинных учреждений в приграничных зонах и пунктах въезда, в том числе, для пациентов с COVID-19, для защиты путешественников и населения.
 - (vii) Содействие модернизации инфраструктуры учреждений здравоохранения в приграничных зонах и вдоль трансграничных экономических коридоров.
 - (viii) Определение минимального пакета мероприятий в рамках реагирования на угрозы общественному здравоохранению в приграничных районах и пунктах въезда, включая:
 - (a) доступ к медицинским услугам, в том числе, к диагностическим услугам,
 - (b) доступ к оборудованию и персоналу для транспортировки инфицированных путешественников в соответствующее медицинское учреждение,
 - (c) мероприятия эпидемиологического надзора, (d) информирование о рисках и социальную мобилизацию,
 - (e) здоровье окружающей среды (т.е. векторный контроль, управление твердыми и жидкими отходами, питьевая вода и общая санитария),
 - и (f) управление данными и обмен

информацией в тесном сотрудничестве с ВОЗ.

Сквозные вопросы: гендерные аспекты, цифровое здравоохранение и инновации

79. **Ключевые проблемы в гендерной сфере.** Гендерное равенство в секторе здравоохранения требует проведения большой работы в странах ЦАРЭС. Осведомленность о гендерных вопросах встречается редко (сноска 42). Пандемия еще больше усугубила проблемы, которые существовали еще до вспышки: такие, как доступ к медицинским услугам, неравная заработная плата и возможности трудоустройства, проблемы с психическим здоровьем и бытовое насилие.

80. **Предлагаемые действия.** Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года будет сосредоточена на повышении внимания к потребностям женщин в медицинских услугах и их учету при разработке услуг и анализе данных (сноска 4). Области вмешательства могут включать следующее:

- (i) Улучшение разбивки данных по полу в секторе здравоохранения региона ЦАРЭС посредством применения программы РГЗ ЦАРЭС.
- (ii) Информирование о гендерных концепциях, значениях, пробелах и вариантах реализации в проектах здравоохранения.
- (iii) Включение особых потребностей женщин в планирование здравоохранения и разработку услуг.

81. **Ключевые проблемы цифрового здравоохранения.** Цифровое здравоохранение – это ключевая инновация, способная изменить системы здравоохранения, включая общественное здравоохранение, охрану здоровья, а также эффективность клинических услуг во всем регионе. Ключевые проблемы

в этой области по отношению к странам ЦАРЭС включают этические аспекты управления медицинскими данными с целью соблюдения международных конвенций о правах пациентов, а также проблемы с точки зрения необходимой инфраструктуры, операционной совместимости, управления и лидерства. Страны ЦАРЭС находятся на разных этапах цифровой готовности и зрелости. Пандемия создала значительный стресс для существующих ресурсов информационно-коммуникационных технологий (ИКТ) в этих странах и продемонстрировала важность создания надежной инфраструктуры информационных технологий (ИТ) здравоохранения для обеспечения максимальной связанности в этих странах.

82. Способность отслеживать занятость в больницах, среднее количество койко-дней, процент занятости в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) помогает менеджерам планировать, где и как необходимо повысить потенциал, чтобы удовлетворять резко возрастающий спрос – как, например, во время пандемии. Анализ такой электронной информации с точки зрения того, как вмешательства и усилия по смягчению последствий приводят или не приводят к «сглаживанию кривой», является жизненно важным в вопросах обеспечения охраны здоровья и управления пандемией. В то же время, личные права на конфиденциальность и права пациентов должны быть защищены с точки зрения того, как эти электронные информационные системы создаются и используются.⁷⁵ Тем не менее, ограниченная сеть ИКТ и операционная совместимость, необходимость в твердой приверженности развитию потенциала человеческих ресурсов

в области цифрового здравоохранения, политики и другой инфраструктуры ИКТ для внедрения цифровых технологий остаются весьма реальной проблемой.

83. Чтобы воспользоваться широким спектром инструментов и услуг цифрового здравоохранения, правительства должны принять решение о последовательности развития и внедрения цифрового здравоохранения в соответствии с потребностями страны и/или региона. В условиях ограниченных ресурсов реализация крупномасштабных проектов цифрового здравоохранения, направленных на решение различных медицинских проблем, вопросов общественного здравоохранения, финансирования здравоохранения и социальной помощи, будет невыполнима. В рамках совместных усилий по совершенствованию структурных инструментов для цифровизации, страны ЦАРЭС должны искать возможности для создания общих ресурсов для цифрового здравоохранения. Эти ресурсы могут включать в себя рекомендации по безопасности и конфиденциальности данных, политику цифровой идентификации населения (включая мигрантов), таксономии и словари для данных о состоянии здоровья и обмена данными. Кроме того, общая сеть учебных и образовательных учреждений в области цифрового здравоохранения поможет в наращивании потенциала региона ЦАРЭС.

84. **Предлагаемые действия.** Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года будет фокусироваться на укреплении информационных систем здравоохранения в регионе ЦАРЭС и более эффективном

⁷⁵ Всемирная организация здравоохранения. 2012. *Правовые основы электронного здравоохранения: серия Глобальная обсерватория электронного здравоохранения*. Том 5. Женева; ВОЗ. 2017. *Руководящие принципы ВОЗ по этическим вопросам надзора за общественным здравоохранением*. Женева; Б. Риси и др. 2017. *Этический обмен данными о здоровье на онлайн-платформах – какие ценности следует учитывать?* *Life Sci Soc Policy*. 13 (1). с.12.

совместном управлении данными.⁷⁶ Области вмешательства могут включать следующее:

- (i) Определение приоритетов выразивших желание стран-членов ЦАРЭС в области цифрового здравоохранения и оценка ландшафта их цифрового здравоохранения, чтобы предложить и поддержать внедрение подходящих решений в области цифрового здравоохранения.
- (ii) В партнерстве с желающими странами-членами ЦАРЭС, проведение оценки пробелов для достижения ступенчатой операционной совместимости данных системы здравоохранения. Пример: выявление пробелов, которые в настоящее время препятствуют способности разных систем ИКТ сектора здравоохранения «общаться друг с другом», включая взаимодействие между лабораторными устройствами и приложениями (такие системы, как карточки пациентов и журналы регистрации пациентов) для обеспечения координированного доступа, обмена, интеграции и совместного использования данных в пределах организационных, региональных и национальных границ и между ними, чтобы обеспечить своевременную и беспрепятственную переносимость информации для оптимизации безопасности в вопросах охраны здоровья.
- (iii) На основе анализа пробелов, предложение вариантов архитектуры обмена данными о здоровье, интерфейсов приложений и стандартов, которые позволяют получать доступ к данным и безопасно обмениваться ими по всему спектру медицинской помощи в выразивших желание странах-членах ЦАРЭС, и, когда будет принято решение о таком обмене, во всех соответствующих условиях и с соответствующими заинтересованными сторонами, обеспечить необходимое обучение.
- (iv) Запуск реализации практических экспериментальных инициатив по региональному унифицированному кодированию данных о состоянии здоровья для желающих стран ЦАРЭС посредством продвижения в масштабах ЦАРЭС рекомендованной ВОЗ Международной классификации болезней МКБ-10 (и предстоящей МКБ-11) и Международной классификации первичной медико-санитарной помощи, чтобы помочь обеспечить перекрестные, совместимые и сопоставимые между странами данные в национальных информационных системах и базах данных здравоохранения.
- (v) Участие в региональных диалогах по вопросам политики и в обмене знаниями, где можно обмениваться информацией об успешных цифровых подходах и политике между странами для решения проблем.
- (vi) Продвижение и укрепление потенциала по стандартизированным и функционально совместимым информационным системам здравоохранения для преодоления проблем, обусловленных отдельными вертикальными системами и различными дублируемыми источниками данных.
- (vii) Улучшение управления данными и механизмов сбора данных, включая качество собранных данных, аналитический потенциал и презентационные навыки для выразивших желание стран-членов ЦАРЭС.
- (viii) Внедрение методов, обеспечивающих трансграничный обмен и использование

⁷⁶ АБР. 2022. *Цифровая стратегия ЦАРЭС-2030: Ускорение цифровой трансформации для региональной конкурентоспособности и инклюзивного роста*. Манила.

данных для выразивших желание стран-членов ЦАРЭС.

- (ix) Усиление цифрового лидерства и цифровых навыков среди лиц, принимающих решения на высшем уровне.
- (x) Разработка устойчивого и реалистичного регионального плана действий по внедрению цифрового здравоохранения для желающих стран ЦАРЭС.

85. Ключевые вызовы для инноваций. Несмотря на то, что некоторые инновационные модели были разработаны и использовались в некоторых странах во время пандемии COVID-19, в других странах был недостаточный технический потенциал для принятия, внедрения и расширения инновационных моделей и решений (сноска 36). Способность быстрого внедрения инноваций является ключом к разрешению текущего кризиса и подготовке к будущим пандемиям.

86. Предлагаемые действия. Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года будет сосредоточена на улучшении технического потенциала для принятия,

внедрения и расширения и распространения инновационных моделей и решений.

Области вмешательства могут включать следующее:

- (i) Повышение осведомленности о существующих национальных, региональных и глобальных инновационных решениях для смягчения кризиса в сфере здравоохранения, такого как пандемия COVID-19.
- (ii) Предложение странам-членам ЦАРЭС практических семинаров по наращиванию потенциала и вебинаров по инновационным решениям в секторе здравоохранения.
- (iii) Рассмотрение возможности создания фонда поддержки инноваций в чрезвычайных ситуациях в сфере здравоохранения.
- (iv) Оказание поддержки созданию региональной платформы обмена знаниями и инновациями для содействия передаче знаний и наращиванию технического потенциала по вопросам охраны здоровья.

V

МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ СОТРУДНИЧЕСТВА ЦАРЭС В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. Организационная структура

87. Чтобы страны ЦАРЭС могли развивать региональное сотрудничество в сфере здравоохранения, необходимо создать институциональную структуру. Институциональная структура ЦАРЭС будет взята в качестве отправной точки для согласования и включения соответствующих институциональных механизмов в Стратегию ЦАРЭС в сфере здравоохранения (рисунок 5). На самом верху Министерская конференция ЦАРЭС функционирует как

главный политический и директивный орган высокого уровня, ответственный за обеспечение стратегического руководства по вопросам, имеющим региональное значение, и отвечающий за общие результаты Программы ЦАРЭС. Заседание высокопоставленных официальных лиц (ЗВОЛ) отслеживает прогресс по всем операционным кластерам и секторам, рекомендует операционные улучшения и обеспечивает эффективное выполнение решений высокого уровня, принятых на Министерской конференции ЦАРЭС.

Рисунок 5: Предлагаемые институциональные механизмы ЦАРЭС для сотрудничества в сфере здравоохранения



ЦАРЭС = Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество, ИКТ = информационно-коммуникационные технологии.

Источник: Заимствовано из АБР. 2020. *Стратегия туризма ЦАРЭС*. Манила. стр. 20.

88. На уровне секторов общую работу ЦАРЭС в сфере здравоохранения будет возглавлять Рабочая группа ЦАРЭС по здравоохранению.⁷⁷ Эта группа состоит из высокопоставленных представителей государственных учреждений, связанных со здравоохранением, с опытом междисциплинарной работы в различных секторах, включая сельское хозяйство и окружающую среду. Они были назначены соответствующими странами-членами ЦАРЭС с марта 2021 года. В состав РГЗ также входят представители партнеров по развитию, включая представителей ВОЗ, по их желанию и возможностям. На Секретариат ЦАРЭС возложена ответственность за оказание технической, административной и организационной поддержки в ходе реализации Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года.

89. Перед РГЗ будут поставлены следующие задачи: (i) поддержка разработки и реализации Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года и Региональной инвестиционной рамочной программы, определение и мобилизация дополнительных ресурсов от других партнеров по развитию для предлагаемых региональных инвестиций в здравоохранение, руководство планированием и реализацией проектов и мероприятий по сотрудничеству в сфере здравоохранения на страновом уровне; (ii) обеспечение соответствующего взаимодействия и координации с региональными структурами, такими как другие операционные кластеры и секторные комитеты и/или рабочие группы, другие региональные сети и академические и образовательные учреждения; (iii) участие в развитии и обеспечении благоприятной среды для регионального сотрудничества в сфере здравоохранения с учетом аспектов

гендерного равенства посредством связей, по мере необходимости, с Региональной группой экспертов ЦАРЭС по гендерным вопросам.

90. Председателями РГЗ будут страны ЦАРЭС на основе ротации и в соответствии с правилами председательства ЦАРЭС. При поддержке Секретариата ЦАРЭС РГЗ будет отчитываться перед ЗВОЛ ЦАРЭС за выполнение поставленных задач. Она также будет отвечать за региональное планирование действий и разработку предстоящих проектов в сфере здравоохранения для включения в РИРП на 2022–2026 годы. Кроме того, РГЗ разработает скользящий двухгодичный план работы по каждому стратегическому компоненту, в котором будут подробно описаны действия, основанные на результатах и с конкретными сроками, для выполнения согласованных этапов. Результатами работы могут быть исследования, продукты знаний, мероприятия по наращиванию потенциала или действия, связанные с политикой, или другие результаты работы, определенные в скользящем рабочем плане.

91. Будет предусмотрена регулярная отчетность о ходе выполнения плана работ. Результаты будут служить ориентиром для перспективного планирования и анализа основных этапов, а также позволят извлечь уроки для корректировки мероприятий и механизмов реализации. Этот процесс проработки и анализа обеспечивает гибкость в ходе реализации стратегии для реагирования на изменяющийся контекст составления программ. РГЗ через Секретариат ЦАРЭС будет отслеживать и обобщать результаты для отчетности в рамках программы ЦАРЭС. РГЗ будет поддерживаться на страновом уровне координатором РГЗ, назначенным каждой страной ЦАРЭС,

⁷⁷ В зависимости от темпов и масштабов прогресса, достигнутого рабочей группой, впоследствии она может превратиться в полноценный секторный комитет, как в более развитых секторах ЦАРЭС – по транспорту и энергетике.

который служит контактным лицом для Секретариата ЦАРЭС и координатором для внутривосточного взаимодействия с министерством здравоохранения и соответствующими учреждениями, а также с секторами, не связанными со здравоохранением.

92. Институциональный механизм программы ЦАРЭС служит инструментом для содействия и усиления сотрудничества в сфере здравоохранения ЦАРЭС в секторе здравоохранения и за его пределами. Будут формироваться горизонтальные связи между РГЗ ЦАРЭС и другими секторными рабочими группами и/или комитетами с помощью различных средств, включая участие заинтересованных сторон, не относящихся к сектору здравоохранения, в заседаниях РГЗ, созыв межсекторных тематических обсуждений и вовлечение заинтересованных сторон, не относящихся к сектору здравоохранения, в миссии по сбору данных и подготовке проектов.

93. Вертикальные связи между РГЗ и ЗВОЛ ЦАРЭС и Министерской конференцией ЦАРЭС обеспечивают механизм для повышения уровня сотрудничества в сфере здравоохранения в рамках программы ЦАРЭС. Следуя практике других секторов ЦАРЭС в качестве основы для консенсуса, будет изучена возможность созыва заседаний министров здравоохранения стран ЦАРЭС в качестве механизма поддержки политического диалога на высоком уровне и принятия решений по вопросам, имеющим важное значение для сотрудничества в сфере здравоохранения в регионе. Институт ЦАРЭС будет поддерживать реализацию Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года путем предоставления знаний и технического анализа, включая обмен знаниями между странами ЦАРЭС, а также с РСЧ других регионов.

94. Будет предложено сотрудничество с Региональной группой экспертов по гендерным вопросам в соответствии с выявленными проблемами Гендерной стратегии ЦАРЭС, связанными со здоровьем. К таким вопросам относятся усиление трансграничных систем эпидемиологического надзора для контроля за инфекционными и неинфекционными заболеваниями и улучшение доступа женщин и мужчин к качественным лекарствам по более доступным ценам во всем регионе. Помимо этого, можно проводить изучение и обмен знаниями о новых технологиях и цифровых решениях, таких как трансграничные услуги телемедицины и электронного здравоохранения. Это приведет к улучшению доступа к услугам здравоохранения, особенно для женщин с ограниченной мобильностью.

В. Сотрудничество и партнерство

95. **Привлечение заинтересованных сторон** будет чрезвычайно важным для обеспечения реализации стратегии и предоставления технических знаний и финансирования. В частности, необходимо стремиться к сотрудничеству и заручиться поддержкой тех, кто активно работает в области регионального сотрудничества в сфере здравоохранения. В каждой из стран к таким заинтересованным сторонам, скорее всего, будут относиться агентства ООН, международные финансовые институты, двусторонние агентства развития, другие партнеры по развитию, организации гражданского общества и общественные организации, молодежные движения и академические институты. В регионе ЦАРЭС к наиболее вероятным участникам относятся ВОЗ; ЮНИСЕФ; ЦКЗ; Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; Всемирный банк; АБР; Китайское агентство международного развития и Агентство США по международному развитию (USAID).

96. Региональное сотрудничество должно строиться на синергии между такими агентствами и действующими инициативами посредством регулярного обмена информацией и разработки основы совместного партнерства для объединения знаний, навыков и возможностей изучения новых механизмов финансирования. Кроме того, будут изучаться механизмы развития партнерства с частными структурами в таких ключевых областях, как государственно-частное партнерство и страхование, сбор данных и статистика, эпидемиологический надзор, клинические аспекты и управление, образование и развитие навыков. Для сотрудничества с разными группами партнеров потребуются разные подходы. Например, партнеры по развитию, которые могут участвовать в нескольких реализуемых мероприятиях или иметь взаимный интерес в развитии регионального сотрудничества по соответствующим темам охраны здоровья, могут стать партнерами в проектах регионального сотрудничества и инициативах по развитию потенциала. Сотрудничество с межправительственными организациями может быть направлено на улучшение обмена знаниями и диалога. Существующие региональные инициативы в сфере здравоохранения могут быть расширены, чтобы включить больше стран ЦАРЭС, или использованы в качестве основы для сотрудничества в сфере здравоохранения (например, ЭКАБ, Программа полевой эпидемиологии и лабораторной подготовки (FELTP)). Взаимодействие с местными органами власти в приграничных районах будет налажено по мере необходимости, а также в сферах, где они выполняют важные функции общественного здравоохранения. По возможности, для осуществления деятельности в приграничных районах следует изучить возможность сотрудничества с общинными организациями.

97. Для того чтобы направлять и руководить реализацией Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года,

потребуется политическая приверженность и политический диалог, понимание и согласие, которые будут продвигаться в рамках диалога и координации по политике здравоохранения среди стран ЦАРЭС. Это может потребовать тесной координации и связи между странами на нескольких уровнях, включая разработку соглашений и содействие обмену соответствующими данными, а также совместных механизмов для наращивания потенциала. С этим связана необходимость четкого управления и руководства с эффективно функционирующими организационными структурами. Создание виртуальной платформы знаний для стран ЦАРЭС может быть актуальным мероприятием для обмена идеями и способствования сотрудничеству в сфере здравоохранения.

98. Согласно проведенным национальным оценкам, общими национальными институтами, ответственными за региональное сотрудничество в секторе здравоохранения могут быть министерства здравоохранения, комитет по здравоохранению Парламента, аппарат Президента, аппарат Премьер-министра и министерство иностранных дел. Они поддерживают реализацию соответствующих политик и программ на оперативном уровне, через такие агентства, как Департаменты международного сотрудничества, Национальное агентство по безопасности пищевых продуктов, Комитет санитарно-эпидемиологического контроля и др. (см. Приложение 1).

99. Необходимо межотраслевое сотрудничество на национальном и местном уровнях, поскольку здравоохранение, как показывает нынешняя пандемия COVID-19, требует действий нескольких секторов, включая торговлю, туризм, окружающую среду, сельское хозяйство, таможенный контроль и трудовую миграцию. Это особенно актуально для группы стран ЦАРЭС с общими границами, через которые

идет распространение болезней, что требует совместных мер.

100. Будут поддерживаться географические кластеры для решения вопросов охраны здоровья в странах ЦАРЭС, имеющих общие границы, политико-культурную принадлежность и общие интересы. Географические кластеры стран могут

эффективно способствовать некоторым видам деятельности и реализации соглашений между определенными странами. На основе непосредственной географической близости и общих границ, а также на основе действующих альянсов и соглашений в сфере здравоохранения, предлагаемые кластеры выборочно описаны во вставке 6:

Вставка 6: Выбранные предлагаемые географические кластеры

- (i) Азербайджан, Грузия и Казахстан (Азербайджан и Грузия имеют общие границы и могут сотрудничать в рамках Центра Лугара; все три страны сотрудничают в рамках программы «Единое здравоохранение» – участвуют в электронной интегрированной системе эпидемиологического надзора за заболеваниями).^a
- (ii) Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан имеют протяженные общие границы, язык, культуру, социально-экономические факторы, двусторонние соглашения, связанные с трансграничной профилактикой и контролем ТБ для содействия эпидемиологическому надзору за инфекционными заболеваниями и направлению пациентов.^b
- (iii) Монголия и Китайская Народная Республика (КНР) имеют общую границу, участвуют в схожих проектах по приведению безопасности пищевых продуктов, здоровья животных и растений в соответствие с Соглашением по санитарным и фитосанитарным мерам Всемирной торговой организации в схожих инициативах по эпидемиологическому надзору за инфекционными заболеваниями и проведению исследований.^c
- (iv) КНР и Пакистан совместно осуществляют деятельность, связанную с вакцинами: Сотрудничество Национального института здравоохранения Пакистана с CanSinoBio (китайский разработчик вакцин) и Пекинским институтом биотехнологий.^d
- (v) Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан разработали идеи для совместных действий в рамках Специальной программы ООН для экономик Центральной Азии (СПЕКА).^e
- (vi) Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан присоединились к Программе лидерства в области образования для устойчивого развития в Центральной Азии.^f
- (vii) Страны, расположенные вдоль экономических коридоров, таких как экономический коридор Алматы-Бишкек.

^a Бурдаков, А. Ухаров и Т.Г. Валь. 2013. Надзор по принципу «Единое здоровье» с помощью электронной интегрированной системы надзора за заболеваниями. *Информационный интернет-журнал об общественном здравоохранении*. 5 (1). e199.

^b Партнерство «Остановить туберкулез» Пресс релиз. 2017. Центральная Азия занимается профилактикой трансграничного туберкулеза и борьбой с ним среди мигрантов.

^c АБР. 2015. *Демонстрационный проект по устойчивому животноводству и безопасности продукции в провинции Хенань*. Манила; АБР. 2015. *Региональный проект модернизации санитарных и фитосанитарных мер в торговле*. Манила.

^d Рейтер. Пакистан производит китайскую вакцину CanSinoBio от COVID по торговой маркой PakVak.

^e Европейская экономическая комиссия ООН (ЕЭК ООН). Специальная программа ООН для экономик Центральной Азии (СПЕКА).

^f Региональный экологический центр Центральной Азии. Центральноазиатская программа лидерства в образовании для устойчивого развития (Calpesd).

Источник: Азиатский банк развития.

С. Поддержка потенциала

101. В рамках инициативы ЦАРЭС по здравоохранению будут вырабатываться идеи для мероприятий по обучению/обмену знаниями. Потенциальные учебные поездки или симуляционные упражнения могут повысить потенциал соответствующих лидеров и сторонников инициативы ЦАРЭС в сфере здравоохранения. Одним из подходов, который следует рассмотреть для наращивания регионального потенциала здравоохранения, является изучение стратегических региональных партнерств – либо в рамках ЦАРЭС, либо за пределами региона, например, таких как с Китайским ЦКЗ и Китайским национальным исследовательским центром развития здравоохранения в КНР, Институтом Роберта Коха в Германии или Центром глобального здравоохранения при Высшей школе международных исследований и исследований в области развития в Швейцарии. У этих организаций имеется опыт по охране здоровья, дипломатии здравоохранения и других областях, которые могут поддержать реализацию регионального сотрудничества в сфере здравоохранения. Кроме того, можно продолжить изучение роли Института ЦАРЭС в содействии развитию потенциала и координации в секторе здравоохранения.

102. Еще одним подходом, который стоит изучить, является механизм твиннинга (установление партнерских отношений) для обмена опытом и процедурными навыками. Он может предусматривать как институциональный, так и профессиональный твиннинг между специалистами из стран ЦАРЭС с участием международных специалистов-партнеров из других стран. Такой твиннинг может применяться в рамках технической помощи в различных региональных или страновых усилиях ЦАРЭС по наращиванию потенциала. Он может включать (i) техническую помощь для

обмена опытом в адаптации руководств по клинической практике к текущей ситуации с устойчивостью к антибиотикам, (ii) твиннинг как формирование сетей и обмен опытом для лабораторных специалистов или (iii) твиннинг между лицами, принимающими решения, в обмене навыками и методами интерпретации эпидемиологических данных как основы для принятия мер по сдерживанию пандемии.

103. Чтобы помочь в обеспечении осуществимости и устойчивости мероприятий в сфере здравоохранения могут быть разработаны исследования и продукты знаний. Необходимо сделать акцент на том, чтобы будущие проекты по региональному сотрудничеству основывались на лучших имеющихся фактических данных. Продукты знаний могут служить основой для наращивания потенциала в странах ЦАРЭС в соответствующих темах и областях, представляющих интерес для стран.

Д. Региональная инвестиционная рамочная программа

104. Для поддержки реализации Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года будет разработана Региональная инвестиционная рамочная программа на 2022–2026 годы, которая будет руководством для инвестиций партнеров и восполнять пробел в эффективном решении ключевых региональных потребностей, включая защиту уязвимых групп населения в приграничных районах. Инвестиционная рамочная программа будет служить инструментом для определения приоритетности проектов и позволит улучшить координацию между партнерами по развитию и мобилизацию ресурсов. Инвестиции будут охватывать региональные проекты и инициативы в рамках четырех стратегических компонентов. В ней будут подробно изложены соответствующие проектные предложения и инвестиционное обоснование каждого из них. В рамочной программе

будут предусмотрены потенциальные государственно-частные партнерства, если это целесообразно, с ориентировочными бюджетами, анализом затрат и выгод и рекомендациями по включению гендерно-чувствительных компонентов.

105. Для учета различных уровней развития и потенциала стран ЦАРЭС потребуется гибкость, позволяющая двум или более странам реализовывать региональные проекты и инициативы. Проекты ЦАРЭС по сотрудничеству в сфере здравоохранения станут неотъемлемой частью Региональной инвестиционной рамочной программы на 2022–2026 годы. Проекты, включенные в данную программу, будут соответствовать приоритетам Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения и будут отвечать критериям региональности, то есть проекты, которые вносят вклад в результаты сотрудничества

в сфере здравоохранения ЦАРЭС посредством:

- (i) совместной инициативы (кластера) двух или более стран ЦАРЭС или
- (ii) инициативы одной страны, которая имеет явное воздействие на другие страны ЦАРЭС.

106. Инвестиционная рамочная программа будет регулярно обновляться, чтобы направлять процесс разработки программ и мобилизовать ресурсы партнеров по развитию. Региональная инвестиционная рамочная программа на 2022–2026 годы будет включать инициативы, финансируемые АБР, правительствами стран ЦАРЭС, другими партнерами по развитию, а также инициативы, для которых еще предстоит определить источники финансирования.

VI

**МОНИТОРИНГ
ИТОГОВ СТРАТЕГИИ
ЦАРЭС В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

107. РГЗ ЦАРЭС будет отвечать за ежегодный мониторинг реализации стратегии в сфере здравоохранения и инвестиционной рамочной программы и за представление предложений по корректировкам по мере необходимости, на основе возникающих потребностей и приоритетов стран. Ниже представлена структура мониторинга результатов сотрудничества в сфере здравоохранения ЦАРЭС в таблице 4. Структура устанавливает отдельные показатели по каждому из четырех компонентов и сквозными темам стратегии, которые отражают ключевые достижения сотрудничества ЦАРЭС в сфере здравоохранения. В структуру включены несколько индикаторов ЦУР, связывая стратегию с итогами более высокого уровня. Улучшения в этих индикаторах, связанных с ЦУР, скорее всего, будут заметны только в средне- и долгосрочной перспективе и не будут связаны

исключительно с разработкой Стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения.

108. Структура операционных результатов будет разработана более подробно, и в ней будут дополнительно описываться индикаторы уровня промежуточных и конечных результатов, содержащиеся в сводной матрице результатов. Это обеспечит более конкретную оценку достижений, непосредственно связанных с проектами и мероприятиями сотрудничества в сфере здравоохранения ЦАРЭС. Структура результатов согласована с промежуточными и конечными результатами сектора здравоохранения, содержащимися в общей Структуре результатов Программы ЦАРЭС. Таким образом, мониторинг результатов сотрудничества ЦАРЭС в сфере здравоохранения будет информировать о прогрессе в достижении Общей структуры результатов программы ЦАРЭС.⁷⁸

Таблица 4: Структура результатов стратегии ЦАРЭС в сфере здравоохранения

Цель	Индикатор	Базовое значение	Источник
Укреплена региональная безопасность	К 2030 году: Заболееваемость ВИЗ среди населения	Общее число случаев COVID-19 в ЦАРЭС в 2021 г.	Страны ЦАРЭС и Секретариат
	Средний балл ММСП стран ЦАРЭС	Не определено	Национальные стратегии/ планы в сфере здравоохранения
	Количество стран ЦАРЭС, которые включают совместные региональные подходы и межсекторные мероприятия в свои стратегии или планы ВОУЗ и/или сектора здравоохранения*		Отчеты ЦАРЭС

продолжение на следующей странице

⁷⁸ ЦАРЭС. 2020. Структура результатов программы.

продолжение Таблицы 4

Стратегический компонент	Конечный результат	Индикаторы	Базовое значение	Источник
1. Лидерство и кадровый потенциал	Укреплены региональное лидерство, координация и трудовые ресурсы	<u>Координация и управление:</u> Создана межотраслевая платформа поддержки	0	ЦАРЭС и Секретариат
		Количество совместных мероприятий на уровне страны, проведенных в рамках стратегии здравоохранения ЦАРЭС		ЦАРЭС и Секретариат
		<u>Навыки и потенциал трудовых ресурсов:</u> Количество медицинского персонала (с разбивкой по полу), прошедшего обучение при поддержке ЦАРЭС, для решения вопросов, связанных с охраной здоровья *	Не определено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		Количество совместных мероприятий на уровне страны, проведенных в рамках стратегии здравоохранения ЦАРЭС	0	
Стратегический компонент	Конечный результат	Индикаторы	Базовое значение	Источник
2. Техническая готовность	Улучшены эпидемиологический надзор и инфраструктура лабораторий	<u>Реагирование системы эпидемиологического надзора:</u> Количество стран ЦАРЭС, которые используют гармонизированные данные эпидемиологического надзора и общие критерии анализа	Не определено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		<u>Инфраструктура лабораторий:</u> Количество стран ЦАРЭС с диагностическими лабораториями, с признанным потенциалом для проведения высококачественного ПЦР-анализа	Не определено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
Стратегический компонент	Конечный результат	Индикаторы	Базовое значение	Источник
3. Экстренное увеличение спроса и доступ к расходным материалам	Расширение возможностей доступа к материалам и обеспечения возможностей быстрого развертывания сил и средств	<u>Регуляторные механизмы:</u> Создан механизм регионального сотрудничества для укрепления регулятивного потенциала	0	ЦАРЭС и Секретариат
		<u>Механизмы закупки:</u> Количество разработанных региональных механизмов закупок (от обмена информацией до фактических закупок)	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		<u>Управление цепочками поставок:</u> Разработан региональный план управления рисками цепочки поставок	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат

продолжение на следующей странице

продолжение Таблицы 4

Стратегический компонент	Конечный результат	Индикаторы	Базовое значение	Источник
4. Уязвимые группы населения и пограничное здравоохранение	Улучшены медицинские услуги для групп мигрантов, приграничных сообществ и уязвимых групп населения	<u>Доступ:</u> Проведено исследование потребностей приграничных сообществ ЦАРЭС и мобильных групп населения, включая женщин и уязвимые группы	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		Разработана концептуальная записка для регионального механизма связывания регистрации документированных мигрантов со службами социального обеспечения	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		<u>Бремя заболевания:</u> Количество инициатив регионального сотрудничества по трансграничной поддержке мигрантов с хроническими инфекционными заболеваниями (например, ТБ, ВИЧ)	Не определено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
	Конечный результат	Индикаторы	Базовое значение	Источник
Сквозные темы	Достаточно информационных систем здравоохранения, управления данными, регионального обмена знаниями и инновационного потенциала.	<u>Цифровое здравоохранение/инновации:</u> Количество согласованных на национальном уровне видений и дорожных карт для обеспечения операционной совместимости информационных систем	Не определено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		<u>Гендер:</u> Количество стран ЦАРЭС, обладающих потенциалом для сбора данных рутинного эпидемиологического надзора за ВИЗ в разбивке по полу Проведено исследование дифференцированных по полу последствий вспышек и пандемий, особенно для медицинских работников из числа женщин, пациентов-женщин, домохозяйств, под руководством женщин	Не определено 0	Страны ЦАРЭС и Секретариат Страны ЦАРЭС и Секретариат

продолжение на следующей странице

продолжение Таблицы 4

	Конечный результат	Индикатор	Базовое значение	Источник
Учреждения и управление	Создана институциональная платформа для регионального сотрудничества в сфере здравоохранения ^a	Количество совместных региональных решений в сфере здравоохранения, разработанных в рамках ЦАРЭС ^a	0	ЦАРЭС и Секретариат

*ЦАРЭС = Программа Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества, COVID-19 = коронавирусная болезнь, ВИЗ = возникающее инфекционное заболевание, ММСП = Международные медико-санитарные правила, ПЦР = полимеразная цепная реакция, ТБ = туберкулез, ВОУЗ = всеобщий охват услугами здравоохранения.

*Согласовано с Матрицей результатов программы ЦАРЭС

Источник: АБР

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

СТРАТЕГИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ И ПОДРОБНОСТИ ЦЕЛЕЙ

А. Компонент 1: Лидерство и кадровый потенциал

Стратегическая цель 1.1 – Координация и руководство – Улучшенная межведомственная и межотраслевая координация и управление в регионе Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) для реагирования на эпидемические/пандемические угрозы здоровью

Ключевые действия

- (i) Совершенствование межведомственной и межотраслевой координации и управления в регионе ЦАРЭС, включая механизмы регионального диалога, и картирование текущей ситуации в направлении Международных медико-санитарных правил (ММСП); а также соответствующего обмена знаниями и опытом между странами в регионе ЦАРЭС, согласно имеющейся в настоящее время информации
- (ii) Создание и укрепление Центров чрезвычайных операций (ЦЧО), в тесном сотрудничестве с координаторами по ММСП в странах-членах для обеспечения наличия центрального органа по координации сбора данных и реагирования на угрозы общественного здравоохранения на национальном уровне и поддержки сетевого обмена данными и опытом между региональными ЦЧО для укрепления более координированных мер реагирования.¹
- (iii) Укрепление мер по совместному реагированию на вспышки среди стран ЦАРЭС и оказание им поддержки для проведения учений и обеспечения сотрудничества при чрезвычайных ситуациях в сфере здравоохранения.
- (iv) Дальнейшее изучение вариантов и возможной пилотной реализации финансирования для рисков пандемии.

¹ Центр стратегических и международных исследований. Центры чрезвычайных операций по полиомиелиту (по состоянию на июль 2021 г.).

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Разработка Структуры межотраслевой поддержки для обеспечения координированного подхода к управлению чрезвычайными ситуациями в сфере общественного здравоохранения среди партнеров и секторов
- (ii) Обмен информацией и наращивание потенциала, такие как по обеспечению готовности к вспышкам (семинары, региональные тренинги, программы).
- (iii) Рассмотрение возможности установления регионального диалога и подходов для поддержки динамичных и эффективных усилий по координации
- (iv) Постоянное исследование повторно возникающих инфекционных заболеваний.

Стратегическая цель 1.2 – Навыки и потенциал трудовых ресурсов: Достаточный уровень навыков и потенциала, в особенности в сфере руководства, чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения, общественного здравоохранения, эпидемиологии и исследований для планирования и реализации действенных мер и инноваций в ответ на угрозы общественного здравоохранения, включая пандемию коронавирусного заболевания COVID-19.

Ключевые действия

- (i) Укрепление технического потенциала среди лиц, принимающих политические решения, руководителей общественного здравоохранения и планировщиков, а также эпидемиологов и лиц, работающих с данными в политике здравоохранения, планировании, управлении и реализации действенных мероприятий с учетом гендерных особенностей по реагированию на угрозы и чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения, включая пандемию COVID-19; повышение устойчивости и готовности к пандемиям посредством региональных платформ и возможностей наращивания потенциала и обмена знаниями; а также улучшение навыков по руководству и управлению лиц, принимающих политические решения, при ЧС в области здравоохранения;
- (ii) Укрепление знаний и навыков трудовых ресурсов общественного здравоохранения и эпидемиологии (и мужчин, и женщин), включая медицинских работников среднего звена (например, лаборанты), посредством региональных вебинаров, а также рекомендованных модулей непрерывной медицинской подготовки с фокусом на навыки по лабораторным операциям и методам, системам гарантии качества и контролю качества лабораторий, биологической безопасности лабораторий и доказательной базы по мерам реагирования на эпидемии для контроля и сдерживания ключевых региональных угроз.
- (iii) Совершенствование трудовых ресурсов здравоохранения в странах ЦАРЭС (например, путем подготовки планов по наращиванию потенциала для сельских регионов).
- (iv) Повышение технических навыков по раннему оповещению, предупреждению и реагированию на чрезвычайные ситуации, поддержка стран-участниц ЦАРЭС в разработке полевых инструментов (например, онлайн-приложения, настольные и мобильные приложения, которые можно быстро настроить и развернуть); проведение обучения и программ с участием женщин.
- (v) Совершенствование исследований и соответствующих результатов передовой практики по вопросам инфекционных заболеваний и неинфекционных заболеваний (НИЗ), особенно из самого региона, с поддержкой через соответствующие региональные возможности обучения, отчеты исследований и вебинары, предоставленные и проводимые региональными и международными организациями.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Изучение потенциальных совместных региональных усилий по наращиванию потенциала в ключевых областях НИЗ (например, региональная проблема роста смертности от цереброваскулярного инсульта из-за гипертонии и диабета, а также других приоритетных областей НИЗ).
- (ii) Изучение возможности разработки рекомендаций для региона на основе того, что доказало снижение риска НИЗ в других странах мира (например, заболеваемость и смертность от цереброваскулярных заболеваний).
- (iii) Поддержка региональных и страновых формативных исследований знаний, отношения и практики, связанных со спросом на услуги здравоохранения, профилактикой инфекционных заболеваний, вакцинами и другими региональными проблемами здравоохранения.
- (iv) Изучение возможности создания региональных механизмов для выявления и финансирования исследований и разработок в сфере здравоохранения. К соответствующим высокоприоритетным областям могут относиться туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью и расширение исследовательских программ с привлечением региональных офисов Центров по контролю и профилактике заболеваний, Инициатива структурированных оперативных исследований и обучения (SORT IT), а также стипендиальная программа Азиатского банка развития (АБР) – Японии.
- (v) Повышение потенциала по внедрению, мониторингу и оценке новых или инновационных продуктов и подходов.
- (vi) Поддержка региональных встреч эпидемиологов, врачей-инфекционистов и представителей научного сообщества. Региональные встречи послужат местом для постоянного обмена знаниями, опытом и навыками по инновационным решениям для борьбы с инфекциями, технологическим разработкам и обмена достигнутыми результатами.
- (vii) Изучение возможности создания механизма грантового финансирования для совместных исследований, направленных на удовлетворение потребностей населения в услугах здравоохранения в регионе (например, неравенство в отношении здоровья и разработка региональных стандартных показателей неравенства в отношении здоровья, болезни, связанные с бедностью, препятствия на пути к вакцинации против COVID-19, медицинские потребности наиболее уязвимых групп населения и т.д.).
- (viii) Создание списка национальных и/или региональных экспертов по соответствующим техническим областям.
- (ix) Предложение практических семинаров по наращиванию потенциала клиническим и техническим трудовым ресурсам общественного здравоохранения, как в виртуальном, так и очном режиме, для дальнейшего расширения их знаний о кризисных ситуациях в области общественного здравоохранения,² опираясь на успешный опыт программ обучения полевой эпидемиологии, поддерживаемых Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC), в регионе (например, Южный Кавказ),³ которые разработаны таким образом, чтобы можно было адаптировать к потребностям любой страны в регионе, где имеются много фундаментальных сходств в навыках и знаниях, необходимых работникам общественного здравоохранения.

² Некоторые страны ЦАРЭС внедрили Программу полевой эпидемиологии и лабораторного обучения (Вставка 5, ii).

³ TERHINET. Южно-кавказская программа полевой эпидемиологии и лабораторного обучения.

- (x) Поддержка стран в гармонизации политики и стратегий медицинского образования/обучения/учебных программ, а также по лицензированию и регистрации; а также в гармонизации политики и стратегий для образования и обучения в области закупок и цепочки поставок.
- (xi) Укрепление потенциала в области оценки воздействия на здоровье (ОВЗ) на основе многосекторального подхода.
- (xii) Поддержка желающих стран ЦАРЭС в обмене информацией о программах обучения в ординатуре по выбранным приоритетным направлениям, таким как инфекционные болезни и семейная медицина.⁴
- (xiii) Поддержка выразивших интерес стран ЦАРЭС в повышении качества медицинского образования *на всех уровнях*, включая последипломное медицинское образование и непрерывное профессиональное развитие.
- (xiv) Поддержка разработки общих онлайн-инструментов для реализации программ обучения, которые могут быть использованы для всех областей и специальностей медицины и общественного здравоохранения.
- (xv) Поддержка планирования человеческих ресурсов для здравоохранения с целью обеспечения готовности к реагированию на различные угрозы общественному здоровью; увеличить резервный потенциал и обеспечить достаточное количество и размещение медицинских работников, в том числе на трансграничной основе.

Источник идей: Идеи о готовности и устойчивости кадров здравоохранения можно найти в специальном выпуске о кадрах здравоохранения во всем мире в *Международном журнале по планированию и управлению здравоохранением*.⁵

В. Компонент 2: Техническая готовность

Стратегическая цель 2.1 – Меры реагирования в сфере эпидемиологического надзора: Эффективный эпидемиологический надзор в ответ на угрозы общественному здоровью, включая пандемию COVID-19 (к примеру совершенствование систем эпидемиологического надзора, исследование региональных панелей с автоматизированными системами раннего оповещения, и разработка согласованных на региональном уровне информационных материалов по инфекционным заболеваниям).

Ключевые действия

- (i) Улучшение обмена информацией об эпидемиях в соответствии с ММСП, а также законами и правилами в соответствующих странах-членах ЦАРЭС.
- (ii) Обмен стратегиями отбора образцов для обеспечения возможности сравнения между странами, наращивания потенциала по транспортировке образцов и снижению времени обработки с момента отбора образца до предоставления результатов, и наращивание потенциала в отношении чувствительности, надежности посредством гарантии качества и повышения стандартов биологической безопасности.

⁴ Предложения о том, как поддержать быстрое обучение медицинских работников, можно найти здесь: Энгельбрехт Б., Люси Г., Пьер Б. и др. 2021. Определение приоритетности людей и быстрое обучение во время кризиса: Инициатива виртуального обучения для поддержки медицинских работников во время пандемии COVID-19. *Int J Health Plann Manage.* 36(S1). Стр. 168–173.

⁵ Кульман Э., Дюссо Г., Коррейя Т. 2021. Специальный выпуск: Глобальное здравоохранение и развитие кадров здравоохранения: образование, управление и политика во время кризиса COVID-19 и после него. *Int J of Health Planning and Management.* 36(S1). стр. 1–203.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования

- (i) Налаживание регионального диалога в качестве платформы для обсуждения общих подходов к отбору проб и тестированию для эпидемиологического надзора, включая продвижение дозорного эпидемиологического надзора, чтобы обеспечить возможность проведения сравнительных и совместимых статистических данных по COVID-19 между странами.
- (ii) Оказание помощи в обмене электронными данными по эпидемиологическому надзору между странами региона (включая стандартизацию данных по всем странам, а также регионального доступа к электронным системам раннего предупреждения, эпидемиологического надзора и информирования о рисках).
- (iii) Оказание помощи во *внедрении* стандартизированных систем эпидемиологического надзора в выразивших желание странах ЦАРЭС, включая «Единое здоровье».
- (iv) Оказание технической помощи странам-членам в укреплении систем раннего предупреждения, оповещения и реагирования в чрезвычайных ситуациях, в том числе в обучении и разработке полевых инструментов (например, онлайн-приложения, настольные и мобильные приложения, которые можно быстро настроить и развернуть).
- (v) Изучение возможности создания региональных информационных панелей, которые предоставляют эпидемиологам в секторе общественного здравоохранения в странах-членах региона ЦАРЭС по их желанию автоматизированную систему раннего предупреждения. Система может генерировать сигналы или предупреждения при обнаружении возможной вспышки инфекционных заболеваний среди людей и животных, включая устойчивость к противомикробным препаратам (Единое здоровье). Во время чрезвычайных ситуаций существующие национальные системы эпиднадзора за общественным здравоохранением могут быть неэффективными, нарушенными или отсутствующими; они могут быстро оказаться перегруженными. Таким образом, крайне важно немедленно создать систему раннего предупреждения для выявления и быстрого реагирования на предполагаемые вспышки заболеваний.⁶
- (vi) Поддержка создания ЦЧО, с тем чтобы они могли координировать все компоненты реагирования для обеспечения охраны здоровья.
- (vii) Поддержка эффективной интеграции вновь созданных ЦЧО в существующие региональные координационные механизмы и платформы (например, через региональные бюро ВОЗ; региональных директоров Координационного бюро развития ООН); оценка пробелов в реализации и функционировании этих механизмов и оказание технической и программной поддержки по мере необходимости.
- (viii) Оказание поддержки в разработке регионального справочника по *осведомленности* об инфекционных заболеваниях и борьбе с пандемиями, включая информирование о рисках, вакцинах среди прочего.
- (ix) Поддержка развития регионального потенциала в области сообщения об изменении социального поведения и коммуникации рисков и вовлечения сообщества в желающих странах ЦАРЭС.

Источник идеи: Система оповещения ЦЧО, ЦЧО – Пакистан;

На основе: предложений регионального вводного семинара; кластерных совещаний, национальных оценок.

⁶ Всемирная организация здравоохранения. 2019. *Анализ ситуации в области общественного здравоохранения*. Презентация для тренинга по координации кластера здравоохранения. Браззавиль, Республика Конго. Май.

Стратегическая цель 2.2 – Лабораторная инфраструктура: Достаточная лабораторная инфраструктура и управление в соответствии с международными требованиями к качеству и биологической безопасности.

Ключевые действия

- (i) Укрепление национальных и региональных лабораторных сетей и лабораторных систем⁷ для тестирования (а также многофункционального оборудования и методов для выявления патогенов (пример, наращивание потенциала по проведению теста полимеразной цепной реакции (ПЦР) и потенциала по секвенированию следующего поколения, изучение возможности создания Центральноазиатского регионального центра эпидемиологии, вирусологии и бактериологии).⁸
- (ii) Совершенствование лабораторной инфраструктуры и обеспечение надлежащих процессов работы и управления в лабораториях в соответствии с международными требованиями по качеству и биологической безопасности, в том числе через действующие региональные инициативы и центры информации.
- (iii) Поддержка внедрения системы менеджмента качества в лабораториях посредством наставничества со стороны обученных национальных наставников.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Оказание технической поддержки в оценке и создании потенциала для тестирования новых возникающих патогенов, включая планирование увеличения возможностей путем создания потенциала децентрализованного тестирования в субнациональных лабораториях под контролем национальной референтной лаборатории.
- (ii) Изучение вариантов привлечения частных лабораторных служб или академического сектора для устранения пробелов, таких как ограниченные возможности для тестирования, путем предоставления своевременного доступа к тестированию для людей, живущих в отдаленных и приграничных районах, с использованием мобильных лабораторий, а также лабораторного оборудования в пунктах оказания медицинской помощи.
- (iii) Поддержка разработки и внедрения региональных механизмов обеспечения и контроля качества, включая внедрение стандартов менеджмента качества лабораторий (СМКЛ) (например, руководства, стандартные операционные процедуры [СОП]).
- (iv) Поддержка укрепления СМКЛ посредством всесторонних оценок, стратегического и оперативного планирования, а также поддержки внедрения (например, региональный пул лабораторных экспертов и региональные учебные центры).

Источник идей: Результаты проекта по референс-лаборатории программы Экономического коридора Алматы-Бишкек (ЭКАБ) для создания дополнительных референс-лабораторий в рамках ЦАРЭС.⁹

⁷ Сеть представляет собой количество физических лабораторий и их обслуживаемых участков, учреждений или населения. Системы здравоохранения включают функционал отчетности, гарантии качества и механизмов контроля качества.

⁸ *Туркменистан: золотой век. Новости. 2021. Центральноазиатский региональный центр эпидемиологии, вирусологии и бактериологии.*

⁹ АБР. 2018. *Отчет об оценке функций диагностических и референс-лабораторий в национальных лабораторных системах в Казахстане и Кыргызской Республике. Манила.*

С. Компонент 3: Экстренное увеличение спроса и доступ к расходным материалам

Стратегическая цель 3.1 – Механизмы нормативного регулирования: Эффективные механизмы регулирования и стандарты для лекарственных средств и расходных материалов.

Ключевые действия

- (i) совершенствование регуляторных механизмов, стандартов и процедур регулирования для лекарственных средств, лабораторного оборудования и материалов, например, посредством гармонизации политики и правил для авторизации, регистрации и импорта продуктов и инвестиций в региональный механизм сотрудничества для усиления регулятивного потенциала.
- (ii) создание более конкурентоспособных и эффективных рыночных механизмов для увеличения предложения и снижения цен на лекарственные средства и товары медицинского назначения.
- (iii) улучшение видимости и управления сквозной цепочкой закупок и поставок от производителя до потребителя (то есть региональной координации деятельностью по закупкам и управлению цепочкой поставок, согласование и гармонизацию стандартов данных и обмен информацией и идеями).
- (iv) оптимизация движения медицинских товаров в регионе, гармонизации импорта и экспорта лекарств и материалов, а также стандартизации и обмена основными данными о продуктах, базы материально-технического обеспечения и процессов заключения контрактов.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Принятие стандартов, (например, Глобальных стандартов отслеживания, каталогов продукции), которые позволяют провести верификацию и отслеживание продукции на региональном уровне и снизить риск приобретения некачественной продукции.

Стратегическая цель 3.2 – Механизмы закупок: Эффективные механизмы закупок и цепочки поставок медикаментов и расходных материалов.

Ключевые действия

- (i) развитие потенциала управления закупками и поставками среди разработчиков политики в сфере здравоохранения и персонала в секторе здравоохранения и согласование подходов к обучению и инструментам в регионе.
- (ii) улучшение закупочной деятельности – например, политика и процедуры закупок, стандартизация базы поставщиков, заключение контрактов и управление производительностью поставщиков.
- (iii) дальнейшее развитие вариантов для регионального производства и формирования запасов.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Создание региональных координационных механизмов обмена информацией, передовым опытом и инструментами, а также проведение дискуссий по закупкам и управлению цепочками поставок.
- (ii) Совершенствование политик и процедур по закупкам и управлению цепочками поставок для поддержки развития более конкурентного рынка с учетом принятия торговых площадок, международных агентов по закупкам.
- (iii) Цифровизация мероприятий по закупкам и цепочке поставок для обеспечения отслеживания по всей цепи для возможности принятия более действенных решений в режиме реального времени.
- (iv) Изучение возможности создания регионального механизма по закупкам, которая может обеспечить рыночную видимость, гарантировать поставки, вести переговоры по хорошим ценам и гарантировать качество (т.е. вариант закупок при чрезвычайных ситуациях).
- (v) Содействие в разработке стратегий политик по экстренным закупкам, которые могут обеспечить быстрый доступ к медикаментам и расходным материалам (т.е. novel Dx, Vx).
- (vi) Упрощение процедур и устранение барьеров для таможенного оформления и импорта и экспорта продукции медицинского назначения между странами региона
- (vii) Запуск процедуры долгосрочного планирования для аккумуляции ресурсов с целью построения регионального производственного потенциала (например, средства индивидуальной защиты [СИЗ], диагностика и кислород, ИВЛ, лаборатории, тесты, медикаменты и вакцины).

Стратегическая цель 3.3 – Управление цепочкой поставок: Надежное управление цепочкой поставок, обеспечивающее достаточное снабжение и запасы на случай чрезвычайных ситуаций

Ключевые действия:

- (i) улучшение снабжения и запасов на случай чрезвычайных ситуаций, включая использование виртуальных центров управления (например, таких как ситуационные центры), механизмы совместных закупок.
- (ii) разработка Плана по управлению рисками цепочки поставок.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Создание региональных ситуационных центров для обеспечения видимости процессов закупок и цепочки поставок для предоставления возможности принятия решений в режиме реального времени для удовлетворения спроса.
- (ii) Изучение и оценка уязвимостей по всей цепочке поставки материалов медицинского назначения, начиная с наличия сырья, хранения, транспортировки, политики и нормативных актов и до человеческих ресурсов.

D. Компонент 4: Уязвимые группы населения и пограничное здравоохранение

Стратегическая цель 4.1 – Доступ: Улучшенный доступ к услугам здравоохранения и возможности трансграничного перенаправления

Ключевые действия

- (i) Исследование медицинских потребностей трансграничных сообществ ЦАРЭС и мобильных групп населения, включая женщин и представителей уязвимых групп населения.
- (ii) Улучшение доступности услуг здравоохранения, при предотвращении финансовых проблем и вариантов перенаправления для повышения непрерывности оказания помощи, особенно первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) трудовым мигрантам и мобильным группам населения, пересекающим границы в большом количестве, с особым вниманием к потребностям женщин в медицинских услугах.
- (iii) Определение минимального пакета мероприятий в рамках реагирования на угрозы общественного здравоохранения в приграничных районах и/или пунктах въезда, включая (a) доступ к медицинским службам, в том числе, к диагностическим услугам; (b) доступ к оборудованию и персоналу для транспортировки инфицированных путешественников в соответствующее медицинское учреждение, (c) мероприятия эпидемиологического надзора; (d) информирование о рисках и социальная мобилизация; (e) здоровье, связанное с окружающей средой (т.е. векторный контроль, управление твердыми и жидкими отходами, питьевая вода и общая санитария); (f) управление данными и обмен информацией в тесном сотрудничестве с ВОЗ.
- (iv) Укрепление или расширение соглашений, направленных на мобильность льгот для мигрантов.
- (v) Совершенствование инфраструктуры и технического потенциала учреждений тестирования и карантинных учреждений в приграничных зонах и пунктах въезда, в том числе для пациентов с COVID-19, для защиты путешественников и населения.
- (vi) Содействие в обновлении инфраструктуры учреждений здравоохранения в приграничных зонах и вдоль трансграничных экономических коридоров.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Продвижение регионального междисциплинарного подхода к работе с мигрантами (например, таможня, полиция, здравоохранение, социальные службы).
- (ii) Улучшение данных о конкретных потребностях, связанных со здоровьем, мобильного населения с помощью формирующих исследований.
- (iii) Совершенствование стратегии коммуникации рисков и вовлечения сообществ (КРВО), учитывающие гендерные аспекты, для эффективного охвата мигрантов, мобильных групп населения и приграничных общин.¹⁰

Источник идей / Основа: Предложения вводного семинара, обзорное исследование; схема медицинской страховки Таиланда; региональный механизм привязки регистрации

¹⁰ АБР. Руководство по коммуникации рисков и вовлечение сообществ (КРВО). Использование социальных изменений и изменений в поведении для коммуникаций, связанных с COVID-19. Не опубликовано

документов мигрантов к службам социального обеспечения, возможно на основе электронным миграционных карт Содружества независимых государств (СНГ);¹¹ как регулярно иммигранты и лица без гражданства имеют право на бесплатную медицинскую помощь в Республике Казахстан; Кластерные совещания

Стратегическая цель 4.2 – Бремя заболеваний: Снижение бремени инфекционных заболеваний среди мигрантов, приграничных общин и уязвимых групп населения

Ключевые действия

- (i) Улучшение качественного лечения мигрантов с туберкулезом (ТБ) и ВИЧ, (например, изучить возможность расширения существующих соглашений о предоставлении мигрантам права на диагностику, уход и лечение ВИЧ и туберкулеза для желающих стран ЦАРЭС).

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования

- (i) Поддержка в разработке и внедрении трансграничных мобильных медицинских услуг.
- (ii) Поддержка обеспечения каретами скорой помощи в приграничных зонах для расширения обслуживания мигрантов.
- (iii) Поддержка обеспечения базовыми медицинскими средствами для мигрантов при пересечении границы.
- (iv) Обеспечение транспортных средств для больного населения при обращении в учреждения здравоохранения.
- (v) Укрепление региональных механизмов устранения распространенных инфекционных заболеваний, как например ТБ и ВИЧ.
- (vi) Реализация регионального взаимодействия для трансграничных региональных проектов для поддержки мигрантов с хроническими заболеваниями, как например, ВИЧ, туберкулез, малярия.¹²
- (vii) Совершенствование доступа к противотуберкулезным медикаментам высокого качества, а также соответствующего доступа к трансграничным медицинским услугами и обеспечение качества оказания помощи пациентам с такими заболеваниями.

¹¹ Члены ЦАРЭС из Содружества Независимых Государств включают Азербайджан, Казахстан, Кыргызскую Республику, Таджикистан и Узбекистан. АБР. 2021 г. *На пути к ЦАРЭС-2030: Расширение регионального сотрудничества в сфере здравоохранения*. Манила.

¹² Региональное сотрудничество может строиться на существующем взаимодействии между Казахстаном, Кыргызской Республикой и Таджикистаном. Эти страны подписали соглашения о трансграничном сотрудничестве по контролю, профилактике и лечению ТБ и ТБ МЛУ среди трудовых мигрантов из Центральной Азии, и о создании механизма обмена информацией о пациентах с ТБ между странами через электронную платформу ЕРБ ВОЗ по ТБ (tbconsilium.org). Эти соглашения были одобрены в результате трехлетней программы, запущенной в Казахстане в конце 2014 года при поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИД, туберкулезом и Малярией (Глобальный фонд); Проекта ХОУП; ВОЗ; Международной организации по миграции (МОМ); Совместной программы ООН по ВИЧ/СПИД; и Международной федерации обществ красного креста и красного полумесяца. Программа согласована с рекомендациями ВОЗ по трансграничному контролю ТБ в Европе и Национальным планом по борьбе с ТБ в Казахстане. Потенциальной отправной точкой для дальнейшего регионального сотрудничества и интеграции в данной области в рамках ЦАРЭС, является углубление регионального диалога и расширение этих соглашений для вовлечения большего числа стран (информация получена из справочника (62) АБР. 2021 г. *В направлении ЦАРЭС 2030 г.: Совершенствование регионального сотрудничества в секторе здравоохранения. Предварительная оценка*. Манила).

- (viii) Изучение возможности введения электронного медицинского паспорта или карты, чтобы обеспечить непрерывность медицинских услуг в странах ЦАРЭС, выразивших готовность.
- (ix) Изучение возможности создания регионального института для содействия региональному трансграничному взаимодействию по зоонозным заболеваниям (следуя подходу Единое здоровье), а также по ТБ и ВИЧ в долгосрочной перспективе. Этот институт также может служить в качестве платформы по обмену знаниями в регионе.

Источник идей/ На основе: Предложения регионального вводного семинара; Обзорное исследование

Стратегическая цель 4.3 – Профилактика и контроль инфекций (ПКИ): Эффективные меры профилактики инфекций и инфекционного контроля в приграничных регионах для защиты путешественников и населения, включая от случаев COVID-19.

Ключевые действия

- (i) Совершенствование мер ПКИ, в том числе в больницах и учреждениях ПМСП в приграничных зонах, включая доказательные руководства и СОП по ПКИ, адаптированные под нужды учреждений

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Создание системы отслеживания пациентов, пересекающих границу с инфекционными заболеваниями, которая обеспечивает непрерывность лечения для мигрантов и трансграничных общин с инфекционными заболеваниями.

Е. Сквозные вопросы

1. Гендерные вопросы

Стратегическая цель – Гендер: Обеспечение разбивки данных по гендеру; учет конкретных потребностей женщин при планировании и дизайне услуг здравоохранения и инфраструктуры

Ключевые действия

- (i) улучшение разбивки данных по полу в секторе здравоохранения регионе ЦАРЭС посредством программы «Рабочая группа по вопросам здравоохранения» ЦАРЭС.
- (ii) информирование о гендерных концепциях, значениях, пробелах и вариантах реализации в проектах здравоохранения.
- (iii) включение особых потребностей женщин в планирование здравоохранения и разработку услуг.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) улучшенные стратегии КРВО для эффективного удовлетворения потребностей женщин (сноска 10).

2. Цифровое здравоохранение

Стратегическая цель – Цифровое здравоохранение. Достаточный уровень информационных систем здравоохранения, управления данными и регионального обмена знаниями/

Ключевые действия

- (i) Определение приоритетов желающих стран ЦАРЭС в области цифрового здравоохранения и оценка ландшафта цифрового здравоохранения для предложения и поддержания внедрения подходящих решений в области цифрового здравоохранения.
- (ii) В партнерстве с желающими странами-членами ЦАРЭС, проведение оценки пробелов для достижения последовательной совместимости данных системы здравоохранения. Например, выявление пробелов, которые в настоящее время препятствуют способности разных систем информационных технологий (ИТ) сектора здравоохранения «общаться друг с другом», включая взаимодействие между лабораторными устройствами и приложениями (такие системы, как карточки пациентов и журналы регистрации пациентов) для обеспечения координированного доступа, обмена, интеграции и совместного использования данных в пределах организационных, региональных и национальных границ и между ними, чтобы обеспечить своевременную и беспрепятственную переносимость информации, оптимизирующую охрану здоровья.
- (iii) На основе анализа пробелов предложение вариантов архитектуры обмена данными о здоровье, интерфейсов приложений и стандарты, которые позволяют получать доступ к данным и безопасно обмениваться ими по всему спектру медицинской помощи в проявивших интерес странах-членах ЦАРЭС и проведение тренингов, когда будет нужно реализовать такой обмен во всех соответствующих условиях и с соответствующими заинтересованными сторонами.
- (iv) Запуск реализации практических экспериментальных инициатив по региональному унифицированному кодированию данных о состоянии здоровья для желающих стран ЦАРЭС посредством продвижения в масштабах ЦАРЭС рекомендованной ВОЗ Международной классификации болезней МКБ-10 (и предстоящей МКБ-11) и Международной классификации первичной медико-санитарной помощи (МКПМСП), чтобы помочь обеспечить перекрестные, совместимые и сопоставимые между странами данные в национальных информационных системах и базах данных здравоохранения.
- (v) участие в региональных политических диалогах и обмене знаниями, где можно обмениваться информацией об успешных цифровых подходах и политике решения проблем между странами.
- (vi) Продвижение и укрепление потенциала для стандартизированных и функционально совместимых информационных систем здравоохранения для преодоления проблем, обусловленных отдельными вертикальными системами и дублирующими источниками данных.
- (vii) Улучшение управления данными и механизмов сбора данных, включая качество собранных данных, аналитические возможности и навыки презентации.
- (viii) Принятие методов, обеспечивающих международный обмен и использование данных в желающих странах-членах ЦАРЭС.
- (ix) Укрепление цифрового лидерства и цифровых навыков среди лиц, принимающих решения на высшем уровне.
- (x) Разработка устойчивого и реалистичного регионального плана действий по внедрению цифрового здравоохранения для желающих стран ЦАРЭС.

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Оказание поддержки желающим странам в оценке их уровня готовности и зрелости цифровых технологий, что будет способствовать разработке национальной стратегии цифрового здравоохранения и эффективного плана мониторинга и оценки, который связывает этапы зрелости с методами оценки. Стратегия цифрового здравоохранения будет отражать цели сектора здравоохранения страны, цели устойчивого развития (ЦУР) и всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ). Это будет способствовать принятию интегрированной информационной системы здравоохранения за счет выявления и устранения дублирующих источников и наборов данных; уменьшая фрагментацию данных и поддерживая создание законодательной, нормативной и политической основы.
- (ii) Внедрение передовых практик цифровизации для управления изменениями на высшем уровне, которые позволят быстрее принять цифровое здравоохранение в систему здравоохранения страны. Это поддержит и обеспечит использование преимуществ цифрового здравоохранения на каждом уровне системы здравоохранения. Принятие и внедрение цифрового здравоохранения не должно рассматриваться как отдельный процесс, а скорее, как вспомогательный метод решения проблем в системах здравоохранения стран. Принятие системы внедрения передового цифрового опыта на различных уровнях системы здравоохранения позволит разработать стратегии и политику, которые смогут воспользоваться новым окном возможностей. Это также создаст внутренние и/или региональные условия для нового бизнеса, инвестиций, торговли и экономического роста.
- (iii) Оказание поддержки в разработке согласованного на национальном уровне видения и дорожной карты для обеспечения операционной совместимости клинических данных как в государственном, так и в частном секторе в желающих странах ЦАРЭС. Это будет способствовать разработке и принятию требований базового уровня для использования цифровых технологий и поддержке сбора высококачественных данных с помощью стандартизированных клинических терминологий, уникального идентификатора и стандартов данных, обеспечивающих безопасный обмен медицинской информацией.
- (iv) Создание безопасной среды обучения, способствующей обмену информацией о национальных стратегиях цифрового здравоохранения, влиянии цифровизации услуг здравоохранения, цифровых проблемах и достижениях. Платформа ЦАРЭС может способствовать проведению региональных и/или национальных ежегодных семинаров по цифровому здравоохранению; форумов по современным цифровым инструментам, опубликованных региональных тематических исследований, которые могут быть использованы для предоставления доказательств эффективности цифровых решений для поддержки целей сектора здравоохранения; координации с ключевыми заинтересованными сторонами, включая многосторонние, двусторонние и технические учреждения. Это может предоставить возможность для обмена инновациями в сфере здравоохранения, где врачи, исследователи и инновационные начинающие компании могут сотрудничать для разработки новых цифровых продуктов и услуг в сфере здравоохранения. Платформа ЦАРЭС также может поддерживать национальное лидерство в области цифрового здравоохранения, создавая коллегиальную сеть чемпионов цифрового здравоохранения для стимулирования культурных изменений и повышения осведомленности о цифровизации в секторе здравоохранения.

- (v) Укрепление неправительственных, общественных и образовательных учреждений, предоставляющих обучение, ресурсы и учебные программы, которые помогают сотрудникам сектора здравоохранения и потребителям грамотно и уверенно использовать цифровые технологии.¹³
- (vi) Поддержка развития и разработки национальных компетенций, стандартов и руководств по передовой практике в области цифрового здоровья в желающих странах ЦАРЭС, способствующих внедрению цифрового здоровья в национальную аккредитацию персонала и практику на рабочем месте. Это поддержит мониторинг и оценку практики цифрового здравоохранения, улучшит сбор высококачественных данных, повысит аналитические способности и навыки представления данных.
- (vii) Использование действующих механизмов координации между партнерами по развитию, чтобы обеспечить постоянную приверженность приоритетам цифрового здравоохранения в стране и избежать дублирования мероприятий.

3. Инновации

Стратегическая цель – Совершенствование потенциала по разработке, реализации и использованию инновационных решений.

Ключевые действия

Скорейшее использование этих инноваций является ключом к решению текущего кризиса и подготовке к будущим пандемиям.

- (i) Повышение осведомленности о существующих национальных, региональных и глобальных инновационных решениях для смягчения кризиса в сфере здравоохранения, такого как нынешняя пандемия COVID-19.
- (ii) Предложение странам-членам ЦАРЭС практических семинаров по наращиванию потенциала и вебинаров по инновационным решениям в секторе здравоохранения.
- (iii) Рассмотрение возможности создания фонда поддержки инноваций в чрезвычайных ситуациях.
- (iv) Оказание поддержки в создании региональной платформы обмена знаниями по инновациям для облегчения передачи знаний и наращивания технического потенциала по охране здоровья

Другие аспекты для потенциального сотрудничества и совершенствования:

- (i) Создание возможностей оказания поддержки инновациям во всем регионе для частных и государственных секторов, правительств, исследователей и поставщиков услуг путем поощрения выбора, адаптации, тестирования и пилотного внедрения доказательных цифровых приложений, интервенций, цифровых служб для оказания помощи, трансграничного обмена информацией и расширения доступа к услугам телемедицины во всем регионе.

¹³ Лонг Л.А., Париё Г., Калландер К. 2018. Цифровые технологии для развития кадров здравоохранения в странах с низким и средним уровнем доходов: предварительный обзор. Glob Health Sci. Практик. 6 (S1). стр. S41–S48.

- (ii) Изучение возможности создания фонда поддержки инноваций в чрезвычайных ситуациях (например, стартовый капитал, хакатоны).
- (iii) Поддержка политики для обеспечения участия частного сектора в чрезвычайных ситуациях
- (iv) Поддержка исследований в форме клинических испытаний и полевых эпидемиологических исследований для документирования эффективности инноваций и обеспечения доказательной базы определения ценности и безопасности инноваций.

Источник идей: микросайт АБР об инновациях вокруг COVID-19.

На основе: Веб-сайт ЦАРЭС и/или фокус на инновациях в секторе здравоохранения (сборник); Кластерные совещания; Отзыв о сборнике инноваций.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СТРАТЕГИЙ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна	Основные национальные документы сектора здравоохранения	Стратегические приоритеты
Афганистан	Национальная стратегия здравоохранения на 2016–2020 гг.	(i) Управление; (ii) институциональное развитие; (iii) общественное здравоохранение (iv) медицинские услуги; (v) человеческие ресурсы для здравоохранения; (vi) мониторинг и оценка, информация о здоровье, обучение и знания/практика, основанная на фактических данных.
Азербайджан	Стратегический план Министерства здравоохранения, 2014–2020 годы	(i) Увеличение доли валового внутреннего продукта, выделяемой на текущие расходы на здравоохранение; (ii) разработка механизмов для обеспечения эффективного исполнения бюджета здравоохранения; (iii) укрепление учреждений в системе здравоохранения для оказания услуг; (iv) повышение уровня передачи полномочий в системе здравоохранения; (v) внедрение профилактических мер для преодоления бремени болезней; (vi) Запуск государственной программы по улучшению здоровья детей; (vii) обеспечение финансового и физического доступа к жизненно важным лекарствам; (viii) укрепление человеческих ресурсов для здравоохранения
Китайская Народная Республика	14-й пятилетний план национального экономического и социального развития и долгосрочные цели до 2030 года	(i) Создание сильной системы здравоохранения; (ii) углубление реформ в системе здравоохранения; (iii) улучшение общенациональной системы медицинского страхования; (iv) продвижение традиционной китайской медицины и инноваций; (v) продвижение физического воспитания; (vi) проведение патриотических кампаний по здравоохранению.

Страна	Основные национальные документы сектора здравоохранения	Стратегические приоритеты
	Тринадцатый пятилетний план для сектора здравоохранения на 2016–2020 годы	(i) Профилактика и лечение заболеваний, а также основные услуги здравоохранения; (ii) укрепление здоровья матери и ребенка; (iii) профилактика и лечение врожденных пороков развития; (iv) усиление предоставления медицинских услуг на уровне общин; (v) продвижение и инновации традиционной китайской медицины; (vi) более разумное здравоохранение; (vii) продвижение фитнеса на уровне населения (viii) безопасность продуктов питания и лекарств.
Грузия	Государственная концепция системы здравоохранения Грузии на 2014–2020 гг: Всеобщее здравоохранение и управление качеством для защиты прав пациентов»	(i) «Здоровье во всех политиках» – общий государственный многоотраслевой подход; (ii) Развитие управления здравоохранением; (iii) совершенствование системы финансирования сектора здравоохранения; (iv) развитие качественных медицинских услуг; (v) развитие человеческих ресурсов в секторе здравоохранения; (vi) развитие информационных систем для управления здравоохранением; (vii) содействие охране здоровья матери и ребенка; (viii) улучшение профилактики и управления приоритетными инфекционными заболеваниями; (ix) улучшение профилактики и мониторинга приоритетных НИЗ; (x) развитие государственной системы здравоохранения.
Казахстан	Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020–2025 годы, утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982	(i) Внедрение искусственного интеллекта и полная цифровизация; (ii) мобильные и веб-приложения для информирования и вовлечения населения в охрану собственного здоровья; (iii) инициатива ВОЗ «Здоровые города»; (iv) повышение уровня грамотности населения по вопросам здоровья и снижение поведенческих факторов риска; (v) развитие персонализированной медицины; (vi) внедрение инновационных методов лечения и технологий, в том числе в области биофармацевтики; (vii) государственно-частное партнерство в здравоохранении; (viii) увеличение финансирования здравоохранения.
Кыргызская Республика	Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна»	(i) Общественное здравоохранение; (ii) развитие ПМСП; (iii) совершенствование и рационализация больничной системы; (iv) развитие скорой медицинской помощи; (v) лабораторные услуги; (vi) лекарственные средства и медицинские изделия; (vii) стратегическое управление здравоохранением; (viii) кадровые ресурсы здравоохранения; (ix) развитие электронного здравоохранения; (x) развитие системы финансирования; (xi) управление реализацией Программы.

Страна	Основные национальные документы сектора здравоохранения	Стратегические приоритеты
Монголия	Монгольская государственная политика в сфере здравоохранения (утверждена в 2017 году) – Эта политика разработана на 2017–2026 годы и предусматривает региональное и глобальное сотрудничество для реализации государственной политики в сфере здравоохранения в 8 ключевых областях	(i) общественное здравоохранение; (ii) медицинская помощь; (iii) человеческие ресурсы; (iv) финансирование здравоохранения; (v) технологии здравоохранения; (vi) фармацевтика; (vii) информационные технологии и управление информацией и (viii) управление, организация и прозрачность сектора здравоохранения.
Пакистан	Национальная концепция здравоохранения на 2016–2025 годы.	(i) Финансирование здравоохранения; (ii) оказание медицинских услуг; (iii) человеческие ресурсы для системы здравоохранения; (iv) информационные системы здравоохранения; (v) управление; (vi) жизненно важные лекарственные средства и технологии; (vii) перекрестные связи; (viii) глобальные обязанности в сфере здравоохранения.
Таджикистан	Национальная стратегия здравоохранения Республики Таджикистан на 2021–2030 годы (в стадии разработки)	(i) Укрепление здоровья матери, новорожденного, ребенка и подростка; (ii) профилактика и борьба с инфекционными заболеваниями; (iii) снижение бремени неинфекционных и хронических заболеваний; (iv) детерминанты здоровья и здоровый образ жизни; (v) укрепление общественного лидерства в области охраны здоровья; (vi) повышение качества и доступности профилактической помощи; (vii) развитие человеческих ресурсов; (viii) развитие медицинской науки и инноваций; (ix) улучшение лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности; (x) модернизация производственно-технологической базы; (xi) развитие финансовой базы здравоохранения.

Страна	Основные национальные документы сектора здравоохранения	Стратегические приоритеты
Туркменистан	Национальная стратегия здравоохранения Туркменистана на 2021–2025 годы (государственная программа здравоохранения)	(i) Создание единой системы профилактики заболеваний; (ii) улучшение статуса иммунизации населения; (iii) улучшение иммунизации населения против COVID-19 и рутинной иммунизации; (iv) внедрение экономически эффективных и гарантированного качества программ по усилению потенциала санитарно-эпидемиологических служб; (v) укрепление потенциала учреждений ПМСП; (vi) дальнейшее развитие фармацевтической отрасли с обеспечением НПП; (vii) укрепление системы здравоохранения; (viii) развитие цифровой медицинской системы и электронной базы данных здравоохранения; (ix) укрепление кадрового потенциала в секторе здравоохранения; (x) обеспечение инновационных исследований и развитие исследований и пересмотр законодательства в сфере здравоохранения; (xi) укрепление системы управления данными и отчетности; (xii) укрепление национального потенциала по основным направлениям ММСП; (xiii) укрепление потенциала в секторе здравоохранения, связанного с окружающей средой и здоровьем.
Узбекистан	Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019–2025 годы	(i) Совершенствование законодательства в сфере здравоохранения; (ii) обеспечение внедрения передовых методов управления; (iii) совершенствование системы финансирования здравоохранения; (iv) повышение эффективности, качества и доступности медицинской помощи; (v) укрепление охраны здоровья матери и ребенка; (vi) развитие частного здравоохранения, государственно-частного партнерства и медицинского туризма; (vii) дальнейшее развитие фармацевтической отрасли, совершенствование механизмов ценообразования; (viii) формирование эффективной системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров; (ix) широкое внедрение систем «электронного здравоохранения»; (x) реформа кадров здравоохранения.

ММСП = Международные медико-санитарные правила, ИТ = информационные технологии, НИЗ = неинфекционное заболевание, ПМСП = первичная медико-санитарная помощь, ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

Источник: АБР.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ

ПОЛИТИКИ СТРАН

ЦАРЭС, ОТРАЖАЮЩЕЕ

РЕГИОНАЛЬНОЕ

СОТРУДНИЧЕСТВО В СФЕРЕ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страна	Основные стратегические документы, посвященные региональному / глобальному сотрудничеству в сфере здравоохранения (законы, указы, соглашения, политики, планы)	Двусторонние соглашения
Афганистан	<ul style="list-style-type: none"> (1) Национальная политика здравоохранения на 2019 год, сквозные вопросы регионального сотрудничества и интеграции в сфере здравоохранения (2) Национальная стратегия мира и развития Афганистана – ANPDF, компонент регионального сотрудничества, увеличение инвестиций в здравоохранение и решение проблемы изменения климата в рамках Транс-гималайской инициативы. (3) Национальная политика в сфере здравоохранения на 2015–2020 годы (ММСП, Табакокурение) (4) Законодательство по борьбе с табакокурением 2014 года (5) Афганский национальный план действий по борьбе с наркотиками на 2015–2019 годы. 	<ul style="list-style-type: none"> (1) ОИС (2) СААРК (3) ЦАРЭС (4) ШОС (5) Группа экспертов высокого уровня по злоупотреблению наркотиками (6) Совместная программа по окружающей среде Южной Азии (SACER) и (7) Международный центр комплексного горного развития (ICIMOD) о сотрудничестве по смягчению неблагоприятных последствий изменения климата в транс-гималайском регионе.

Страна	Основные стратегические документы, посвященные региональному / глобальному сотрудничеству в сфере здравоохранения (законы, указы, соглашения, политики, планы)	Двусторонние соглашения
Азербайджан	(1) Концепция развития «Азербайджан 2020: взгляд в будущее» – определяет стратегические направления международной интеграции страны в различных секторах, включая здравоохранение. (2) Национальная стратегия по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на 2015–2020 годы Азербайджана (табак)	(1) ОЧЭС (2) СНГ (3) Совет сотрудничества тюркоязычных государств (Тюркский совет) (4) ОИС (5) Организация за демократию и экономическое развитие (ОДЭР-ГУАМ)
Китайская Народная Республика	(1) Закон Китайской Народной Республики о здравоохранении (Закон Китайской Народной Республики об основных медицинских услугах и услугах здравоохранения) вступил в силу с 1 июня 2020 года. (2) Международные медико-санитарные правила (ММСП) ВОЗ (вступили в силу в июне 2007 года (191 страна-член))	(1) ШОС (2) КПЭК
Грузия	(1) Государственная концепция системы здравоохранения Грузии на 2014–2020 годы: Универсальное здравоохранение и управление качеством для защиты прав пациентов» (2) Соглашение об ассоциации между ЕС и Грузией (3) Закон Грузии «Об общественном здравоохранении» (ММСП) (4) Закон Грузии о контроле табака	(1) ОЧЭС (2) ОДЭР-ГУАМ
Казахстан	(1) Закон (кодекс) о здравоохранении и системе здравоохранения Республики Казахстан (принят в 2009 г., последние поправки и изменения 7 июля 2020 г.) (2) Казахстан стал участником Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака 22 апреля 2007 года.	(1) СНГ (2) Совет сотрудничества тюркоязычных государств (Тюркский совет) (3) Евразийский экономический союз (ЕАЭС) (4) ОИС (5) ЭКАБ (6) Двусторонние соглашения (ТБ/ВИЧ) с Кыргызской Республикой и Таджикистаном (пока нет прогресса) (7) ШОС

Страна	Основные стратегические документы, посвященные региональному / глобальному сотрудничеству в сфере здравоохранения (законы, указы, соглашения, политики, планы)	Двусторонние соглашения
Кыргызская Республика	<p>(1) Программа Правительства Кыргызской Республики по охране общественного здоровья и развития системы здравоохранения на 2019–2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» – создание национальной сети «Здоровые города» с интеграцией в международную сеть и привлечением дополнительных инвестиций в развитие городов; Разработка и внедрение механизмов синхронизации электронного здравоохранения с международными стандартами и интеграционными процессами (ЕАЭС, ШОС).</p> <p>(2) Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» (ММСП, гармонизация трансграничной политики в рамках ММСП)</p>	<p>(1) СНГ</p> <p>(2) Совет сотрудничества тюркоязычных государств (Тюркский совет)</p> <p>(3) ЕАЭС</p> <p>(4) ОИС</p> <p>(5) ЭКАБ</p> <p>(6) Двусторонние соглашения (ТБ/ВИЧ) с Казахстаном и Таджикистаном (пока нет прогресса)</p> <p>(7) ШОС</p>
Монголия	<p>(1) Закон о здравоохранении (1998 г., несколько раз поправки вносились в 2002–2016 гг.) – роли и обязанности местных органов власти по сотрудничеству с международными организациями для реализации программ здравоохранения.</p> <p>(2) Закон о лекарственных средствах и медицинских изделиях (утвержден в 2010 г.) – региональное сотрудничество по импорту и экспорту лекарственных средств, медицинских изделий и биоактивных продуктов.</p> <p>(3) Закон о COVID (утвержден в 2020 г.) – сотрудничество с приграничными странами по регулированию ограничений на перемещение пассажиров и транспортных средств через границы.</p> <p>(4) Видение устойчивого развития Монголии до 2030 года (одобрено парламентом в 2016 г.)</p> <p>(5) Государственная политика Монголии в сфере здравоохранения на 2017–2026 годы – региональное и глобальное сотрудничество для реализации государственной политики здравоохранения в 8 ключевых областях, а именно: (а) общественное здравоохранение; (б) медицинское обслуживание; (с) человеческие ресурсы; (d) финансирование здравоохранения; (e) медицинские технологии;</p>	<p>(1) Монголия является членом программы ЦАРЭС и активно участвует в региональном экономическом и социальном сотрудничестве.</p> <p>(2) Монголия присоединилась к АSEM во время саммита в Хельсинки в 2006 году.</p> <p>(3) Монголия присоединилась к ОБСЕ в 2012 году.</p> <p>(4) Монголия стала членом Продовольственной и сельскохозяйственной организации Объединенных Наций (ФАО) в 1973 году.</p> <p>(5) Участие в инициативе «Улан-Баторский диалог по обеспечению безопасности в Северо-Восточной Азии» с 2013 года.</p>

Страна	Основные стратегические документы, посвященные региональному / глобальному сотрудничеству в сфере здравоохранения (законы, указы, соглашения, политики, планы)	Двусторонние соглашения
	<p>(f) фармацевтические препараты; (g) информационные технологии и управление информацией и (h) управление, организация и прозрачность сектора здравоохранения.</p> <p>(6) Концепция внешней политики Монголии: Совершенствовать услуги в области образования, здравоохранения и социальной защиты в соответствии с международными стандартами и требованиями, а также способствовать изучению и внедрению опыта стран, добившихся прогресса в этой области</p> <p>(7) Конвенция ООН против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ</p> <p>(8) Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ)</p>	
Пакистан	<p>(1) Закон о создании Национального органа по регулированию безопасности пищевых продуктов, животных и растений – с указанием функций и полномочий органа – координировать работу с международными организациями и представлять интересы Пакистана на международных форумах, а также заключать соглашения и договоренности, касающиеся двустороннего и многостороннего сотрудничества по вопросам СФС.</p> <p>(2) Пакистан стал участником Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) в 2005 году.</p> <p>(3) Пакистанская программа по искоренению полиомиелита – это государственно-частное партнерство, возглавляемое правительством Пакистана и поддерживаемое такими партнерами, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Фонд Билла и Мелинды Гейтс (BMGF), Ротари Интернешнл и (ЦКЗ).</p>	<p>(1) ОИС</p> <p>(2) Китайско-пакистанский экономический коридор (КПЭК)</p> <p>(3) Организация экономического сотрудничества</p> <p>(4) СААРК</p>

Страна	Основные стратегические документы, посвященные региональному / глобальному сотрудничеству в сфере здравоохранения (законы, указы, соглашения, политики, планы)	Двусторонние соглашения
Таджикистан	<p>(1) Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан (принят в 2017 году) – обеспечивает общую нормативную базу для международного сотрудничества в области общественного здравоохранения с международными организациями и соответствующими органами иностранных государств. Более целенаправленная нормативная база в соответствующих технических областях представлена в следующих законах: «Об обеспечении биологической безопасности и биологической защиты» (2021 г.); «О ветеринарии» (2016 г.); «О безопасности пищевых продуктов» (2012 г.); «О карантине и защите растений» (2019 г.); «О биологическом хозяйствовании и производстве» (2013 г.); «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» (2004 г.)</p> <p>(2) Трудовой кодекс (от 23 июля 2016 г. № 1329.)</p> <p>(3) Национальная стратегия здравоохранения Республики Таджикистан на 2021–2030 годы – имеет раздел о международном сотрудничестве в сфере здравоохранения (с акцентом на Шанхайскую организацию сотрудничества и СНГ)</p> <p>(4) Закон Республики Таджикистан «Об обеспечении биологической безопасности и биологической защиты» Принят 29 января 2021 года, № 1759 (ММСП)</p> <p>(5) Закон Республики Таджикистан (№ 1484 от 2 января 2018 года) «Об ограничении использования табачных изделий».</p>	<p>(1) ОИС</p> <p>(2) ШОС</p> <p>(3) Двусторонние соглашения (ТБ/ВИЧ) с Казахстаном и Кыргызской Республикой (пока еще нет прогресса)</p> <p>(4) Организация Договора о коллективной безопасности (https://odkb-csto.org/countries/tadjikistan/)</p> <p>(5) СНГ</p>

Страна	Основные стратегические документы, посвященные региональному / глобальному сотрудничеству в сфере здравоохранения (законы, указы, соглашения, политики, планы)	Двусторонние соглашения
Туркменистан	<ol style="list-style-type: none"> 1) Национальная стратегия Туркменистана в сфере здравоохранения на 2021–2025 годы – акцент на международное сотрудничество в области образования и подготовки медицинских специалистов. 2) Недавно обновленный (17.04.2021) План обеспечения готовности к противодействию и реагированию Туркменистана на острое инфекционное заболевание (CPRP) – акцент на организацию международной координации, сотрудничества и помощи при ЧС. 3) Национальная программа на 2021–2025 годы по усилению потенциала населения по борьбе с инфекционными заболеваниями. 4) Национальный план иммунизации и распределения вакцин против COVID-19 в Туркменистане. 5) Закон Туркменистана «О защите здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табачных изделий». 7) Национальная программа реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в 2017 году – Новая стратегия и план действий по борьбе против табака находятся в стадии разработки и рассчитаны на 2022–2025 годы. 8) Национальная стратегия и план действий по борьбе с НИЗ на 2021–2025 гг. Стратегия и план действий по РМНЗМП на 2021–2025 годы: Закон об охране здоровья граждан. Национальная стратегия по здоровому питанию. Национальная стратегия и план действий по мужскому здоровью на 2018–2022 годы. Национальная стратегия по повышению физической активности населения на 2018–2024 годы. Национальная стратегия и план действий по борьбе с алкоголем на 2018–2024 годы. Национальный план по обеспечению готовности к пандемии гриппа в Туркменистане (2019 г.). Стратегический план по усилению мер борьбы с вирусными гепатитами в Туркменистане на период 2019–2030 годы. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ОИС 2) СНГ 3) Совет сотрудничества тюркоязычных государств (Тюркский совет) 4) Газопровод Туркменистан-Афганистан-Пакистан-Индия (ТАПИ) 5) ШОС 6) Межправительственная туркмено-кыргызская комиссия по торгово-экономическому, научно-техническому и гуманитарному сотрудничеству 7) Туркмено-катарская комиссия по торгово-экономическому сотрудничеству 8) Межправительственное Соглашение о создании и реализации международного транзитно-транспортного коридора Каспийское море – Чёрное море 9) Международный валютный фонд, Всемирный банк, Европейский банк реконструкции и развития, Азиатский банк развития, Исламский банк развития и другие. 10) Газопровод Туркменистан-Узбекистан-Казахстан-Китайская Народная Республика 11) Подписан Меморандум о взаимопонимании между Государственным концерном «Туркменнебит» и международной группой компаний ARETI; 12) Коридор ЦАРЭС 2 и коридор ЦАРЭС 3 13) Предоставление услуг по закупкам между Туркменистаном и ЮНИСЕФ

Страна	Основные стратегические документы, посвященные региональному / глобальному сотрудничеству в сфере здравоохранения (законы, указы, соглашения, политики, планы)	Двусторонние соглашения
Узбекистан	<ol style="list-style-type: none"> 1) Стратегия улучшения благополучия республики Узбекистан на 2013–2015 годы – планирует расширение сотрудничества с международными организациями в различных секторах, включая развитие человеческого капитала и социального сектора. 2) Национальная программа по борьбе против табака на 2011–2020 годы 3) Стратегия борьбы с туберкулезом страны и республик Центральной Азии 4) Стратегия иммунизации страны и республик Центральной Азии 	<ol style="list-style-type: none"> 1) ОИС 2) СНГ 3) Совет сотрудничества тюркоязычных государств (Тюркский совет) 4) Евразийский экономический союз (ЕАЭС) 5) Шанхайская организация сотрудничества (ШОС) 6) Международные финансовые фонды – ВБ, АБР, ЕБРР, МБРР

АБР = Азиатский банк развития; ЭКАБ = экономический коридор Алматы-Бишкек; ВМГФ = Фонд Билла и Мелинды Гейтс; ОЧЭС = Организация черноморского экономического сотрудничества; ЦАРЭС = Программа Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества; ЦКЗ = Центр контроля и профилактики заболеваний; СНГ = Содружество Независимых Государств; КПЭК = Китайско-пакистанский экономический коридор; COVID 19 = коронавирусное заболевание; ЕАЭС = Евразийский экономический союз; ЕБРР = Европейский банк реконструкции и развития; ЕС = Европейский союз; РКБПТ = Рамочная конвенция по борьбе против табака; МБРР = Международный банк реконструкции и развития; ММСР = Международные медико-санитарные правила; ИТ = информационные технологии; НИЗ = неинфекционное заболевание; ОДЭР-ГУАМ = Организация за демократию и экономическое развитие ГУАМ — Грузия, Украина, Азербайджан и Монголия; ОИС = Организация исламского сотрудничества; РЗЗМНДП = репродуктивное здоровье, здоровье матери, новорожденных, детей и подростков; СААРК = Ассоциация регионального сотрудничества Южной Азии; ШОС = Шанхайская организация сотрудничества; ТБ = туберкулез; ЮНИСЕФ = Детский фонд Организации Объединенных Наций; ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

Источник: АБР.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ

МЕХАНИЗМОВ СТРАН ЦАРЭС

ДЛЯ РЕГИОНАЛЬНОГО

СОТРУДНИЧЕСТВА

Страна	Главное национальное учреждение, ответственное за региональное сотрудничество в сфере здравоохранения	Основные функции по управлению и реализации регионального сотрудничества в сфере здравоохранения
Афганистан	<ol style="list-style-type: none"> (1) Министерство здравоохранения, заместитель министра политики и планирования, Техническая консультативная группа (2) Комитет по здравоохранению Парламента (3) Президент (4) Министерство иностранных дел, Управление регионального сотрудничества 	<p>Изучить техническую политику, стратегии, правила и законы о РСЗ, подготовленные отделами технического здравоохранения.</p> <p>Просматривать и предоставлять отзывы, общее собрание парламента ратифицирует соответствующую политику и законы</p>
Азербайджан	<ol style="list-style-type: none"> (1) Парламент (2) Департамент международных отношений Министерства здравоохранения (3) Агентство обязательного медицинского страхования (АОМС) (4) Агентство по безопасности пищевых продуктов (АБПП) Азербайджанской Республики 	<p>Общаться и информировать партнеров по региональному сотрудничеству о законах</p> <p>Разрабатывать и реализовывать проекты по РСЗ и/или ГСЗ; обеспечить соответствующее бюджетное планирование (в сотрудничестве с Министерством финансов, Министерством экономики)</p> <p>Организация и руководство международными обмeнами и сотрудничеством, международной рекламой и иностранной помощью в секторе здравоохранения.</p>

Страна	Главное национальное учреждение, ответственное за региональное сотрудничество в сфере здравоохранения	Основные функции по управлению и реализации регионального сотрудничества в сфере здравоохранения
Китайская Народная Республика	<ol style="list-style-type: none"> (1) Департамент международного сотрудничества, Национальная комиссия по здравоохранению (2) Департамент международного экономического и финансового сотрудничества, Министерство финансов 	
Грузия	<ol style="list-style-type: none"> (1) Министерство по делам внутренне перемещенных лиц с оккупированных территорий, труда, здравоохранения и социальных дел – Департамент политики и международных отношений. (2) ЮЛПП (юридическое лицо публичного права) – Национальный центр контроля заболеваний и общественного здравоохранения (NCDC) – почти все департаменты сотрудничают с международными партнерами (за исключением административного отдела) (3) ЮЛПП Агентство государственного регулирования медицинской деятельности (4) ЮЛПП Центр координации и экстренной помощи в чрезвычайных ситуациях (5) ЮЛПП Национальное агентство здравоохранения – реализация государственных программ здравоохранения (7) Национальное продовольственное агентство, Министерство охраны окружающей среды и сельского хозяйства. (8) Комитет по здравоохранению и социальным вопросам/ Парламент 	
Казахстан	<ol style="list-style-type: none"> (1) Национальный координационный совет по охране здоровья (2) Департамент международного сотрудничества и интеграции, Министерство здравоохранения (3) Комитет санитарно-эпидемиологического контроля, Министерство здравоохранения РК (4) Министерство сельского хозяйства, Комитет ветеринарного надзора и контроля 	
Кыргызская Республика	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики	

Страна	Главное национальное учреждение, ответственное за региональное сотрудничество в сфере здравоохранения	Основные функции по управлению и реализации регионального сотрудничества в сфере здравоохранения
Монголия	(1) Парламент Монголии (2) Правительство Монголии (Министерства: Министерства здравоохранения, Министерство иностранных дел, Министерство финансов) (3) Провинциальные и городские власти (4) Провинциальные и районные департаменты здравоохранения	
Пакистан	(1) Постоянные парламентские комитеты по здравоохранению (2) Министерство национальных служб здравоохранения, регулирования и координации (3) Министерство планирования, развития и реформ	
Таджикистан	(1) Правительство Республики Таджикистан и Парламент (2) Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и их состояния (санитарно-эпидемиологический контроль, фермерский контроль, аккредитация) (3) Министерство сельского хозяйства и охраны окружающей среды (4) Министерство иностранных дел Республики Таджикистан (5) Министерство юстиции Республики Таджикистан	
Туркменистан	1) Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Правительства Туркменистана 2) Министерство финансов и экономики 3) Министерство иностранных дел Туркменистана 4) Другие вовлеченные министерства и ведомства	
Узбекистан	1) Парламент Республики Узбекистан 2) Правительство Республики Узбекистан (Министерство здравоохранения, Министерство иностранных дел, Министерство финансов) 3) Областные и городские органы власти 4) Областные и районные отделы здравоохранения	

РСЗ = региональное сотрудничество в области здравоохранения, ГСЗ = глобальное сотрудничество в области здравоохранения, ЮЛПП = юридическое лицо по публичному праву.

Источник: АБР.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ

УРОКОВ, ИЗВЛЕЧЕННЫХ

ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ

В ходе пандемии COVID-19 было извлечено много уроков, которые подчеркивают важность факторов, влияющих на устойчивость сектора здравоохранения и охрану здоровья. Среди этих факторов – оперативность реагирования и готовность к угрозам для общественного здоровья, а также способность действовать быстро и иметь достаточные финансовые средства, а также технический и человеческий потенциал для действий в чрезвычайных ситуациях. Непрерывные инвестиции в социальные детерминанты здоровья с учетом гендерных вопросов, потребностей уязвимых слоев населения и последних инноваций также оказались очень важными для стабильности системы здравоохранения. Ключевые уроки перечислены в таблице А5.

Таблица А5: Краткое изложение извлеченных уроков по реагированию на COVID-19

Урок	Подробное описание
Четкие структуры управления и механизм координации	Доверие к компетентности правительства оказалось ключевым фактором для принятия общественностью сильных правительственных полномочий. Прозрачные процессы принятия решений важны для формирования доверия и признания в обществе.
Эффективная коммуникация и общественное доверие	Важное значение имели прозрачные процессы принятия решений для формирования доверия и признания в обществе. Обоснованность предпосылок и научное обоснование решений и ограничений, поддерживаемые техническими органами и данными, оказались жизненно важными для достижения соблюдения требований и приверженности со стороны населения. Извлеченные уроки также показывают важность того, чтобы политические лидеры служили примерами для подражания: например, когда официальные лица правительств соблюдают принцип социального дистанцирования.
Скорость реагирования для смягчения последствий	Страны, которые действовали быстро и комплексно, оказались в лучшем положении, чем те, которые отреагировали с задержками. ^a Политика смягчения последствий, в том числе закрытие второстепенных предприятий, ограничение собраний и передвижения, а также указы о пребывании дома, сыграли решающую роль в борьбе с пандемией COVID-19 во многих странах. ^b Страны, имеющие возможность мониторинга вмешательств, смогли задержать распространение COVID-19, тем самым выиграв драгоценное время и избежав коллапса служб здравоохранения.
Быстрое высвобождение финансирования	COVID-19 показал, что финансирование операций быстрого реагирования важно для стран, чтобы принимать быстрые и структурированные меры.

Урок	Подробное описание
Достаточный потенциал быстрого реагирования	Достаточный, хорошо обученный и эффективно распределенный персонал для управления резкими скачками случаев заболевания, хорошо оборудованные учреждения первичной медико-санитарной помощи; хорошо оборудованные больницы (достаточное количество коек, достаточное количество и хорошо оборудованные отделения интенсивной терапии, надлежащие диагностические возможности); удовлетворительные средства индивидуальной защиты и адекватные лабораторные системы и возможности тестирования; а также системы эпидемиологического надзора и медицинской информации
Использование инноваций	Внедрение инноваций даже во время кризисов имело решающее значение для поддержки мер реагирования. Текущая пандемия COVID-19 указала на то, каким образом инновационные решения могут способствовать разрешению кризиса в сфере здравоохранения. С начала 2020 года многие правительства, организации, компании и научные учреждения быстро разрабатывали инновационные решения для управления кризисом COVID-19.
Необходимость в психосоциальной поддержке	Во время строгой изоляции низкое качество жилья во многих странах мира также оказало серьезное воздействие на психическое здоровье людей, особенно самых уязвимых групп населения. Инвестиции в образование, в том числе дистанционное обучение, важны для поддержания уровня знаний и темпа обучения детей, существовавших до соответствующей вспышки. Необходима государственная поддержка предприятий, психосоциальная поддержка медицинских работников и населения (горячие линии и т.д.).
Необходимость гендерного равенства	Гендерное неравенство усиливается в кризисных ситуациях в сфере здравоохранения. ^c Пандемия COVID-19 показала, что женщины не могут обращаться за медицинскими услугами так же часто, как до кризиса, сокращение рабочего времени привело к снижению заработка многих женщин. В связи с этим женщины испытывают трудности с оплатой основных расходов, таких как коммунальные услуги и арендная плата. Кроме того, участились случаи домашнего насилия. ^d Общая нагрузка сказалась на психическом и эмоциональном здоровье женщин.
Достаточный доступ к услугам и финансовой защите	Страны, политика которых тесно связана со структурами ВОУЗ и глобальной охраной здоровья, в целом справились лучше и, возможно, могут быть лучше подготовлены к восстановлению после COVID-19 по сравнению со странами, в которых системы здравоохранения не согласованы ни одной из этих концепций. ^e
Инвестирование в социальные детерминанты здоровья.	Инвестиции в ВОУЗ важны не только для усиления устойчивости системы здравоохранения, но и имеют решающее значение для улучшения социальных факторов здоровья.

COVID-19 = коронавирусное заболевание, ОИТ = отделение интенсивной терапии, СИЗ = средства индивидуальной защиты, ВОУЗ = Всеобщий охват услугами здравоохранения.

^a Независимая комиссия по обеспечению готовности к пандемии и ответным мерам. 2021. *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

^b Дж.А. Фуллер и др., Группа реагирования CDC на COVID-19. 2021. Политика смягчения последствий и смертность, связанная с COVID-19 — 37 европейских стран. 23 января – 30 июня 2020 года. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report*. 70 (2). pp. 58–62.

^c Т. Хитаршвили. 2016. Гендерные аспекты неравенства в странах Центральной Азии, Южного Кавказа и западной части СНГ. *Серия рабочих документов. № 858*. Нью-Йорк: Институт экономики Леви при Бард-колледже; и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). 2016. *Экспресс-обзор интеграции и гендерного равенства в Центральной и Восточной Европе, на Кавказе и в Центральной Азии*. Женева; ОЭСР. 2019. *Проект краткой справки Содействие гендерному равенству в Евразии. Лучшая политика для расширения экономических прав и возможностей женщин*. Париж.

^d ООН-Женщины. 2020. *Воздействие COVID-19 на жизнь и благосостояние женщин и мужчин в регионе Европы и Центральной Азии: Предварительные результаты быстрой гендерной оценки*. Стамбул.

^e А. Лал и др. 2021. Фрагментированные системы здравоохранения при COVID-19: устранение несоответствия между глобальной охраной здоровья и всеобщим охватом услугами здравоохранения. *Lancet*. 397 (10268). сс. 61–67.

Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения до 2030 года

Стратегия ЦАРЭС в сфере здравоохранения направлена на повышение безопасности здоровья посредством регионального сотрудничества на благо населения региона Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС), в том числе мигрантов и уязвимых слоев населения), на оказание содействия руководителям и работникам системы здравоохранения, а также партнерам по развитию; и министрам здравоохранения стран ЦАРЭС. Стратегия состоит из четырех направлений: (i) лидерство и кадровый потенциал; (ii) техническая готовность, (iii) увеличение спроса и доступ к поставкам, и (iv) уязвимые слои населения и пограничное здравоохранение. Стратегия служит инструментом для руководства сотрудничеством ЦАРЭС в сфере здравоохранения, диалогом и обменом знаниями, разработкой программ и мобилизацией финансирования для новых проектов.

О Программе Центральноазиатского регионального сотрудничества

Программа Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) представляет собой партнерство стран-членов и партнеров по развитию, работающих вместе для содействия развитию посредством сотрудничества, ведущего к ускоренному экономическому росту и сокращению бедности. Программа руководствуется всеобъемлющим видением «Хорошие соседи, хорошие партнеры и хорошие перспективы». Страны ЦАРЭС включают Афганистан, Азербайджан, Китайскую Народную Республику, Грузию, Казахстан, Кыргызскую Республику, Монголию, Пакистан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан.

Об Азиатском банке развития

АБР стремится к процветанию, инклюзивности, жизнестойкости и устойчивости Азиатско-Тихоокеанского региона, поддерживая при этом свои усилия по искоренению крайней бедности. Основанный в 1966 году, он принадлежит 68 членам, из них 49 из региона. Его основными инструментами помощи развивающимся странам-членам являются политический диалог, займы, инвестиции в акционерный капитал, гарантии, гранты и техническая помощь.



СЕКРЕТАРИАТ ЦАРЭС

www.carecprogram.org

АЗИАТСКИЙ БАНК РАЗВИТИЯ

6 ADB Avenue, Mandaluyong City
1500 Metro Manila, Philippines
www.adb.org