



РЕГИОНАЛЬНАЯ ИНВЕСТИЦИОННАЯ ПЛАТФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЦАРЭС НА 2022-2027 ГГ.

Июль 2023 г.

СОДЕРЖАНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ

I. ВВЕДЕНИЕ.....	1
A. Стратегический контекст	1
B. Обоснование Региональной инвестиционной платформы.....	2
II. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ОБЛАСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	5
A. Потенциал руководства и человеческих ресурсов.....	5
1. Координация, управление и финансирование для Готовности и реагирования.....	5
2. Потенциал и навыки трудовых ресурсов	9
B. Техническая готовность.....	12
1. Эпидемиологический надзор и выявление	12
2. Лабораторная инфраструктура	14
C. Доступ к материалам и резервному потенциалу.....	15
1. Механизмы регулирования.....	15
2. Управление закупками и цепочками поставок.....	18
D. Уязвимые слои населения и трансграничное здравоохранение.....	20
1. Трансграничное здравоохранение	20
2. Пограничное здравоохранение и финансовая защита мигрантов	21
E. Перекрестная тема: Цифровое здравоохранение.....	24
III. ПРЕДЛАГАЕМАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ИНВЕСТИЦИОННАЯ ПЛАТФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2022-2027 ГГ.).....	24
A. Стратегический компонент 1 – Лидерство и кадровый потенциал.....	26
B. Стратегический компонент 2 – Техническая готовность.....	27
C. Стратегический компонент 3 – Всплеск спроса и доступ к поставкам.....	29
D. Стратегический компонент 4 – Уязвимые группы населения и здоровье на границах.....	30
E. Сквозная (перекрестная) тема: Цифровое здравоохранение.....	32
ПРИЛОЖЕНИЯ	
1. Матрица результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС	33
2. Существующие системы санитарно-эпидемиологической безопасности и связанные с ними стратегии и инициативы стран и партнеров по развитию в отдельных областях	36

СОКРАЩЕНИЯ

АБР	–	Азиатский банк развития
ЦАРЭС	–	Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество
COVID-19	–	коронавирусное заболевание
ОЦЧС	–	оперативный центр по управлению чрезвычайными ситуациями
НПП	–	надлежащая производственная практика
ЧРЗ	–	кадровые ресурсы для здравоохранения
ММСП	–	международные медико-санитарные правила
СУКДЛ	–	системы управления качеством деятельности лабораторий
НПДЗ	–	национальные планы действий в области здравоохранения
НРО	–	национальный регулирующий орган (по медикаментам)
ПВ	–	пункт въезда
УЗЦП	–	управление закупками и цепочками поставок
РИП	–	Региональная инвестиционная платформа
СЭЗ	–	специальная экономическая зона
ТП	–	техническая помощь
РГЗ	–	Рабочая группа (ЦАРЭС) по здравоохранению
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения

I. ВВЕДЕНИЕ

1. Пандемия коронавирусного заболевания (COVID-19) еще раз доказала, что совершенствование охраны здоровья представляет собой не расходы, а инвестиции, и финансирование готовности может способствовать спасению жизней и сокращению будущих затрат. Без повышения объема инвестиций, потенциал по подготовке, профилактике, выявлению и реагированию на чрезвычайные ситуации в сфере здравоохранения будет оставаться недостаточным. Несмотря на укрепление национального и регионального здравоохранения, страны региона Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) обладают разным уровнем основных возможностей в сфере здравоохранения для достижения этой цели. Недавняя кризисная ситуация подчеркнула потребность в том, чтобы страны выявили остающиеся пробелы для обеспечения готовности систем здравоохранения для того, чтобы справиться с крупномасштабными чрезвычайными ситуациями в сфере здравоохранения.

2. Воздействие угроз в области здравоохранения преодолевает национальные границы, как это продемонстрировала пандемия COVID-19. Отсутствие готовности и скоординированности при реагировании может иметь разрушительные последствия для населения, общества и экономики. Даже перед пандемией COVID-19, имелась доказательная база повышения частоты вспышек инфекционных заболеваний с повышением экономического ущерба и ущерба для здоровья.¹ Большая часть региона остается подверженной вспышкам новых инфекционных заболеваний и трансграничному распространению ветеринарных заболеваний.²

3. Пандемия вновь подчеркнула необходимость глобального и регионального сотрудничества для преодоления угроз здоровью³ и улучшения контроля над пандемиями. Меры контроля на национальном уровне могут лишь замедлить, но не остановить вспышки. Мы понимаем, что наряду со взаимодействием с глобальными институтами, региональное сотрудничество может предоставить существенные преимущества, начиная с неформального сотрудничества, реализации совместных проектов (к примеру, строительство общей инфраструктуры), координации и нормативно-правовой базы, до формирования совместной повестки и институтов.⁴ Обеспечение охраны здоровья на региональном уровне представляет собой критическую точку входа для регионального сотрудничества в сфере здравоохранения среди стран региона ЦАРЭС. По этой причине, страны ЦАРЭС признают важность регионального сотрудничества в управлении региональными рисками здравоохранения и укрепления устойчивости систем здравоохранения для улучшения готовности к будущим угрозам общественного здравоохранения.

A. Стратегический контекст

¹ К.Ф. Смит и другие. 2014 г. Глобальное повышение числа Вспышек инфекционных заболеваний человека. Журнал Королевского общественного института. 11 (101).

² АБР 2021. Расширение регионального сотрудничества в области здравоохранения в рамках ЦАРЭС 2030: предварительное исследование. Манила

³ Организация американских государств. Альянс мультилатерализма: Мы нуждаемся в надежном глобальном сотрудничестве и солидарности для борьбы с COVID-19

⁴ А.Б. Амайя и П. де Ломбардые. 2021 г. Региональное сотрудничество является обязательным условием для борьбы с чрезвычайными ситуациями в сфере здравоохранения на глобальном уровне. Глобализация и здравоохранение. 17(9).

Стратегия здравоохранения ЦАРЭС 2030, разработанная в ходе консультаций с министерствами здравоохранения стран-членов ЦАРЭС и партнерами по развитию, была принята 17 ноября 2021 года на 20-й Министерской конференции ЦАРЭС. Стратегия оказывает поддержку сотрудничеству в сфере здравоохранения, сосредоточенному на санитарно-эпидемиологической безопасности. Она опирается на четыре основы: (i) потенциал руководства и человеческих ресурсов; (ii) техническая готовность (лаборатории и эпидемиологический надзор); (iii) доступ к дополнительным материалам и потенциалу; и (iv) защиты уязвимых слоев населения и охрана трансграничного здоровья. Стратегия была разработана на основе консультаций со странами ЦАРЭС и партнерами по развитию, включая Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), Всемирный банк и других.⁵

4. Рабочая группа ЦАРЭС по здравоохранению (РГЗ) была создана в марте 2021 года для руководства разработкой Стратегии здравоохранения ЦАРЭС до 2030 года и руководства реализацией региональной инвестиционной платформы. Стратегия была дополнена рекомендациями предварительного исследования, проведенного в 2019 и 2020 годах (сноска 2) Секретариатом ЦАРЭС для изучения потенциальных возможностей для продвижения регионального сотрудничества в области здравоохранения в рамках ЦАРЭС.

В. Обоснование Региональной инвестиционной платформы

5. Регион ЦАРЭС продолжает сталкиваться с риском вспышек инфекционных заболеваний, что выделяет потребность в более существенных инвестициях в средне- и долгосрочной перспективе. Эти инвестиции следует направлять на восполнение технических и финансовых пробелов для улучшения благ в сфере общественного здравоохранения региона, укрепления устойчивости системы здравоохранения, повышения готовности к пандемиям и усиления безопасности здоровья.

6. Региональная инвестиционная платформа (РИП) на 2022-2027 гг., представленная в Главе 3 привязана к Стратегии здравоохранения ЦАРЭС 2030⁶ и представлена в ее рамках, и должна рассматриваться вместе со стратегией.⁷ РИП оказывает поддержку реализации Стратегии здравоохранения ЦАРЭС до 2030 г. и способствует восполнению пробела в эффективном устранении ключевых региональных потребностей, включая защиту уязвимых слоев населения в приграничных зонах. Инвестиционная платформа является документом страны, реализация которого контролируется РГЗ ЦАРЭС. Она будет служить инструментом для определения приоритетности проектов и технической помощи (ТП), поддерживающих региональную безопасность и сотрудничество в области здравоохранения. Предлагается поддерживать координацию инвестиций, сделанных партнерами по развитию, и мобилизацию ресурсов. Например, она могла бы поддержать подготовку предложений для Фонда борьбы с пандемией. Платформа будет регулярно обновляться для направления программированием и мобилизации ресурсов для поддержания ее актуальности и ответственности в качестве инструмента планирования и привлечения средств для инвестиций в охрану здоровья в регионе ЦАРЭС. Страны также могут поддержать любое из мероприятий по своей собственной инициативе и с

⁵ Консорциум под руководством компании «GOPA Worldwide Consultants» был отобран для управления многопрофильной командой международных и национальных экспертов для обеспечения наращивания потенциала, анализа и поддержки в подготовке Стратегии здравоохранения ЦАРЭС 2030 и Региональной инвестиционной платформы.

⁶ АБР. 2022 г. Стратегия здравоохранения ЦАРЭС до 2030 г. Манила (стр. 40).

⁷ Более подробная информация об истории Здравоохранения в ЦАРЭС и процесса разработки стратегии представлена: Программа ЦАРЭС. Здравоохранение.

использованием своего собственного финансирования. Предлагаемые мероприятия и инициативы в рамках платформы охватывают дальнейшие исследования и оценки наращивания потенциала и пилотной реализации до инвестиций в проекты в соответствии с четырьмя стратегическими компонентами Стратегии здравоохранения ЦАРЭС.

7. Инвестиционные проекты будут формироваться в ходе дальнейших дискуссий с заинтересованными странами как части регулярных страновых мероприятий программирования и политического диалога в кратко- и среднесрочной перспективе. Региональные инвестиционные проекты и проекты ТП будут дополнены политическими диалогами посредством платформы ЦАРЭС и разработки решений для расширения знаний. В рамках постоянной региональной ТП, АБР приступил к реализации региональных мероприятий и окажет поддержку в дальнейшем наращивании потенциала, проведении исследований, формулировании концепций относительно подходов и механизмов к региональному сотрудничеству, и разработке пилотных региональных подходов, определенных в РИП.⁸

8. Стратегия здравоохранения ЦАРЭС и РИП отражают области взаимной заинтересованности среди стран ЦАРЭС в направлении укрепления их общей готовности к пандемиям и охране здоровья посредством регионального сотрудничества. Будет рассмотрена возможность создания регионального инвестиционного фонда для мобилизации партнеров по развитию для поддержания их приверженности к региональному здравоохранению в регионе ЦАРЭС и, наряду с этим, поддержания помощи странам в совершенствовании готовности к пандемии и устойчивости систем здравоохранения.

9. Критерии для отбора региональных проектов и ТП включают (i) вовлечение двух или более стран ЦАРЭС; (ii) трансграничный характер преимуществ предлагаемых мероприятий; (iii) ясная доказательная база странового или регионального владения посредством соответствующих национальных стратегий, приоритетов и отзывов стран; и (iv) согласованность со стратегическими компонентами Стратегии здравоохранения ЦАРЭС 2030.

10. На Рисунке 1 показано, как основные региональные пробелы были отфильтрованы с помощью предварительно определенных критериев для дальнейшего уточнения стратегических областей для участия в РИП.

⁸ АБР. Региональный: устранение угроз здоровью в странах Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества и Кавказа.

Рисунок 1: Разработка региональной инвестиционной программы на 2022-2027 гг.



Источник: Азиатский банк развития.

11. Глава 2 настоящего документа содержит описание стратегических областей для каждого компонента в соответствии с оценками стран, за которыми следует перечень приоритетных инвестиционных сфер и предложений ТП (2022-2027 гг.). Перечень основан на (i) аналитической и оценочной работе, проведенной в процессе подготовки стратегии,⁹ и (ii) отзывах, полученных от стран ЦАРЭС в ходе виртуальных консультационных совещаний в течение 2021 и 2022 годов, а также на выездном заседании РГЗ в Тбилиси 11-13 октября 2022 года.

12. Во время и после заседания РГЗ в Тбилиси были внесены коррективы, основанные на возникающих потребностях и приоритетах стран. Другие документы, отражающие потребности и приоритеты стран, связанные с региональной безопасностью и сотрудничеством в области здравоохранения, были использованы при составлении РИП. К ним относятся Дорожная карта ВОЗ по обеспечению здоровья и благополучия в Центральной Азии (2022-2025 гг.),¹⁰ Региональную стратегию Международной организации по миграции для Центральной Азии (2021-2025 гг.),¹¹ Реестр Глобального фонда необеспеченного финансированием спроса на качество для каждого цикла финансирования,¹² а также результаты Национального планирования действий по обеспечению безопасности здоровья (НПДЗ) и национальных оценок на основе рамочной программы оценки и мониторинга ММСП (например, таких как Совместная внешняя

⁹ Поскольку оценки проводились с июня по август 2021 года, когда в странах еще планировался и готовился большой объем поддержки в связи с пандемией COVID-19, некоторые из выявленных потребностей и пробелов могут потребовать обновления уже сейчас.

¹⁰ ВОЗ. 2022 г. Дорожная карта для здоровья и благополучия в Центральной Азии (2022-2025 гг.). Выпуск новостей. 11 сентября.

¹¹ МОМ. 2022 г. Региональная стратегия Центральной Азии: 2021-2025 гг.

¹² Глобальный фонд. 2020 г. Реестр необеспеченного финансирования спроса на качество на цикл финансирования 2020-2022 гг.

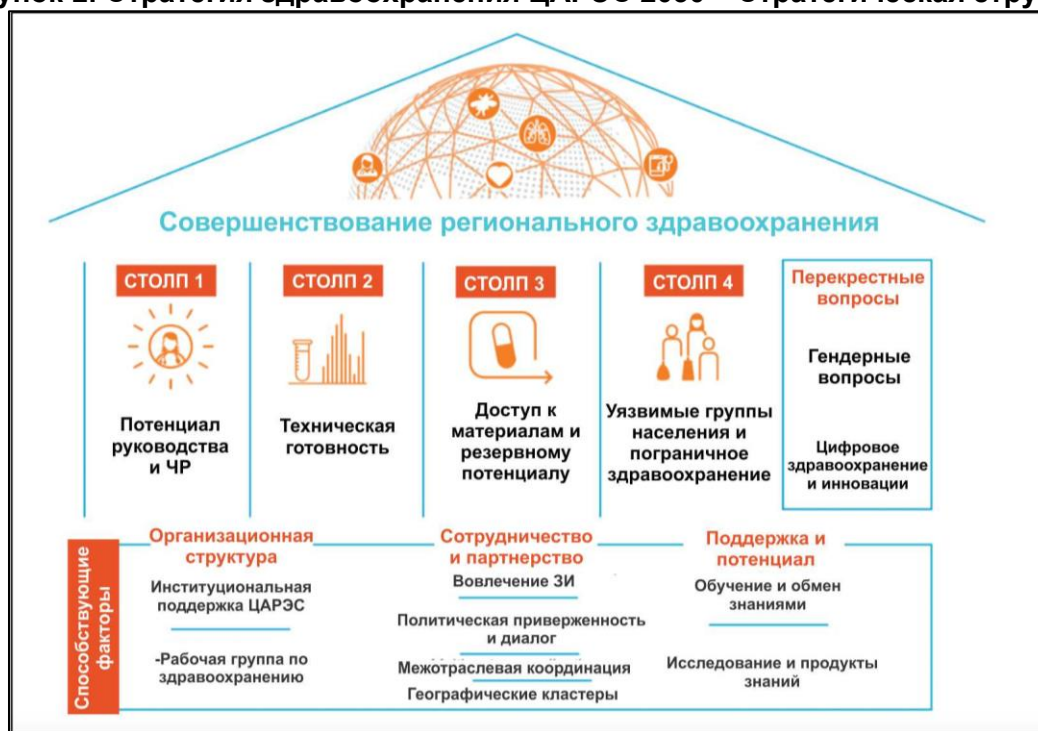
оценка, Годовой отчет государства-участника и последующие оценки предпринятых действий).

II. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ОБЛАСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

13. **Стратегические приоритетные области**, предложенные для инвестиций и поддержки по четырем компонентам Стратегии здравоохранения ЦАРЭС 2030:

- (i) Потенциал руководства и человеческих ресурсов, (**Компонент 1**), с фокусом на координацию и управление, а также на потенциал и навыки трудовых ресурсов.
- (ii) Техническая готовность (**Компонент 2**) с фокусом на потенциал эпидемиологического надзора и лабораторный потенциал.
- (iii) Доступ к материалам и потребностям в повышении ресурсов (**Компонент 3**) с фокусом на регулирование и управление закупками и цепочками поставок.
- (iv) Уязвимые слои населения (**Компонент 4**) с фокусом на услуги здравоохранения через границы и здоровье населения приграничных районов.

Рисунок 1: Стратегия здравоохранения ЦАРЭС 2030 – Стратегическая структура



Источник: АБР. 2022 г. Стратегия здравоохранения ЦАРЭС до 2030 г. Манила.

А. Потенциал руководства и человеческих ресурсов

1. Координация, управление и финансирование для Готовности и реагирования

14. Действенная охрана здоровья, включая потенциал готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации, требует наличия нескольких сфер для обеспечения правильной

организации, координации и управления. Среди них можно отметить ранее выявление потенциальных вспышек или происшествий, которые могут привести к проблемам общественного здравоохранения, расследование вспышек, оценку рисков, экстренное реагирование, сообщение о рисках, управление в чрезвычайных ситуациях благодаря наличию функционирующих оперативных центров по управлению чрезвычайными ситуациями (ОЦЧС) и обеспечению своевременного наличия достаточных ресурсов.

15. Возникающие болезни и зоонозы требуют скоординированных ответных мер с участием многих секторов, а не только лишь сектора здравоохранения. В большинстве стран ЦАРЭС многосекторальное сотрудничество либо слабое, либо отсутствует. Управление реагированием со стороны сектора здравоохранения и функционирование ОЦЧС и аналогичных структур были неэффективными. Эти проблемы, в первую очередь, связаны со слабым управлением, пробелами в политике и неадекватным законодательством, которые препятствуют эффективному и быстрому осуществлению мер.

16. Одним из наиболее фундаментальных пробелов, указанных со стороны половины стран ЦАРЭС, является недостаточная **реализация Международных медико-санитарных правил (ММСП)**. Страновые оценки выявили, что законодательная база и инструменты политики для реализации нормативных положений – например, с точки зрения управления и быстрого реагирования, а также для реализации Национальных планов действий в области здравоохранения (НПДЗ) – были слабыми или обладали недостатками наряду с недостатком оборудования и инфраструктуры.

17. Более половины стран ЦАРЭС отметили пробелы в **межотраслевой координации и взаимодействии**:

- (i) Координация между государственным и частным секторами;
- (ii) Координация и взаимодействие между разными министерствами и секторами (к примеру, в рамках «Единого здравоохранения») и между национальным и субнациональным уровнями;
- (iii) Координация между соответствующими агентствами от разных секторов в рамках ОЦЧС; и
- (iv) Координация между соответствующими правительствами и партнерами по развитию здравоохранения.

18. В то время, как многие страны создали общегосударственные координационные механизмы в рамках реагирования на COVID-19, в большинстве стран, сектор здравоохранения, обычно, все еще занимает позицию лидера в усилиях по готовности и реагированию только на инфекционные заболевания, что может ограничить действенную межотраслевую координацию и взаимодействие. При отсутствии официальной координирующей структуры, одному отраслевому министерству (к примеру, Министерству здравоохранения) может быть сложно координировать и способствовать действенному взаимодействию с другими министерствами и государственными агентствами. Координация и взаимодействие внутри стран зачастую ограничены секторами здравоохранения и ветеринарии. Тем не менее, действенная координация требует общегосударственного подхода, затрагивающего такие отраслевые министерства, как Министерство финансов. Наличие, **своевременность и использование данных** на национальном и региональном уровнях играют критическую роль для обеспечения координации действенного межотраслевого и трансграничного реагирования (см. Компонент 2).

19. В то время, как присутствует некоторый уровень координации между секторами здравоохранения и ветеринарии, официальная структуры, четкое определение ролей и обязанностей всех соответствующих секторов, а также соответствующие мероприятия по коммуникации и координации отсутствуют. По этой причине, почти все страны ЦАРЭС хотят совершенствовать **механизмы управления «Единым здравоохранением»**. Самые большие потребности предусматриваются в рамках межотраслевого подхода к «Единому здравоохранению», особенно в направлении взаимодействия между подразделениями эпидемиологического надзора для «Единого здравоохранения» (см. Компонент 2) и обмена информацией между секторами и отраслевыми министерствами, включая коммуникацию и отчетность, а также трансграничной координации и взаимодействия мероприятий «Единого здравоохранения» между странами ЦАРЭС.

20. **Структуры реагирования на чрезвычайные ситуации** являются важными для управления крупномасштабным реагированием на ЧС и требуют укрепления. В рамках реагирования на COVID-19, некоторые страны создали ОЦЧС на основе требований ситуации. Они претерпели изменения по мере развития пандемии, ввиду отсутствия готовности и экспертных знаний для такой ситуации. ОЦЧС должен лучше подготовиться и оснащаться для обеспечения более срочного и действенного управления мерами реагирования в будущем. Это потребует уточнения в отношении места расположения ОЦЧС (например, в структуре Министерства здравоохранения, аппарата Премьер-министра, Агентства по управления стихийными бедствиями или Национального института общественного здравоохранения), и того, должен ли он создаваться, обеспечиваться кадрами и оснащаться на постоянной или временной основе. Правила, положения и стандартные операционные процедуры (СОП) также необходимы для обеспечения гладкого и действенного функционирования с самого начала.¹³ Необходимо создать эффективную систему быстрого реагирования, связанную с национальными и субнациональными ОЦЧС, с подготовленным и обученным персоналом, охватывающим различные области общественного здравоохранения, с подходом «Единое здравоохранение» (например, эксперты по надзору и/или эпидемиологии, лабораторные эксперты, эксперты в области здравоохранения и ветеринарии, специалисты по связям, возможно службы безопасности, и т.д.).

21. Все, что было указано выше, также потребует разработки более надежных **национальных планов здравоохранения или планов готовности и реагирования на пандемии**, содержащих описание соответствующих функций с необходимыми ролями, обязанностями, потенциалом, а также мероприятиями коммуникации и взаимодействия. Планы должны подвергаться регулярному тестированию посредством имитационных упражнений (к примеру, учения по отработке навыков, командно-штабные учения, функциональные учения и т.д.) для обеспечения того, что все соответствующие действующие лица осведомлены о своих ролях и механизмах для выявления узких мест и обеспечения обновления планов по реагированию на переменчивую среду и контекст.

22. Основной причиной, которая ставит под угрозу достаточный уровень координации, управления и реагирования при ЧС является **хронический недостаток финансирования**

¹³ Для создания ОЦЧС необходимо принять во внимание несколько вопросов. Если ОЦЧС располагается только в структуре сектора здравоохранения, координация и взаимодействие с соответствующими агентствами и заинтересованными сторонами может представлять сложность. Кроме того, у ОЦЧС в секторе здравоохранения отсутствует опыт и потенциал по управлению крупномасштабными ЧС и вовлечению разных секторов. Агентства по управлению стихийными бедствиями могут быть более подготовленными для работы в таком контексте, но у них может не быть потенциала и понимания того, как реагирования на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения.

систем здравоохранения. Почти во всех странах ЦАРЭС, государственные расходы на здравоохранение как доля Валового внутреннего продукта (ВВП) уже существенно сократились до 2019 г.¹⁴ За исключением нескольких стран (КНР и Грузия), общие внутренние государственные расходы на здравоохранение как доля от ВВП составляют менее 2,5%, при том, что рекомендованный уровень для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения составляет 5%.¹⁵ Несмотря на то, что все страны ЦАРЭС значительно увеличили государственные расходы на здравоохранения во время пандемии посредством внесения изменений и дополнений в национальное бюджетное законодательство или создание специальных фондов для более эффективной мобилизации и распределения ресурсов, выделение этих средств было медленным.

23. Эти выводы подтверждаются результатами оценки. Более половины стран ЦАРЭС отметили недостаток финансирования системы здравоохранения в качестве основного пробела. Четыре страны ЦАРЭС отметили необходимость в повышении потенциала чрезвычайного финансирования. Среди конкретных аспектов, которые были отмечены, можно выделить бюджет на реагирование на COVID-19 и отсутствие финансовой защиты уязвимых слоев населения, низкая и даже сниженная доля государственных расходов на здравоохранения от ВВП и отсутствие механизмов исполнения бюджета и выделения средств при ЧС. Три страны ЦАРЭС отметили, что финансовое бремя населения (карманные выплаты), особенно среди уязвимых слоев населения, повысилось в течение пандемии COVID-19, что подчеркивает потребность в механизмах финансовой защиты (см. Компонент 4).

24. **Предлагаемые решения.** Имеется возможность получения большой выгоды от действенного трансграничного и регионального взаимодействия, начиная с регулярного политического диалога и обмена мнениями. Одна из возможностей заключается в дальнейшем укреплении РГЗ ЦАРЭС. Могут быть обсуждены актуальные темы безопасности здоровья, организованы ознакомительные поездки и усилена подотчетность членов РГЗ для содействия региональному сотрудничеству. Курсы руководства и управления в сфере здравоохранения и глобального управления здравоохранением для стран ЦАРЭС приведут к улучшению навигации межотраслевой и трансграничной координации во взаимодействии с образовательными учреждениями или сетями. Можно рассмотреть возможность создания региональных центров или центров передового опыта, специализирующихся на вопросах безопасности в области здравоохранения, для координации и проведения деятельности учебных заведений. Первым шагом является обзор существующих учебных заведений (см. параграф 35) и разработка хранилища учебных материалов (в настоящее время продолжается).

25. Варианты регионального взаимодействия в этой области могут включать проведение совместных имитационных упражнений между странами (см. Компонент 4), укрепление ОЦЧС и региональных сетей ОЦЧС, которые строятся на текущих инициативах по взаимной поддержке, *разработка и определение стоимости НПДЗ*, и разработку регионального механизма для регулярных совещаний с целью возможного определения минимальных стандартов таких планов готовности и имитационных упражнений. Региональная структура охраны здоровья и готовности и реагирования на пандемии для

¹⁴ Б. Рекель и другие. 2011 г. Уроки, вынесенные из двух десятилетий реформы здравоохранения в Центральной Азии. Политика и планирование системы здравоохранения. 27 (4). стр. 281-287.

¹⁵ Данные Всемирного банка. Внутренние государственные расходы на здравоохранения (% от ВВП) – Узбекистан, Монголия, Азербайджан, Кыргызская Республика, Пакистан, Грузия, Казахстан, Туркменистан, Афганистан (доступ от 30 января 2022 г.).

стран ЦАРЭС может включать информацию о роли и обязанностях разных агентств, механизмов коммуникации и т.д. с учетом потребности коммуникации «Единого здравоохранения» для большинства стран ЦАРЭС, можно рассмотреть возможность повышения уровня координации здравоохранения, ветеринарии и окружающей среды и других секторов на региональном уровне. Региональная структура может включать межотраслевое взаимодействие в рамках «Единого здравоохранения» с фокусом на структуры обмена информацией для «Единого здравоохранения» для желающих стран ЦАРЭС.

26. Ускоренный доступ к финансированию во время и после ЧС или стрессовых ситуаций, играют такую же критическую роль, как и непосредственное финансирование соответствующих интервенций для действенного и своевременного реагирования, независимо от того, выделяется ли финансирование со стороны национальных источников или доноров или от финансовых рынков. Можно было бы проводить политические обсуждения и обмен знаниями об инструментах финансирования рисков пандемии, а инновационные и гибкие решения по финансированию рисков можно было бы выборочно опробовать для смягчения неблагоприятных последствий будущих чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и пандемий. В долгосрочной перспективе можно будет рассматривать Фонды чрезвычайного реагирования, которые могут обеспечить ускоренный доступ, а также разработку специализированных административных процедур для ускоренного выделения и перечисления средств при чрезвычайных ситуациях. Предварительные соглашения с партнерами по развитию по поддержке такого чрезвычайного фонда и процедуры выделения средств также могут оказать помощь в обеспечении финансовых средств для быстрого предоставления, особенно в странах, которые не могут поддерживать большие средства для таких целей на постоянной основе.

2. Потенциал и навыки трудовых ресурсов

27. Устойчивость систем здравоохранения ослабляется при отсутствии потенциала и навыков трудовых ресурсов. Несколько аспектов возникли во время пандемии. Среди условий, которые более всего поставили под угрозу ответственность ресурсного потенциала ЦАРЭС, можно назвать слабый уровень планирования и распределения человеческих ресурсов здравоохранения (ЧРЗ), недостаточное обучение, отсутствие аккредитации и недостаток психологической поддержки для медицинских работников.

28. Оценка показала, что у всех стран ЦАРЭС были проблемы с низким уровнем **управления, планирования и прогнозирования потенциала здравоохранения**, включая бюджетное планирование, закупку и распределение человеческих ресурсов (включая прогнозирование, развертывание и удержание), и им не хватало соответствующих инструментов для того, чтобы это делать. Наиболее часто упоминаемыми потребностями (см. также Компонент 3) было развитие потенциала и навыков в следующих областях:

- (i) надлежащее финансовое планирование в чрезвычайных ситуациях, способствующее автономии в исполнении бюджета и прозрачности на субнациональном уровне (Компонент 1);
- (ii) специальные процедуры для перевода средств и закупки необходимых материалов во время чрезвычайных ситуаций (см. Компоненты 1 и 3); и
- (iii) людские ресурсы и планирование надлежащего распределения имеющихся ЧРЗ, включая подготовку к обеспечению резервного потенциала.

29. Еще одним значительным недостатком, отмеченным большинством стран ЦАРЭС, был **технический потенциал** медицинских работников в таких областях, как эпидемиологический надзор, лаборатории, профилактика инфекций и инфекционный контроль, ведение случаев заболевания и продвинутый медицинский потенциал для ОРИТ. Расширенное реагирование на ЧС требует иного подхода и потенциала, и несмотря на наличие планов готовности и реагирования на ЧС или пандемии у большинства стран, у соответствующих специалистов общественного здравоохранения и медицинских работников отсутствовал опыт и потенциал по действенному применению соответствующих мер. Во многих странах было отмечено, что команды быстрого реагирования не были действенными и, в большинстве случаев, они не включали необходимую комбинацию специалистов от разных технических областей (например, эпидемиология, лаборатории, ведение случаев заболеваний и сообщение о рисках) и секторов (например, здравоохранение и ветеринария).

30. Оценка выявила потребность в развитии **нескольких технических навыков** и необходимость:

- (i) обучения медицинских работников методам раннего предупреждения и быстрого реагирования;
- (ii) обучения сотрудников лабораторий и эпидемиологического надзора на субнациональном и местном уровне и в других секторах (включая обучение в сфере «Единого здравоохранения»);
- (iii) обучения медицинских работников и других специалистов (рентгенологов, лабораторных специалистов, уборщиков, специалистов по утилизации медицинских отходов и т.д.) соответствующему применению мер ПИИК для защиты себя и других от перекрестного заражения и инфекции;
- (iv) обучения медицинских работников новым руководствам (например, по COVID-19) и самым современным протоколам лечения, включая протоколы и руководства по ведению более тяжелых случаев заболевания (это также может означать создание механизмов ускоренного развертывания обучения новым протоколам, необходимым для возможных будущих ЧС, возможно посредством электронного обучения); и
- (v) обучения медработников в отделениях интенсивной терапии для увеличения резервного потенциала (в том числе по работе с медицинским кислородом).

31. Механизмы привлечения дополнительных трудовых ресурсов **для удовлетворения потребности в резервном потенциале** при ЧС в основном отсутствовали. Для восполнения пробелов ЧРЗ, большинство стран ЦАРЭС использовали такую распространенную стратегию, как привлечение недавних выпускников или студентов выпускного курса медицинских колледжей и университетов для оказания медицинских услуг. В то время, как это могло бы дать возможность восполнения наиболее срочных пробелов по лечению неосложненных случаев заболевания COVID-19, чрезвычайный потенциал и потенциал оказания помощи в тяжелых случаях невозможно с легкостью заменить неопытным персоналом без специализированного обучения по лечению пациентов и другим формам поддержания жизни.

32. Еще один аспект, отмеченный в оценке, который воспринимался в качестве недостатка, представлял собой отсутствие **поддержки психологического здоровья трудовых ресурсов здравоохранения**. Пандемия продемонстрировала потребность для большей поддержки психологического здоровья медицинских работников, так как они испытывали повышенный уровень физического и психологического стресса по причине увеличившейся рабочей нагрузки, риска заражения и фактического заражения COVID-19.

или нахождения в карантине и далеко от своих семей. Следовательно, сотрудники перерабатывали, подвергались риску инфицирования и чувствовали недостаточную готовность и поддержку для выполнения своих задач. Кроме того, **оплата труда** и обучение для руководителей и планировщиков (**обучение руководства**) рассматривались как основной пробел некоторыми странами ЦАРЭС.

33. **Предлагаемые решения.** В частности, требуется потенциал прогнозирования и планирования сотрудников в медицинских учреждениях, агентствах общественного здравоохранения и департаментах соответствующих министерств, работающих в направлении человеческих ресурсов, администрации, финансирования и закупки. Эти курсы можно проводить в качестве кратко- или среднесрочных курсов обучения на национальном или региональном уровнях.

34. Разнообразие **потребностей в технической подготовке**, описанное выше, может включать краткосрочные учебные мероприятия (1-2 недели) и более длительные учебные занятия, включая обучение до начала работы и обучение без отрыва от работы. Пандемия COVID-19 ясно показала, что учебная программа в образовательных учреждениях и центрах подготовки требуют совершенствования и пересмотра для обеспечения достаточного охвата тематики готовности к пандемиям. Это окажет помощь в обеспечении того, что будущие трудовые ресурсы не будут сталкиваться с такими же пробелами в навыках. Для некоторых пробелов, выявленных в ходе оценок, учебные курсы не существуют или только развиваются – например, для установления и усиления карантина и других аспектов охраны здоровья на границе в пунктах въезда.

35. Наращивание потенциала национальных учебных заведений для планирования и предложения учебных программ и курсов, в том числе на региональном уровне, будет способствовать устойчивости усилий по обучению. Некоторые страны или учреждения в регионе ЦАРЭС могут или будут иметь потенциал для поддержки учебных мероприятий других стран. Учреждения в регионе ЦАРЭС, которые могут предлагать обучение другим странам и на региональном уровне, должны быть определены, а обучение, предлагаемое в отношении безопасности здоровья в регионе, должно быть нанесено на карту. Есть возможность разработать такие учебные курсы или модули для всего региона. Разрабатывается **хранилище доступных авторитетных и сертифицированных учебных программ** по безопасности здоровья и учреждений, занимающихся этой темой, чтобы иметь лучший обзор существующих ресурсов. Это могло бы стать первым шагом к созданию региональных центров или центров передового опыта, обладающих опытом в области безопасности здоровья, для координации и проведения обучения.

36. Разработка или укрепление механизмов аккредитации необходимы для обеспечения стандартов медицинского образования и высокого качества кадров сектора здравоохранения. Разработка **общих рамочных структур компетенций** и учебных программ для отдельных навыков и технических областей может стать первым шагом на пути к гармонизации стандартов. В будущем это могло бы способствовать взаимному признанию навыков.

37. В целом, необходимо **улучшить планирование и развертывание ЧРЗ** во время чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения. Решения в области цифрового здравоохранения, такие как реестры кадровых ресурсов, могут способствовать прогнозированию, планированию и распределению ЧРЗ. Для повышения готовности также необходимы более совершенные протоколы развертывания людских ресурсов для реагирования на чрезвычайные ситуации. Кроме того, анализ предложения и спроса на

кадровые ресурсы для отдельных специалистов по безопасности в области здравоохранения может способствовать лучшему пониманию имеющихся кадров здравоохранения. Медсестры и врачи могут быть обучены в течение определенного периода времени для работы в отделениях интенсивной терапии (ОИТ), чтобы получить хотя бы базовое понимание. Это может быть дополнено краткосрочным обучением для поддержки постоянного персонала в отделениях интенсивной терапии.

38. Создание **системы психологической поддержки** для медицинских работников требует поддержки и соответствующего обучения советников и другого персонала, наряду с обеспечением их навыками и логистической помощью для управления пандемиями и другими ситуациями, связанными с ЧС в сфере общественного здравоохранения. Кроме оказания психологической поддержки, будет необходимо пересмотреть условия работы и механизмы для оказания помощи в снижении стресса и бремени медицинских работников, которые наиболее подвержены воздействию мер карантина и строгой изоляции, и работают на «передовой линии». Можно рассмотреть и выявить разные варианты предоставления возможности медицинским работникам для поддержания физического или удаленного контакта с их семьями.¹⁶

В. Техническая готовность

1. Эпидемиологический надзор и выявление

39. Техническая готовность укрепляется посредством эффективного эпидемиологического надзора и реагирования на угрозы общественного здравоохранения. Признание важности действенного эпидемиологического надзора и эпидемиологии, расследования вспышек и случаев заболевания с отбором образцов, лабораторное тестирование, отслеживание контактов и прогнозирование для планирования необходимых ресурсов здравоохранения для текущей пандемии стала важным элементом ответственности. Страны, которые признали данную потребность, обладали системами, инструментами и потенциалом для более ускоренного реагирования.

40. Оценка показала, что во многих странах, разные пробелы препятствовали действенному комплексному эпидемиологическому надзору для отслеживания случаев заболеваний и реагирования на них. Среди недостатков, которые были отмечены почти всеми странами ЦАРЭС, были недостатки **потенциала и обучения ЧРЗ**. В частности, страны подчеркнули пробелы в квалификациях сотрудников по анализу данных эпидемиологического надзора на уровне ПМСП, общую нехватку человеческих ресурсов и управленческого потенциала, и недостаток финансирования для реализации соответствующего обучения эпидемиологического надзора (к примеру, Программа полевой эпидемиологии и лабораторного обучения).

41. Еще одним фактором, препятствующим технической готовности, был недостаток **анализа и использования данных**, включая **эпидемиологический надзор на лабораторном уровне**. Использование цифровых инструментов для эпидемиологического надзора остается ограниченным, где большинство стран зависят от первоначального сбора данных и отчетности результатов с использованием систем на бумажной основе. Ограниченное взаимодействие между эпидемиологическим надзором за инфекционными заболеваниями и общими базами данных здравоохранения ограничивает

¹⁶ Отпуск для отдыха может быть вариантом, схожим с механизмами, реализованными для гуманитарных работников, проживающих и работающих в тяжелых условиях.

скорость и достоверность отчетности по подозрительным и подтвержденным случаям заболевания и использования данных для информирования и направления системы управления мерами реагирования. Среди конкретных технических факторов, указанных в оценке, были отмечены потребность в совершенствовании сбора данных путем интеграции информационных систем здравоохранения с центрами данных, расширением сетей 5G и поддержкой искусственного интеллекта для совершенствования систем раннего предупреждения, и обеспечения наличия оборудования для электронного сбора данных, отчетности и анализа, особенно на нижних уровнях.

42. Одним важным фактором для надлежащего управления данными, указанным в оценке является **интегрированный эпидемиологический надзор**. Анализ показал отсутствие интегрированного эпидемиологического надзора между здравоохранением и ветеринарией («Единое здравоохранение», также см. Компонент 1) и соответствующими секторами, включая сельские регионы, как минимум в половине стран ЦАРЭС. Интегрированный эпидемиологический надзор также касается трансграничных аспектов. Более того, оценка показала, что у стран не хватает **трансграничной отчетности** и лучшего обмена информацией между национальным и субнациональным уровнями, среди прочего, по причине отсутствия финансирования и даже обмена соответствующей информацией. Отсутствие интегрированного эпидемиологического надзора включает отсутствие навыков у ветеринаров по отчетности о зоонозных заболеваниях, а также недостаточное межотраслевое обучение сотрудников и систем для регулярного обмена данными и другой информацией (см. Компонент 1, потенциал трудовых ресурсов).

43. **Финансирование эпидемиологического надзора** в целом было аспектом, указанным некоторыми странами. Пробелы в финансировании влияют на эффективность работы систем эпидемиологического надзора и его регулярного мониторинга. Таким образом, есть необходимость в поддержке стран ЦАРЭС посредством дополнительных вариантов финансирования.

44. **Предлагаемые решения.** Необходима поддержка для **повышения квалификации сотрудников на всех уровнях**, включая на уровне ПМСП, в сфере анализа данных эпидемиологического надзора для выявления вспышек или изменений в распространенности заболеваний посредством расширенных вариантов обучения, включая поддержку для укрепления управленческого потенциала по реагированию (см. Компонент 1). Потребуется инвестиции в основы цифрового здравоохранения (инфраструктуру, взаимодействие и т.д.), инструменты и анализ и использование данных с целью совершенствования раннего предупреждения и скорости и точности отчетности и использования данных для информирования системы управления мерами реагирования (см. перекрестные темы: цифровое здравоохранение). Кроме того, существует потребность в интеграции систем эпидемиологического надзора в здравоохранении и ветеринарии, и наращивании потенциала ЧРЗ по эпидемиологическому надзору зоонозных заболеваний.

45. Важным основанием для трансграничного обмена данными является **стандартизация данных**. Например, национальные перечни болезней, подлежащих регистрации, могут быть согласованы для целей обмена информацией и согласованы с болезнями, подлежащими регистрации в соответствии с ММСП. Кроме того, предлагается разработать информационную панель здравоохранения через Информационную сеть республик Центральной Азии (CARINFONET) для совершенствования обмена данными и отчетности и поддержки выявления сигналов, которые могут быть расширены для охвата других заинтересованных стран ЦАРЭС после первичной пилотной фазы. В процессе

разработки информационных панелей и наращивании потенциала будут также определены соответствующие индикаторы, связанные с охраной здоровья и эпидемиологическим надзором, повышен уровень готовности к обмену данными и работе в направлении стандартизации данных, выявлении недостатков данных, совершенствованию статистического анализа и выявления признаков, включая возможность совместного анализа на страновом и региональном уровнях, и рассмотрение использования данных для (совместного и кооперативного) доказательно процесса принятия политических решений на основе данных. Будет собрана информация о передовой практике и доказательная база по стандартизации данных и, на региональном уровне, для анализа данных здравоохранения.

2. Лабораторная инфраструктура

46. Достаточная лабораторная инфраструктура и ее управление в соответствии с международными требованиями биологической безопасности и качества играет ключевую роль в выявлении инфекционных заболеваний и обеспечении эффективного реагирования.

47. Оценка показала, что страны сталкиваются со многими потребностями относительно качества лабораторной службы. Несмотря на то, что инициатива ВОЗ «Лучшие лаборатории – крепче здоровье» в основном реализована в Кыргызской Республике, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане, все страны ЦАРЭС отметили остающиеся пробелы в направлении систем управления качеством деятельности лабораторий (СУКДЛ) – в частности, меры Контроля качества и Гарантии качества национальных лабораторных сетей.

48. Еще одним препятствием для эффективности лабораторной инфраструктуры является ограниченное количество обученных лабораторных специалистов, указанных в рамках Компонента 1. Более половины страны ЦАРЭС отметили **недостаток и недостаточную результативность трудовых ресурсов**, особенно на областном и районном уровнях. Это влияет как на отбор образцов, так и лабораторное тестирование SARS-CoV-2 по мере распространения COVID-19.

49. Анализ ежедневного уровня положительных тестов в странах ЦАРЭС показывает, что действующие системы отбора и тестирования образцов были перегружены, что привело к отсутствию тестирования многих лиц. Скорее всего, это означает, что реальное число случаев заболевания было недооценено и может замедлить меры реагирования. В общем, результаты лабораторного тестирования могут быть интерпретированы для отражения точки распространенности,¹⁷ при условии, что ежедневный уровень положительного тестирования находится на уровне ниже 5%, в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Опыт стран ЦАРЭС во время пандемии COVID-19 показывает частые периоды, когда ежедневный уровень положительных тестов повышался выше того уровня, достигая 30-40% в течение длительного периода во многих странах. Расширение отбора проб и потенциала лабораторного тестирования, когда ежедневный уровень положительных тестов превысил 5% является важным для обеспечения того, что сообщения о подтвержденных случаях заболевания не отражают только «верхушку айсберга».

¹⁷ В соответствии с определением Центра по профилактике и контролю заболеваний «точка распространенности» означает «текущее количество (новых и существующих) случаев заболевания на определенный момент времени».

50. В частности, некоторые страны отметили потребность в наращивании потенциала по геномному секвенированию для мониторинга мутаций вируса и изменений вирулентности или чувствительности к вакцинам (к примеру, ВОЗ рекомендует, чтобы страны отправляли 5% своих образцов COVID-19 в референтные лаборатории для секвенирования или продолжали формировать данные секвенирования при наличии такого потенциала).

51. Отсутствие единой **лабораторной сети** в некоторых странах также влияет на эффективность. Несколько стран отметили, что **отсутствие перенаправления и транспортировки образцов** ослабило эффективность их лабораторной системы.

52. **Предлагаемые решения.** Требуется поддержка обучения лабораторных специалистов проведению тестирования (к примеру, проведение анализа ПЦР) и геномному секвенированию для достижения более высокой эффективности, особенно в течение вспышек (см. Компонент 1, рабочая сила). Эта деятельность должна быть комбинирована как на начальном уровне, так и на уровне обучения на рабочем месте среди местных специалистов общественного здравоохранения в сфере биоинформатики и эпидемиологии, при условии, что геномное секвенирование осуществляется со стороны многопрофильной команды, требующей соответствующего набора знаний и навыков в определенных технических областях.

53. Также имеется потребность в оказании поддержки, чтобы страны ЦАРЭС могли создать и/или укрепить национальные лабораторные сети и улучшить **реализацию СУКДЛ** для получения улучшенных, точных, надежных и своевременных результатов. Также существует потребность в создании региональных сетей между клиническими лабораториями, учреждениями общественного здравоохранения и академическими учреждениями, также и на трансграничном уровне, для совершенствования регионального здравоохранения. Это может включать укрепление стратегий тестирования и отбора проб и их обмен в регионе, а также направление и транспортировку образцов. Также необходимо направить усилия на улучшение направления и транспортировки образцов в отдельных странах. Усовершенствованная СУКДЛ и системы направления и транспортировки образцов обеспечат основу для создания сетей лабораторий секвенирования для производства и обмена соответствующими данными секвенирования. И, наконец, **мобильные лаборатории** в труднодоступных районах можно было бы опробовать для повышения доступности и доступа к качественной лабораторной помощи.

54. Чтобы расширить возможности тестирования, необходимо продвигать тестирование по месту оказания медицинской помощи – такое как экспресс-тесты на основе антигенов во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения.

С. Доступ к материалам и резервному потенциалу

1. Механизмы регулирования

55. Политика, положения и инструменты прогнозирования потребностей в материалах, эффективных закупках и действенных и функциональных цепочках поставок играют критическую роль в обеспечении того, что медицинские товары достигают правильного места в правильное время, особенно во время чрезвычайных ситуаций. Доступ к

качественным медицинским товарам и лекарственным средствам не может быть гарантирован без действенных механизмов и стандартов регулирования в сфере лекарственных средств и медицинских материалов.

56. Оценка показала, что несоответствующий **регулирующий надзор** привел к задержке разрешений на закупку и импорт в регионе ЦАРЭС, и повышению вероятности выхода продукции плохого качества на рынок. Имеет место распространенное мнение, что **недостаточные инвестиции** ресурсов в системы регулирования ведут к слабому уровню и медленному регулированию лекарственных средств, вакцин и другой медицинской продукции. Конкретные факторы, указанные странами ЦАРЭС, включали **отсутствие** соблюдения стандартов, таких как **Надлежащая производственная практика (НПП)**, Надлежащая практика распределения, Надлежащая практика хранения и Надлежащая аптечная практика. Необходима поддержка в сфере регулирующего надзора посредством реализации системы сертификации НПП, и определяющей механизмы надзора по контролю и управлению качеством.

57. Конкретный аспект регулирования касается потенциала национальных регулирующих органов (НРО). Большинство стран ЦАРЭС находятся в большой зависимости от импорта медицинской продукции. По этой причине, НРО должен провести оценку качества продукции, которая производится на многих разнообразных и удаленных производственных объектах. Разработка и поддержание потенциала по проведению регулярных иностранных инспекций всех соответствующих производственных мощностей всеми НРО не представляются возможными, рентабельными или желательными. Это требует действенных процедур проведения камеральной оценки иностранных сертификатов и создания процедур взаимодействия среди НРО для обмена ресурсами и опытом об иностранных производственных мощностях.

58. Оценка в некоторых странах региона ЦАРЭС¹⁸ показала, что в настоящее время имеет место ограниченный уровень взаимодействия между НРО, что ведет к дублированию и повторению работы, которая осуществляется органами с разным уровнем потенциала, ресурсного обеспечения и навыков, к примеру, при оценке продукции или производственных мощностей. Также было выявлено, что некоторые страны ЦАРЭС проводят тестирование большого объема образцов в рамках лабораторного тестирования, даже несмотря на то, что наряду с этим, результаты тестирования показывают экстремально низкий уровень сбоев (ниже 3%). Нет возможности или необходимости тестирования качества всей импортируемой фармацевтической продукции. Основные последствия заключаются в том, что сотрудники сталкиваются с ненужной возней в доступе к необходимой медицинской продукции, государственные агентства по закупкам сталкиваются с препятствиями в доступе к необходимой информации для проведения оценки и принятия решений, продукция плохого качества или сфальсифицированная продукция легче попадает на рынок, а предприятия и торговля ограничены неэффективными системами регулирования.

¹⁸ Оценки проводились в Азербайджане, Кыргызской Республике, Таджикистане, Пакистане и Узбекистане.

59. НРО в некоторых странах ЦАРЭС принимают участие в инициативах совместной регистрации ВОЗ¹⁹, которые являются полезными, так как они предотвращают повторную оценку ввиду зависимости от оценок, проведенных продвинутыми системами регулирования. Тем не менее, количество продукции, прошедшей предварительную квалификацию ВОЗ, является небольшим в сравнении с количеством продукции, одобренной со стороны НРО с лучшим ресурсным обеспечением. Продукция, одобренная органами со строгими требованиями, регулирующими оборот лекарственных средств (СРО), является дорогостоящей и может случиться так, что производители не заинтересованы в продвижении своей продукции на небольших рынках. По этой причине, НРО с низким ресурсным обеспечением получают заявки и вынуждены работать с большинством продукции, которая не прошла предварительную квалификацию ВОЗ или НРО, что ведет к большому количеству иностранной сертификации для критического рассмотрения.

60. **Предлагаемые решения.** Одним способом укрепления НРО, оптимизации использования ресурсов и устранения ненужного дублирования работы является создание действенного взаимодействия и обмена информацией между НРО в рамках региона ЦАРЭС о продукции и производственных объектах. **Региональная зависимость**²⁰ является одним способом эффективного сотрудничества там, где выполняемая доверенным органом работа (к примеру, отчет оценки или инспекции) передается органу-получателю, который использует отчеты для принятия собственных решений без необходимости дублирования работы. В то время, как зависимость от отчетов или принятых решений органов с хорошим ресурсным обеспечением, представляет собой наиболее соответствующий метод для новой и комплексной медицинской продукции (как например, вакцины и другая биологическая продукция), региональное сотрудничество посредством зависимости между органами стран со схожим рынком представляет собой наиболее правильный подход для оценки непатентованных лекарственных средств и производителей в «региональной» перспективе.

61. Ввиду этого, предлагается **создание действующего механизма взаимодействия**, включающего соответствующие административные инструменты (законодательная и нормативно-правовая база и процедуры для обмена и использования информации) и платформа ИКТ, которые впоследствии позволят НРО обмениваться информацией, избежать дублирования работы, продвигать перекрестную зависимость, и отсеивать продукции недостаточного качества.²¹ При осуществлении работы над созданием

¹⁹ Некоторые НРО в странах ЦАРЭС и Кавказа принимают участие в Процедуре совместной регистрации ВОЗ для фармацевтических продуктов, прошедших предварительную квалификацию ВОЗ: Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызская Республика, Пакистан и Узбекистан. Только Грузия принимает участие в Процедурах совместной регистрации ВОЗ по продукции, одобренной со стороны обширно признанного органа регулирования (к примеру, Европейское агентство по медикаментам, Управление продовольствия и медикаментов США). Только у Казахстана имеется лаборатория по контролю качества, которая прошла предварительную квалификацию ВОЗ.

²⁰ ВОЗ, 2021 г. Комитет экспертов ВОЗ по спецификациям фармакологических препаратов: 55-й отчет. Серия технических отчетов ВОЗ, № 1033. Женева. Приложение 10, стр. 237.

²¹ Другие преимущества такого механизма могут включать: (i) добавление «содержания» к действующим инициативам по гармонизации регулирования на региональном уровне; (ii) разрешение срочного распространения тревожных сигналов о проблемах безопасности, недостатках качества, и фальсифицированной продукции; (iii) согласование наличия и обмена информации о производителях, способствующей своевременному принятию решений в ситуациях, касающихся некачественных медикаментов; (iv) действие в качестве платформы для предоставления справочной информации и получения выгоды от оценок и решений, принятых органами с повышенной ресурсной обеспеченностью внутри региона и за его пределами; и (v) предоставление возможности предприятиям и гражданам для доступа к информации о медикаментах, одобренных в ряде стран.

действующего механизма взаимодействия, НРО будут иметь возможность выявить свои соответствующие слабые и сильные стороны. Это может привести их к постепенному преобразованию действующих сильных учреждений в региональные ресурсные центры или центры совершенства в пользу всех участвующих органов в средне- и долгосрочной перспективе. Первичные мероприятия могут включать организацию таких совместных мероприятий, как совместная оценка заявлений в отношении медицинской продукции, определенной в качестве общего приоритетного направления со стороны участвующих НРО; постепенная разработка механизмов регулярного взаимодействия с органами регулирования с повышенной ресурсной обеспеченностью (например, Европейское агентство лекарственных средств, «Swiss-Medic») для регулярного получения их поддержки и обмена информацией (к примеру, отчетов оценки, результатов тестирования, отчетов инспекции) для использования в качестве справочной информации для национальной или совместной оценки; и разработка и реализация специализированной платформы ИКТ для поддержки совместной оценки и содействия обмену информацией с минимальной ручной интервенцией.

62. На страновом уровне, ресурсы НРО могут быть оптимизированы путем согласования камеральной оценки таких документов, как сертификаты GMP и Сертификаты фармацевтической продукции, выданных в рамках масштаба Схемы сертификации ВОЗ²² и обеспечение того, что риск-ориентированный подход используется в качестве всеобъемлющего, важнейшего принципа при разработке и реализации отбора образцов и лабораторного тестирования.

2. Управление закупками и цепочками поставок

63. Действенная система здравоохранения требует функционального механизма управления закупками и цепочкой поставок для обеспечения равноправного доступа к качественным и финансово доступным лекарственным средствам и материалам. В странах ЦАРЭС, вызовы, связанные с гарантиями поставок, заключаются в ограниченном наличии, качестве и использовании данных о цепочках поставок, и в отсутствии соответствующего потенциала человеческих ресурсов, что вносит вклад в низкое качество прогнозирования и планирование спроса. Оценка показала, что существующие электронные информационные системы для поддержки закупок, хранения, распределения и выдачи поставок для здравоохранения остаются устаревшими и неэффективными, что подрывает использование данных для планирования и прогнозирования спроса и предложения и своевременной отчетности об отсутствии запасов. Учебных курсов по закупкам и управлению цепочками поставок, включая курсы по прогнозированию, управлению запасами, управлению складом и распределением, недостаточно или нет.

64. Было выявлено, что комплексные, трудоемкие и централизованные методы закупок, маленький размер рынка и неопределенный спрос способствуют ограниченному предложению, ограниченной конкуренции и высоким ценам.

- (i) **отсутствие специальных бюджетных процедур**, позволяющих быстро переводить средства для поддержки эффективных и своевременных закупок товаров и материалов медицинского назначения для адекватного управления ответными мерами; и
- (ii) **отсутствие специального ускоренного режима правила закупки и распределения** необходимых материалов в количествах, необходимых для

²² ВОЗ, 2021 г. Экспертный комитет ВОЗ по спецификациям фармацевтических препаратов: 55-й отчет. Серия технических отчетов ВОЗ, № 1033. Женева. Приложение 9, стр. 205.

быстрого реагирования. Было упомянуто, что отсутствие таких специальных правил и преобладающие регулярные бюрократические процедуры значительно замедлили реагирование на COVID-19 и негативно повлияли на его эффективность. Одним из примеров, подчеркивающих важность ускоренных правил закупок и распределения во время пандемии, было наличие необходимого количества медицинского кислорода в медицинских учреждениях для оказания неотложной и стационарной помощи.

65. Во многих странах действует ограниченная база поставщиков, и большинство стран полагаются на импорт материалов, что затрудняет быстрое реагирование на чрезвычайные ситуации. Отсутствие централизованного хранения и управления хранением и оборудования холодовой цепи, а также соответствующих руководств и СОП способствует отсутствию надлежащей инфраструктуры для хранения и распределения продукции. Эти проблемы негативно сказываются на повседневных операциях и затрудняют меры государственного реагирования при чрезвычайных ситуациях.

66. **Предлагаемые решения.** Во всем регионе ЦАРЭС у стран имеется множество возможностей для сотрудничества в сфере улучшения доступа к основным медикаментам и медицинским принадлежностям, и обеспечения безопасности поставок, в том числе посредством совместных закупок, укрепления региональных цепочек поставок, а также управления знаниями и данными. Уровень сотрудничества может варьироваться от обмена базовой информацией, согласования компетенций и обучения управлению закупками и цепочками поставок (УЗП), стандартизации данных и процессов в краткосрочной и среднесрочной перспективе до более интегрированного сотрудничества, которое может включать использование региональных распределительных центров и/или проведение совместных закупок в более долгосрочной перспективе. **Обмен информацией** (т.е. в отношении цен на товары, результативности работы поставщиков и т.д.) дает заинтересованным странам-членам ЦАРЭС возможность принимать более обоснованные решения. **Стандартизация данных**, политик и правил помогает оптимизировать процессы и улучшить сквозную прозрачность цепочки поставок, обеспечивая возможность повышения эффективности и действенности цепочки поставок здравоохранения.

67. **Цифровизация** способствует прозрачности всей цепочки поставок, делая процесс принятия решений более информированным и быстрым, что в итоге повышает эффективность цепочки поставок, сокращает затраты на цепочку поставок и помогает бороться с некачественной и фальсифицированной продукцией на рынке.²³ Необходима поддержка в укреплении электронных Информационных систем логистического управления (ИСЛУ) для обеспечения надлежащей информационной поддержки на всех уровнях, начиная с централизованных закупок и хранения и заканчивая распределением до конечного пользователя. Эффективность, точность и своевременность сбора, агрегирования и анализа данных имеют решающее значение. Существуют возможности для ускорения этих преимуществ за счет регионального сотрудничества в направлении стандартов данных, обмена данными и их использования. Централизованная ИСЛУ и/или Контрольная башня могут использоваться для всех товаров медицинского назначения в рамках агрегирования и анализа данных, улучшая видимость продукции и ее отслеживание

²³ Более эффективное и действенное управление данными достигается посредством цифровизации цепочки поставок. Это требует наличия генеральных данных о продукции, чтобы анализ и использование данных, собранных по всей цепочке поставок производились легче. Разные информационные системы управления используются по всей цепочке поставок, начиная, к примеру, с Систем управления складами и Систем инвентаризации, которые используются для управления запасами и деятельностью складов до Систем управления транспортировкой, которые используются при распределении.

по всей цепочке поставок, помогая принимать более обоснованные решения в таких областях, как прогнозирование, пополнение запасов, управление запасами, закупки и планирование распределения. Выгоды могут заключаться в повышении результативности работы, руководства и устойчивости, особенно во время ЧС, и может лучше информировать региональное взаимодействие.

68. **Инвестиции в кадровый потенциал УЗП** имеют решающее значение для хорошо функционирующей системы УЗП, обеспечивая своевременное принятие правильных решений и обеспечивая соответствие будущих системных проектов. Существуют возможности для региональной координации в направлении проведения совместных учебных мероприятий, согласования компетенций УЗП и обмена знаниями, обеспечивающих преимущества для всего региона. В итоге они могут стать основой для гармонизации компетенций и сертифицированного обучения в регионе, обеспечивая более плавную трансграничную деятельность, снижение затрат и улучшение обмена знаниями.

69. Учитывая многочисленные области УЗП, которые могут стать возможной областью для сотрудничества в регионе, **создание регионального института или центра УЗП ЦАРЭС** могло бы стать платформой для обеспечения регионального сотрудничества. Региональный институт мог бы способствовать проведению таких мероприятий, как обмен информацией, согласование стандартов, содействие обсуждению ключевых тем, представляющих интерес, проведение региональных курсов обучения УЗП и т.д. Он мог бы координировать обмен такой критически важной информацией, как цены на продукцию, доступность и качество, для повышения прозрачности, эпидемиологические данные и спрос. Страны также могут делиться извлеченными уроками или проблемами УЗП, с которыми они сталкиваются, с коллегами из других стран, создавая региональную сеть экспертов по УЗП, которую можно сбалансировать. Кроме того, это могло бы способствовать созданию прозрачных стандартизированных данных и предоставить странам доступ к высококачественным и необходимым ресурсам для повышения регионального потенциала и знаний о практике УЗП от отраслевых и академических экспертов, специалистов по обучению и из сети равных равному. В более долгосрочной перспективе можно было бы изучить **возможности совместной закупочной деятельности и использования региональных распределительных центров**, которые могут улучшить наличие, физическую и экономическую доступность лекарственных средств и материалов по всему региону в целях обеспечения достаточных поставок и запасов, особенно во время ЧС.

D. Уязвимые слои населения и трансграничное здравоохранение

1. Трансграничное здравоохранение

70. Оценка показала, что почти во всех странах отсутствуют возможности для оказания медицинской помощи в пунктах въезда (ПВ). Это включает в себя досмотр в пунктах въезда и карантинные возможности, СОП по процедурам уведомления, а также достаточно оборудованные и укомплектованные персоналом карантинные объекты в приграничных районах. В то время как уведомление и отчетность о заболеваниях осуществляются на национальном уровне, уведомления на субнациональном уровне могут быть улучшены. Оценка возможностей стран по ММСП также показала, что в пунктах пропуска отсутствуют планы действий в чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения, интегрированные в национальные планы реагирования на чрезвычайные ситуации.²⁴

²⁴ ВОЗ. Ежегодный отчет о самооценке государств-участников ММСП (SPAR).

71. Почти все страны ЦАРЭС отметили серьезные пробелы в межотраслевом сотрудничестве для трансграничного управления. Среди конкретных упомянутых факторов можно выделить отсутствие межотраслевого сотрудничества и координации по вопросам биологической безопасности и здравоохранения на границе на всех уровнях, включая формальные рамки (соглашения, планы) для такого сотрудничества между различными министерствами и пограничными службами по вопросам биологической безопасности и здравоохранения.

72. Совместные подходы к информированию о рисках в приграничных районах также нуждаются в улучшении. Почти ни одна страна ЦАРЭС не реализовала политику информирования о рисках для приграничных районов должным образом в своих планах реагирования на ЧС во время пандемии COVID-19. Согласно национальной оценке, только одна страна решила укрепить свою стратегию информирования о рисках посредством прозрачной ориентации на людей с ограниченными возможностями, и сообществ, проживающих на приграничных территориях, сталкивающихся с языковыми барьерами.

73. Предлагаемые решения. Существует необходимость в **улучшении возможностей досмотра и карантина** в ПВ, и СОП по процедурам уведомления, а также в обеспечении наличия достаточного оборудования, кадрового обеспечения и обучения в карантинных учреждениях в приграничных районах и развитии деятельности, начатой в этих районах. Также необходима поддержка для усиления обмена информацией и отчетности (включая обмен на субнациональном уровне) на основе информации о человеческих ресурсах. Кроме того, следует разработать рамки и проводить обучение для продвижения межотраслевого сотрудничества с целью трансграничного управления здравоохранением. Эти меры можно было бы сочетать с совместными оценками рисков, включая лучшее понимание рисков, с которыми сталкиваются уязвимые группы населения – такие как женщины, пожилые, лица с ограниченными возможностями и мобильные группы населения. Совместные имитационные учения в приграничных районах также могли бы способствовать межотраслевой и трансграничной координации и планированию реагирования на ЧС.

74. Наконец, поддержка в разработке культурно-чувствительных **стратегий информирования о рисках** с упором на гендерно-чувствительные стратегии информирования о рисках позволит укрепить охват сообществ, проживающих на приграничных территориях.

2. Пограничное здравоохранение и финансовая защита мигрантов

75. Зачастую, пограничные зоны находятся в отдаленных, труднодоступных районах или вдоль оживленных экономических коридоров и зон с интенсивным движением, где ведется торговая деятельность, через которые проезжает мобильное население, а рынки посещают местные торговцы из региона. Национальные и трансграничные службы здравоохранения, где проживают мигранты и мобильные группы населения и через которые они проходят, нуждаются в укреплении. Мобильное население и мигранты могут быть еще более уязвимы к инфекциям и вспышкам, потому что они зачастую бедны и живут в тесноте и в антисанитарных условиях. Многие страны ЦАРЭС указали на актуальность больших кочевых групп населения, перемещающихся по странам и не всегда использующих официальные пункты пересечения границы. Они также перемещают большое количество скота, который может быть поражен заболеваниями или быть их источником и переносчиком, повышая риск вспышек зоонозных заболеваний.

76. Медицинские учреждения в приграничных районах являются важным связующим звеном между предотвращением и выявлением вспышек, реагированием на чрезвычайные ситуации и соответствующим уходом за пациентами. Часто они недостаточно связаны с лабораториями и пограничными службами. Связанным с этим недостатком, упомянутым половиной стран ЦАРЭС, является недостаточное трансграничное ведение пациентов. Непрерывности лечения препятствуют несколько факторов, в том числе отсутствие платформ для трансграничного обмена историями болезни пациентов, отсутствие трансграничных систем направлений к специалистам, а также отсутствие механизмов наблюдения за инфекционными заболеваниями. Отсутствие информации о медицинских услугах, доступных за границей, включая конкретные услуги для уязвимых групп населения, также влияет на трансграничное ведение пациентов.

77. Кроме того, большие группы мигрантов живут и работают в разных странах ЦАРЭС. Значительное число может быть официально не зарегистрировано, и многие из них имеют ограниченный доступ к услугам здравоохранения или вообще не имеют его по разным причинам. Разрешение надлежащего лечения для уязвимых групп населения необходимо для снижения бремени заболеваний. Иностранные трудовые мигранты часто исключены или не имеют права на участие в схемах страхования, действующих в странах, где они работают. А там, где существуют инклюзивные схемы страхования, мигранты часто не пользуются ими по разным причинам, включая неспособность позволить себе членство в страховании или страховые взносы.

78. В странах ЦАРЭС также действуют свободные экономические зоны (СЭЗ) и промышленные зоны, которые привлекают и нанимают значительное количество трудовых мигрантов. Поскольку эти зоны также обычно расположены за пределами столичных регионов, доступ этих работников к услугам здравоохранения и их отношение к знаниям и практикам, связанным со здоровьем, как правило, менее развиты, чем в городских условиях, и представляют дополнительные риски для здоровья. Важно понимать и решать проблемы этих работников со здоровьем для их благополучия и оптимизации преимуществ для предприятий и связанных с ними сообществ.

79. **Предлагаемые решения.** Как отражено в структуре результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС, предлагается провести дальнейшие исследования **состояния здоровья и социально-экономического положения, а также потребностей в области здравоохранения приграничных сообществ и мобильного населения**, включая женщин и уязвимые группы населения, проживающие в отдельных приграничных районах. Это исследование должно также включать риски, связанные со здоровьем, и социальные детерминанты здоровья в зависимости от места их работы и проживания. Устойчивость к инфекционным и неинфекционным заболеваниям зависит от состояния здоровья населения страны и существующих факторов риска. Предлагается также провести дальнейшие исследования влияния вспышек и пандемий с разбивкой по полу, особенно на женщин-медиков, женщин-пациентов и на домохозяйства с женщинами во главе, проживающие в приграничных районах. Это должно быть дополнено исследованием **наличия и качества медицинских услуг в отдельных приграничных районах**, а также оценкой пограничных медицинских учреждений для лучшего понимания инфраструктуры, оборудования, кадрового обеспечения и других соответствующих аспектов. В оценку можно было бы включить варианты расширения доступности услуг с использованием других механизмов оказания услуг (мобильные бригады и пункты оказания услуг, телемедицина). Также следует предоставить рекомендации относительно повышения

потенциала готовности к чрезвычайным ситуациям, реагирования, профилактики и контроля инфекций медицинскими учреждениями в приграничных районах.

80. На основе оценки и исследований будут **определены потребности в модернизации медицинских учреждений** и медико-санитарных служб в приграничных районах с улучшением услуг для приграничных сообществ и мобильного населения, а также в создании или укреплении лабораторий в приграничных районах или вблизи них (см. Компонент 2). Поддержка в модернизации пограничных медицинских учреждений должна охватывать технические стандарты, а также потенциал трудовых ресурсов здравоохранения. Укрепление объектов в приграничных районах также включает улучшение ПИИК, улучшение связей с лабораториями и поддержку предотвращения вспышек, выявления и контроля, скрининга и ведения случаев инфекционных заболеваний в приграничных районах.²⁵

81. Поддержка должна также включать двусторонние договоренности о соединении медицинских учреждений и обеспечение возможности обмена информацией о пациентах и перенаправления больных через границы, обеспечивая доступ к медицинским услугам. Это потребует **создания платформ для обмена информацией о пациентах** (с гарантиями конфиденциальности и защиты пациентов) и сбора надежной информации об услугах здравоохранения, доступных за границей. Непрерывное развитие телемедицины и использование цифровых инструментов для здравоохранения еще больше улучшит доступ к медицинским услугам и обеспечит поддержку медицинских работников, находящихся в отдаленных и труднодоступных районах.

82. Интервенции могут способствовать дальнейшему **укреплению и расширению прав и возможностей сообществ**, проживающих в приграничных районах, и наращиванию потенциала сообществ по ведению и контролю заболевания (включая гигиену окружающей среды). Расширение прав и возможностей сообщества и его вовлечение важны для того, чтобы дать сообществам возможность принимать эффективные решения в отношении своего здоровья с точки зрения реагирования на их потребности в области здравоохранения, принятия и внедрения здорового выбора и поведения, а также практики заботы о себе. Расширенные возможности сообществ не только способствуют индивидуальной мотивации и изменению поведения, но также играют важную роль в совместном создании здоровой среды. Таким образом, укрепление здоровья на границе требует расширения возможностей и привлечения приграничных сообществ, включая малообеспеченные и маргинализированные группы населения, поддержки инициатив сообществ по улучшению здоровья и устойчивости сообществ, а также обеспечения санитарного просвещения и обучения для развития знаний, навыков и уверенности сообществ, чтобы они могли выражать свои потребности и сотрудничать с поставщиками медицинских услуг.

83. Рекомендуется провести дополнительное исследование **финансовой защиты трудовых мигрантов** в отдельных странах ЦАРЭС и оценить возможности переноса льгот. Поддержка в повышении доступности медицинских услуг может включать определение перечня льгот для мигрантов, пересекающих границы, включая доступ к медицинским услугам и диагностике. Это могло бы также включать определение соглашений между странами ЦАРЭС о переносе льгот для мигрантов, пересекающих границы.

²⁵ Проект региональной безопасности в области здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденный в 2022 году, уже включает компонент по охране здоровья на границе. АБР. 2022 г. Кыргызская Республика: Проект укрепления региональной безопасности в области здравоохранения.

84. Своевременное и регулярное проведение оценок воздействия на здоровье с использованием межотраслевого подхода (с участием министерств здравоохранения, органов управления СЭЗ, министерств охраны окружающей среды и других ведомств) поможет выявлять, смягчать и управлять рисками для здоровья и воздействиями на трудящихся-мигрантов в СЭЗ. Техничко-экономические расчеты и оценки рисков должны проводиться как часть ОВЗ для выявления и определения приоритетности проблем со здоровьем, а также их детерминант, а также для информирования о разработке и реализации мер по управлению рисками и воздействиями на здоровье.

Е. Перекрестная тема: Цифровое здравоохранение

85. Инвестиции в фонды цифрового здравоохранения имеют решающее значение для достижения устойчивого, функционального и безопасного ландшафта цифрового здравоохранения, генерирующего критически важные данные для поддержки различных целей сектора здравоохранения. Цифровое здравоохранение является важным направлением во всех компонентах. Однако инвестировать в цифровое здравоохранение необходимо для того, чтобы поддерживать устойчивость и координацию инвестиций и избегать фрагментации. Пандемия COVID-19 показала, что наличие надежной технической инфраструктуры имело решающее значение для быстрого развертывания цифровых решений для поддержки мер реагирования на пандемию. Оценка в шести странах ЦАРЭС показала наличие таких критических фундаментальных пробелов, как отсутствие стратегии цифрового здравоохранения, пробелы в законодательстве, слабое управление цифровым здравоохранением, недостаточная цифровая грамотность среди медицинских работников, пробелы в архитектуре предприятий, инфраструктуре и реестрах, а также недостаточное принятие и внедрение стандартов. В связи с этим предлагается выделить инвестиции в цифровое здравоохранение в качестве отдельной области.

86. В то время, как такие инвестиции, как правило, осуществляются на страновом уровне, региональное сотрудничество может включать в себя укрепление и использование сетей равноправных стран для обмена знаниями и извлеченными уроками, а также предоставления консультаций и поддержки по принципу «равный-равному».

III. ПРЕДЛАГАЕМАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ИНВЕСТИЦИОННАЯ ПЛАТФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2022-2027 ГГ.)

87. В приведенной ниже таблице представлена подробная информация о предлагаемой РИП, отражающей приоритетные инвестиции стран, которые были определены на основе страновых оценок и обсуждений, а также обсуждения страновых дорожных карт на втором заседании Рабочей группы ЦАРЭС по здравоохранению, состоявшемся 11-13 октября 2022 года в Тбилиси (Грузия). Определенные приоритеты включают в себя набор возможных мероприятий по ТП, таких как исследования, пилотные проекты и менее масштабные мероприятия по развитию потенциала, поддержку политического диалога и разработку продуктов знаний, связанных либо с текущими проектами ТП АБР, либо с будущими проектами ТП, которые могут финансироваться любым партнером по развитию. В РИП также представлены предложения по проектным инвестициям, включая больше мероприятий и поддержки на национальном уровне. Предлагаемые проектные инвестиции могут быть отдельными проектами или проектными компонентами проектов для более крупных инвестиционных потребностей и могут быть дополнительно адаптированы в зависимости от потребностей страны и в результате дальнейшего программирования страны и политического диалога. Любой проект будет проходить дальнейшую подготовку, включая комплексную проверку и детальное

проектирование. Следует отметить, что любая деятельность в рамках РИП также может поддерживаться за счет инициатив и финансирования стран.

88. Насколько это возможно, проекты будут основываться на существующих в регионе инициативах (см. Приложение 2 и Дополнение 5 к Стратегии здравоохранения ЦАРЭС), или дополнять их.

89. Для каждого из предлагаемых мероприятий в РИП указаны (i) цели, достижению которых способствуют эти мероприятия, (ii) уровень их приоритета (высокий приоритет, обозначенный зеленым цветом, и средний приоритет, обозначенный желтым цветом), (ii) ориентировочная модальность и период реализации, (iii) возможные страны и объединения стран (кластеры), и (iv) показатели Матрицы результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС, в достижение которых они вносят свой вклад (см. Приложение 1).

А. Стратегический компонент 1 – Лидерство и кадровый потенциал

Задача	Направления деятельности и уровень приоритетности	Ориентировочный способ ^а и период реализации	Возможные страны и кластеры	Ссылка на матрицу результатов ^б
Управление, координация и финансирование				
Укрепить лидерство и сотрудничество в сфере обеспечения региональной безопасности в области здравоохранения	Проводить регулярные встречи, обсуждения политики и ознакомительные поездки по актуальным темам безопасности здоровья (например, трансграничное сотрудничество в области здравоохранения, «Единое здоровье», учет гендерной проблематики). Повышать осведомленность о трансграничном здравоохранении и пропагандировать действия на высоком уровне, многосекторальное и многоуровневое сотрудничество и подотчетность среди членов РГЗ для содействия региональному сотрудничеству и прогрессу в достижении целей Стратегии здравоохранения ЦАРЭС. Включать координаторов ММСР в состав участников заседаний РГЗ, чтобы обеспечить координацию.	Деятельность ТП, 2023-2026 гг.	Региональный	1.a
Повысить готовность к обеспечению безопасности в области здравоохранения и потенциала реагирования	Разработать или обновить и рассчитать стоимость Национальных планов действий по обеспечению безопасности здоровья для приоритизации развития и реализации потенциала.	Деятельность ТП, 2023-2025 гг.	Все страны	С.
	Обеспечить развитие потенциала по созданию или укреплению оперативных центров по чрезвычайным ситуациям.	Деятельность ТП, 2023-2025 гг.	Региональный	
	Создать или укрепить оперативные центры по чрезвычайным ситуациям, включая разработку правовой и политической базы на долгосрочную перспективу, определение соответствующих аспектов, таких как потребности в институциональных механизмах, создании, обеспечении инфраструктурой и оснащении оборудованием, информационных системах, кадровом обеспечении, развертывании, специальном обучении и укреплении институционального потенциала.	Проект или компонент проекта, 2024-2028 гг.	Все страны, региональные	
	Изучить варианты создания фондов общественного здравоохранения для чрезвычайных ситуаций (способы финансирования – например, конкретные процедуры выплаты средств), чтобы обеспечить ускоренное отслеживание распределения и выплаты средств в чрезвычайных ситуациях.	Деятельность ТП и проектный компонент, 2024-2028 гг.	ТАД, УЗБ	1.b
Улучшить финансирование рисков пандемии	Проводить политические дискуссии и обмен знаниями об инструментах финансирования рисков пандемии.	Деятельность ТП, 2022-2023 гг.	Региональный	1.b
	Пилотный региональный механизм финансирования рисков пандемии.	Деятельность ТП, 2023-2026 гг.	Изначально 1-2 страны	1.b
Потенциал и навыки рабочей силы				
Укрепить кадровые ресурсы для	Разработать репозиторий доступных авторитетных/сертифицированных учебных программ, учреждений и материалов по безопасности здоровья (в том числе, по «Единому здоровью», управлению чрезвычайными	Деятельность ТП, 2023-2025 гг.	Региональный	6.a

принятия надлежащих и эффективных ответных мер в области здравоохранения		ситуациями в области общественного здравоохранения и лабораториям). Выявление возможностей для расширения существующих учреждений для проведения регионального обучения и подготовки инструкторов.			
		▪ Провести анализ спроса и предложения отдельных кадров в конкретной стране, включая сопоставление существующих кадровых ресурсов с требуемой компетенцией кадров здравоохранения для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и реагирования на них.	Деятельность ТП, 2023-2025 гг.	АЗЕ, КЫР, ГРУ, МОН, ПАК, ТАД, ТКМ, УЗБ	1.c
		▪ Разработать реестр кадров здравоохранения. Улучшить навыки и использование данных в кадровых ресурсах для планирования и прогнозирования в области здравоохранения.	Компонент проекта, 2023-2026 годы	АЗЕ, КЫР, ГРУ, МОН, ПАК, ТАД, ТКМ, УЗБ	1.c
		▪ Разработать и протестировать протоколы развертывания человеческих ресурсов для реагирования на чрезвычайные ситуации с учетом специфики страны.	Компонент проекта, 2023-2026 годы	АЗЕ, КЫР, ГРУ, МОН, ПАК, ТАД, ТКМ, УЗБ	1.b
		▪ Проводить тренинги и подготовку инструкторов в заранее определенных областях («Единое здоровье», навыки прогнозирования и планирования, процедуры и методологии тестирования и отбора проб в лабораториях) на основе результатов анализа пробелов.	Компонент проекта, 2023-2026 годы	АЗЕ, КЫР, ГРУ, МОН, ПАК, ТАД, ТКМ, УЗБ. Специально для лабораторий: ПАК, ТКМ, ТАД	1.c

АЗЕ = Азербайджан, ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, ТП = техническая помощь, ГРУ = Грузия, ММСР = Международные медико-санитарные правила, КЫР = Кыргызская Республика, МОН = Монголия, ПАК = Пакистан, ТАД = Таджикистан, ТКМ = Туркменистан, УЗБ = Узбекистан, РГЗ = Рабочая группа по здравоохранению.

^a Любая деятельность в рамках РИП также может поддерживаться за счет собственной инициативы и финансирования стран.

^b См. в Приложении 1 Матрицу результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС.

В. Стратегический компонент 2 – Техническая готовность

Задача	Направления деятельности и уровень приоритетности	Ориентировочный способ ^a и период реализации	Возможные страны и кластеры	Ссылка на матрицу результатов ^b
Наблюдение				
Улучшить доступ и использование региональных медицинских данных для предотвращения чрезвычайных ситуаций в	▪ Согласовать национальные перечни болезней, подлежащих регистрации, для обмена информацией и привести их в соответствие с ММСР (сайт с информацией о событиях, уведомление о вспышках), стандартными операционными процедурами, ранним выявлением и оповещением. Оценить и укрепить субнациональный информационный поток. ^b	Деятельность ТП и/или компонент проекта, 2023-2025 гг.	КАЗ, КЫР, ТАД, ТКМ, УЗБ	2.a 5.b 6.a
	▪ Публиковать регулярно обновляемую региональную информационную панель безопасности в области здравоохранения через CARINFONET и институционализировать использование данных для предотвращения	Деятельность ТП, 2023-2025 гг.	КАЗ, КЫР, ТАД, ТКМ, УЗБ	1.b 5.b 6.a

области здравоохранения, обеспечения готовности и реагирования		чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, обеспечения готовности и реагирования.			
		▪ Распространять знания и уроки пилотирования системы дозорного эпиднадзора в качестве регионального общественного блага.	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	АЗЕ, региональный	
		▪ Укрепить и, при необходимости, оцифровать системы эпиднадзора для улучшения выявления вспышек заболеваний. Укрепить комплексные системы эпиднадзора («Единое здоровье»), в том числе для устойчивости к противомикробным препаратам.	Компонент проекта, 2024-2028 годы	АЗЕ	2.a 5.b
Лабораторная инфраструктура и потенциал					
Повысить доступность и доступ к качественным лабораторным услугам		▪ Пилотные мобильные лаборатории в отдаленных и труднодоступных районах.	Деятельность по ТП или компонент проекта, 2023-2025 гг.	ПАК, ТАД, ТКМ	
		▪ Оценить, определить стоимость и распланировать модернизацию лабораторий в соответствии с национальными стандартами и уровнями биобезопасности, и выявить устойчивость к противомикробным препаратам.	Деятельность ТП, 2023-2025 гг.	АЗЕ, ТАД, ТКМ, УЗБ	
		▪ Модернизировать отобранные лаборатории (в приграничных районах) для приведения их в соответствие с национальными стандартами и уровнями биобезопасности, а также организовать трансграничное направление и транспортировку образцов. ⁶	Компонент проекта, 2024-2028 годы	АЗЕ, КЫР, ТАД, ТКМ, УЗБ	2.b
		▪ Дать возможность национальным справочным лабораториям проводить секвенирование генома.	Компонент проекта, 2024-2028 годы	АЗЕ	2.b
		▪ Внедрить системы управления качеством деятельности лабораторий для национальных сетей лабораторий и способствовать региональному обмену стратегиями тестирования и отбора проб. ⁶	Компонент проекта, 2024-2028 годы	АЗЕ, КЫР, ТАД, ТКМ, УЗБ	2.b
Улучшить лабораторное оснащение и системы управления поставками		▪ Спроектировать и установить лабораторное оборудование и системы управления поставками.	Компонент проекта, 2024-2028 годы	КЫР, ТАД, ТКМ	2.b
		▪ Пилотировать и внедрять лабораторные информационные системы, включая обмен лабораторной информацией и отслеживание образцов. ⁶			

АЗЕ = Азербайджан, CARINFONET = Информационная сеть республик Центральной Азии, ММСП = Международные медико-санитарные правила, КАЗ = Казахстан, КЫР = Кыргызская Республика, ТАД = Таджикистан, ТКМ = Туркменистан, УЗБ = Узбекистан.

^a Любая деятельность в рамках РИП также может поддерживаться за счет собственной инициативы и финансирования стран.

^b См. в Приложении 1 Матрицу результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС.

^c Мероприятия, полностью или частично включенные в проект «Региональная безопасность здоровья Кыргызской Республики»

С. Стратегический компонент 3 – Всплеск спроса и доступ к поставкам

Задача	Направления деятельности и уровень приоритетности		Ориентировочный способ ^a и период реализации	Возможные страны и кластеры	Ссылка на матрицу результатов ^b
Регуляторные механизмы					
Расширить потенциал национальных регулирующих органов (НРО) и использование регулирования на региональном уровне		▪Организовывать совместные мероприятия, такие как совместная оценка заявок на медицинские изделия, определенные участвующими НКО в качестве общего приоритета.	Деятельность ТП, 2023-2026 гг.	АЗЕ, ГЕО, КЫР, МОН, ТАД	1.b 3.a
		▪Разработать механизмы для регулярного сотрудничества с хорошо обеспеченными ресурсами регулируемыми органами (например, Европейским агентством по лекарственным средствам, Swiss-Medic), чтобы регулярно получать их поддержку и обмениваться информацией.	Мероприятия по ТП, 2023-2026 гг. и/или компонент проекта, 2024-2028 гг.		
		▪Оценить сильные и слабые стороны НРО с возможностью постепенного преобразования сильных НРО в региональные центры передового опыта на благо всех участвующих органов.	Деятельность ТП, 2024-2026 гг.		
		▪Разработать и внедрить специальную ИТ-платформу для поддержки совместных оценок, облегчения обмена информацией и повышения надежности с минимальным ручным вмешательством.	Деятельность ТП или компонент проекта 2024-2028 гг.		
		▪Оптимизировать ресурсы страны за счет рационализации кабинетной оценки документации, такой как сертификаты надлежащей производственной практики и сертификаты фармацевтической продукции, выданные в рамках Схемы сертификации ВОЗ, и обеспечить использование подхода, основанного на оценке рисков, при разработке и осуществлении деятельности по отбору проб и лабораторных испытаний.	Деятельность по ТП на 2024-2026 гг. или компонент проекта, 2024-2028 гг.		
Механизмы закупок и цепочки поставок					
Улучшить гарантии региональных поставок за счет укрепления межстранового сотрудничества в области закупок основных продуктов общественного здравоохранения		▪Содействовать обмену информацией путем сбора, компиляции, анализа и визуализации данных, предоставленных странами (включая цены на продукты, производительность поставщиков, рыночную информацию) для отдельных труднодоступных основных медицинских продуктов в качестве первого шага к совместным закупкам.	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	Региональный	1.b 3.b 6.a
		▪Провести технико-экономическую оценку создания регионального механизма (механизмов) для агрегирования спроса, группового заключения контрактов и/или объединенных закупок основных товаров общественного здравоохранения и определить страны-первопроходцы для реализации пилотных инициатив в отношении отобранных приоритетных продуктов.	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	Региональный	3.b 6.a
		▪Опробовать пилотный механизм совместных закупок, потенциально включающий элемент совместного возобновляемого фонда.	Проект или компонент проекта, 2025-2028 гг.	Изначально 2-3 страны	1.b 3.b 6.a

Повысить прозрачность и эффективность региональных цепочек поставок товаров медицинского назначения	■ Инвестировать в сквозную цифровизацию цепочек поставок в сфере общественного здравоохранения и в региональные стандарты управления, использования и обмена данными для улучшения прогнозирования и планирования спроса, обеспечения возможности принятия обоснованных решений о закупках, предотвращения дефицита и отсутствия запасов, а также сокращения распространения некачественной продукции и/или фальсифицированной продукции.	Проект или компонент проекта, 2024-2028 гг.	Изначально 1-2 страны	3.c
	■ Разработать региональный план управления рисками цепочки поставок	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	Региональный	3.c
Создать региональный центр для улучшения управления закупками и цепочками поставок	■ Провести технико-экономическую оценку для создания регионального института УЗП или центра для укрепления и поддержки совместных региональных закупок и управления цепочками поставок.	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	Региональный	3.b 6.a
	■ Создать региональный институт или центр УЗП для деятельности по развитию потенциала и поддержки регионального совместного управления УЗП.	Проект или компонент проекта, 2026-2028 гг.	Региональный	3.b 6.a

АЗЕ = Азербайджан, ГРУ = Грузия, ИТ = информационные технологии, КЫР = Кыргызская Республика, МОН = Монголия, УЗП = Управление закупками и цепочками поставок, ТП = техническая помощь, ТАД = Таджикистан, ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

^a Любая деятельность в рамках РИП также может поддерживаться за счет собственной инициативы и финансирования стран.

^b См. в Приложении 1 Матрицу результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС.

D. Стратегический компонент 4 – Уязвимые группы населения и здоровье на границах

Задача	Направления деятельности и уровень приоритетности	Ориентировочный способ ^a и период реализации	Возможные страны и кластеры	Ссылка на матрицу результатов ^b
Трансграничная безопасность в области здравоохранения				
Повысить трансграничную безопасность в области здравоохранения	■ Инициировать трансграничный обмен данными в приграничных районах на основе ММСП и в соответствии с согласованными стандартами данных и выбранными приоритетными заболеваниями посредством Меморандумов о взаимопонимании (см. также Компонент 2)	Мероприятия по ТП, 2023-2025 гг. и/или компонент проекта, 2024-2028 гг.	Граница АЗЕ-ГРУ; выбранные границы КАЗ, КЫР, ТАД, ТКМ, УЗБ; ПАК	1.b 2.a 5.b
	■ Модернизировать пункты въезда (ПВ) с точки зрения скрининга инфекций (лаборатории и сети) и контроля (карантин), ведения случаев и качества медицинской помощи. Усилить разъяснительные мероприятия по ММСП в ПВ.	Компонент проекта, 2024-2028 годы	ЭКАБ: КАЗ, КЫР; граница АЗЕ-ГРУ; ТАД, ТКМ, УЗБ	
	■ Проводить и масштабировать совместные оценки риска вспышек и совместное моделирование ответных мер на вспышку, разрабатывать планы действий в чрезвычайных ситуациях в отобранных ПВ (см. приложение к ММСП) с использованием доступных и обновленных инструментов.	Компонент проекта, 2024-2028 годы	Граница АЗЕ-ГРУ; выбранные границы КАЗ, КЫР, ТАД, ТКМ, УЗБ; ПАК	1.b

Здравоохранение на приграничных территориях					
Улучшить понимание санитарных условий на границе		■ Провести опрос среди приграничных сообществ и мобильного населения (включая женщин и уязвимые группы) по состоянию их здоровья, потребностям, социальным детерминантам здоровья, доступу к медицинским услугам и последствиям вспышек и пандемий. ^б	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	Граница АЗЕ-ГРУ; ЭКАБ: КАЗ, КЫР; выбранные границы КАЗ, ТАД, ТКМ, УЗБ; ПАК	4.a 5.c
		■ Оценить доступность и качество услуг в отобранных пограничных медицинских учреждениях.			
Улучшить доступность и качество медицинских учреждений и услуг в приграничных районах		■ Модернизировать отдельные пограничные медицинские учреждения, включая улучшение профилактики и контроля инфекций, улучшение связей с лабораториями и поддержку предотвращения вспышек, выявления и контроля, скрининга и ведения случаев инфекционных заболеваний в приграничных районах.	Проект или компонент проекта, 2024-2028 гг.	ЭКАБ: КАЗ, КЫР; граница АЗЕ-ГРУ; ТАД, ТКМ, УЗБ	4.b
		■ Проводить семинары по созданию и обмену электронными медицинскими картами мигрантов и направлениями пациентов через границы (в том числе, по ТБ и ВИЧ).	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	АЗЕ, ГРУ, КЫР, МОН, ПАК, ТАД, УЗБ	1.c 4.b
		■ Пилотный проект электронных медицинских карт мигрантов между границами АЗЕ и ГРУ (в том числе, по ТБ и ВИЧ).	Компонент проекта, 2024-2028 годы	Граница АЗЕ-ГРУ	4.b
Расширить возможности сообществ		■ Разработать или обновить планы социально инклюзивного информирования о рисках и изменении поведения (ИПИП) через границы с учетом гендерной проблематики.	Компонент проекта, 2024-2028 годы	ТАД, ПАК	
		■ Внедрение социально инклюзивных планов рисков и ИПИП (например, информирование мигрантов о доступных услугах и устранение стигматизации как барьеров для доступа) и поддержка общественных действий по повышению устойчивости в приграничных районах.			
Финансовая защита трудовых мигрантов					
Улучшить финансовую защиту трудовых мигрантов		■ Подготовить технико-экономическое обоснование и проводить диалоги по вопросам финансовой защиты, возможности переноса пособий и составления каталога пособий для трудовых мигрантов (включая доступ к медицинским и диагностическим услугам).	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	АЗЕ, ГЕО, КАЗ, КЫР, ПАК, ТАД, ТКМ, УЗБ	4.a
		■ Опробовать пилотные схемы финансовой защиты для трудовых мигрантов (включая иностранных граждан) в отдельных странах ЦАРЭС на основе существующих схем страхования и двусторонних договоренностей, которые будут дополнительно определены на основе технико-экономического обоснования.	Компонент проекта, 2025-2028 годы	Будет определено после технико-экономического обоснования	6.a

ЭКАБ = Экономический коридор Алматы-Бишкек, АЗЕ = Азербайджан, ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, ГРУ = Грузия, ММСП = Международные медико-санитарные правила, КАЗ = Казахстан, КЫР = Кыргызская Республика, МОН = Монголия, ПАК = Пакистан, ТАД = Таджикистан, ТБ = туберкулез, ТКМ = Туркменистан, УЗБ = Узбекистан.

^а Любая деятельность в рамках РИП также может поддерживаться за счет собственной инициативы и финансирования стран.

^б См. в Приложении 1 Матрицу результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС.

^с Мероприятие включено в проект «Региональная безопасность в области здравоохранения Кыргызской Республики».

Е. Сквозная (перекрестная) тема: Цифровое здравоохранение

Задача	Направления деятельности и уровень приоритетности	Ориентировочный способ ^а и период реализации	Возможные страны и кластеры	Ссылка на матрицу результатов ^б
Основы цифрового здравоохранения				
Улучшить технические возможности в области цифрового здравоохранения	■ Проводить вебинары по цифровому здравоохранению на различные темы, такие как стандарты и терминология; образование и цифровая грамотность; реестры кадров здравоохранения; разработка платформы; оценка приложений и обмен знаниями, функциональная совместимость, кибербезопасность, разработка архитектуры предприятия и планирование инвестиций в цифровое здравоохранение.	Деятельность ТП, 2022-2024 гг.	Региональный	1.c 5.a
	■ Инвестиции в основы цифрового здравоохранения (основные реестры, платформа, инфраструктура, сеть и т.д.)	Компонент проекта, 2024-2028 годы	Выбранные страны	5.a
	■ Разработать региональную основу для оценки приложений и решений цифрового здравоохранения.	Деятельность ТП, 2023-2024 гг.	Выбранные страны	6.a
	■ Провести технико-экономическое обоснование механизма регулярной совместной деятельности для проведения совместной оценки приложений и решений в области цифрового здравоохранения и обмена информацией.	Деятельность ТП, 2024-2028 гг.	Выбранные страны	6.a

АЗЕ = Азербайджан, ГРУ = Грузия, КАЗ = Казахстан, КЫР = Кыргызская Республика, ТП = техническая помощь, УЗБ = Узбекистан.

^а Любая деятельность в рамках РИП также может поддерживаться за счет собственной инициативы и финансирования стран.

^б См. в Приложении 1 Матрицу результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС.

Структура результатов Стратегии здравоохранения ЦАРЭС

Цель		Индикаторы	Базовый уровень	Источник
Улучшенная региональная медицинская безопасность		К 2030 г.: А. Заболеваемость новыми инфекционными заболеваниями среди населения		Страны ЦАРЭС и Секретариат
		В. Средний балл по ММСП для стран ЦАРЭС		Страны ЦАРЭС и Секретариат
		С. Количество стран ЦАРЭС, которые включают совместные региональные подходы и межсекторальные мероприятия в свои стратегии или планы в области ВОМСУ и/или сектора здравоохранения ^a		Национальные стратегии/планы в области здравоохранения, отчеты ЦАРЭС
Стратегический столп	Исход	Индикаторы	Базовый уровень	Источник
1. Лидерство и кадровый потенциал	Укрепление регионального руководства, координации и рабочей силы	Координация и управление: 1. Установлена межсекторальная структура поддержки	0	Секретариат ЦАРЭС
		1.b Количество совместных страновых мероприятий, проведенных в рамках Стратегии здравоохранения ЦАРЭС	0	Секретариат ЦАРЭС
		Квалификация и потенциал рабочей силы: 1.c Количество персонала, связанного со здоровьем (с разбивкой по полу), прошедшего обучение при поддержке ЦАРЭС для решения вопросов, связанных с санитарно-эпидемиологической безопасностью ^a	будет уточнено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
2. Техническая готовность	Улучшенный эпиднадзор и лабораторная инфраструктура	Реагирование на уровне эпиднадзора: 2.a Количество стран ЦАРЭС, использующих гармонизированные данные эпиднадзора и общие критерии анализа	будет уточнено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		Лабораторная инфраструктура: 2.b Количество стран ЦАРЭС с диагностическими лабораториями, обладающими признанным потенциалом для проведения высококачественного ПЦР-анализа	будет уточнено	Страны ЦАРЭС и Секретариат

3. Доступ к расходным материалам и резервному потенциалу	Расширение возможностей доступа к поставкам и удовлетворение повышенного спроса	Регуляторные механизмы: 3.a Создан механизм регионального сотрудничества для укрепления регулирующего потенциала	0	Секретариат ЦАРЭС
		Механизмы закупок: 3.b Количество разработанных региональных механизмов закупок (от обмена информацией до фактических закупок)	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		Управление цепочками поставок: 3.c Разработан региональный план управления рисками цепочки поставок	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат
4. Уязвимые группы населения и здоровье на границе	Улучшенные медицинские услуги для групп мигрантов, приграничных сообществ и уязвимых групп	Доступ: 4.a Проведено исследование потребностей трансграничных сообществ ЦАРЭС и мобильного населения, включая женщин и уязвимые группы	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		Бремя болезней: 4.b Количество инициатив регионального сотрудничества для трансграничной поддержки мигрантов с хроническими инфекционными заболеваниями (например, ТБ, ВИЧ)	будет уточнено	Страны ЦАРЭС и Секретариат

Стратегический компонент	Результат	Индикаторы	Базовый уровень	Источник
Сквозные темы	Достаточные системы медицинской информации, управление данными, региональный обмен знаниями и инновационный потенциал	Цифровое здравоохранение/ инновации: 5.a Количество согласованных на национальном уровне концепций и дорожных карт функциональной совместимости информационных систем.	будет уточнено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
	Обеспечена разбивка данных по полу; особые потребности женщин, учитываемые при планировании здравоохранения и разработке услуг и инфраструктуры	Гендер: 5.b Количество стран ЦАРЭС, обладающих потенциалом для сбора дезагрегированных по полу данных рутинного эпиднадзора за новыми инфекционными заболеваниями	будет уточнено	Страны ЦАРЭС и Секретариат
		5.c Исследования, посвященные влиянию вспышек и пандемий с разбивкой по полу, особенно на женщин-медиков, женщин-пациентов и домохозяйства, возглавляемые женщинами.	0	Страны ЦАРЭС и Секретариат
Институты и управление	Создана институциональная платформа для регионального сотрудничества в области здравоохранения	6.a Количество совместных региональных решений в области здравоохранения, разработанных в рамках ЦАРЭС ^a	0	Секретариат ЦАРЭС

ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, НИЗ = новые инфекционные заболевания, ММСП = Международные медико-санитарные правила, ПЦР = полимеразная цепная реакция, ТБ = туберкулез, TBD = будет уточнено, ВОМСУ = всеобщий охват медико-санитарными услугами.

^a Соплауется с Матрицей результатов программы ЦАРЭС.

Существующие системы санитарно-эпидемиологической безопасности и связанные с ними стратегии и инициативы стран и партнеров по развитию в отдельных областях

Санитарно-эпидемиологическая безопасность • Национальный план действий по охране здоровья • Региональные учения ВОЗ по совместной оценке и выявлению событий (JADE) • Проект модернизации санитарных и фитосанитарных стандартов ЦАРЭС
Кадровый потенциал • Программа полевой эпидемиологии и лабораторного обучения, ЦКПЗ • Стратегия кадрового обеспечения системы общественного здравоохранения в Грузии в сотрудничестве с ЦКПЗ, Университетом Джонса Хопкинса и Национальным центром по контролю заболеваний и общественному здравоохранению Грузии • Множественное признание навыков (например, СНГ)
Эпидемиологический надзор и лаборатории • Сеть биологического надзора Шелкового пути • Региональный центр антибиотикорезистентности (Центр Лугара) • Региональный центр глобального выявления заболеваний • Центральнаяазиатская и европейская сеть эпидемиологического надзора за устойчивостью к противомикробным препаратам (CAESAR) • Лучшие лаборатории для лучшей жизни • Проекты ЕС, связанные с химическими, биологическими, радиологическими и ядерными (CBRN) проектами
Механизмы закупок и цепочки поставок • Существующие объединенные закупки (ГАВИ, НОРЕ, ЮНИСЕФ) • Внедрение единого фармацевтического рынка в рамках ЕАЭС
Здравоохранение и санитарно-эпидемиологическая безопасность на приграничных территориях • Улучшение здравоохранения и пограничного контроля в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане в ответ на COVID-19 и другие инфекционные заболевания (МОМ, ЦКПЗ) • Трансграничная отчетность и коммуникация в соответствии с ММСП (2005 г.) • Региональная организационная структура для мер общественного здравоохранения, связанных с международными поездками, в контексте пандемии COVID-19 (ВОЗ) • Положения, действующие в рамках ЕАЭС и СНГ • Положения национального законодательства (например, Казахстана) • Двусторонние соглашения (с охватом, ограничивающимся туберкулезом/ВИЧ)
Цифровое здравоохранение • Региональная программа обучения информатике и науке о данных в области здравоохранения (ЦКПЗ)

ЦАРЭС = Центральнаяазиатское региональное экономическое сотрудничество; ЦКПЗ = Центры по контролю и профилактике заболеваний; СНГ = Содружество Независимых Государств; ЕАЭС = Евразийский экономический союз; ГАВИ = Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации; ВИЧ = вирус иммунодефицита человека; НОРЕ = профилактическое образование, ориентированное на здоровье; ММСП = Международные медико-санитарные

правила; MOM = Международная организация по миграции; ЮНИСЕФ = Детский фонд Организации Объединенных Наций; ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.