РАСШИРЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ ЦАРЭС 2030

ПРЕДПРОЕКТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ИЮЛЬ 2021 Г.

**РАСШИРЕНИЕ
РЕГИОНАЛЬНОГО
СОТРУДНИЧЕСТВА
В ОБЛАСТИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
РАМКАХ ЦАРЭС 2030
ПРЕДПРОЕКТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

ИЮЛЬ 2021 Г.

Creative Commons Attribution 3.0 IGO license (CC BY 3.0 IGO)

© 2021 Азиатский банк развития
6 ADB Avenue, Mandaluyong City, 1550 Metro Manila, Philippines
Tel +63 2 8632 4444; Fax +63 2 8636 2444
www.adb.org

Некоторые права защищены. Опубликовано в 2021 году.

ISBN 978-92-9269-025-0 (печатный вариант); 978-92-9269-026-7 (электронный вариант);
978-92-9269-027-4 (эл.книга)
Номер тиража: TCS210273-3
DOI: <http://dx.doi.org/10.22617/TCS210273-2>

Изложенные в данной публикации взгляды выражают мнение авторов и могут не совпадать с мнениями и политикой Азиатского банка развития (АБР) или его Совета управляющих, а также правительств тех стран, которые они представляют.

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

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

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

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

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

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

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

Дизайн обложки: Кеисукэ Такетани

СОДЕРЖАНИЕ

ТАБЛИЦЫ, РИСУНКИ И ВСТАВКИ	v
ПРЕДИСЛОВИЕ	vii
ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	ix
СОКРАЩЕНИЯ	x
ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ	xii
ЦАРЭС 2030: РАСШИРЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	xviii
1 ВВЕДЕНИЕ	1
1.1 Центральная Азия в переходный период	2
1.2 Стратегия ЦАРЭС 2030	3
1.3 Доводы в пользу регионального сотрудничества в области здравоохранения	4
1.4 Предпроектное исследование	6
2 ТЕНДЕНЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ ЦАРЭС	7
2.1 Тенденции в области народонаселения, здоровья и питания	8
2.2 Общие факторы риска, влияющие на здоровье в регионе	10
2.3 Проблемы здравоохранения регионального значения	12
2.4 Развитие систем здравоохранения в регионе	24
3 ВОЗМОЖНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	28
3.1 Движущие силы и ограничения регионального сотрудничества в области здравоохранения	29
3.2 Типы регионального сотрудничества и извлеченные уроки	34
3.3 Приоритеты регионального сотрудничества	35
4 СОТРУДНИЧЕСТВО ЦАРЭС В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЫВОДЫ	67
4.1 Выводы	68
4.2 Рекомендации	70
4.3 Предлагаемые институциональные механизмы и следующие шаги	74

ПРИЛОЖЕНИЯ	77
1 Отдельные показатели	77
2 Развитие систем здравоохранения ЦАРЭС на основе структурных элементов ВОЗ	80
3 Анализ сильных сторон, слабых сторон, возможностей и угроз	92
4 Примеры регионального сотрудничества в здравоохранении	94
5 Резюме существующего регионального сотрудничества в области здравоохранения в регионе ЦАРЭС	100

ТАБЛИЦЫ, РИСУНКИ И ВСТАВКИ

ТАБЛИЦЫ

1	Показатели ожидаемой продолжительности жизни и фертильности стран ЦАРЭС	8
2	Показатели риска для здоровья в регионе ЦАРЭС	11
3	Обзор вирусных эпидемий	14
4	Показатели заболеваемости и смертности от COVID-19 в странах, по состоянию на 3 мая 2021 года	16
5	Результаты самооценки стран ЦАРЭС по ММСП за 2019 г.	17
6	Численность международных мигрантов в странах ЦАРЭС, 2019 г.	23
7	Движущие силы и ограничения регионального сотрудничества ЦАРЭС в области здравоохранения	31
8	Резюме рекомендаций	75
A1.1	Социально-экономические показатели	77
A1.2	Демографические показатели	78
A1.3	Выборочные показатели здоровья и медицинских услуг	79
A2.1	Индекс стран ЦАРЭС по всеобщему охвату медико-санитарными услугами	82
A2.2	Численность медицинского персонала в ЦАРЭС и других регионах	85
A3.1	SWOT-анализ систем здравоохранения в ЦАРЭС	92
A5.1	Резюме ключевых инициатив сотрудничества в области здравоохранения в регионе ЦАРЭС, наиболее актуальных для реализации Стратегии ЦАРЭС 2030	100
A5.2	Резюме основных межправительственных организаций и других региональных групп, участвующих в региональном сотрудничестве в области здравоохранения в регионе ЦАРЭС	104

РИСУНКИ

1	Распределение [уровня] годовой смертности по причинам в регионе ЦАРЭС, 2000–2017 гг.	9
2	Неинфекционные заболевания в ЦАРЭС, 1990–2017 гг.	22

3	Структурные элементы систем здравоохранения Всемирной организации здравоохранения	25
4	Четыре типа сотрудничества	29
A2.1	Структурные элементы систем здравоохранения Всемирной организации здравоохранения	80
A2.2	Плотность коечного фонда в странах ЦАРЭС	81
A2.3	Текущие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, 2018 г.	89
A2.4	Личные расходы на медицинские услуги в странах ЦАРЭС	90

ВСТАВКА

1	Инициативы в ЦАРЭС, связанные с Международными медико-санитарными правилами (2005)	38
2	Шанхайская организация сотрудничества	40
3	Проект по безопасности здоровья в Субрегионе Большого Меконга	41
4	Подход «Единое здоровье» в ЦАРЭС	42
5	Модернизация санитарных и фитосанитарных стандартов в странах	43
6	Укрепление национальных систем обеспечения качества и лабораторного потенциала в странах ЦАРЭС	44
7	Региональное сотрудничество и эпиднадзор за инфекционными заболеваниями в странах	46
8	Региональное обучение кадровых ресурсов в странах ЦАРЭС	48
9	Реализация Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в странах ЦАРЭС	53
10	Региональное сотрудничество в области эпиднадзора за неинфекционными заболеваниями и исследований в странах Северной Европы	55
11	Медицинские услуги в рамках Экономического сообщества АСЕАН	57
12	Региональное обучение и электронная система здравоохранения в ЦАРЭС	58
13	Состояние общего фармацевтического рынка Евразийского экономического союза	59
14	Соглашение о совместных закупках Европейского Союза	61
15	Региональный центр оценки медицинских технологий КНР	62
16	Трансграничное сотрудничество в области здравоохранения для мигрантов в ЦАРЭС	63
17	Электронные карты мигрантов в Содружестве Независимых Государств	65

ПРЕДИСЛОВИЕ

Пандемия коронавирусной болезни (COVID-19) напомнила мировому сообществу, что вирусы не останавливаются на национальных границах. Сотрудничество между странами еще раз доказало необходимость устранения региональных угроз здоровью и защиты здоровья населения. Сотрудничество в области здравоохранения также может помочь найти решения для других проблем, таких как борьба с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), повышение квалификации медицинских работников, охрана здоровья трудящихся-мигрантов и предоставление качественных медицинских услуг приграничным общинам.

Программа Центральноеазиатского регионального экономического сотрудничества, поддерживаемая Азиатским банком развития и другими международными организациями развития, представляет собой партнерство 11 стран, работающих вместе для содействия развитию посредством сотрудничества, ведущего к ускоренному росту и сокращению бедности. Стратегия ЦАРЭС до 2030 года, одобренная во время 16-й Министерской конференции ЦАРЭС в октябре 2017 года, расширила сотрудничество в новых областях, включая человеческое развитие, чтобы лучше удовлетворять потребности региона в развитии и помочь странам-членам достичь Глобальной повестки дня в области развития на период до 2030 года. Сотрудничество в области здравоохранения было определено в качестве нового приоритетного направления кластера человеческого развития в рамках стратегии ЦАРЭС 2030. Стратегия поддерживает страны ЦАРЭС в борьбе с рисками пандемии и борьбе с инфекционными заболеваниями, а также в борьбе с НИЗ.

Данное предпроектное исследование является первым шагом к расширению регионального сотрудничества в области здравоохранения в регионе ЦАРЭС. В нем рассматривается прогресс и проблемы сектора здравоохранения, а также исследуется потенциальная роль ЦАРЭС в продвижении регионального сотрудничества для улучшения результатов в отношении здоровья в регионе. Исследование показывает степень бремени НИЗ и инфекционных заболеваний в регионе ЦАРЭС, а также соответствующие сильные и слабые стороны систем здравоохранения. В нем определены следующие стратегические направления в продвижении регионального сотрудничества в области здравоохранения: (i) повышение региональной безопасности здоровья; (ii) развитие систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества; и (iii) улучшение медицинских услуг для мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ. Учитывая пандемию COVID-19, первоначальные мероприятия по региональному сотрудничеству могут быть сосредоточены на усилении региональной готовности и устойчивости к текущим и возникающим инфекционным заболеваниям. В исследовании предлагается создать рабочую группу по здравоохранению, состоящую из соответствующих официальных лиц из стран

ЦАРЭС, и сформулировать региональную стратегию здравоохранения до 2030 года для обеспечения институциональной поддержки сотрудничества в секторе здравоохранения.

АБР хотел бы поблагодарить страны-члены за активное участие и приверженность процессу развития регионального сотрудничества в области здравоохранения. Предпроектное исследование было представлено и обсуждалось со странами ЦАРЭС и партнерами по развитию на виртуальном региональном семинаре 15 октября 2020 года. Затем исследование было завершено с учетом комментариев и предложений стран ЦАРЭС. Данное исследование формирует основу для подготовки региональной стратегии здравоохранения, которую планируется представить на утверждение министрам ЦАРЭС в ноябре 2021 года. АБР, как близкий партнер ЦАРЭС, надеется на поддержку этого процесса и взаимодействие со странами ЦАРЭС и партнерами по развитию в совместном продвижении и расширении регионального сотрудничества в области здравоохранения.

Евгений Жуков

Генеральный директор

Департамент Центральной и Западной Азии

Азиатского банка развития

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Данное исследование проведено от имени Секретариата ЦАРЭС АБР. Команда хотела бы поблагодарить Ри Хираока, директора Отдела социального сектора; и Сафдара Парвеза, директора Отдела регионального сотрудничества и координации операций Департамента Центральной и Западной Азии, за общее руководство.

Секретариат ЦАРЭС в АБР администировал и руководил подготовкой этого предпроектного исследования. В команду Секретариата, поддерживающую работу ЦАРЭС в области здравоохранения, входят Саад Парача, старший специалист по региональному сотрудничеству и руководитель отдела ЦАРЭС; Синлан Ху, главный специалист по региональному сотрудничеству; Рузель Лавадо, старший специалист по здравоохранению; Кирти Рамеш, специалист по социальному сектору; Доротея Лазаро, специалист по региональному сотрудничеству; Ирен де Рома, координатор программ; Мария Сесилия Сисон, помощник по операциям; и Глэдис Энн Р. Маравилла, помощник по операциям. Консультанты АБР Патрисия Джорджина Гонсалес и Аммар Афтаб занимались исследованием данных. Обзоры, комментарии и обратную связь обеспечивали Эдуардо Банзон, главный специалист области здравоохранения; Наджибулла Хабиб, специалист в области здравоохранения; Хиддо Хьютцинг, специалист в области здравоохранения; Сьюзан Рот, советник и руководитель; Азуса Сато, специалист в области здравоохранения; Себель Вонг, молодой специалист; и Гуолян Ву, главный специалист по управлению результатами.

Команда выражает признательность координаторам регионального сотрудничества и советникам национальных координаторов всех стран ЦАРЭС за помощь, оказанную в организации виртуального регионального консультационного семинара. Команда хотела бы выразить свою глубокую благодарность всем участникам семинара по здравоохранению за их ценный вклад, комментарии и обратную связь.

Команда также хотела бы выразить благодарность экспертам и коллегам из Глобального фонда (Алексей Бобрик, Майкл Боровиц, Валерия Гришечкина, Корина Максим и Татьяна Виниченко), Глобального альянса по вакцинации и иммунизации ГАВИ (Нилгун Айдоган, Сантьяго Корнехо, Джамиля Шерова и Джоанна Вишневска), Проекта HOPE, Проекта ЕСНО (Брюс Бэйрд Струмингер), Национального института общественного здравоохранения в Мексике (Педро Сатурно Эрнандес), ЮНИСЕФ (Джоан Хауи и Арташес Мирзоян), Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (Дорит Ницан), Института показателей и оценки здоровья (Мохсен Нагхави и София Б. Редфорд) и Алану Лопесу (Мельбурнский университет), с которыми проводились консультации во время подготовки этого исследования, и которые предоставили важные идеи и предложения.

Основным автором исследования является Мария Хативада-Савчук. Благодарим за вклад, сделанный всеми странами-членами ЦАРЭС и ВОЗ. Винсент Де Вит предоставил экспертную оценку и внес дополнительную информацию.

СОКРАЩЕНИЯ

ЭКАБ	–	Экономический коридор Алматы – Бишкек
АБР	–	Азиатский банк развития
АМР	–	Антимикробная резистентность
АСЕАН	–	Ассоциация стран Юго-Восточной Азии
ЦАРЭС	–	Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество
CDC	–	Центры по контролю и профилактике заболеваний
ХИЗ	–	хроническое инфекционное заболевание
СНГ	–	Содружество Независимых Государств
КПЭК	–	Китайско-пакистанский экономический коридор
ССЗ	–	Сердечно-сосудистые заболевания
COVID-19	–	Коронавирусная болезнь
ЕАЭС	–	Евразийский экономический союз
ВИЗ	–	Возникающее инфекционное заболевание
EIDSS	–	Электронная интегрированная система эпиднадзора за болезнями
e-SPAR	–	Электронная годовая отчетность по самооценке стран-участниц
FELTP	–	Программа полевой эпидемиологии и лабораторной подготовки
ГАВИ	–	Глобальный альянс по вакцинации и иммунизации
ВВП	–	валовой внутренний продукт
GDDRC	–	Региональный центр глобального выявления заболеваний
ГПБЗ	–	Глобальная повестка по безопасности здоровья
СБМ	–	Субрегион Большого Меконга
ВБИ	–	Внутрибольничная инфекция
ВГС	–	Вирус гепатита С
ОМТ	–	Оценка медицинских технологий
КРЗ	–	Кадровые ресурсы здравоохранения
ИКТ	–	Информационно-коммуникационные технологии
МФК	–	Международная финансовая корпорация
ММСП	–	Международные медико-санитарные правила
МОТ	–	Международная организация труда
МОМ	–	Международная организация по миграции
МВФ	–	Международный валютный фонд
СВО	–	Совместная внешняя оценка
ССЗ	–	Соглашение о совместных закупках
СДНС	–	Страна с уровнем доходов ниже среднего
МЛУ	–	Множественная лекарственная устойчивость
МЕРКОСУР	–	Mercado Común del Sur (Общий рынок стран Южной Америки)
MERS	–	Коронавирус ближневосточного респираторного синдрома
MNIS	–	Схема медицинского страхования мигрантов, Таиланд
ССД	–	Страна со средним уровнем дохода

НИЗ	–	Неинфекционное заболевание
ОЭСР	–	Организация экономического сотрудничества и развития
ОВКГ	–	Организация Восточно-карибских государств
ПМСП	–	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	–	Паритет покупательной способности
КНР	–	Китайская Народная Республика
РСИ	–	Региональное сотрудничество и интеграция
РСЗ	–	Региональное сотрудничество в области здравоохранения
РБЗ	–	Региональная безопасность здоровья
SARS	–	Тяжелый острый респираторный синдром (атипичная пневмония)
ЦУР	–	Цели устойчивого развития
SSS	–	Схема социального обеспечения, Таиланд
SWOT	–	Сильные стороны, слабые стороны, возможности, угрозы
ТБ	–	Туберкулез
ВОМСУ	–	Всеобщий охват медико-санитарными услугами
ЮНИСЕФ	–	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ

Программа Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) — это партнерство между партнерами по развитию и странами-членами, работающими вместе для содействия развитию посредством сотрудничества, ведущего к ускоренному экономическому росту и сокращению бедности. Стратегия ЦАРЭС 2030 направлена на расширение экономического сотрудничества в Центральной Азии путем объединения людей, политик и проектов в целях совместного и устойчивого развития. Содействие региональному сотрудничеству в секторе здравоохранения является операционным приоритетом ЦАРЭС 2030.

В то время как большинство стран ЦАРЭС существенно снизили уровень бедности за счет экономической либерализации, инвестиций и улучшения социальных услуг, уровень бедности остается высоким в нестабильных государствах ЦАРЭС. Растущие социально-экономические связи способствовали развитию региона; однако открытость, которая позволяет увеличивать перемещение людей и товаров через границы, также способствовала распространению инфекционных заболеваний, особенно коронавирусной болезни COVID-19. Страны ЦАРЭС признают важность регионального сотрудничества в области здравоохранения при управлении региональными рисками для здоровья и поддержке развития национальной системы здравоохранения.

Региональное сотрудничество в области здравоохранения дает странам возможность совместно повысить эффективность и финансирование систем здравоохранения и, в конечном итоге, добиться лучших результатов в отношении здоровья.

В этом предпроектном исследовании оценивается потенциал ЦАРЭС как региональной платформы для продвижения регионального сотрудничества в области здравоохранения с целью смягчения региональных рисков для здоровья и построения устойчивых национальных систем здравоохранения. В нем выявлены проблемы региональной безопасности здоровья; развитие систем здравоохранения; и медицинское обслуживание мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ. На основе анализа SWOT (сильные и слабые стороны, возможности и угрозы) были выявлены уроки и возможности для регионального сотрудничества.

Региональные проблемы здоровья и развитие систем здравоохранения

Страны ЦАРЭС находятся на различных этапах демографического и эпидемиологического перехода в плане снижения смертности и заболеваемости от инфекционных заболеваний

и увеличения смертности и заболеваемости от неинфекционных заболеваний (НИЗ). Хотя в общем бремени болезней в регионе ЦАРЭС преобладают НИЗ, для борьбы с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями требуется постоянное финансирование.

Также существует постоянная угроза со стороны возникающих инфекционных заболеваний (ВИЗ), таких как COVID-19, которые могут распространяться по континентам в течение нескольких месяцев. Некоторые страны ЦАРЭС подвержены вспышкам других инфекционных заболеваний, таких как малярия, лихорадка денге и японский энцефалит, которые могут распространяться на региональном уровне. Хронические инфекционные заболевания, такие как ВИЧ/СПИД, туберкулез и вирусные гепатиты В и С, также имеют региональные воздействия и представляют тяжелое бремя в странах ЦАРЭС.

Регион ЦАРЭС особенно подвержен вспышкам и эпидемиям из-за растущей связанности, мобильности населения, городских хабов, а также животноводства и торговли. Растущая трудовая миграция еще больше увеличивает угрозу пандемий. Трудовые мигранты, особенно неквалифицированные и не имеющие документов, часто имеют неудовлетворительные условия труда и жизни. У них ограниченный доступ к социальной защите и медицинским услугам, что в конечном итоге может привести к проблемам со здоровьем, особенно к инфекционным заболеваниям.

Большинство стран ЦАРЭС имеют почти всеобщий доступ к услугам здравоохранения, но их качество, особенно в сельской местности, остается ниже установленного стандартом из-за нехватки кадров и других ресурсов. Страны ЦАРЭС сталкиваются с проблемами в области кадровых ресурсов здравоохранения, такими как стареющая рабочая сила, несоответствующие политики по кадровому составу и найму, проблемы неравномерного распределения и удержания между городскими и сельскими районами, низкое качество образования, слабое обеспечение соблюдения стандартов и аккредитации, низкая способность к освоению ресурсов, неустойчивая организация карьеры и ненадлежащие условия труда. Национальные информационные системы здравоохранения в регионе ЦАРЭС обычно фрагментированы из-за параллельных систем эпидемиологического надзора; отсутствия интеграции с частным сектором; и раздробленности между учреждениями на национальном, провинциальном/областном и местном уровнях. Качество, наличие и ценовая доступность лекарств являются серьезной проблемой, особенно торговля некачественными и поддельными лекарствами и связанная с этим безрецептурная продажа и неправильное использование, которые способствуют возникновению лекарственной устойчивости. Регион ЦАРЭС также сталкивается с проблемой ограниченного финансирования здравоохранения для решения растущего бремени НИЗ и достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и целей устойчивого развития (ЦУР).

Несколько региональных организаций и групп участвуют в сотрудничестве в области здравоохранения, некоторые страны подписали двусторонние соглашения, и существуют различные субрегиональные и трансграничные инициативы по сотрудничеству в области здравоохранения. Тем не менее, регион ЦАРЭС выиграл бы от расширенного единого стратегического подхода к обеспечению региональной безопасности здоровья с точки зрения мобилизации доброй воли и ресурсов, обмена знаниями и информацией,

наращивания потенциала и передачи технологий, а также совместных ответных мер на вспышки. Готовность, эпиднадзор и ответные меры, модернизация больниц и лабораторий, а также развитие человеческих ресурсов нуждаются в улучшении на национальном уровне.

Возможности и рекомендации для регионального сотрудничества в области здравоохранения

В основе регионального и трансграничного сотрудничества лежат общие региональные интересы и выгоды (прямые и косвенные). Успешное региональное сотрудничество зависит от таких факторов, как лидерство, консенсус между сторонами, уровень технического развития и ресурсы. Экономическое обоснование регионального сотрудничества включает (i) создание обязательств, конкуренции и рычагов воздействия; (ii) эффект масштаба для повышения качества услуг и эффективности; (iii) передачу знаний и технологий для анализа, разработки политики и наращивания потенциала; и (iv) предоставление региональных общественных товаров и услуг с внешними эффектами, которые особенно важны для сектора здравоохранения. Региональное сотрудничество имеет четыре измерения: (i) культурное и социальное, (ii) географическое и демографическое, (iii) регуляторное и (iv) экономическое и технологическое. Каждое измерение включает один или несколько потенциальных движущих сил для трансграничного сотрудничества в сфере здравоохранения.

Обзор движущих сил и ограничений регионального сотрудничества в области здравоохранения, проведенный в предпроектном исследовании, и SWOT-анализ позволили извлечь основные уроки, предлагающие (i) поэтапно развивать региональное и трансграничное сотрудничество; (ii) обеспечить жизнеспособные планы с оценками, участием заинтересованных сторон, четкими соглашениями, пилотными проектами и устойчивым финансированием, изучать механизмы финансирования и предлагать реалистичные программы; (iii) стремиться к институциональному партнерству, например, между национальными учреждениями по борьбе с инфекционными заболеваниями или с третьими сторонами и там где это осуществимо, отталкиваться от существующих инициатив; (iv) содействовать в организации регионального надзора, координаторов и секретариата; (v) институционализировать и далее укреплять региональное сотрудничество в области здравоохранения на национальном уровне как важнейшую часть структуры сектора здравоохранения, обязанностей персонала и бюджета; и (vi) оценивать добавленную стоимость региональных инициатив в области здравоохранения по сравнению с решениями на национальном уровне.

В качестве стратегических направлений регионального сотрудничества в области здравоохранения определены три общие и взаимосвязанные цели: (i) повышение региональной безопасности здоровья (РБЗ); (ii) поддержка развития систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества; и (iii) улучшение медицинского обслуживания мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ.

Повышение региональной безопасности здоровья. Повышение РБЗ требует сотрудничества ЦАРЭС в борьбе с угрозами общественному здоровью, такими как COVID-19, и в улучшении подготовки стран к будущим угрозам общественному здоровью. Можно изучить несколько областей сотрудничества в области региональной безопасности здоровья, например, региональный эпиднадзор (включая моделирование и прогнозирование) и усиление подхода «Единое здоровье», особенно в отношении безопасности пищевых продуктов, борьбы с зоонозами и с устойчивостью к антибиотикам. Региональное сотрудничество ЦАРЭС в области здравоохранения приумножит эффект текущих усилий по реагированию на COVID-19, для создания устойчивых систем здравоохранения и повышения возможностей обеспечения безопасности здоровья. ЦАРЭС также необходимо провести дальнейшие углубленные оценки для определения диапазона выбранных региональных механизмов, а также совместные мероприятия по наращиванию потенциала и имитационному моделированию, которые могут укрепить региональную безопасность здоровья на основе уроков пандемии COVID-19.

Поддержка развития систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества. Чтобы противостоять национальным и региональным угрозам здоровью, можно сосредоточиться на наращивании потенциала системы здравоохранения за счет улучшения кадровых ресурсов здравоохранения, информационных систем здравоохранения и доступа к лекарствам и технологиям. Усиление кадровых ресурсов здравоохранения может начинаться с оценки потребностей в кадрах здравоохранения для поддержки национальных стратегий здравоохранения, направленных на достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами и ЦУР, а также потенциала для регионального сотрудничества. Модернизация информационных систем здравоохранения может быть сосредоточена на интеграции разрозненной информационной системы здравоохранения на национальном уровне, содействии гармонизации стандартов электронного здравоохранения на региональном уровне и изучении того, как инновационное цифровое здравоохранение может укрепить региональное сотрудничество в области здравоохранения. Для повышения доступа к лекарствам и технологиям страны ЦАРЭС могут совместно способствовать фармацевтическому производству в регионе через передачу технологий и объединение закупок лекарств в регионе для экономии за счет масштаба.

Улучшение медицинского обслуживания мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ. Региональное сотрудничество в этой области может включать улучшение сбора данных и целенаправленный обмен информацией о доступе к медицинскому обслуживанию для мигрантов, повышение качества информации на этапах подготовки к отъезду, обновление и гармонизацию положений о доступе в соответствии с двусторонними соглашениями и введение схем гарантированного медицинского страхования мигрантов. Для сотрудничества ЦАРЭС в региональной схеме медицинского страхования может потребоваться серия инвестиционных проектов с участием подгрупп стран с единой целью повышения доступа мигрантов к здравоохранению. Имеется возможность дальнейшей оценки трансграничных медицинских услуг вдоль экономических коридоров ЦАРЭС и дальнейшего расширения масштабов трансграничной специализированной помощи. Совместные региональные стратегии могут способствовать защите наиболее уязвимых лиц, проживающих в приграничных районах, от вспышек заболеваний и повысить их доступ к услугам здравоохранения.

Поскольку здравоохранение является новым сектором в рамках стратегии ЦАРЭС 2030, сотрудничество может осуществляться на основе поэтапного подхода, начиная с начальных областей (таких как диалог и обмен информацией), а затем постепенно расширяясь в более сложные области (такие как гармонизация стандартов). Сдерживание COVID-19 и извлечение уроков также будут приоритетом для сотрудничества в краткосрочной перспективе.

Учитывая совместное наследие, географическую близость и существующее трансграничное сотрудничество, регион ЦАРЭС имеет прочную основу для регионального сотрудничества в области здравоохранения. Устранение региональных угроз здоровью и предоставление соответствующих услуг здравоохранения, а также развитие системы здравоохранения требуют региональных действий, в особенности – функциональных региональных механизмов для политического диалога и обмена информацией по вопросам сектора здравоохранения. Благодаря платформе ЦАРЭС страны могут совместно бороться с быстро распространяющимися и хроническими инфекционными заболеваниями и НИЗ за счет повышения безопасности здоровья в регионе; развития быстро реагирующих и устойчивых систем здравоохранения; и улучшения медицинского обслуживания мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ.

Состоялась передача, презентация и обсуждение предпроектного исследования с представителями правительств и партнеров по развитию. Представители стран-членов ЦАРЭС договорились создать Рабочую группу по здравоохранению для обсуждения потенциальной роли и добавленной стоимости ЦАРЭС в секторе здравоохранения, сформулировать объем участия и приоритеты посредством разработки Стратегии ЦАРЭС в области здравоохранения на период до 2030 года, а также создать институциональные механизмы для регионального сотрудничества в области здравоохранения.

Приоритет в
краткосрочной перспективе

Сдерживание COVID-19 Извлечение полученных уроков

Начать с
простых областей

Оценки, обмен знаниями, координация, совместное использование потенциала и планирование

1 Повышение безопасности

Проверка
на практике

Региональные проблемы здравоохранения

НИЗ

На неинфекционные заболевания (НИЗ) приходится самая большая часть общего бремени болезней в регионе.

Количество возникающих инфекционных и других заразных заболеваний сокращается, но остается угрозой

Постоянное финансирование необходимо для борьбы с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями.

Возникающие инфекционные заболевания, такие как COVID-19, представляют постоянную угрозу

Эпидемии и пандемии

Регион ЦАРЭС особенно подвержен вспышкам из-за растущей связанности, мобильности населения, городских хабов, а также животноводства и торговли

Трудовые мигранты часто имеют неудовлетворительные условия труда и жизни с ограниченным доступом к социальной защите и медицинским услугам.

Малярия, денге и японский энцефалит

Некоторые страны ЦАРЭС подвержены вспышкам других инфекционных заболеваний

Проверка
на практике

Развитие системы здравоохранения

Качество медицинских услуг остается низким, особенно в сельской местности.

Проблемы в кадровых ресурсах здравоохранения

- Стареющая рабочая сила
- Кадровый состав и наем
- Неравномерное распределение между городом и селом
- Образование
- Соблюдение стандартов и аккредитация

Фрагментированные национальные информационные системы здравоохранения

- Параллельные системы эпиднадзора
- Отсутствие интеграции частного сектора
- Разрозненность между учреждениями на национальном, провинциальном и местном уровнях

Качество, наличие и ценовая доступность лекарств

- Некачественные и фальсифицированные лекарства
- Безрецептурная продажа и неправильное использование антибиотиков, приводящее к повышению устойчивости к противомикробным препаратам.

Расширить до
продвинутых областей

Гармонизация стандартов,
создание региональных механизмов
и трансграничных решений

ЦАРЭС
2030

Укрепление региональной безопасности здоровья

Укрепление
безопасности
здоровья

- Региональный эпиднадзор и быстрое реагирование
- Подход «Единое здоровье»
- Региональная инфраструктура безопасности здоровья
- Международные медико-санитарные правила
- Борьба с антимикробной резистентностью

Повышение эффективности текущих усилий по реагированию на COVID-19

3 стратегические области регионального сотрудничества в области здравоохранения

2 Поддержка развития систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества

Кадровые ресурсы
здравоохранения

- Оценка потребностей в кадрах здравоохранения для поддержки национальных стратегий здравоохранения

Доступ к лекарствам
и технологиям

- Ускорение передачи технологий для содействия фармацевтическому производству в регионе
- Поощрение регуляторной координации и политики доверия
- Изучение возможности совместных закупок

Информационные системы
здравоохранения

- Использование инновационных цифровых решений для развития регионального сотрудничества в области здравоохранения.
- Гармонизация стандартов электронного здравоохранения и повышение функциональной совместимости

3 Улучшение медицинского обслуживания мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ

- Оценка текущего состояния трансграничной мобильности медицинских пособий и обязательств.
- Разработка совместных стратегий для улучшения доступа к медицинским услугам для наиболее уязвимых лиц в приграничных районах.
- Дальнейшая оценка трансграничных медицинских услуг вдоль экономических коридоров ЦАРЭС.

- Повышение качества информации на этапах подготовки к отъезду
- Поддержка регионального сотрудничества в доступе и финансировании медицинских услуг для мигрантов.
- Внедрение гарантированных схем медицинского страхования мигрантов

1

ВВЕДЕНИЕ

1.1 Центральная Азия в переходный период

1. Центральная Азия, включая Закавказский регион, стратегически расположена вдоль исторического шелкового пути между Восточной Азией и Европой, особой экологической зоны, вклинившейся между Ближним Востоком и Северной и Южной Азией.¹ Земля и люди Центральной Азии формировались цивилизациями на протяжении тысячелетий. Они связаны географически, социально и коммерчески, имеют общую историю и общее наследие, но различаются по своему политическому и экономическому контексту развития, культурному и этническому составу. Страны, входившие в состав бывшего Советского Союза, унаследовали иные структуры политических и общественных услуг, чем другие страны, и проводили разные реформы.

2. Центральная Азия пережила очень быстрое, но неоднозначное экономическое развитие за последние два десятилетия. За этот период доход на душу населения в Казахстане и Туркменистане увеличился примерно в десять раз. В Афганистане, Кыргызской Республике и Таджикистане наблюдался меньший экономический рост, в то время как Азербайджан, Грузия, Монголия, Пакистан, Китайская Народная Республика (КНР) и Узбекистан продемонстрировали значительный экономический рост.² Некоторые из этих

стран имеют сырьевую экономику, что делает их сильно зависимыми от динамики цен на мировом рынке. Страны с меньшей обеспеченностью ресурсами также сильно зависят от трудовых мигрантов, особенно в Российскую Федерацию, а также от иностранных инвестиций и помощи, что делает эти страны более уязвимыми перед экономическим кризисом.

3. Страны Центральной Азии существенно снизили уровень бедности за счет экономической либерализации, инвестиций и улучшения социальных услуг. Однако уровень бедности остается высоким в Афганистане – 54,5% и Таджикистане – 26,3%, что намного ниже официального уровня прожиточного минимума.³ Страны Центральной Азии существенно различаются по степени уязвимости государства и системам социальной гарантии для защиты своих граждан. Индекс человеческого развития Организации Объединенных Наций за 2018 год для этих стран варьировался от 0,496 для Афганистана до 0,817 для Казахстана, а индекс человеческого развития с поправкой на неравенство варьировался от 0,386 для Пакистана до 0,759 для Казахстана.⁴ Гендерное равенство продолжает оставаться серьезной проблемой в регионе. Индекс гендерного развития низкий и составляет 0,663 для Афганистана и 0,747 для Пакистана.

¹ П. Франкопан. 2015. *Шелковые пути: Новая история мира*. Лондон: Bloomsbury Publishing

² Всемирный банк. ВВП на душу населения (в текущих долл. США) – Таджикистан, Узбекистан, Кыргызская Республика, Туркменистан, Казахстан (по состоянию на 3 августа 2020 года). <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?locations=TJ-UZ-KG-TM-KZ>.

³ Всемирный банк. Доля бедного населения у национальной черты бедности (% от численности населения) – Афганистан, Таджикистан (по состоянию на 12 декабря 2020 года) <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.NAHC?locations=TJ-AF>.

⁴ ПРООН. Отчеты о человеческом развитии. Глобальные показатели человеческого развития (по состоянию на 12 декабря 2020 г.). <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles>.

1.2 Стратегия ЦАРЭС 2030

4. Под руководством Азиатского банка развития (АБР) Программа Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) была учреждена в 2001 году для стимулирования экономического сотрудничества между странами Центральной Азии и близлежащими частями Закавказья, Южной Азии и Восточной Азии. Ее нынешние 11 стран-членов и партнеры по развитию работают вместе, чтобы способствовать развитию на основе регионального сотрудничества, что ведет к ускоренному экономическому росту и сокращению бедности.⁵ В первоначальный состав ЦАРЭС входили Афганистан, Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Монголия, КНР (Синьцзян-Уйгурский автономный район и Автономный район Внутренняя Монголия с 2008 г.), Таджикистан и Узбекистан. Пакистан и Туркменистан присоединились в 2010 году, а Грузия – в 2016 году.

5. Стратегия ЦАРЭС 2030, одобренная на 16-й Министерской конференции в октябре 2017 года, направлена на расширение горизонтов экономического сотрудничества в регионе путем объединения людей, политик и проектов. Стратегия поддерживает региональное сотрудничество и интеграцию стран-членов ЦАРЭС в целях общего и устойчивого развития. Стратегические рамки ЦАРЭС 2030 включают пять операционных кластеров: (i) экономическая и финансовая стабильность; (ii) торговля, туризм и экономические коридоры; (iii) инфраструктура и экономическая связанность; (iv) сельское хозяйство

и водные ресурсы; и (v) человеческое развитие, включая здоровье.⁶ Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) являются междисциплинарным приоритетом всех операций ЦАРЭС. Операционный кластер по человеческому развитию предусматривает укрепление регионального сотрудничества в области здравоохранения (РСЗ) в рамках ЦАРЭС.

6. ЦАРЭС 2030 стратегически увязана с международной повесткой дня в области развития. Все страны ЦАРЭС подписали глобальную повестку дня в области развития на период до 2030 года, включая Цели устойчивого развития (ЦУР) и Парижское соглашение, достигнутое на 21-й Конференции сторон Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций об изменении климата (СОР21). Организация Объединенных Наций и глобальные финансовые учреждения подтверждают, что улучшенное здоровье вносит важный вклад в благополучие, экономический прогресс и устойчивое развитие. ЦУР 3 направлена на «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». Ее центральный элемент – Всеобщий охват медико-санитарными услугами (ВОМСУ), означает, что все люди должны иметь доступ к качественным медицинским услугам, когда они в них нуждаются, без финансовых затруднений. ЦУР 3 взаимосвязана с девятью другими ЦУР, нацеленными на вопросы, связанные со здоровьем, включая сокращение бедности (ЦУР 1), гендерное равенство (ЦУР 5) и водоснабжение и санитария (ЦУР 6).

⁵ АБР. 2012. *ЦАРЭС 2020: Стратегические рамки Программы ЦАРЭС*. Манила

⁶ АБР. 2017. *ЦАРЭС 2030: Соединяя регион для совместного и устойчивого развития*. Манила

1.3 Доводы в пользу регионального сотрудничества в области здравоохранения

7. Мир вступил в новую фазу международных отношений и дипломатии глобального здравоохранения с растущим национальным альянсом и глобальными устремлениями, особенно с целью достижения ЦУР и ВОМСУ. Страны во всем мире все больше признают свою взаимозависимость в области здравоохранения с соседними странами и миром. Взаимозависимости варьируются от распространения инфекционных заболеваний или устойчивости к лекарственным средствам до факторов, влияющих на клинические результаты и системы здравоохранения, таких как нехватка воды и продуктов питания, изменение климата, исследования и разработка лекарств и вакцин, изменение образа жизни или миграция. Это требует более тесного сотрудничества между государствами, а также межотраслевой политики и сотрудничества.⁷ Страны все больше полагаются на мировое сообщество в решении национальных проблем здравоохранения. Эти взаимозависимости особенно проявились во время пандемии COVID-19.

8. Страны ЦАРЭС признают, что РСЗ жизненно важно для управления региональными рисками для здоровья и поддержки развития национальной системы здравоохранения.

Региональное сотрудничество в области здравоохранения отражено в нескольких национальных стратегиях и существующих инициативах, особенно в трансграничной борьбе с болезнями, подготовке к пандемиям, поиске общих решений для неинфекционных заболеваний (НИЗ) и предоставлении медицинских услуг в приграничных районах. Имеются возможности для дальнейшего продвижения регионального сотрудничества в секторе здравоохранения с ЦАРЭС в качестве региональной платформы.

9. Страны ЦАРЭС также сталкиваются с серьезными проблемами национального общественного здравоохранения. Состояние населения, здоровья и питания в странах ЦАРЭС резко улучшилось вместе с социально-экономическим развитием. Однако в связи со старением населения в нескольких странах и изменением образа жизни страны региона сталкиваются с тройным бременем инфекционных заболеваний, НИЗ, несчастных случаев и травм.⁸

10. РСЗ дает странам возможность совместно укреплять результативность и финансирование систем здравоохранения и добиваться лучших результатов лечения. Сектор здравоохранения быстро

⁷ И. Кикбуш и соавт. 2007. Глобальная дипломатия в области здравоохранения: потребность в новых перспективах, стратегических подходах и навыках в области глобального здоровья. *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения*. 85 (3). Март. стр. 161–244. 3. <https://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/06-039222/en/>.

⁸ Хотя количество инфекционных заболеваний сократилось, необходимы постоянное финансирование и усилия, чтобы держать их под контролем.

становится одним из крупнейших и наиболее сложных секторов с точки зрения занятости и финансирования, и ожидается, что он будет испытывать растущий спрос на высококачественные медицинские услуги. Это окажет давление на ограниченные человеческие ресурсы и финансирование и увеличит разрыв в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Центральная Азия была родиной подхода ПМСП в 1978 году, но эта часть системы здравоохранения будет по-прежнему нуждаться в поддержке.⁹ Несмотря на то, что государственный сектор считается оказывающим жизненно важные услуги, он часто недофинансируется и считается менее эффективным. С другой стороны, будущий сектор частного здравоохранения менее регулируется, что приводит к низкому соотношению цены и качества.

11. Пандемия COVID-19 усиливает важность создания устойчивых национальных систем здравоохранения и укрепления регионального сотрудничества в целях здоровья людей. Это указывает на то, что с увеличением глобальной связанности новый коронавирус умеренной вирулентности может распространиться по миру в течение 6 месяцев, и что местные меры контроля могут замедлить, но не остановить вспышки. Это также демонстрирует ограниченный потенциал профилактических и лечебных действий в чрезвычайных ситуациях в большинстве стран и зависимость от быстрой технической и финансовой помощи. Кроме того, подчеркивается важность профилактики НИЗ и борьбы с ними.¹⁰

12. Множество международных, региональных и местных организаций участвуют в субрегиональных и трансграничных инициативах по сотрудничеству в области здравоохранения в регионе, особенно в области борьбы с инфекционными заболеваниями регионального значения и в настоящее время COVID-19 (Приложение 5), а также в медицинских услугах и других областях. Некоторые страны подписали двусторонние соглашения о региональном сотрудничестве в области здравоохранения. В то же время в регионе ЦАРЭС отсутствует общий стратегический подход к повышению безопасности здоровья в регионе, развитию национальных систем здравоохранения посредством регионального сотрудничества и улучшения доступа к медицинскому обслуживанию для мигрантов и населения, проживающего в приграничных районах. Регион мог бы извлечь выгоду от целостного регионального подхода, который поддержал бы согласованность действий всех стран-членов ЦАРЭС и обеспечил бы региональную платформу для диалога и действий. Региональное сотрудничество является сложной задачей, и его необходимо твердо строить на взаимных интересах и доверии, а также на повышении ценности, превышающей возможности национальных систем здравоохранения. Это предпроектное исследование изучает этот потенциал как первый шаг к сотрудничеству в области здравоохранения в регионе ЦАРЭС.

⁹ В 2018 г. конференция в Астане подтвердила силу подхода ПМСП с уделением большего внимания многоотраслевому сотрудничеству для достижения здоровья всеми и для всех, четко признавая роль, которую все секторы играют в здравоохранении. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). 2018. *Астанинская декларация по первичной медико-санитарной помощи*. Женева

¹⁰ Пациенты с COVID-19 с сопутствующими заболеваниями чаще страдают тяжелым заболеванием и последующей смертностью. К. Пал и С.К. Бхадада 2020. COVID-19 и неинфекционные заболевания. *Postgraduate Medical Journal*. 96. Март. стр. 429–430.

13. Пандемия COVID-19 и ее последствия предоставляют уникальную возможность критически оценить работу сектора здравоохранения, предпринять важные действия для достижения ЦУР и определить возможности для углубления РСЗ. После пандемии COVID-19 правительства и учреждения не должны ослаблять продемонстрированную поддержку сектора здравоохранения, а возобновить свои обязательства и усилия

по достижению здоровья для всех. Хотя страны ЦАРЭС успешно использовали сотрудничество для экономического роста, теперь они должны работать вместе, чтобы противостоять региональным и национальным угрозам здоровью. Учитывая актуальность РСЗ, Секретариат ЦАРЭС провел предпроектное исследование для изучения возможностей РСЗ, как часть стратегических рамок ЦАРЭС.

1.4 Предпроектное исследование

14. Предпроектное исследование оценивает потенциал ЦАРЭС как региональной платформы для стимулирования РСЗ с тем, чтобы снизить риски для здоровья в регионе и построить устойчивые национальные системы здравоохранения. Исследование направлено на выявление тенденций в области здоровья населения и здравоохранения в регионе; обобщение вклада основных заинтересованных сторон; определение сильных и слабых сторон, возможностей и угроз (SWOT) для РСЗ; и выработки рекомендаций по масштабам и реализации. Исследование представляет собой в первую очередь аналитический обзор с рекомендациями институциональных и страновых заинтересованных сторон. АБР проведет дополнительные оценки и консультации по первоначальным выводам и рекомендациям исследования

со странами-членами и потенциальными бенефициарами.

15. В исследовании рассматриваются движущие силы и проблемы, а также обоснование и возможности регионального сотрудничества ЦАРЭС в области здравоохранения. В главе 2 обсуждаются тенденции в области здравоохранения и развитие систем здравоохранения в регионе. Глава 3 исследования отражает извлеченные уроки на основе анализа движущих сил и ограничений и SWOT-анализа регионального развития здравоохранения и сотрудничества в ЦАРЭС. Глава 3 также представляет возможности для регионального сотрудничества ЦАРЭС, опираясь на международный опыт в конкретных областях. В главе 4 представлены рекомендации, касающиеся политики, стратегий, систем и механизмов реализации.

2

ТЕНДЕНЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ ЦАРЭС

2.1 Тенденции в области народонаселения, здоровья и питания

16. Ожидаемая продолжительность жизни увеличилась по всему региону (Таблица 1). Средняя ожидаемая продолжительность жизни в ЦАРЭС превышает 70 лет, при этом самая высокая продолжительность жизни составляет 76 лет (КНР), а самая низкая – 64 года (Афганистан). У женщин средняя продолжительность жизни по странам выше, чем у мужчин, примерно на 5 лет. В бывших советских республиках, которые относятся к группе стран с уровнем дохода выше среднего (СДВС), ожидаемая

продолжительность жизни ниже, чем в среднем по странам СДВС (75,5 лет). В Восточной Европе и Центральной Азии средняя продолжительность жизни ниже, чем в их западных соседях. Это связано с более высокой перинатальной и младенческой смертностью; высоким бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ) среди мужчин трудоспособного возраста; и более высоким бременем хронических инфекционных заболеваний (ХИЗ), включая туберкулез (ТБ), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатиты В и С.

Таблица 1: Показатели ожидаемой продолжительности жизни и фертильности стран ЦАРЭС

Страна/Регион	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении		Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет (на 1000 живорожденных)		Общий коэффициент фертильности (кол-во родов на женщину)	
	1990	2018	1990	2018	1990	2018
Афганистан	50	64	175	63	7,5	4,5
Азербайджан	65	73	95	22	2,7	1,7
Китайская Народная Республика	69	77	54	9	2,4	1,7
Грузия	70	74	48	10	2,2	2,1
Казахстан	68	73	53	10	2,7	2,8
Кыргызская Республика	68	71	66	19	3,6	3,3
Монголия	60	70	108	17	4,1	2,9
Пакистан	60	67	139	69	6,0	3,5
Таджикистан	63	71	105	35	5,2	3,6
Туркменистан	63	68	84	42	4,3	2,8
Узбекистан	66	72	72	18	4,1	2,4
Средние по регионам и доходам						
Мир	65	73	93	39	3,3	2,4
Европа, Центральная Азия	72	78	31	8	1,7	1,8
СНД	51	63	180	70	6,3	4,6
СДНС	59	68	122	51	4,2	2,8
СДВС	69	75	52	14	2,6	1,9

ЦАРЭС = Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество, СНД = страны с низким уровнем дохода, СДНС = страны с уровнем доходов ниже среднего, СДВС = страны с уровнем доходов выше среднего.

Источник: Всемирный банк. Показатели мирового развития. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=AF-AZ-CN-GE-KZ-KG-MN-PK-TJ-TM-UZ> (по состоянию на 12 декабря 2020 года).

17. Положительные тенденции в области здравоохранения и высокая доля населения в возрасте до 14 лет в некоторых странах ЦАРЭС указывают на благоприятные демографические перспективы с широким предложением молодой рабочей силы в ближайшие десятилетия. Такие страны, как Афганистан, Пакистан, Таджикистан и Узбекистан, имеют молодое и растущее население. Этот «демографический дивиденд» может принести пользу будущему экономическому развитию, если им правильно управлять. Одновременно в странах ЦАРЭС растет доля пожилого населения. В КНР и Грузии уже есть большая доля людей в возрасте 65 лет и старше (15% в Грузии и 11% в КНР); и тенденция показывает, что структура населения будет по-прежнему более склонна к старению (Приложение

A1.2 Демографические показатели).¹¹

Старение населения усугубит бремя НИЗ и создаст дополнительную нагрузку на системы и ресурсы здравоохранения.

18. Страны ЦАРЭС находятся на различных стадиях демографического и эпидемиологического перехода со снижением смертности и заболеваемости от инфекционных заболеваний и увеличением смертности и заболеваемости от НИЗ. Пять из 10 стран ЦАРЭС сообщают, что НИЗ составляют почти или более 85% от общего бремени болезней (Рисунок 1, не включая Туркменистан).¹² Афганистан и Пакистан находятся на ранней стадии перехода со снижающимся, но высоким бременем инфекционных заболеваний и увеличением бремени НИЗ, несчастных случаев и травм, что приводит к тройному бремени болезней, с которым сталкиваются

Рисунок 1: Распределение [уровня] годовой смертности по причинам в регионе ЦАРЭС, 2000–2017 гг.

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

Примечание: Данные по Туркменистану отсутствуют.

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

¹¹ Всемирный банк. Показатели мирового развития (таблицы ПМР). 2019. <http://wdi.worldbank.org/table/2.1> (по состоянию на 21 января 2019 г.).

¹² Основными типами НИЗ являются сердечно-сосудистые заболевания (например, сердечные приступы и инсульт), рак, хронические респираторные заболевания (например, хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет.

все страны ЦАРЭС.¹³ Следует отметить, что, хотя в большинстве стран ЦАРЭС бремя инфекционных заболеваний существенно снизилось, все страны должны продолжать инвестировать в

усилия по профилактике, контролю и лечению для поддержания контроля над инфекционными заболеваниями. Обзор отдельных показателей см. в Приложении 1.

2.2 Общие факторы риска, влияющие на здоровье в регионе

19. Клинические результаты тесно связаны с распространенностью факторов риска и основных детерминантов здоровья, некоторые из которых все чаще носят трансграничный характер и требуют межотраслевых ответных мер. Социально-экономическое развитие (т.е. более качественное образование, дороги, торговля, производительность и занятость) привело к сокращению бедности и увеличению продолжительности жизни и улучшению здоровья в регионе ЦАРЭС. Несмотря на эти достижения, существующие и возникающие факторы риска и основные детерминанты здоровья будут продолжать влиять на состояние здоровья населения. К этим детерминантам относятся уровни бедности, урбанизация, трудовая миграция, взаимодействие людей и животных, загрязнение окружающей среды, а также предотвратимые и поддающиеся изменению факторы риска, которые особенно влияют на бремя НИЗ (например, нездоровое питание, отсутствие

физической активности и злоупотребление психоактивными веществами, включая табак и алкоголь).¹⁴ В таблице 2 обобщены несколько предрасполагающих факторов, влияющих на состояние здоровья населения в странах ЦАРЭС. Другие факторы риска включают гендер, охват образованием, водоснабжением и канализацией.

20. Статистика показывает, что факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, высокий уровень курения, потребления алкоголя, повышенное кровяное давление, ожирение и диабет преобладают в большинстве стран ЦАРЭС, особенно в Грузии.¹⁵ За последнее десятилетие в большинстве стран региона наблюдалось снижение распространенности курения.¹⁶ Однако у них по-прежнему одни из самых высоких показателей в мире.¹⁷ КНР и Пакистан также сталкиваются со значительной смертностью, связанной с загрязнением воздуха в помещениях и окружающей среде (Таблица 2).

¹³ ВОЗ. 2018. *Страновой профиль по ВОМСУ и ЦУР 2018: Китай*. Женева

¹⁴ С. П. Бензигер, Г. А. Рот, и А. Е. Моран. 2016. Исследование глобального бремени болезней и предотвратимое бремя НИЗ. *Global Heart*. 8 декабря. 11 (4). стр. 393–397. doi: 10.1016/j.ghheart.2016.10.024.

¹⁵ С. Расселл. 2019. Бремя неинфекционных заболеваний и связанных с ними факторов риска в Грузии, 2015 г. *BMC Public Health*. 19 (479). 10 мая. doi: 10.1186/s12889-019-6785-2.

¹⁶ Данные отсутствуют по Афганистану, Таджикистану и Туркменистану.

¹⁷ ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения, Хранилище данных глобальной обсерватории здравоохранения. <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-tobacco-control-monitor-current-tobaccouse-tobaccosmoking-cigarrettesmoking-agestd-tobagestdcurr> (по состоянию на май 2020 г.).

Таблица 2: Показатели риска здоровья в регионе ЦАРЭС

Показатели	AFG	AZE	PRC	GEO	KAZ	KGZ	MON	PAK	TAJ	TKM	UZB
Бедность %	54,5	6,0	0,6	19,5	4,3	20,1	28,4	24,3	26,3	...	14,1
Неполное среднее образование % ^a	55,3	84,7	99,5	113,9	117,9	71,1	106,5	49,5	96,2	80,1	94,7
Доступ к питьевой воде % ^a	67,1	91,4	92,8	98,4	95,6	87,5	83,3	91,5	81,2	98,8	97,8
Доступ к канализации % ^a	43,4	92,5	84,8	90,0	97,9	96,5	58,5	59,9	97,0	98,7	100
Недоедание % ^a	29,9	2,5	2,5	8,2	2,5	6,4	21,3	12,3	...	4,0	2,6
Курильщики-мужчины % ^b	44,2 ^c	39,0	47,7	54,2	42,2	52,5	49,1	33,6	14,7 ^d	15,5 ^e	23,3
Курильщики-женщины % ^b	5,4 ^c	0,2	1,8	5,2	6,6	3,4	6,2	6,4	0,3 ^d	0,6 ^e	1,3
Употребление алкоголя мужчинами, литры ^a	0,4	7,5	10,9	13,6	7,9	10,8	12,8	0,6	5,6	8,4	4,5
Употребление алкоголя женщинами, литры ^a	0,1	1,5	3,0	3,6	1,9	2,0	3,8	0,1	1,0	1,7	0,8
Смертность от загрязнения воздуха/100,000 ^b	95,0	55,0	140,0	184,0	57,0	74,0	97,0	113,0	70,0	51,0	54,0
Смертность от ДТП/100.000 ^b	15,1	8,7	18,2	15,3	17,6	15,4	16,5	14,3	18,1	14,5	11,5

... = данные отсутствуют, AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, ДТП = дорожно-транспортные происшествия; TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

Примечания:

- Доля бедного населения у национальной черты бедности (% населения), последние данные за 2012–2019 гг.
- Процент окончивших неполное среднее образование % (соответствующей возрастной группы), последние данные за 2011-2019 гг.
- Люди, пользующиеся хотя бы основными услугами чистой питьевой воды и хотя бы основными услугами санитарии, 2017 г.
- Распространенность недоедания (% населения), 2018 г.
- Употребление табака в процентах от лиц в возрасте 15 лет и старше в год, 2018, за исключением Афганистана (15-45 лет) 2015, Таджикистана 2016, Туркменистана 2014.
- Общее потребление алкоголя на душу населения, женщин и мужчин (литры чистого алкоголя, прогнозируемые оценки, возраст 15+), 2018 г.
- Загрязнение воздуха: общий коэффициент смертности на 100 000 человек в год в результате комбинированного загрязнения воздуха в домах и окружающей среде, 2016 г.
- Смертность от ДТП на 100 000 человек в год, 2016 г.

^a Всемирный банк. Показатели Всемирного банка. <https://data.worldbank.org/indicator> по состоянию на февраль 2021 г.

^b Организация Объединенных Наций. База данных ЦУР ООН. <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>. По состоянию на февраль 2021 г. За исключением употребления табака в Афганистане, Таджикистане, Туркменистане.

^c Афганистан: К. Алеми, С. Стемпл, и С. Монтгомери. 2020. Распространенность и социальные детерминанты употребления табака в Афганистане. *Международное здоровье*. 13 (1). стр. 3–12. <https://academic.oup.com/inthealth/article/13/1/3/5821548>;

^d Таджикистан: Х. Исмоилов. 2017. Результаты употребления табачных изделий взрослыми. Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. Презентация во время семинара «Вопросы о табаке для обследований (TQS)»: Анализ и распространение данных." Анкара, Турция. 16–17 августа. <https://www.sesric.org/imgs/news/1737-PRESENTATION-TQS-TAJIKISTAN-Hafizulloh-ISMOILOV-EN.pdf>;

^e Туркменистан: Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. 2017. *Информационный бюллетень по борьбе против табака: Туркменистан*. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/337438/Tobacco-Control-Fact-Sheet-Turkmenistan.pdf.

Источник: Автор.

21. Требуется дополнительные усилия для снижения факторов риска для здоровья за счет улучшения профилактики, обеспечения готовности, смягчения последствий и межотраслевого подхода. Важность профилактики болезней и борьбы с ними для улучшения показателей

здоровья часто недооценивается. Поскольку население живет дольше и лучше, улучшение показателей здоровья будет все больше зависеть от здоровой окружающей среды и образа жизни, а также от доступа к передовым медицинским услугам.

2.3 Проблемы здравоохранения регионального значения

Возникающие инфекционные заболевания

22. Хотя в общем бремени болезней в регионе ЦАРЭС преобладают НИЗ, для борьбы с острыми и хроническими инфекционными заболеваниями требуется постоянное финансирование. Также существует постоянная угроза со стороны возникающих инфекционных заболеваний (ВИЗ), которые могут перемещаться и перескакивать между континентами очень быстро. Регион ЦАРЭС особенно подвержен вспышкам и эпидемиям из-за растущей связанности, мобильности населения, городских хабов, а также животноводства и торговли. В 2016 году аэропорты Казахстана обслужили 12,2 миллиона пассажиров по сравнению с примерно 4 миллиардами рейсов во всем мире.¹⁸ По оценкам, в 2018 году количество туристов, прибывших в регион, составило около 20 миллионов человек, и ожидается, что их число будут резко расти.¹⁹ Даже в небольших странах ЦАРЭС тысячи людей и грузовиков со скотом ежедневно

пересекают границы. Очевидно, что предотвратить проникновение инфекций в страну невозможно, поэтому требуется более эффективное снижение риска бедствий (предупреждение, готовность и смягчение последствий) и повышение устойчивости.

23. Большинство ВИЗ и эндемических инфекционных заболеваний имеют зоонозное происхождение. Вирусные инфекции, такие как птичий грипп и корона могут передаваться от животных с высоким метаболизмом, таких как птицы и летучие мыши, через промежуточных млекопитающих-хозяев к человеку. Зоонозы могут угрожать общественному здоровью из-за взаимодействия между людьми и животными или передачи от человека человеку. Более трех пятых всех болезней, поражающих человека, считаются зоонозными по своей природе, а три четверти всех возникающих инфекционных заболеваний имеют животное происхождение, включая COVID-19.²⁰ Зоонозы часто вызываются новыми

¹⁸ АБР. 2018. *Авиация и роль ЦАРЭС: Предпроектное исследование*. Манила.

¹⁹ АБР. 2019. *Содействие региональному сотрудничеству в сфере туризма в рамках ЦАРЭС 2030*. Манила. Это число не включает туристов, прибывающих в Афганистан, Автономные районы КНР Внутренняя Монголия и Синьцзян-Уйгурский, а также Туркменистан.

²⁰ ВОЗ определяет зоонозы как болезни и инфекции, которые естественным образом передаются от позвоночных животных к человеку. Зоонозный агент может быть бактерией, вирусом, грибом или другим агентом инфекционного заболевания.

вирусами, которые можно обнаружить только после возникновения вспышки. Бешенство, сибирская язва, бруцеллез, лейшманиоз и крымская геморрагическая лихорадка – давно установленные зоонозы, вызывающие озабоченность общественного здравоохранения в Пакистане.²¹

24. Животноводство вносит важный вклад в экономику большинства стран ЦАРЭС и является важной частью трансграничной торговли. По мере того, как страны становятся более процветающими, растет спрос на мясо как источник белка в рационе. Это приводит к увеличению производства мяса, иногда с низкими стандартами биобезопасности и неправильным использованием гормонов и лекарств. Большое поголовье скота, низкие стандарты биобезопасности и некачественная гигиена пищевых продуктов способствуют распространению новых микробов с потенциальной лекарственной устойчивостью. Следовательно, трансграничные болезни животных (ТБЖ) являются важным приоритетом ветеринарии и общественного здравоохранения. Эти заболевания могут серьезно подорвать торговлю продуктами животного происхождения, вызывая серьезные потери национального экспортного дохода в крупных странах-производителях животноводства (например, Монголия, Казахстан), а также

угрожать продовольственной безопасности из-за серьезных потерь животного белка. К сожалению, вакцины и лекарства от этих болезней немногочисленны. Поэтому при реализации подхода «Единое здоровье» решающее значение имеют скоординированные, междисциплинарные и межотраслевые усилия по устранению рисков, возникающих в результате взаимодействия животных, человека и экосистемы.

25. Пандемия COVID-19 подчеркивает опасность ВИЗ, начинающихся с одного пациента и быстро распространяющихся по миру всего за 6 месяцев.²² Центр по контролю и профилактике заболеваний (CDC) в Атланте насчитывает около 50 новых или повторно возникающих инфекционных заболеваний.²³ Печально известные пандемии в истории включают чуму, оспу и испанский грипп. Подсчитано, что чума сократила население мира на 20% и более или менее вдвое сократила население Европы в 14-м веке. В исследовании 2002 года была произведена переоценка глобальной смертности от испанского гриппа 1918–1920 годов – как минимум 50 миллионов смертей во всем мире (2,7% мирового населения).²⁴ Исследование 2020 года оценивает экономические потери от испанского гриппа 1918–1920 годов в 7% во всем мире.²⁵ Распространенные детские

²¹ ВОЗ. 2017. *Совместная внешняя оценка основных возможностей ММСП в Исламской Республике Пакистан*. Женева.

²² В данном отчете «заразные» и «инфекционные болезни» используются как синонимы.

²³ CDC определяет ВИЗ как «инфекционное заболевание, которое, как недавно выяснилось, встречается у людей; то, которое было признано ранее, но вновь появляется в другом населении или географической области, чем ранее пострадавшее; то, которое недавно затронуло намного больше людей; и/или то, у которого появились новые атрибуты (например, устойчивость или вирулентность).» CDC 1995. *Возникающие инфекционные заболевания*. 1 (1). январь-март. Грузия, США.

²⁴ Н. Джонсон и Дж. Мюллер. 2002. Обновление счетов: глобальная смертность от пандемии «испанского» гриппа 1918-1920 гг. *Вестник истории медицины* 76 (1). стр. 105–115.

²⁵ Р. де Сантис и В. ван дер Векен. 2020. Ожидаемые экономические потери и риски убытков из-за испанского гриппа. *Центр исследований экономической политики*. <https://voxeu.org/article/economic-expected-losses-and-downside-risks-due-spanish-flu>.

инфекции, такие как корь, дифтерия и коклюш, уничтожили население, не имеющего иммунитет. При нынешних профилактических и лечебных технологиях маловероятно, что такой высокий уровень смертности может повториться. Однако обычный грипп продолжает оставаться основной причиной ежегодной глобальной смертности. Продолжающаяся пандемия COVID-19 является редкой и на сегодняшний день самой сильной вспышкой со времен испанского гриппа. Однако ученые предупреждают, что за этим последуют пандемии гриппа и других вирусов, и что вопрос заключается не в «если», а в «когда».

26. После быстрого увеличения популяции домашней птицы в 1990-х годах птичий грипп, который столетием ранее был идентифицирован как птичья чума, в 1997 году заразил 18 человек в Гонконге, Китае и КНР, а с 2003 года распространился по всему миру. Спорадические случаи птичьего гриппа продолжают иметь место, несмотря на большие усилия по борьбе с ним.²⁶ Эпидемия тяжелого острого респираторного синдрома (SARS) (2002–2004 гг.), которая затронула такие страны ЦАРЭС, как КНР и Монголия, привела к инфицированию более 8 000 человек со смертностью около 10%.²⁷ Даже такая относительно небольшая эпидемия

Таблица 3: Обзор вирусных эпидемий

Вирус	Основные затронутые страны/области/регионы	Дата вспышки	Случаи по всему миру	Летальные исходы
Коронавирус SARS	КНР; Гонконг, Китай	2002 и 2003	8 096	774
Птичий грипп H5N1	Египет, Индонезия	2003-2015	846	449
Коронавирус MERS	Саудовская Аравия, Ю.Корея	С 2012	2 494	858
Эбола	Сьерра Леоне, Гвинея, Либерия	2013–2016	28 616	11 310
Зика	Ц. и Ю. Америка	2015 и 2020	5 822 014	...
COVID-19	Глобально (пандемия)	2019 и 2021	153 млн	3,2 млн

... = данные отсутствуют, COVID-19 = коронавирусная болезнь, MERS = ближневосточный респираторный синдром, КНР = Китайская Народная Республика, SARS = тяжелый острый респираторный синдром, ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

Источники:

SARS: ВОЗ. Сводка вероятных случаев атипичной пневмонии с началом заболевания с 1 ноября 2002 г. по 31 июля 2003 г. 2004. http://www.who.int/csr/sars/country/table2004_04_21/en/ (по состоянию на 20 марта 2020 г.).

Птичий грипп: Международное эпизоотическое бюро (МЭБ). Обновленная информация о птичьем гриппе у животных (тип H5) за 2007 г. http://www.oie.int/download/AVIAN%20INFLUENZA/A_AI-Asia.htm (по состоянию на 20 марта 2020 г.).

MERS: ВОЗ. Ближневосточный респираторный синдром. <http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-outbreaks.html> (по состоянию на 20 марта 2020 г.).

Эбола: ВОЗ. Данные и статистика по эболе. <https://apps.who.int/gho/data/view ebola-sitrep ebola-summary-latest?lang=en> (по состоянию на 20 марта 2020 г.).

Зика: ВОЗ / Панамериканская организация здравоохранения.. Кумулятивные случаи вируса Зика. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390:zika-cumulative-cases&Itemid=42090&lang=en (по состоянию на 20 марта 2020 г.).

COVID-19: Университет Джона Хопкинса. Ресурсный центр по вирусам короны. Данные о короне в движении. <https://coronavirus.jhu.edu/> (по состоянию на 3 мая 2021 г.).

²⁶ С. Лай и соавт. 2016. Глобальная эпидемиология вирусной инфекции птичьего гриппа А (H5N1) у людей, 1997–2015 гг.: Систематический обзор. *The Lancet Infectious Diseases*. 16 (7). стр. e108–e118. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4933299/> Онлайн публикация от 17 мая 2016 года. Doi: 10.1016/S1473-3099(16)00153-5.

²⁷ ВОЗ. Сводная таблица случаев SARS по странам, с 1 ноября 2002 г. по 7 августа 2003 г. https://www.who.int/csr/sars/country/country2003_08_15.pdf?ua=1.

нанесла большой экономический ущерб. Ли и МакКиббин (2004) подсчитали, что SARS мог привести к потере не менее 40 млрд. долл. США и замедлению роста ВВП на 1%.²⁸ Более поздние оценки намного скромнее, но все же указывают на значительное падение мирового туризма и ВВП в Канаде и КНР.²⁹ Эти ВИЗ, как и COVID-19, начались в КНР и длились несколько лет. В таблице 3 представлен обзор вирусных эпидемий во всем мире.

27. По оценкам АБР, глобальный экономический ущерб, нанесенный COVID-19, мог составить от 5,8 до 8,8 трлн. долл. США или от 6,4% до 9,7% мирового ВВП.³⁰ Прогнозируется, что в Азиатско-Тихоокеанском регионе экономическое воздействие COVID-19 приведет к сокращению совокупного экономического производства на 0,7% в 2020 году, что станет первым сокращением регионального ВВП с 1960-х годов.³¹ Значительные потери в результате пандемии и связанных с ней мер сдерживания затрагивают все секторы, включая авиацию, туризм, торговлю и другие отрасли и секторы. По состоянию на 7 декабря 2020 года COVID-19 распространился на 227 стран и вызвал более 67 миллионов подтвержденных случаев инфицирования и более 1 538 000 подтвержденных летальных исходов (фактические цифры, вероятно, будут намного выше из-за ограниченных возможностей тестирования и отчетности).

Страны ЦАРЭС (за исключением Туркменистана) зарегистрировали в общей сложности 1 309 826 подтвержденных случаев заболевания, из которых в 23 999 случаях – летальный исход по состоянию на 15 декабря 2020 года (Таблица 4). К подтвержденным случаям COVID-19 относятся не только госпитализированные пациенты, но также бессимптомные люди и пациенты с легкими симптомами.

28. Используя моделирование, которое в целом учитывает тип мер контроля, используемых в каждой стране (смягчение или подавление), были сделаны прогнозы ожидаемого числа лиц, которым потребуется госпитализация, и ожидаемого числа смертей в результате пандемии, при условии отсутствия вакцины или доступного лечения в ближайшее время. Основываясь на базовом индексе репродукции 3, с использованием наилучшего сценария с сокращением контактов и изоляции на 75%, в случае, если будет более 0,2 смертей на 100 000 населения в неделю, в общей сложности ожидается 2,1 миллиона госпитализаций и 323 000 смертей в регионе ЦАРЭС в течение всей пандемии (Таблица 4).³² К 15 декабря 2020 года общее количество зарегистрированных смертей достигло 7,4% от прогнозируемых смертей в странах ЦАРЭС, что может иметь разные объяснения: (i) пандемия еще не распространилась и замедляется,

²⁸ Дж. В. Ли и В. МакКиббин. 2004. *Оценка глобальных экономических издержек SARS. Уроки атипичной пневмонии: Подготовка к следующей вспышке заболевания: Итоги семинара*. Вашингтон.

²⁹ М. Р. Кио-Браун. 2008. Экономические последствия атипичной пневмонии: как реальность совпадает с предсказаниями. *Политика здравоохранения*. 88 (1). Октябрь. стр. 110–120. Дублин.

³⁰ АБР. 2020. Обновленная оценка экономического воздействия COVID-19. *Отчеты АБР № 133*. Манила. Май. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/604206/adb-brief-133-updated-economic-impact-covid-19.pdf>.

³¹ АБР. 2020. Обновленные перспективы развития Азии. Манила. Сентябрь. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/635666/ado2020-update.pdf>.

³² Н. М. Фергюсон и соавт. Отчет 9: Влияние нефармацевтического контроля (НФК) на снижение смертности от COVID-19 и спроса на услуги здравоохранения. Imperial College London. 16 марта. <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>.

Таблица 4: Показатели заболеваемости и смертности от COVID-19 в странах, по состоянию на 3 мая 2021 г.

Страна ЦАРЭС	Подтвержденные случаи	Подтвержденные смерти	Всего прогнозируемых госпитализаций ^а	Всего прогнозируемых смертей
Афганистан	60 300	2 642	46 011	7 208
Азербайджан	321 380	4 561	23 959	3 236
Китайская Народная Республика	102 532	4 846	1 445 585	219 209
Грузия	312 954	4 163	8 578	1 371
Казахстан	381 078	3 349	44 972	6 159
Кыргызская Республика	96 337	1 622	14 494	1 944
Монголия	39 381	119	6 360	933
Пакистан	834 146	18 149	434 109	73 115
Таджикистан	13 308	90	15 234	1 931
Туркменистан	...	...	11 520	1 531
Узбекистан	92 006	653	48 914	6 356
Всего	2 253 422	40 194	2 099 736	322 993

... = данные отсутствуют, ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, КНР = Китайская Народная Республика.

^а Прогнозы основаны на лучшем сценарии для нефармацевтического контроля, с допущением профилей «по возрасту и серьезности как в Китае», социального дистанцирования всего населения, приводящего к сокращению контактов на 75%, и триггера подавления (карантин) при 0,2 смертей на 100 000 человек в неделю.

Источники: Университет медицины Джона Хопкинса. Ресурсный центр по вирусам короны. Данные о короне в движении. <https://coronavirus.jhu.edu/> (по состоянию на 3 мая 2021 г.).

Н. М. Фергюсон и соавт. 2020. Отчет 9: Влияние нефармацевтического контроля (НФК) на снижение смертности от COVID-19 и спроса на услуги здравоохранения. Imperial College London. 16 марта. Лондон <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>.

благодаря эффективным мерам карантина; (ii) имеется слабый потенциал по надзору и тестированию и отчетности, (iii) сделанные допущения неверны; или (iv) сочетание этих трех факторов. Вакцинация должна существенно снизить воздействие COVID-19, но есть также признаки изменения вирусной передачи и, возможно, вирусной патогенности. По сравнению со странами ЦАРЭС, европейские страны, которые имеют хороший потенциал тестирования, сообщают о гораздо более высоких показателях COVID-19. Хотя страны ЦАРЭС отличаются от европейских стран по возрастной структуре и профилю

НИЗ следует ожидать увеличения госпитализаций в связи с COVID-19.

29. Реагирование на угрозу возникновения инфекционных заболеваний требует снижения риска (профилактика, обеспечение готовности и смягчение последствий) и повышения устойчивости на местном, национальном, региональном и глобальном уровнях. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) руководила странами-участницами и учреждениями во всем мире в укреплении потенциала готовности, эпиднадзора и ответных мер в отношении возникающих инфекционных

Таблица 5: Результаты самооценки стран ЦАРЭС по ММСП за 2019 г.

Показатели e-SPAR	AFG	AZE	PRC	GEO	KAZ	KGZ	MON	PAK	TAJ	TKM	UZB
Законодательство и финансирование	33	80	93	67	80	53	80	27	60	60	67
Координация ММСП и функции национального координатора ММСП	80	90	100	80	90	50	100	50	70	70	40
Зоонозные события и взаимодействие человека и животного	80	80	100	80	80	80	100	60	60	100	60
Безопасность пищевых продуктов	20	80	100	60	80	0	80	40	40	60	20
Лабораторные службы	47	87	100	93	80	50	60	60	47	73	67
Эпиднадзор	80	90	100	70	80	63	100	60	60	70	60
Кадровый потенциал	40	80	100	60	80	20	80	60	60	60	60
Национальная система реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения	33	73	80	60	87	60	80	47	73	73	67
Оказание медицинских услуг	53	93	93	60	93	40	87	33	80	67	80
Сообщение о рисках	20	100	80	20	80	40	80	20	80	60	60
Пункты въезда	30	80	100	40	80	30	80	40	60	90	40
События, связанные с химическими веществами	20	100	80	20	80	40	80	40	60	60	40
Чрезвычайные ситуации, связанные с радиацией	20	100	80	40	80	60	80	100	60	60	80

AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, CAREC = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, e-SPAR = инструмент ежегодной электронной самооценки стран-участниц, GEO = Грузия, ММСП = международные медико-санитарные правила, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

Источник: ВОЗ. Стратегическое партнерство по международным медико-санитарным правилам (2005 г.) и безопасности здоровья (SPH). Ежегодный отчет по самооценке стран-участниц ММСП (SPAR). <https://extranet.who.int/e-spar> (по состоянию на 11 июня 2020 г.).

заболеваний и других проблем общественного здравоохранения, имеющих международное значение. В 2005 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и страны-участницы одобрили пересмотренные Международные медико-санитарные правила (ММСП), которые остаются в силе с небольшими изменениями.³³ Объем ММСП не ограничивается каким-

либо конкретным заболеванием или способом передачи. Правительства должны развивать определенный минимальный базовый потенциал общественного здравоохранения и обязаны уведомлять ВОЗ о событиях, которые могут представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение.

³³ Международные медико-санитарные правила – это обязательный инструмент международного права, который 196 стран по всему миру согласились применять и который вступил в силу 15 июня 2007 г. ВОЗ. 2005. Международные медико-санитарные правила. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>.

30. За последнее десятилетие страны ЦАРЭС во главе с министерствами здравоохранения продвигали внедрение и поддержание основных возможностей ММСП (2005 г.) по контролю и лечению заболеваний. Следуя индикаторам готовности к новым заболеваниям ММСП, несколько стран (Афганистан, Грузия, Казахстан, Кыргызская Республика, Монголия, Пакистан и Таджикистан) провели совместные внешние оценки (СВО) и в своих национальных планах отдали приоритет управлению кризисными ситуациями в области здравоохранения и обеспечению готовности к ним на разных уровнях и этапах (Приложение А2.4) Эти усилия могут быть дополнены элементом прогнозирования и моделирования, чтобы обеспечить лучшую готовность и более точную оценку будущих вспышек и пандемий.

31. Страны-члены ВОЗ проводят ежегодную самооценку по 13 возможностям ММСП, используя e-SPAR, веб-инструмент самооценки.³⁴ ВОЗ и ее страны-члены также проводят СВО для подтверждения этих самооценок.³⁵ Как показано в Таблице 5, страны ЦАРЭС сообщают о высоком уровне снижения рисков и устойчивости, но на региональном уровне они получают меньшие баллы по возможностям ММСП, таким как законодательство и финансирование, безопасность пищевых продуктов, кадровый потенциал, сообщение о рисках, пункты въезда и события, связанные с химическими веществами, что может быть приоритетом для улучшения.

32. Пандемия COVID-19 – это экстремальная ситуация, к которой ни одна страна не была достаточно подготовлена.

Тем не менее, можно извлечь некоторые важные уроки. Через год после начала пандемии вакцины и лекарства стали доступны, но многое осталось неизвестным о передаче, мерах контроля и лечении. Воздействие пандемии COVID-19 усугубляется высоким бременем НИЗ с катастрофическими последствиями.³⁶ Это должно побудить страны к дальнейшему укреплению своих программ охраны здоровья и профилактики НИЗ. COVID-19 также сложнее контролировать в городских трущобах, что подчеркивает важность улучшения условий жизни нуждающихся слоев населения. После COVID-19 правительства надеются восстановить свою приверженность достижению ЦУР; провести реформы в секторе здравоохранения; и улучшить финансирование сектора для обеспечения готовности к эпидемии с точки зрения улучшения возможностей эпиднадзора и лабораторных исследований, резервной мощности больниц и поставок предметов первой необходимости. Предотвращение или смягчение последствий определенных эпидемий также потребует улучшения биобезопасности и торговли домашним скотом, а также потенциала в области разработки вакцин и лекарств.

Другие инфекционные заболевания

33. Страны ЦАРЭС также подвержены вспышкам других инфекционных заболеваний, которые могут распространяться на региональном уровне. Среди наиболее острых инфекций

³⁴ ВОЗ. Годовой отчет страны-участницы e-SPAR. <https://extranet.who.int/e-spar>.

³⁵ ВОЗ. Отчеты миссий по совместной внешней оценке (СВО). <https://www.who.int/ihr/procedures/mission-reports/en/>.

³⁶ Как заявила Карисса.Ф. Этьенн, Директор Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ). ПАОЗ 2020. Вступительное слово директора на еженедельном брифинге для прессы по Covid-19. 26 мая. <https://www.paho.org/en/documents/weekly-press-briefing-covid-19-directors-opening-remarks-may-26-2020>.

в Пакистане и КНР сохраняются малярия, денге и японский энцефалит.

34. Хронические инфекционные заболевания (ХИЗ), такие как ВИЧ/СПИД, туберкулез и вирусные гепатиты В и С, также имеют региональное воздействие и продолжают представлять тяжелое бремя в странах ЦАРЭС. Важно бороться с этими заболеваниями и их факторами риска на региональном уровне, учитывая их способность пересекать границы, затрагивать мигрантов и обременять службы здравоохранения. ВИЧ/СПИД является серьезной проблемой общественного здравоохранения в регионе ЦАРЭС, особенно в Афганистане, Пакистане и КНР. Может потребоваться рассмотрение широкого спектра факторов риска и детерминантов здоровья, включая изменение социальных норм, государственное образование, миграцию и безработицу.

35. Гепатит, в частности вирусный гепатит В и С, широко распространен во всех странах ЦАРЭС. На КНР (14%) и Пакистан (10%) приходится почти четверть бремени гепатита С (ВГС) из 28 стран, на которые приходится 80% бремени ВГС в мире.³⁷ В Монголии также высока заболеваемость хроническим вирусом гепатита В (ВГВ) и инфекциями ВГС. ВГС и ВГВ являются преобладающими причинами рака и цирроза печени. Рак печени – наиболее распространенный вид рака в Монголии и КНР, на который приходится 50% глобального бремени.

Вакцинация от ВГВ и недорогое лечение ВГС могут уменьшить это бремя.

36. Заболеваемость ТБ, хотя и снижается во всем регионе ЦАРЭС, продолжает представлять серьезную угрозу даже в неосложненной форме, особенно в форме ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ).³⁸ В странах ЦАРЭС в целом высокий уровень заболеваемости ТБ. КНР и Пакистан входят в список 30 стран ВОЗ с наибольшим оценочным числом случаев ТБ (КНР) и случаев МЛУ-ТБ (Пакистан); в то время как Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан и Узбекистан имеют самое высокое бремя МЛУ-ТБ в Европейском регионе ВОЗ.³⁹

37. Нозокомиальные (внутрибольничные) инфекции представляют собой растущую угрозу общественному здоровью в глобальном масштабе и связаны с плохой профилактикой и контролем больничных инфекций, плохим или отсутствующим контролем качества, устойчивостью к противомикробным препаратам (АМР) и низким интересом частного сектора к разработке новых лекарств с ограниченным рыночным потенциалом. Для борьбы с этими инфекциями необходимы действия на глобальном, региональном и больничном уровнях.

38. АМР – это способность микробов сопротивляться лекарствам, которая также связана с ненадлежащим использованием лекарств, в том числе ветеринарных. Это

³⁷ WHO. 2017. *Глобальный отчет о гепатите*. Женева.

³⁸ Средний уровень заболеваемости ТБ в Европейском регионе ВОЗ снизился с 5,4% в 2006–2015 годах до 3,3% в 2014–2015 годах.

³⁹ Согласно глобальному докладу ВОЗ по туберкулезу (2018 г.), в 2016 г. 10 стран с самым высоким показателем МЛУ-ТБ – это (в алфавитном порядке) Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызская Республика, Молдова, Российская Федерация, Сомали, Таджикистан, Украина и Узбекистан. ВОЗ. 2018. *Глобальный отчет по туберкулезу*. Женева.

быстро становится глобальной проблемой общественного здравоохранения.⁴⁰ Патогены с лекарственной устойчивостью могут передаваться между людьми и животными, через медицинские учреждения, в сообществах и через границы страны. Устойчивость к недорогим и эффективным противомикробным препаратам растет тревожно высокими темпами, что делает лечение многих распространенных заболеваний и патогенов (таких как туберкулез) трудным и дорогостоящим.⁴¹ АМР требует действий на глобальном, региональном, национальном и местном уровнях, включая обеспечение соблюдения законодательства, просвещение населения, профилактику и контроль инфекций, обеспечение качества, эпиднадзор и исследования. Выявление АМР и принятие ответных мер зависит от усиленных и скоординированных лабораторных и эпиднадзорных потенциалов в регионе, а также от скоординированных ответных мер в различных секторах здоровья человека и животных, окружающей среды, торговли, интеллектуальной собственности и инноваций.

39. Инфекционные заболевания, включая возникающие и зоонозные инфекции, а также угрозы, вызываемые АМР, представляют собой серьезную проблему для здоровья в регионе из-за их способности быстро распространяться на региональном и международном уровнях в результате расширения

связанности и увеличения объемов торговли. Трансграничный эпиднадзор, обмен информацией и координация в человеческом и животноводческом секторах имеют решающее значение для борьбы с этими заболеваниями. Трансграничный характер инфекций (туберкулез, гепатит, ВИЧ, болезни животных и новые болезни) способствует их распространению; в то время как слабые системы эпиднадзора, обнаружения, раннего предупреждения и системы направлений к врачу способствуют скорости распространения, трудностям в предотвращении и борьбе со вспышками, эпидемиями и пандемиями.

Неинфекционные заболевания

40. Как описано в Разделе 2.1, в бремени болезней в регионе ЦАРЭС преобладают НИЗ. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) составили наибольшее количество смертей от НИЗ в 2018 году в ЦАРЭС, то есть 4,5 миллиона человек ежегодно; на рак приходилось 2,3 миллиона человек, за ними следуют респираторные заболевания (0,9 миллиона) и диабет (0,2 миллиона).⁴² Большая часть этих смертей произошла в КНР из-за большой численности населения (пятая часть населения мира), где 89% случаев смерти вызваны НИЗ. Рост НИЗ является постепенным для большинства стран ЦАРЭС, за

⁴⁰ Европейское региональное бюро ВОЗ. 2018. Хорошие лаборатории - крепкое здоровье. Укрепление лабораторных систем в Европейском регионе ВОЗ. Отчет о 3-й встрече партнеров, посвященной устойчивости к противомикробным препаратам. Алматы, Казахстан. 9-10 октября. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/400296/Partners-Meeting-2018-Report-en.pdf. Казахстан, Таджикистан и Узбекистан сообщают об опасениях по поводу качества противомикробных препаратов.

⁴¹ Человеческие и финансовые затраты на АМР признаны во всем мире: по оценкам, ежегодно во всем мире умирает 700 000 человек из-за лекарственно-устойчивых инфекций, а к 2050 году прогнозируется ежегодное сокращение ВВП на 3,8%.

⁴² Институт показателей и оценки здоровья (IHME). 2018. *Результаты исследования глобального бремени болезней (2017)*. Сизэтл, Вашингтон. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

исключением Грузии, где наблюдался резкий рост (Рисунок 2).

41. Было показано, что НИЗ и связанные с ними состояния непропорционально сильно влияют на людей в странах со средним уровнем дохода (ССД), где происходит более трех четвертей всех случаев смерти от НИЗ в мире. Если судить по годам жизни с поправкой на инвалидность (DALY) и потерянным годам жизни (YLL), начало НИЗ среди молодых людей и связанные с этим расходы могут иметь разрушительные экономические и социальные последствия. Согласно анализу Всемирного экономического форума, КНР ежегодно теряет из-за НИЗ более 20 миллионов лет продуктивной жизни.⁴³ Исследование 2005 года показывает, что употребление табака, которое является сопутствующим фактором риска, увеличило вероятность отпуска по болезни с 32% до 56%.⁴⁴ В глобальном масштабе преждевременная смертность, связанная с НИЗ, снижалась на 1,3% в год в период с 1990 по 2017 гг. С другой стороны, несколько стран ЦАРЭС (Афганистан, Монголия, Пакистан, Туркменистан и Узбекистан) продемонстрировали тенденцию к росту и высокие уровни предотвратимой преждевременной смертности от НИЗ.⁴⁵

42. Хронический характер и высокие затраты на лечение, связанные с большинством НИЗ, означают, что пациенты страдают дольше и нуждаются в большем количестве медицинской помощи и госпитализации. Эффект ощущается на уровне домашних хозяйств,

национальном и глобальном уровне. НИЗ могут иметь катастрофические последствия для домашних хозяйств из-за высоких личных расходов на медицинские услуги и лиц, обеспечивающих уход. Доля собственных расходов очень высока в большинстве стран ЦАРЭС (см. Раздел 3.5), и это может быстро привести к тому, что домашние хозяйства погрузятся в бедность. Затронутое предложение рабочей силы затрудняет использование демографических дивидендов, которые в противном случае были бы получены из-за большей доли молодого трудоспособного населения по сравнению с другими странами. Это, в свою очередь, снижает накопление богатства и производительность, которые в иных обстоятельствах поддерживали бы развитие и инвестиции стран. На национальном уровне, помимо экономических и налогово-бюджетных последствий, высокая стоимость и длительное время лечения подрывают способность систем здравоохранения решать другие приоритеты в области здоровья. На региональном уровне снижение национальной производительности и потребления ведет к замедлению регионального роста.

43. Страны ЦАРЭС предприняли различные усилия для снижения бремени НИЗ, такие как борьба с детским ожирением в Таджикистане, поощрение физических упражнений в Туркменистане, развитие семейной медицины и повышение качества высокоспециализированного стационарного лечения. Однако эти действия часто представляют собой проекты и программы, которые могут подвергаться нерегулярному

⁴³ Всемирный экономический форум. 2008. *Работа во благо здоровья: Бизнес-обоснование*. Женева.

⁴⁴ С. Цай и соавт. 2005. *Борьба с табакокурением*. 14. pp. 33–37. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1766182/>.

⁴⁵ Р. Мартинез и соавт. 2020. Тенденции предотвратимой преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний в 195 странах и территориях, 1990–2017 гг.: Популяционное исследование. *The Lancet*. 8 (4). Апрель. стр. E511–E523. 1. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30035-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30035-8).

Рисунок 2: Неинфекционные заболевания в ЦАРЭС, 1990–2017 гг.

ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, КНР = Китайская Народная Республика.

Примечание: Данные по Туркменистану отсутствуют.

Источник: Институт показателей и оценки здоровья (IHME). 2018. *Результаты исследования глобального бремени болезней (2017)*. Сизэтл, Вашингтон. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

финансированию и прерываниям. В соответствии с ЦУР и ВОЗ требуется межотраслевой подход, основанный на концепции «здоровье во всех стратегиях».⁴⁶ Это серьезная проблема в регионе из-за вертикальной структуры организации услуг, которая потребует серьезных реформ.

44. Региональное сотрудничество в области здравоохранения предоставляет странам многочисленные возможности объединить усилия для наиболее эффективного использования сектора, повышения эффективности

и финансирования. Решение проблем здравоохранения в регионе также будет зависеть от создания устойчивых систем здравоохранения. Ключевые проблемы систем здравоохранения и развития в регионе обсуждаются в Разделе 2.4.

Миграция

45. Рост трудовой миграции в сочетании с проблемами, связанными с инфекционными и возникающими заболеваниями в регионе, еще больше усугубляет угрозу пандемий.⁴⁷ В 2019 году

⁴⁶ Европейское региональное бюро ВОЗ. 2018. Межотраслевые и внутриотраслевые мероприятия по укреплению здоровья и благополучия для всех: карта Европейского региона ВОЗ. *Заключительный отчет*. Копенгаген.

⁴⁷ Б. Бабамурадов и соавт. 2017. Снижение туберкулеза среди мигрантов из Центральной Азии *Health Affairs*. 36 (9). 1688. 1 сентября. <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2017.0794>.

Таблица 6: Численность международных мигрантов в странах ЦАРЭС, 2019 г.

Показатели	AFG	AZE	PRC	GEO	KAZ	KGZ	MON	PAK	TAJ	TKM	UZB
Количество мигрантов ^a (в тыс.)	149,8	253,9	1 030,9	79,0	3 705,6	200,3	21,1	3 258,0	274,1	195,1	1 168,4
Мигранты в % от населения страны	0,4	2,5	0,1	2,0	20,0	3,1	0,7	1,5	2,9	3,3	3,5
Женщины-мигранты в % от всех мигрантов	49,9	52,1	38,6	56,2	50,4	59,6	33,2	47,4	56,9	52,7	53,4
Тип данных ^b	B	B, R	C	B	B	B	C	B, R	B	B	B

AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

^a Итоговые значения являются приблизительными, поскольку количество неформальных мигрантов невозможно точно подсчитать.

^b В этой строке указаны данные, использованные для получения оценок: (B) населения иностранного происхождения, (C) иностранных граждан и (R) беженцев.

Источник: Департамент по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций. Международная миграция. <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates19.asp> (по состоянию на 16 января 2020 г.).

около 10,3 миллиона мигрантов из стран ЦАРЭС работали за пределами своих стран проживания (Таблица 6). Культурные и структурные барьеры и отсутствие страхового покрытия часто удерживают мигрантов от получения необходимой и своевременной помощи, что приводит к увеличению бремени здравоохранения из-за более высоких затрат на лечение (по сравнению с профилактикой и ранним выявлением).⁴⁸ Трудовые мигранты, особенно неквалифицированные и не имеющие документов, часто находятся в плохих условиях труда и жизни. Они работают в условиях ограниченной социальной защиты и имеют ограниченный

доступ к медицинским и другим социальным услугам.⁴⁹ Эти обстоятельства, в свою очередь, могут способствовать возникновению опасностей для здоровья, особенно инфекционных заболеваний. Как показывает практика Таджикистана и Узбекистана, иностранные рабочие более уязвимы для заражения ВИЧ/СПИДом.⁵⁰ Плохо вентилируемые и стесненные жилищные условия и отсутствие доступа к диагностическим и лечебным услугам способствуют повышенному риску заражения туберкулезом среди трудовых мигрантов и трансграничных вспышек. По данным Центрального научно-исследовательского института туберкулеза

⁴⁸ Международная федерация прав человека. 2017. Трудовые мигранты в Центральной Азии несут высокие миграционные издержки. 8 июня. <https://www.fidh.org/en/region/europe-central-asia/migrant-workers-in-central-asia-are-subjected-to-high-migration-costs>.

⁴⁹ Н. Эль-Бассель и соавт. 2011. Влияние паттернов мобильности и рисков ВИЧ на профилактику ВИЧ среди мигрантов-торговцев на рынке в Казахстане *Американский журнал общественного здравоохранения* 101 (6). стр. 1075–1081. июнь. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3093276/>. Колумбийский университет.

⁵⁰ Ю. Амирханян и соавт. 2015. Мужчины-трудовые мигранты в [Российской Федерации]: уровни поведения, связанные с риском заражения ВИЧ, контекстуальные факторы и потребности в профилактике. *Журнал здоровья иммигрантных меньшинств*. 13 (5). стр. 919–928.

РАМН (сноска 47), заболеваемость туберкулезом и туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью среди трудовых мигрантов в 2,5 раза выше, чем среди населения в целом. Это еще больше усугубляется штаммами МЛУ, которые гораздо сложнее и дороже лечить, а отсутствие доступа к информации и профилактическим услугам может еще больше усугубить эти риски.⁵¹

46. Хотя миграция дает такие преимущества, как возможности трудоустройства и экономическое процветание, важно, чтобы связанные с этим проблемы здравоохранения решались совместно.⁵² Поскольку денежные переводы от трудовых мигрантов составляют важный источник дохода в регионе (особенно в Кыргызской Республике, Пакистане и Таджикистане),

предоставление медицинских услуг мигрантам может принести значительные выгоды не только самим мигрантам, но и странам их пребывания и странам происхождения. Фактические данные, полученные в Европейском союзе, показывают, что «своевременное лечение в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (для мигрантов) влечет за собой потенциальную экономию затрат, по крайней мере, от 49% до 100% прямых медицинских и немедицинских затрат и от 4% до 100% косвенных затрат, понесенных в условиях больницы для лечения более тяжелых состояний».⁵³ Снижение структурных барьеров для доступа мигрантов к медицинскому обслуживанию может положительно повлиять на здоровье населения принимающих стран и, в конечном итоге, минимизировать их финансовое бремя.

2.4 Развитие систем здравоохранения в регионе

47. В этом разделе рассматриваются сильные и слабые стороны систем здравоохранения в странах ЦАРЭС с использованием шести определенных ВОЗ структурных элементов (Рисунок 4). Приложение 2 содержит полный обзор сильных и слабых сторон систем здравоохранения в странах ЦАРЭС. Строительные блоки систем здравоохранения представляют собой состояние национальных

систем здравоохранения. Все они взаимосвязаны и указывают на уровни производительности с точки зрения качества, эффективности, справедливости и устойчивости.

48. Системы предоставления медицинских услуг в регионе ЦАРЭС разнообразны. Несмотря на различия в инвестициях в медицинские учреждения, во всех странах системы здравоохранения

⁵¹ Уровень знаний о ВИЧ среди мигрантов в Центральной Азии ниже, чем в принимающих странах (например, Казахстан, Российская Федерация). Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. 2017. Обследование демографии и здравоохранения Таджикистана (TJDHS). Душанбе. <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/3394>.

⁵² Б. Гушулак и Макферсон. 2004. Глобализация инфекционных заболеваний: влияние миграции. *Клинические инфекционные болезни*. 15 июня. 38 (12). стр. 1742–1748.

⁵³ Ю. Траммер и соавт. 2015. *Анализ затрат на медицинское обслуживание мигрантов и этнических меньшинств*. Вена.

Рисунок 3: Структурные элементы систем здравоохранения Всемирной организации здравоохранения

Источник: ВОЗ. 2010. *Мониторинг структурных элементов систем здравоохранения: Справочник по индикаторам и стратегиям их измерения*. <https://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>.

находятся на переходном этапе. Многие страны в регионе переходят от государственного поставщика услуг к комбинации государственного и частного сектора, от централизованной к децентрализованной системе и от упора на больничные услуги к увеличению инвестиций в первичную медико-санитарную помощь. Большинство стран бывшего Советского Союза после обретения независимости прошли процесс рационализации с точки зрения больничного и медицинского персонала, и активно продвигали семейную медицину. Эти страны в основном сохранили двухкомпонентную систему клинических и санитарных служб. Большинство стран ЦАРЭС имеют большой доступ к услугам здравоохранения, хотя в сельских районах большие слои населения все еще не имеют доступа к основным медицинским услугам. Там, где медицинская помощь доступна, она часто бывает фрагментированной и низкого качества из-за нехватки кадров и других ресурсов. Отсутствие высококачественных лабораторных услуг остается проблемой для всего региона.

49. Повышение качества медицинских услуг может стать серьезной задачей в регионе в ближайшие годы. Следует сосредоточить внимание на разработке систем повышения качества, производстве высококачественной рабочей силы и контроле качества лекарственных средств – все это потребует развития и регулирования системы. Сотрудничество может помочь привести стандарты лабораторий и учреждений в соответствие с лучшими международными практиками стандартизации услуг.

50. Страны ЦАРЭС реализовали различные стратегии для оптимизации своих кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ), особенно за счет инвестиций в формирование семейной медицины, а также врачей и медсестер первичной медико-санитарной помощи. Несмотря на значительные усилия, страны ЦАРЭС по-прежнему сталкиваются с проблемами в области КРЗ, такими как стареющая рабочая сила, несоответствующие политики по кадровому составу и найму, неравномерное распределение и удержание между городскими и

сельскими районами, низкое качество образования, слабое обеспечение соблюдения стандартов и аккредитации, низкая способность к освоению ресурсов, неустойчивая организация карьеры, а также ненадлежащие условия труда. Содействие потоку медицинских работников в регион, например, посредством взаимного признания навыков и обмена информацией, может помочь повысить устойчивость кадров здравоохранения и снизить риск «утечки мозгов» в регионе. Хотя региональный рынок труда желателен, регион испытывает отток квалифицированных специалистов в области здравоохранения, что усугубляет существующий дисбаланс.

51. Обмен знаниями помогает мотивировать и повышать квалификацию специалистов общественного здравоохранения. Существующие региональные программы обучения, такие как обмен клиническими знаниями (например, между КНР и Пакистаном) и программы электронного обучения, могут быть расширены в интересах региональных медицинских работников с улучшенным доступом к сбору и анализу данных и принятием качественных диагностических и клинических решений.

52. Национальные информационные системы здравоохранения в регионе ЦАРЭС, как правило, фрагментированы из-за параллельных систем надзора за заболеваниями, отсутствия интеграции частного сектора, и разрозненности между учреждениями на национальном, провинциальном и местном уровнях. Это затрудняет сбор, анализ и отчетность данных и препятствует принятию решений на основе фактов. Зачастую данные не дезагрегированы по признаку пола, что затрудняет получение информации о состоянии здоровья женщин. Многие страны предприняли усилия

по интеграции различных систем и внедрению программного обеспечения для улучшения сбора и анализа данных. Для дальнейшего улучшения результатов созданы и оборудованы региональные центры медицинской статистики и информации. Однако функционально совместимые информационные системы здравоохранения требуют значительных инвестиций, а реализация ограничена из-за нехватки материальных и финансовых ресурсов и недостаточной координации между разрозненными инвестициями. Для обеспечения сотрудничества и обмена информацией на региональном уровне потребуется оптимизация и координация эпиднадзора за инфекционными заболеваниями на национальном уровне.

53. Некоторые тенденции, касающиеся качества, наличия и ценовой доступности лекарств, требуют регионального внимания. Серьезную озабоченность вызывает торговля некачественными и поддельными лекарствами, а также связанные с этим безрецептурная продажа и неправильное использование, которые способствуют возникновению лекарственной устойчивости. Существует очевидная потребность в создании и укреплении систем и потенциала регулирования и обеспечения качества во всем регионе, а также в укреплении нормативной среды для обеспечения регионального контроля качества. Еще одна проблема – дороговизна брендовых лекарств. Совместные инвестиции могут также увеличить отечественное фармацевтическое производство, а совместная закупка лекарств может обеспечить более низкие цены.

54. Регион ЦАРЭС сталкивается с рядом проблем в финансировании здравоохранения, включая (i) большое и растущее бремя НИЗ, (ii) увеличение финансирования, необходимого для

достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами и ЦУР, и (iii) недостаточно развитые системы страхования. Что касается смягчения финансового бремени медицинских услуг для своих граждан, страны ЦАРЭС находятся на разных этапах увеличения государственного и частного медицинского страхования и охвата, а также предоставления медицинских услуг с гарантированными государством базовыми пакетами. В связи с сокращением донорской поддержки и увеличением финансового бремени менее ресурсо-обеспеченные страны ЦАРЭС должны найти другие эффективные способы нести финансовое бремя, включая более широкое участие частного сектора на национальном и региональном уровнях.

55. Что касается лидерства и управления, постсоветские страны продемонстрировали твердую приверженность развитию сектора здравоохранения. Появляются различные модели сектора здравоохранения, начиная от системы преимущественно общественного здравоохранения до системы здравоохранения, основанной на частнопрактикующих врачах. Эти системы здравоохранения все еще находятся на переходном этапе, например, с точки зрения сочетания государственного и частного секторов, медицинского страхования, автономии больниц и развития людских ресурсов. Страны ЦАРЭС также укрепляют свои информационные системы мониторинга, чтобы лучше отслеживать свой прогресс в достижении результатов в области здоровья.

3

ВОЗМОЖНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

56. На основе анализа тенденций в секторе здравоохранения и развития систем здравоохранения в регионе ЦАРЭС в следующей главе обсуждаются возможности для РСЗ. В этой главе будут обсуждаться движущие силы и ограничения РСЗ, представлены уроки, извлеченные из различных видов регионального сотрудничества, а также обсуждаются возможности и примеры для трех выявленных областей: (i) повышение

региональной безопасности здоровья (РБЗ); (ii) поддержка развития систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества; и (iii) улучшение медицинского обслуживания мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ. SWOT-анализ развития сектора здравоохранения и сотрудничества в регионе ЦАРЭС см. в Приложении 3. Обзор примеров РСЗ со всего мира представлен в Приложении 4.

3.1 Движущие силы и ограничения регионального сотрудничества в области здравоохранения

57. В основе регионального и трансграничного сотрудничества лежат общие региональные интересы и выгоды (прямые и косвенные). Успешное региональное сотрудничество зависит от таких факторов, как лидерство, консенсус между сторонами, уровень технического развития и ресурсы (время и деньги). Экономическое обоснование регионального сотрудничества включает (i) создание обязательств, конкуренции и рычагов воздействия; (ii) эффект масштаба для повышения качества услуг и эффективности; (iii) передача знаний и технологий для анализа, разработки политики и наращивания потенциала; и (iv) предоставление региональных общественных товаров и услуг с внешними эффектами, которые особенно важны для сектора здравоохранения.⁵⁴

58. Сотрудничество – это общий термин, обозначающий различные стороны, работающие вместе, и может включать

(i) коммуникации, направленные на обмен информацией; (ii) координацию, при которой

Рисунок 4: Четыре типа сотрудничества

Источник: Авторская адаптация презентации Дж. Хопкинса. 2008. Региональный семинар по трансграничному сотрудничеству в области эпиднадзора за инфекционными заболеваниями и ответных мер в Камбодже, Китайской Народной Республике, Лаосской Народно-Демократической Республике и Вьетнаме. 8-10 апреля. Да Нанг.

⁵⁴ АБР. 2015. *Поддержка регионального сотрудничества и интеграции: Тематическое оценочное исследование*. Манила.

каждая сторона стремится повысить свою эффективность; (iii) кооперацию, при которой стороны разделяют общую цель или выгоду; и (iv) коллаборацию, когда стороны вместе создают больше.⁵⁵ Чем интенсивнее сотрудничество, тем более комплексным оно может быть. Сотрудники национальных государственных органов обычно перегружены работой и озабочены национальными приоритетами и рисками. Следовательно, необходимо оценить осуществимость регионального сотрудничества, тщательно сформулировать планы и обеспечить ресурсы, чтобы не ограничиваться семинарами, а достичь ощутимых результатов.

59. В этом разделе описываются движущие факторы процессов, которые запускают, способствуют, или препятствуют РСЗ, применимо к региону ЦАРЭС. Тщательный анализ, достижение консенсуса и планирование помогут обеспечить РСЗ с дополнительными положительными характеристиками для стран-членов. Региональное сотрудничество имеет четыре измерения: (i) культурное и социальное, (ii) географическое и демографическое, (iii) регуляторное и (iv) экономическое и технологическое. Каждое измерение включает один или несколько потенциальных движущих сил для трансграничного сотрудничества в сфере здравоохранения. Измерения и ключевые движущие факторы РСЗ проанализированы и обобщены в Таблице 7.

60. **Культурное и социальное измерение** включает в основном «внешние» факторы, такие как язык, привычки, обычаи или история. Сотрудничество в области здравоохранения с большей вероятностью будет происходить между странами с аналогичной системой социального обеспечения и здравоохранения и тесными историческими и культурными связями.⁵⁶ Эти связи порождают как минимум взаимный интерес, если не сплочение, стимул и чувство здоровой конкуренции между странами. Странам с аналогичными правилами и руководящими принципами системы здравоохранения (например, графиками вакцинации и т. д.) также легче сотрудничать, и пациентам более комфортно пользоваться знакомыми системами, когда они пересекают границы для получения лечения. Большинство стран ЦАРЭС пользуются наследием Семашко и общепринятым языком (русский язык). В советское время многие республики Центральной Азии закупали вакцины и средства для иммунизации в Российской Федерации; и эта схема продолжалась, несмотря на последующие политические изменения.

61. **Географическое измерение** охватывает местоположение страны/региона и его характеристики (например, размер страны, рельеф, количество и виды границ). РСЗ, скорее всего, будет иметь место в странах, которые географически связаны, что делает трансграничные услуги (например, услуги

⁵⁵ Авторская адаптация презентации Дж. Хопкинса. 2008. Региональный семинар по трансграничному сотрудничеству в области эпиднадзора за инфекционными заболеваниями и ответных мер в Камбодже, Китайской Народной Республике, Лаосской Народно-Демократической Республике и Вьетнаме. 8-10 апреля. Да Нанг

⁵⁶ Дж. Бобек и соавт. 2018. *Исследование трансграничного сотрудничества. Использование существующих инициатив по сотрудничеству в трансграничных регионах*. Люксембург: Бюро публикаций Европейского Союза. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_crossbordercooperation_frep_en.pdf; и И.А. Глинос и М. Висмар 2013. *Больницы и границы: семь тематических исследований по трансграничному сотрудничеству и взаимодействию систем здравоохранения*. Брюссель: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения.

Таблица 7: Движущие силы и ограничения регионального сотрудничества ЦАРЭС в области здравоохранения

Движущие силы	Ситуация в ЦАРЭС
Культурное и социальное измерение	
<ul style="list-style-type: none"> Культурная близость (языки, культурное / историческое наследие) Связанная со здоровьем культурная близость (тип системы социального обеспечения, сходство графиков и подходов) Характеристики медицинских услуг (например, доля личных расходов, соотношение государственного и частного секторов) Мобильность медицинского персонала и населения в целом 	<ul style="list-style-type: none"> Общее наследие «Семашко» (8 из 11 стран). Несмотря на то, что эти страны предпринимают очень разные пути реформ, это общее наследие по-прежнему является потенциальным трамплином для укрепления регионального сотрудничества в ЦАРЭС. Общеупотребительный язык (русский) Создание взаимного интереса и здоровой конкуренции Высокие личные расходы во всем регионе, за некоторыми исключениями Медицинский персонал пересекает границы в поисках лучшего образования и экономических возможностей
Географическое и демографическое измерение	
<ul style="list-style-type: none"> Состав населения (стареющее население, миграция) Характеристики населения (например, эпидемиология) Границы и приграничные зоны в странах ЦАРЭС Изолированность региона и страны, пересеченная местность, трудность доступа в регион или страну 	<ul style="list-style-type: none"> Множественные границы значительной длины Много «прозрачных» границ, неофициально пересекаемых региональными торговцами и домашним скотом Горная местность и изолированные приграничные регионы ЦАРЭС (например, Афганистан, Таджикистан, Кыргызская Республика) Страны ЦАРЭС на разных этапах демографического перехода (значительное стареющее население и значительное молодое население в разных странах) Большие миграционные потоки из-за экономических и демографических дисбалансов Эпидемиологическое сходство, основанное на растущем бремени НИЗ (и связанных с ними факторах риска) и бремени инфекционных заболеваний (ВИЧ, гепатит, ВИЗ)
Регуляторное измерение	
<ul style="list-style-type: none"> Правовые и нормативные положения (национальные, двусторонние, региональные и глобальные соглашения о сотрудничестве) Положения о защите данных 	<ul style="list-style-type: none"> Множественные региональные / двусторонние соглашения (например, между странами Европейского региона ВОЗ, странами СНГ, странами ЕАЭС и странами, входящими в двусторонние экономические коридоры (Китайско-пакистанский экономический коридор [КПЭК] и Экономический коридор Алматы-Бишкек [ЭКАБ])
Экономическое и технологическое измерение	
<ul style="list-style-type: none"> Несостоятельность рынка региональных общественных благ требует вмешательства государства и регионального сотрудничества Социально-экономические связи Экономия за счет масштаба (усиление специализации, объединение компетенций и ресурсов в пул, снижение затрат, и качество лечения) Освоение технологий в странах и регионе Инновационный потенциал Использование ИКТ (мобильное и электронное здравоохранение, цифровая грамотность) 	<ul style="list-style-type: none"> Борьба с возникающими и другими болезнями, распространяющимися через границы, требует регионального сотрудничества Создание возможностей трудоустройства и снижение затрат за счет предоставления трансграничного лечения и услуг (например, трансграничная инфраструктура, такая как больницы) Повышение эффективности и положительные внешние эффекты от обмена информацией и сотрудничества в образовании и обучении кадровых ресурсов здравоохранения Эффект масштаба за счет совокупного спроса, совместных закупок лекарств и технологий Распространение мобильного и электронного здравоохранения на региональном уровне (проекты телемедицины: Пакистан-КНР, Афганистан-Кыргызская Республика-Пакистан-Таджикистан) Использование и внедрение инновационных технологий и ИКТ

ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, СНГ = Содружество Независимых Государств, ЕАЭС = Евразийский экономический союз, ВИЗ = возникающее инфекционное заболевание, ИКТ = информационные и коммуникационные технологии, НИЗ = неинфекционное заболевание, КНР = Народная Республика Китай, ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

Источник: Адаптация автором Дж. Бобек и соавт. 2018. *Исследование трансграничного сотрудничества. Использование существующих инициатив по сотрудничеству в трансграничных регионах*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2018_crossbordercooperation_frep_en.pdf

здравоохранения) более доступными. Географически изолированные регионы более склонны к трансграничному сотрудничеству. Новые технологии (например, телемедицина) играют более важную роль в обслуживании этой группы. Примеры в регионе ЦАРЭС включают трансграничное предоставление телемедицинских услуг между Афганистаном, Кыргызской Республикой, Пакистаном и Таджикистаном, а также международную больницу в Урумчи (КНР), которая установила трансграничную платформу телемедицины с пятью соседними странами.⁵⁷ Схожие демографические факторы, такие как население (например, стареющее население и мигранты), могут стимулировать РСЗ за счет совместных исследований и коллективных подходов к решению проблем с общими характеристиками. В ЦАРЭС Казахстан (и Российская Федерация) привлекает трудовых мигрантов из соседних стран Центральной Азии из-за различного состава населения, в то время как КНР привлекает мигрантов из-за своего быстро стареющего населения.

62. Регуляторное измерение охватывает правовые вопросы трансграничного сотрудничества, включая официальные и неформальные соглашения, а также юридическую совместимость между сторонами. Страны ЦАРЭС подписали ряд соглашений о сотрудничестве в области здравоохранения: (i) международные соглашения, такие как ММСП или Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ), которые создают общую основу глобальной политики здравоохранения, (ii) региональные соглашения, такие как

соглашение об общем фармацевтическом рынке Евразийского экономического союза (ЕАЭС), и (iii) двусторонние соглашения, например, между Казахстаном и Кыргызской Республикой. Обзор существующих соглашений и регионального сотрудничества в области здравоохранения можно найти в Приложении 5.

63. Экономическое и технологическое измерение охватывает социальные и экономические аспекты, эффект масштаба (экономическое измерение) и технологический потенциал для инноваций и использования ИКТ (технологическое измерение). Важным аргументом в пользу регионального сотрудничества в области здравоохранения является то, что инфекционные заболевания пересекают границы, поэтому борьба с ними является общественным благом, требующим государственного вмешательства и межстранового сотрудничества. Доводы по экономическому измерению регионального сотрудничества включают положительные и отрицательные внешние факторы. Примером положительного внешнего эффекта является обмен знаниями в борьбе с НИЗ, что может привести к более эффективной политике профилактики и контроля, а также к снижению человеческого и финансового бремени. С другой стороны, негативные внешние эффекты могут включать в себя контрабанду и непоследовательное налогообложение табака между странами с общими границами, что увеличивает потребление табака, несмотря на введение более жесткой национальной политики налогообложения табака.

64. Экономия за счет масштаба может быть достигнута за счет регионального

⁵⁷ *Новости Пояса и пути*. 2019. Синьцзянская международная больница для оказания трансграничных медицинских услуг. 20 августа. <https://www.beltandroad.news/2019/08/20/xinjiangs-intl-hospital-to-provide-cross-border-health-services/>.

сотрудничества, такого как совместные исследования по борьбе с редкими заболеваниями и совместные закупки, также известные как групповые закупки, что особенно актуально для малых стран, не имеющих покупательной способности более крупных государств. В ЦАРЭС несколько стран (например, Казахстан, Пакистан и КНР), внутренняя фармацевтическая промышленность которых быстро развивается, могут иметь хорошие возможности для эффективных поставок лекарств на основе региональных соглашений. Коллективные переговоры о групповых закупках могут быть предприняты, если производство (или предотвращение производства и использования) товара (например, лекарств, маркировка пищевых продуктов, маркировка табака) более эффективно при участии всех стран. В случае маркировки пищевых продуктов и регулирования состава обработанных пищевых продуктов может быть менее затратным иметь единый промышленный подход во всем регионе, чем маркировка и переработка их по-разному в каждой стране.

65. РСЗ может принимать различные формы. В контексте торговли региональное сотрудничество может означать координацию политики и мер, которые улучшают поток товаров (например, лекарств, медицинского оборудования и изделий медицинского назначения), людей (например, специалистов здравоохранения, медсестер, врачей и студентов), услуг (например, телездравоохранение и телемедицина), а также знаний (например, передача знаний для улучшения практики

фармацевтического производства и внутренних производственных мощностей). Перемещение квалифицированного медицинского персонала и знаний через границы улучшит рынки труда ЦАРЭС в области здравоохранения и принесет пользу региону и отдельным странам.

66. Из-за значительных затрат, связанных с ВИЗ и ТБЖ, странам необходимо срочно вводить и усиливать меры на национальном и региональном уровнях, особенно в ответ на такие пандемии, как COVID-19. Многие страны ЦАРЭС уже вложили средства в улучшение профилактики и лечения ВИЗ и ТБЖ за счет улучшения инфраструктуры и услуг ПМСП, улучшения эпиднадзора и общего соблюдения Международных медико-санитарных правил (ММСП) (2005 г.). Профилактика болезней и борьба с ними требуют национальных мер по смягчению последствий и инициатив регионального сотрудничества и интеграции (РСИ). Несколько стран ЦАРЭС (например, Казахстан, Кыргызская Республика и Таджикистан) заключили двусторонние соглашения, связанные с трансграничной профилактикой и контролем туберкулеза, для облегчения эпиднадзора и направлений к врачу по инфекционным заболеваниям.⁵⁸ Были предприняты глобальные и региональные инициативы по повышению безопасности здоровья с помощью Глобальной повестки дня по безопасности здоровья (ГПБЗ) и по расширению сотрудничества в области здоровья человека и животных с помощью инициативы «Единое здоровье». Опыт показал, что межстрановые инициативы могут стимулировать и поддерживать национальные усилия.

⁵⁸ *Партнерство Стоп ТБ*. 2017. Центральная Азия принимает меры по профилактике трансграничного туберкулеза и борьбе с ним среди мигрантов. 10 апреля. http://www.stoptb.org/news/frompartners/2017/fp17_015.asp.

3.2 Типы регионального сотрудничества и извлеченные уроки

67. На основе анализа движущих сил и SWOT-анализа можно рассмотреть различные типы регионального сотрудничества в области здравоохранения. Экономическое обоснование, важные вопросы осуществимости и извлеченные уроки позволили получить некоторые идеи, которые следует учитывать при расширении регионального сотрудничества ЦАРЭС в области здравоохранения. Они освещаются ниже.

68. **Создание обязательств, конкуренции и рычагов воздействия.** Основываясь на исторических и социально-экономических связях, общем наследии и существующем региональном сотрудничестве, имеется сильная общая заинтересованность в совместной работе для продвижения региона и использовании рычагов влияния региона при ведении переговоров с мировым сообществом, особенно в плане достижения ВОМСУ и ЦУР, и в борьбе против ВИЗ. Между большинством стран ЦАРЭС существует здоровая конкуренция за то, чтобы добиться большего и показать улучшения в секторе здравоохранения. В программе борьбы с инфекционными заболеваниями (БИЗ) Субрегиона Большого Меконга (СБМ) здоровая конкуренция была важным фактором повышения производительности. Проведение ежегодных семинаров помогло информировать и мотивировать лидеров. Региональное сотрудничество привлекло значительные финансовые средства, превышающие те, которые страны могут мобилизовать индивидуально.

69. **Экономия за счет масштаба для повышения качества услуг и эффективности.** Экономия за счет масштаба является прямым обоснованием для регионального сотрудничества, но опыт показывает, что этого нелегко достичь, отчасти потому, что принятие решений часто основывается не на экономии за счет масштаба, а на административных требованиях. Совместные услуги в области здравоохранения являются логическим подходом к повышению потенциала и качества специализированных услуг, трансграничных услуг и медицинских услуг для мигрантов, включая страхование. В регионе ЦАРЭС уже есть несколько примеров совместных специализированных служб. Что касается медицинских услуг для мигрантов, опыт неоднозначен. Необходимо тщательно разработать специальные меры для улучшения доступа мигрантов к местным медицинским услугам.

70. **Передача знаний и технологий для наращивания потенциала.** Передача знаний и технологий, которая продолжается на повседневной основе, намеренно или нет, является важным двигателем регионального сотрудничества. Это может выражаться в форме обычного обмена научной информацией, стипендий, наставничества, ознакомительных поездок, исследований и политических рекомендаций. Такой подход менее щепетильный, чем обмен информацией о конкретных услугах, но зависит от желания субъектов делиться своими знаниями и общих интересов, таких как создание нематериальных активов, улучшение деятельности и предотвращение

распространения инфекционных заболеваний через границы. Передача знаний и технологий особенно важна для устранения значительных пробелов в знаниях и потенциале в секторе здравоохранения. В регионе существует значительный объем знаний и передовой практики, которые можно использовать и обмениваться между странами.

71. Региональные общественные товары и услуги с внешними эффектами. Борьба с инфекционными заболеваниями – очевидный приоритетный выбор для регионального сотрудничества, поскольку эти болезни пересекают границы и требуют совместных усилий для борьбы с ними. Однако двойная реальность состоит в том, что региональная борьба с болезнями требует, чтобы вклад всех стран был эффективным и действенным, и что существенной частью региональной борьбы с болезнями является совершенствование национальных систем здравоохранения. Более интенсивное сотрудничество, такое как борьба с трансграничными заболеваниями или сотрудничество в совместных исследованиях, должно решить вопросы с административными и финансовыми ограничениями.

72. Резюме извлеченных уроков.

Основные извлеченные здесь уроки заключаются в необходимости (i) поэтапного развития регионального и трансграничного сотрудничества; (ii) обеспечения жизнеспособных планов с оценками, участием заинтересованных сторон, четкими соглашениями, пилотными проектами и устойчивым финансированием, а также изучением механизмов финансирования и составлением реалистичных программ; (iii) стремления к институциональному партнерству, например, между национальными учреждениями по борьбе с инфекционными заболеваниями или с третьими сторонами, и по мере возможности с упором на существующие инициативы; (iv) содействия в организации регионального надзора, координаторов и секретариата; (v) институционализации и дальнейшего укрепления РСЗ на национальном уровне как важнейшей части структуры сектора здравоохранения, обязанностей персонала и бюджета; и (vi) оценки добавленной стоимости региональных инициатив в области здравоохранения по сравнению с решениями на национальном уровне. Эти элементы, например, помогли сформировать региональную программу здравоохранения СБМ.

3.3 Приоритеты регионального сотрудничества

73. Основываясь на предыдущем анализе, в этом разделе обсуждаются приоритеты и возможности РСЗ по трем общим и взаимосвязанным целям, которые могут служить отправными точками для РСЗ: (i) повышение РБЗ; (ii) поддержка развития систем здравоохранения на

основе регионального сотрудничества; и (iii) улучшение медицинского обслуживания мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ. Для каждой из этих региональных целей предлагается несколько возможностей с учетом заинтересованности,

обоснования, потенциального воздействия и осуществимости на основе уроков, извлеченных в ЦАРЭС и других странах. Это не исчерпывающий список приоритетов, и можно добавить другие области регионального сотрудничества.

Повышение региональной безопасности здоровья

74. ВИЗ и ТБЖ, а также другие инфекционные заболевания, учитывая их трансграничный характер, а иногда и быстрое распространение и летальный исход, представляют собой серьезное бремя и угрозу человеческой деятельности и экономическому росту в регионе ЦАРЭС. Опыт с COVID-19 подтверждает важность инвестирования в РСЗ как региональное общественное благо для смягчения масштабных последствий для здоровья и социально-экономического воздействия. Даже до вспышки COVID-19 страны ЦАРЭС уже предпринимали многочисленные усилия по улучшению РБЗ на основе национальных, региональных и глобальных действий. Такие усилия необходимо поддерживать и укреплять для повышения готовности к пандемии и контроля над распространением возникающих и хронических инфекционных заболеваний в регионе.

75. Как описано в Главе 2, ВОЗ разработала инструменты национальной самооценки и совместной внешней оценки (СВО) для оценки потенциала страны в предупреждении, обнаружении и оперативном реагировании на угрозы безопасности здоровью, которые помогают странам принять решения об инвестициях

в глобальные меры по безопасности здоровья. СВО предполагает добровольное участие страны, прозрачность и открытость обмена данными и информацией. В то время как такие показатели, как СВО, измеряют национальный потенциал, ММСП (2005 г.) также поощряют страны к укреплению регионального сотрудничества. Например, вместо того чтобы требовать от стран создания референтных лабораторий, способных проводить все диагностические тесты по приоритетным национальным заболеваниям, достаточно иметь установленное соглашение и отношения с региональной или международной референтной лабораторией для диагностических целей.⁵⁹

76. В настоящее время в странах ЦАРЭС отсутствует комплексная стратегия, которая помогла бы в реализации ММСП, но Европейское региональное бюро ВОЗ предоставляет руководящие принципы для каждого подсектора. В ММСП 2005 были внесены незначительные поправки и изменения для расширения сферы применения, но они требуют дальнейшего пересмотра, особенно с точки зрения ускорения времени ответных мер с учетом глобальной связанности. ВОЗ и другие агентства ООН также предоставляют ряд руководств, стандартов и инструментов для РБЗ, которые, как отражено в e-SPAR, требуют локализации. Например, Региональное бюро ВОЗ для Юго-Восточной Азии и Региональное бюро для Западной части Тихого океана в настоящее время реализуют третий этап Азиатско-Тихоокеанской стратегии по возникающим заболеваниям (APSED III).⁶⁰

⁵⁹ ВОЗ. 2018. *Инструмент совместной внешней оценки - Международные медико-санитарные правила (2005 г.), Второе издание*. https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2018_2/en/.

⁶⁰ Региональное бюро ВОЗ для Юго-Восточной Азии и Западно-Тихоокеанский региональный офис ВОЗ. 2017. *Азиатско-Тихоокеанская стратегия по возникающим заболеваниям и чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения (APSED III): Продвижение выполнения Международных медико-санитарных правил (2005 г.): Совместная работа по обеспечению безопасности здоровья*. Женева.

77. На основе законодательства ММСП (2005 г.), одобренного всеми странами-участницами ВОЗ, были определены 13 технических областей. Приоритеты и возможности РБЗ в ЦАРЭС обсуждаются по 13 техническим областям.

Законодательство и финансирование

78. ММСП ВОЗ предусматривают основу глобальной политики по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них, которые были приняты всеми странами-членами ЦАРЭС. Законодательство по ММСП уделяет особое внимание ВИЗ и классическим эпидемическим заболеваниям, таким как холера, менингит, чума, желтая лихорадка, некоторым детским инфекциям, ТБЖ и АМР. Другие инфекционные заболевания, которые могут распространяться в регионе, такие как ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия, лихорадка денге и забытые тропические болезни, могут быть рассмотрены, если они достигли масштабов эпидемии на основании критериев ММСП.⁶¹

79. В связи с глобальными, региональными и двусторонними инициативами страны ЦАРЭС имеют различные планы и соглашения, связанные с РБЗ. Несколько примеров см. во Вставке 1.

80. Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОКК и КП) помогает странам СБМ в анализе и выработке рекомендаций в отношении национальной правовой базы на случай чрезвычайных ситуаций. Опыт показывает, что во время чрезвычайных ситуаций возникают всевозможные

юридические вопросы, которые лучше решать заранее, чтобы не терять время во время ЧС. Страны ЦАРЭС повышают правовую готовность с помощью ВОЗ, но еще многое предстоит сделать.

81. ММСП не выполняются в полном объеме из-за недостаточной институционализации в секторе общественного здравоохранения. Институционализация ММСП потребует административной структуры, умеренного, но регулярного годового операционного бюджета и кадровых ресурсов; поэтому критерии e-SPAR были пересмотрены, чтобы сделать упор на устойчивое финансирование. Без административных механизмов, устойчивых фондов и кадровых ресурсов все выполнение ММСП находится под угрозой. Проблема в этих трех областях в основном не в планировании, а в реализации.

82. Что касается финансирования, то все страны ЦАРЭС инвестируют в свои соответствующие национальные системы здравоохранения. Некоторые страны имеют региональные инвестиции для поддержки трансграничных медицинских услуг (например, трансграничной телемедицины), например, в рамках региональных соглашений. Пандемия COVID-19 резко ускорила такое развитие на уровне страны. На основе рекомендаций ВОЗ по оценке готовности к эпидемии и планированию: (i) были спроектированы различные сценарии; (ii) были выявлены недостатки в возможностях эпиднадзора, тестирования и лечения; и (iii) были подготовлены планы и бюджеты в координации с партнерами для мобилизации поддержки в условиях ЧС для сектора здравоохранения и смягчения социальных, экономических и налогово-бюджетных последствий.

⁶¹ ММСП. Частые вопросы. <https://www.who.int/ihr/about/FAQ2009.pdf?ua=1>.

Вставка 1: Инициативы в ЦАРЭС, связанные с Международными медико-санитарными правилами (2005)

Сендайская рамочная программа по снижению риска бедствий на 2015–2030 годы Управления Организации Объединенных Наций по снижению риска бедствий. Сендайская рамочная программа определяет семь четких целей и четыре приоритета действий по предотвращению новых и снижению существующих рисков бедствий: (i) понимание риска бедствий; (ii) укрепление систем управления риском бедствий в целях снижения риска бедствий; (iii) инвестиции в деятельность по снижению риска бедствий для достижения устойчивости; (iv) повышение готовности к бедствиям в целях эффективного реагирования, а также восстановление, реабилитация и реконструкция по принципу «Восстановить лучше, чем было». Она направлена на достижение существенного снижения риска бедствий и гибели людей, потери средств к существованию и здоровья, а также экономических, физических, социальных, культурных и экологических активов людей, предприятий, сообществ и стран в течение следующих 15 лет.^a

Глобальная повестка дня по безопасности здоровья. Глобальная повестка дня по безопасности здоровья (ГПБЗ) – это глобальная сеть из 69 стран, международных и неправительственных организаций и компаний частного сектора, призванная ускорить достижение мира, безопасного и защищенного от угроз инфекционных заболеваний; пропагандировать глобальную безопасность в области здравоохранения в качестве международного приоритета; и стимулировать прогресс по полному выполнению ММСП, повышению эффективности Veterinary Service Pathways (Сети ветеринарных служб), и других соответствующих глобальной структур безопасности здоровья. Среди стран ЦАРЭС нынешними членами ГПБЗ являются Афганистан, Азербайджан, Грузия, Монголия, Пакистан и Китайская Народная Республика (КНР), в то время как Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан и Узбекистан также получили поддержку ГПБЗ.^b

Шелковый путь здоровья в рамках инициативы «Пояс и путь». Это инициатива, возглавляемая КНР и представленная в 2017 году с целью укрепления и обновления древних связей между культурами и людьми, в основе которых лежит здоровье.^c

«Единое здоровье». Афганистан, Азербайджан, Грузия, Казахстан и Пакистан одобрили и внедрили подход «Единое здоровье», глобальный подход к сотрудничеству секторов по борьбе с инфекционными заболеваниями, представленный Всемирной организацией по охране здоровья животных и Всемирной организацией здравоохранения. Он основан на понимании рисков для здоровья человека и животных (включая домашних и диких животных) и экосистем в целом.^d

Общая повестка дня ЦАРЭС по модернизации санитарных и фитосанитарных мер для торговли. Это региональная инициатива ЦАРЭС, которая способствует региональной торговле сельскохозяйственной продукцией посредством согласования санитарных и фитосанитарных мер с международными стандартами.^e

ЦАРЭС = Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество.

^a Управление ООН по снижению риска. *Сендайская рамочная программа по снижению рисков стихийных бедствий на 2015-2030 гг.* <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>.

^b Глобальная повестка дня по безопасности здоровья. <https://ghsagenda.org/>.

^c К. Танг и соавт. 2017. Шелковый путь Китая и здоровье в мире. *The Lancet*. декабрь. 390 (10112). стр. 2595–2601.

^d Всемирная организация по охране здоровья животных. Краткий обзор подхода «Единое здоровье». <https://www.oie.int/en/for-the-media/onehealth/>.

^e ЦАРЭС 2015. Общая повестка дня ЦАРЭС по модернизации санитарных и фитосанитарных мер для торговли <https://www.carecprogram.org/uploads/CAREC-Common-Agenda-Modernization-SPS-Measures-Trade.pdf>.

Источник: Резюме автора.

83. В 2020 году было одобрено несколько страновых проектов и программ ЦАРЭС для финансирования ответных мер на COVID-19, что резко изменило финансирование РБЗ. Эти проекты также предназначены для повышения устойчивости к будущим региональным угрозам здоровью за счет улучшения эпиднадзора, лабораторий и возможностей интенсивной терапии больниц. Такие быстрые инвестиции, сопряжены со значительными техническими, социально-экономическими и финансовыми рисками, включая эксплуатацию и техническое обслуживание, которые необходимо запланировать для сектора здравоохранения после COVID-19. Необходимо стратегически использовать эти инвестиции, полученные в результате реагирования на COVID-19, для усиления возможностей обеспечения безопасности здоровья и построения устойчивых систем здравоохранения.

Координация и региональное сотрудничество по ММСП

84. Следующей приоритетной областью является координация ММСП и страновые координаторы. ВОЗ отвечает за общую координацию ММСП, но ограниченность ресурсов не позволяет ей полностью развернуть региональную поддержку. Созданы страновые координаторы, в том числе на региональном и районном уровнях. Интеграция ММСП и других мер борьбы с болезнями может нуждаться в совершенствовании. В настоящее время не существует общего координационного механизма во всех странах ЦАРЭС, такого как рабочая группа по здравоохранению и региональный хаб знаний. В то же время, страны ЦАРЭС имеют несколько трехсторонних

и двусторонних соглашений, и несколько международных, региональных и местных организаций участвуют в субрегиональных и трансграничных инициативах в области безопасности здоровья, на которые ЦАРЭС может опираться и извлекать уроки. Одной из них является Шанхайская организация сотрудничества (Вставка 2).

85. Для координации и регионального сотрудничества по ММСП необходимо рассмотреть несколько вопросов:

- (i) Для региональных сетей необходима сильная заинтересованность страны.⁶²
- (ii) Необходимо сотрудничество с такими агентствами, как ВОЗ, и другими глобальными инициативами, которые уже поддерживают координацию ММСП.
- (iii) Эффективность РБЗ зависит от самой слабой части любой национальной системы здравоохранения, вносящей вклад в РБЗ, или, наоборот, сильные национальные системы здравоохранения составляют основную долю в РБЗ. Например, инвестиции в улучшение сбора национальных данных, лабораторного потенциала, обучения медицинских работников и регулирования деятельности медицинских учреждений создают некоторые из необходимых условий для регионального наблюдения за состоянием здоровья. Реагирующая национальная система здравоохранения имеет положительный сопутствующий эффект, который снижает заболеваемость инфекционными заболеваниями на национальном уровне, тем самым снижая их риск пересечения границы. Тем

⁶² Например, Программа эпиднадзора в бассейне реки Меконг (MBDSP) поддерживается политикой и доброй волей, но ресурсов не хватает.

Вставка 2: Шанхайская организация сотрудничества

Шанхайская организация сотрудничества (ШОС) – это межправительственная организация, созданная 15 июня 2011 года для обеспечения безопасности и стабильности в обширном евразийском регионе, объединения сил для противодействия возникающим вызовам и угрозам, а также расширения торгового, культурного и гуманитарного сотрудничества. Первоначальные члены ШОС включают Казахстан, Кыргызскую Республику, Китайскую Народную Республику, Российскую Федерацию, Таджикистан и Узбекистан. Индия и Пакистан стали членами в 2017 году. Афганистан, Беларусь, Иран и Монголия являются государствами-наблюдателями. Партнерами по диалогу являются Азербайджан, Армения, Камбоджа, Непал, Турция и Шри-Ланка. Секретариат находится в Пекине, КНР. Пандемия коронавирусной болезни ускорила усилия ШОС по выработке совместных ответных мер. В ходе третьей встречи министров здравоохранения государств-членов ШОС 24 июля 2020 года была достигнута договоренность о создании координационного совета и механизма для совместного противодействия вспышкам заболеваний на пространстве ШОС и оказания помощи государствам-членам в разработке и реализации комплексных мер по профилактике, раннему предупреждению, реагированию и смягчению последствий болезней.

Источник: *Шанхайская организация сотрудничества*. Министры здравоохранения ШОС выступают за объединение усилий государств-членов ШОС в борьбе с пандемией COVID-19. <http://eng.sectsco.org/news/20200725/665852.html>.

не менее, как демонстрирует пандемия COVID-19, одних национальных усилий недостаточно для сдерживания возникающих инфекционных заболеваний и борьбы с ними.

- (iv) Региональная координация и сотрудничество по ММСП может иметь высокую политическую приверженность, но также требует наличия достаточного персонала и финансирования.

86. В регионе ЦАРЭС необходимо будет оценить и обсудить конкретные мероприятия и точки коммуникации, координации, сотрудничества и взаимодействия. Первым шагом к развитию сотрудничества является создание регионального механизма для обмена знаниями и диалога. Такой подход

также использовался в СБМ, где была создана рабочая группа по сотрудничеству в области здравоохранения.⁶³ Кроме того, проект поддерживает укрепление РБЗ (Вставка 3). Он отличается низким риском и интенсивностью и может принести значительные выгоды с точки зрения рычагов воздействия, наращивания потенциала и передачи технологий, что дополнительно способствует экономии затрат и предотвращению угроз эпидемий. Проект СБМ также направлен на устранение пробелов в РБЗ, которые являются как национальными, так и региональными приоритетами, такими как эпиднадзор и ответные меры, лабораторные услуги, обучение без отрыва от производства и борьба с другими инфекционными заболеваниями регионального значения, для которых было меньше финансирования.

⁶³ Субрегион Большого Меконга. Рабочая группа по сотрудничеству в области здравоохранения. <https://www.greatermekong.org/wghc>.

Вставка 3: Проект по безопасности здоровья в субрегионе Большого Меконга

Проект по безопасности здоровья в СБМ (заем АБР в размере 114 млн долл. США) – это региональный проект по безопасности здоровья, направленный на улучшение регионального сотрудничества и контроль за инфекционными заболеваниями в приграничных районах; укрепление национальных систем эпиднадзора за болезнями и реагирования на вспышки болезней; и улучшение лабораторных услуг и профилактики и контроля больничных инфекций.

АБР = Азиатский банк развития, ВОК = внешняя оценка качества, СБМ = Субрегион Большого Меконга, MEV = вирус кори. Источник: АБР. Проект безопасности здоровья в Субрегионе Большого Меконга <https://www.adb.org/projects/48118-002/main>.

Зоонозы и подход «Единое здоровье»

87. Зоонозы являются приоритетом РБЗ из-за воздействия этих болезней на здоровье населения, животноводство, АМР, а также безопасность пищевых продуктов и безопасности как таковой.⁶⁴ Концепция «Единое здоровье» была представлена в начале 2000-х годов. Она объединяет секторы здоровья человека, животных и растений и связывает их с экосистемами, в которых они существуют.

Это совместный, междисциплинарный и межотраслевой подход, который может решать неотложные, текущие или потенциальные угрозы здоровью на стыке человека, животного и окружающей среды на субнациональном, национальном, региональном и глобальном уровнях. Подход «Единое здоровье» обычно считается более эффективным, чем другие профилактические меры; и несколько стран ЦАРЭС внедрили его. (Вставка 4). Международные и национальные агентства приняли этот подход к борьбе с АМР.

⁶⁴ ВОЗ. «Единое здоровье». <http://www.who.int/features/qa/one-health/en/>.

Вставка 4: Подход «Единое здоровье» в ЦАРЭС

В целях дальнейшего улучшения эпиднадзора и управления здоровьем людей, животных, растений и окружающей среды несколько стран Программы Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) приняли подход «Единое здоровье». Например, единый эпиднадзор за здоровьем в медицинском, ветеринарном и экологическом секторах в Казахстане был улучшен за счет использования Электронной интегрированной системы эпиднадзора за болезнями (EIDSS). В 2016 году EIDSS была развернута в Казахстане на 150 участках (запланирован 271 участок) для ветеринарного эпиднадзора и в 8 участках (запланировано 23 участка) для эпиднадзора за людьми. Казахстан использовал EIDSS для разработки подхода к борьбе с крымской геморрагической лихорадкой в режиме реального времени. Эта система предоставила эпидемиологам одноэтапный инструмент для принятия обоснованных решений и планирования ответных мер. EIDSS уже используется в Азербайджане и Грузии. Грузинская EIDSS и современная сеть лабораторий по всей стране, включая Центр Лугара, были созданы на основе подхода «Единое здоровье». Кроме того, EIDSS был подключен к общенациональной единой информационной системе управления здравоохранением, называемой «электронное здравоохранение».

EIDSS представляет собой интегрированное решение, которое позволяет собирать, совместно использовать и анализировать данные по секторам. Эта система была внедрена как для наблюдения за людьми, так и для ветеринарного надзора в Азербайджане, Казахстане и Грузии. В этих странах EIDSS предоставляет уникальную возможность улучшить возможности мониторинга и контроля для поддержки внедрения операционной системы «Единое здоровье». Система может быть дополнительно расширена для внедрения методов эпиднадзора и контроля за бруцеллезом и другими инфекционными заболеваниями, имеющими особое значение в регионе Центральной Азии и Кавказа, а также в других странах ЦАРЭС.

Источник: Авторы по материалам: А. В. Бурдаков, А. О. Ухаров, и Т. Г. Вал. 2013. Эпиднадзор «Единое здоровье» с электронной интегрированной системой эпиднадзора за болезнями. *Интернет-журнал информации об общественном здравоохранении*. 5 (1). е199.

88. На основе самооценки e-SPAR страны региона довольно высоко оценивают себя с точки зрения подхода «Единое здоровье». Во всех странах ЦАРЭС существует механизм координации между секторами, который обычно активируется при возникновении острой угрозы, такой как эпидемия птичьего гриппа. Наблюдение за зоонозами было усилено на двусторонней основе между Пакистаном, Афганистаном и Туркменистаном.⁶⁵ Лабораторный потенциал для выявления приоритетных

зоонозных заболеваний существует как в лабораториях по охране здоровья человека, так и в лабораториях по охране здоровья животных на центральном уровне во всех странах ЦАРЭС. Центральные ветеринарные лаборатории имеют возможность выявлять несколько заболеваний и проводить исследования эффективности вакцин в животноводстве. Однако необходимо принять дополнительные меры помимо надзора для повышения биобезопасности домашнего скота.

⁶⁵ Сеть «Единое здоровье» Южной Азии. Хаб «Единое здоровье» Афганистана. <http://www.onehealthnetwork.asia/sites/afghanistanonehealthhub>.

Безопасность пищевых продуктов

89. Безопасность пищевых продуктов – это техническая область ММСП со значительными различиями между странами, что может вызвать трансграничные вспышки, долгосрочное негативное воздействие на здоровье

и экономические потери. Страны ЦАРЭС оценили это как региональный приоритет. Программа ЦАРЭС поддерживает модернизацию санитарных и фитосанитарных (СФС) систем для обеспечения безопасности пищевых продуктов, здоровья животных и растений для региональной торговли в рамках структуры ЦАРЭС (Вставка 5).

Вставка 5: Модернизация санитарных и фитосанитарных стандартов в странах

С 2011 года страны Программы Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) проводят оценки для улучшения возможностей в области санитарных и фитосанитарных стандартов (СФС) как часть инициатив по упрощению процедур торговли в рамках Программы ЦАРЭС.^a В 2015 году министры ЦАРЭС одобрили Общую повестку дня по модернизации мер СФС для торговли (CAST) – региональную рамочную программу для приоритетных действий по модернизации мер СФС и дополнения околотаможенных инициатив в регионе ЦАРЭС.^b Согласно стратегии ЦАРЭС 2030 приведение мер СФС в соответствие с международными стандартами остается приоритетом.^c Стратегия способствует региональному сотрудничеству для упрощения процедур торговли и расширения торговли сельскохозяйственной продукцией через производственно-сбытовые цепочки в сельском хозяйстве при одновременном контроле за трансграничными вредными организмами и болезнями животных, и развитии сети безопасности пищевых продуктов. Интегрированная повестка в области торговли ЦАРЭС до 2030 года поддерживает реализацию CAST посредством создания рабочей группы по СФС в масштабах ЦАРЭС.

В период с 2003 по 2019 гг. АБР профинансировал 8 инвестиционных проектов и 12 проектов технической помощи, чтобы помочь развивающимся странам-членам ЦАРЭС привести безопасность пищевых продуктов, здоровье животных и здоровье растений в соответствие с Соглашением Всемирной торговой организации по СФС.^d Инвестиционный проект в Китайской Народной Республике направлен на совершенствование системы мониторинга и контроля безопасности животноводства на стадиях производства и переработки, усиление контроля безопасности пищевых продуктов и внедрение экологически устойчивой животноводческой отрасли.^e Проект в Монголии поддержал модернизацию лабораторий и инспекционных объектов по здоровью животных, укрепление систем управления инспекциями и приведение мер СФС и инспекций с международными стандартами.^f

^a АБР. 2014. *Стратегия ЦАРЭС по транспорту и содействию торговле до 2020 года*. Манила

^b Р. Блэк. 2018. Прогресс по Общей повестке дня модернизации мер СФС для торговли (CAST). Презентация на инаугурационном заседании Региональной торговой группы ЦАРЭС. Бангкок. 25-26 июня. <https://www.scareprogram.org/uploads/11-Progress-on-CAST-by-Mr.-Rob-Black.pdf>.

^c АБР. 2017. *ЦАРЭС 2030: Соединяя регион для совместного и устойчивого развития*. Манила.

^d АБР. 2019. *Модернизация санитарных и фитосанитарных мер в ЦАРЭС: оценка и дальнейшие шаги*. Манила: АБР-ЦАРЭС.

^e АБР. 2015. *Демонстрационный проект устойчивого животноводства и безопасности продукции в провинции Хэнань*. Манила.

^f АБР. 2015. *Региональный проект по модернизации санитарных и фитосанитарных мер для торговли*. Манила.

Источник: Резюме автора.

Лабораторные услуги

90. Высококачественные и эффективные лабораторные услуги являются краеугольным камнем ММСП для отслеживания заболеваний и расследования событий. Возможности лабораторий внутри стран и между ними очень неоднородны, при этом некоторые референтные лаборатории не соответствуют международным стандартам. Европейское региональное бюро ВОЗ возглавляет программу по модернизации лабораторных услуг (Вставка 6). С момента возникновения COVID-19

модернизация ускорируется благодаря крупным инвестициям в обучение персонала, инфраструктуру, оборудование и расходные материалы, в основном для увеличения возможностей тестирования COVID-19. В настоящее время основное внимание уделяется молекулярной диагностике для вирусологии и некоторым связанным клиническим тестам. Однако лабораторные услуги требуют более широкой модернизации и повышения качества, создания сетей и, по крайней мере, функциональной интеграции услуг, что принесет пользу как национальным службам здравоохранения, так и РБЗ.

Вставка 6: Укрепление национальных систем обеспечения качества и лабораторного потенциала в странах ЦАРЭС

Среди стран Программы Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) Казахстан разработал национальную систему обеспечения качества и лабораторных услуг. Он также внедрил мероприятия по наращиванию потенциала и программу наставничества для обеспечения соответствия международным подходам к аккредитации лабораторий и обеспечению качества лабораторной практики. В Кыргызской Республике органы здравоохранения устанавливают национальные стандарты сертификации лабораторий и систему менеджмента качества лабораторных исследований. Они также вводят программу наставничества для лабораторий. Для удовлетворения потребностей в развитии человеческих ресурсов Кыргызская Республика также провела оценку и обновила национальную учебную программу для лабораторного персонала. В Пакистане есть несколько лабораторий с отличными возможностями, некоторые из них аккредитованы Международной организацией по стандартизации (ИСО).^а Китайская Народная Республика (КНР) обладает одними из самых передовых лабораторных мощностей и самой разветвленной сетью в регионе.^б Хотя лицензирование лабораторий в целом применяется в странах ЦАРЭС, лабораторные стандарты по-прежнему слабо регулируются и соблюдаются. Как государственные, так и частные лабораторные службы требуют серьезного наращивания потенциала с точки зрения качества и биобезопасности. С 2012 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в Европе и партнеры совместно работают над инициативой «Хорошие лаборатории – крепкое здоровье», направленной на повышение качества лабораторных услуг.^в Финансирование борьбы с коронавирусом заболеванием (COVID-19) также дает возможность для дальнейшего усиления лабораторных служб.

^а Восемь лабораторий аккредитованы Пакистанским национальным советом по аккредитации в соответствии со стандартами ИСО. Транспортировка образцов в пределах Пакистана также хорошо организована. ВОЗ. 2017. *Совместная внешняя оценка основных возможностей ММСП Исламской Республики Пакистан*. Женева

^б Европейское региональное бюро ВОЗ, 2018. Страновой профиль по ВОМСУ и ЦУР 2018: Китай.

^в ВОЗ. 2012. Хорошие лаборатории – крепкое здоровье. Укрепление лабораторных систем в Европейском регионе ВОЗ. Отчет 3-го совещания партнеров, посвященного устойчивости к противомикробным препаратам. Казахстан. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/400296/Partners-Meeting-2018-Report-en.pdf.

Источник: Автор.

Эпидемиологический надзор и реагирование

91. РБЗ зависит от быстрого выявления рисков для здоровья населения посредством синдромной отчетности, а также от быстрого расследования, оценки рисков, уведомления и реагирования на эти риски. Для этого требуется быстро реагирующая и гибкая система эпиднадзора с функцией раннего предупреждения. Сообщается, что КНР и Монголия обладают высококачественным эпиднадзором (и расследованием), тогда как другие страны ЦАРЭС имеют потенциал для улучшения в этих областях. С момента возникновения COVID-19 были вложены большие средства в усиление возможностей физического эпиднадзора. Только КНР имеет полностью цифровую систему мониторинга в режиме реального времени. В странах ЦАРЭС предпринимаются усилия по развитию национального и регионального потенциала для анализа и связывания данных через национальные системы эпиднадзора, а также для обеспечения межотраслевого сотрудничества между секторами здоровья человека, животных и растений (Вставка 4). Возможность быстрого сбора и анализа информации из этих секторов является сложной задачей из-за различных систем, часто используемых в этих областях.⁶⁶

92. Технологии и инструменты на основе ИКТ должны играть определенную роль в обеспечении безопасности здоровья. Примерами этого являются геопространственные технологии, цифровое диагностическое оборудование и лабораторные информационные системы, мобильные приложения (для эпиднадзора и отчетности) и электронные медицинские записи (которые могут идентифицировать пациентов в любом месте и в любое

время, когда они взаимодействуют с системой здравоохранения, обеспечивая при этом конфиденциальность пациента), и гармонизация терминологии и стандартов данных в разных странах. Недавние вспышки, особенно COVID-19, и лечение пациентов с COVID-19 (например, виртуальные консультации) продемонстрировали, что инвестиции должны выходить за рамки традиционных систем эпиднадзора за инфекционными заболеваниями и создавать прочную основу для цифровых информационных систем, которые ставят пациента во главу угла.

93. Существующая Электронная интегрированная система эпиднадзора за болезнями (EIDSS) может быть доработана для расширения применения на региональном уровне. ЦАРЭС может поддержать инициативу, способствуя разработке региональных стандартов содержания данных и обмена ими, а также региональному сотрудничеству в выявлении угроз безопасности данных и реагировании на них, а также содействуя общему подходу к управлению данными здравоохранения, который включает несколько стран. Одним из направлений для ЦАРЭС могло бы стать создание региональной сети эпиднадзора и оценки бремени. Такая сеть выиграет от межстранового обучения и обмена информацией. Экономии за счет масштаба можно также добиться за счет проведения ряда аналогичных обследований и за счет коллективных переговоров с учреждениями, проводящими такие опросы.

94. Страны ЦАРЭС также предприняли значительные усилия для укрепления региональных ответных мер на инфекционные и зоонозные заболевания (Вставка 7).

⁶⁶ А. В. Бурдаков, А. О. Ухаров, и Т. Г. Вал. 2013. Эпиднадзор «Единое здоровье» с электронной интегрированной системой эпиднадзора за болезнями. *Интернет-журнал информации об общественном здравоохранении*. 5 (1). e199.

Вставка 7: Региональное сотрудничество и надзор за инфекционными заболеваниями в странах

Из стран Программы Центральноеазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС), в КНР находится один из шести Сотрудничающих центров ВОЗ по гриппу^a в рамках Глобальной системы эпиднадзора за гриппом и ответных мер в целях улучшения эпиднадзора, готовности и ответных мер в отношении сезонного, пандемического и зоонозного гриппа. Программа КНР «Шелковый путь здоровья» (HSR) способствует сотрудничеству между странами-членами в широких областях, таких как профилактика инфекционных заболеваний и борьба с ними, улучшение медицинской системы и политики, наращивание потенциала здравоохранения, обучение и обмен персоналом, традиционная медицина, санитарное просвещение, помощь при стихийных бедствиях, содействие, и сокращение бедности.^b В 2017 году КНР подписала Меморандум о взаимопонимании с ВОЗ, который направлен на содействие глобальной безопасности здоровья и развитию здравоохранения.^c

В Казахстане находится Региональный центр глобального выявления заболеваний (GDDRC), один из десяти мировых центров, которые помогают странам выявлять возникающие болезни и реагировать на них.^d Региональный центр GDDRC сотрудничает с ключевыми партнерами в Казахстане, Кыргызской Республике, Узбекистане, Таджикистане и Туркменистане, а также работает с ВОЗ и министерствами здравоохранения стран-участниц над укреплением основных инфраструктур (например, лабораторное обнаружение, клиническое наблюдение, расследование вспышек и борьба с ними) в соответствии с Международными медико-санитарными правилами. В 2017 году Кыргызская Республика и Таджикистан работали над созданием единого подхода и системы транспортировки проб между лабораториями.^e

В сотрудничестве с Центрами США по контролю и профилактике заболеваний (CDC) Грузия трансформирует свою современную национальную референтную лабораторию, Центр Лугара, в Центр передового опыта в Кавказском регионе.^f В сотрудничестве с ВОЗ Грузия инвестирует в инфраструктуру для создания региональной лаборатории, которая сделает страну и регион лидером в области диагностики по выявлению и профилактике устойчивости к противомикробным препаратам. Центр Лугара будет обслуживать около 17 миллионов человек в регионе Южного Кавказа (Грузия, Армения и Азербайджан).

^a ВОЗ. Сотрудничающие центры ВОЗ по гриппу и их технические задания. https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/collaborating_centres/list/en/.

^b К. Танг и соавт. 2017. Шелковый путь Китая и глобальное здоровье. *The Lancet*. 390 (10112). стр. 2595–2601.

^c *Медиацентр ВОЗ*. Китай и ВОЗ принимают трансформирующий подход: связь здравоохранения и экономического развития с новым соглашением об инициативе «Один пояс – один путь». 29 января. <http://www.wpro.who.int/china/mediacentre/releases/2017/20170119-mr-president-xi-visit-to-WHO-HQ/en/>.

^d CDC. 2017. Информационный бюллетень по Казахстану. https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/kazakhstan/pdf/kazakhstan_factsheet.pdf.

^e ВОЗ. Высококачественные лаборатории как мост к укреплению системы здравоохранения в Кыргызской Республике. <https://www.euro.who.int/en/countries/kyrgyzstan/areas-of-work/better-labs-as-a-bridge-to-a-stronger-health-system-in-kyrgyzstan>.

^f CDC. 2016. Борьба с АМП/ВБИ на Южном Кавказе. Глобальное здравоохранение – Истории. 14 июля. https://www.cdc.gov/globalhealth/stories/combating_amr_hai_caucasus.html.

Источник: Резюме автора на основе литературы, а также Чен и соавт. 2019. Борьба с эпидемиями инфекционных заболеваний на основе Китайской инициативы «Пояс и путь». *Публичная научная библиотек. Забытые тропические болезни* 13 (4). e0007107. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007107>.

95. Существует несколько субрегиональных инициатив ЦАРЭС, направленных на укрепление сотрудничества по надзору за инфекционными заболеваниями. Например, существует электронная система управления случаями ВИЧ, используемая несколькими центрами СПИДа в странах ЦАРЭС, в первую очередь в Казахстане, Кыргызской Республике и Таджикистане, для предоставления надежных данных об эпидемии ВИЧ в режиме реального времени. В Грузии и Пакистане созданы центры по вирусным гепатитам, которые могут служить региональными хабами.

96. Страны ЦАРЭС при поддержке АБР работают вместе над повышением согласованности нормативных требований, усилением лабораторного потенциала и управления пограничными службами в соответствии с Соглашением Всемирной торговой организации по применению санитарных и фитосанитарных (СФС) мер (Вставка 5). Хотя текущие усилия по модернизации СФС в ЦАРЭС в основном сосредоточены на здоровье животных, растений и безопасности пищевых продуктов, они могут быть расширены, чтобы включить здоровье человека. Добавление компонентов, касающихся здоровья человека, позволит значительно повысить эффективность и устойчивость.

97. Для возникающих и повторно возникающих инфекционных заболеваний важное значение имеют наблюдение в режиме реального времени и возможность быстро и точно собирать и анализировать образцы (людей и животных) для выявления вспышек заболеваний. Национальные и региональные системы отчетности и квалифицированные кадры, ответственные за меры реагирования, также должны поддерживать борьбу со вспышками. Поскольку надзор,

диагностика и борьба с зоонозами происходят на стыке между животными и людьми, жизненно важны систематическая коммуникация и реальная координация между службами здоровья людей, дикой природы и животных. Проект по безопасности здоровья СБМ представляет собой исчерпывающий пример того, как различные аспекты медицинских мероприятий решаются при субрегиональной безопасности здоровью (Вставка 3). Принимая во внимание текущие региональные угрозы здоровью и текущие инвестиции в РБЗ в регионе ЦАРЭС, разработка региональной системы эпиднадзора и реагирования в реальном времени, включая подход «Единое здоровье» и модернизацию СФС, в сочетании с повышенным обменом информацией и диагностическим потенциалом, может стать хорошей отправной точкой для усиления РБЗ.

Кадровые ресурсы для региональной безопасности здоровья

98. Развитие человеческих ресурсов является приоритетом для РБЗ. За исключением КНР, большинство стран ЦАРЭС еще не удовлетворили в достаточной мере потребности в человеческих ресурсах для ММСП. Соответствующий набор профессиональных качеств, включая знания и навыки, имеет решающее значение для поддержания надзора за общественным здравоохранением и реагирования на региональные угрозы здоровью. Инвестиции в обучение и исследования и разработки (НИОКР) на региональном уровне могут привести к повышению эффективности и экономии за счет масштаба, поскольку у малых стран может не быть ресурсов для инвестирования в обучение людских

ресурсов по ВИЗ. Поскольку такие заболевания, как правило, являются новыми, непредсказуемыми и иногда редкими, страны также могут быть не в состоянии определить приоритеты и выделить достаточно ресурсов для НИОКР. ВОЗ и другие партнеры поддерживают наращивание потенциала в эпиднадзоре и мерах реагирования, включая программы обучения для лабораторных служб, полевой эпидемиологии, а также профилактики инфекций и борьбы с ними. Несколько стран ЦАРЭС в настоящее время наращивают потенциал специалистов общественного здравоохранения с помощью различных региональных обучающих решений, включая тренинги, материалы и инструменты (Вставка 8).

Национальная система реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения

99. Во время пандемии COVID-19 страны ЦАРЭС продемонстрировали эффективность своих национальных систем и партнерств по реагированию на ЧС в области здравоохранения. Правительства осуществляли грамотное руководство при поддержке Программы развития Организации Объединенных Наций, а министерства здравоохранения работали в тесном сотрудничестве с ВОЗ и другими партнерами. Есть надежда, что такое межотраслевое и межведомственное сотрудничество сохранится после

Вставка 8: Региональное обучение кадровых ресурсов в странах ЦАРЭС

Сеть учебных программ по эпидемиологии и мерам в области общественного здравоохранения (TEPHINET) - это профессиональная сеть, состоящая из 73 полевых программ обучения в сфере эпидемиологии, в том числе с лабораторным и ветеринарным компонентами, работающих в более чем 100 странах.^a TEPHINET поддерживает Программу полевой эпидемиологии и лабораторной подготовки в Центральной Азии (FELTP). FELTP делает акцент на прикладной эпидемиологии, эпиднадзоре за болезнями, реагировании на вспышки, лабораторных методах и оценке программ с дополнительными курсами по дизайну исследований и написанию научных статей. При зачислении в программу ординаторы продолжают работать в системах здравоохранения своих стран и имеют все возможности для оказания первой помощи в случае вспышек заболеваний, а также выступают в качестве руководителей и наставников для будущих специалистов по эпидемиологии на местах. Ординаторы и выпускники программы FELTP участвуют в программах эпиднадзора за АМП и внутрибольничными инфекциями (ВБИ). FELTP была реализована в Афганистане, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызской Республике, Пакистане, Украине и Узбекистане.^b FELTP в Пакистане, на базе Национального института здравоохранения, служила ключевым техническим звеном во время угроз общественному здоровью, включая вспышку птичьего гриппа в 2007 г., вспышку ВИЧ в 2008 г., меры реагирования на наводнение в 2010 г. и вспышку лихорадки денге в 2011 г. FELTP также открыла несколько пунктов эпиднадзора за гепатитом в Пакистане.^c

ЦАРЭС = Программа Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества.

^a TEPHINET. <https://www.tephinet.org>.

^b Полевая эпидемиология и программа обучения Южного Кавказа. <https://www.tephinet.org/training-programs/south-caucasus-field-epidemiology-and-laboratory-training-program>.

^c Правительство Пакистана, Национальный институт здоровья. Программа полевой эпидемиологии и лабораторной подготовки. <https://www.nih.org.pk/field-epidemiology-laboratory-training-program-feltp-2/>.

Источник: Резюме автора.

пандемии COVID-19 и продолжит способствовать достижению ЦУР и здоровья всеми и для всех.

Оказание медицинских услуг

100. Во время пандемии COVID-19 оказание медицинских услуг, особенно развертывание резервных мощностей больниц для карантина и интенсивной терапии, было явно недостаточным в регионе ЦАРЭС и в других странах. Хотя было нереалистично ожидать от стран, что они будут поддерживать максимальный потенциал реагирования на крупномасштабную пандемию, но даже небольшой ее всплеск было трудно сдержать из-за нехватки медицинских объектов и обученного персонала. Пандемия COVID-19 требует серьезных вложений в увеличение числа карантинных объектов и мощностей интенсивной терапии. Привлечение кадровых ресурсов займет гораздо больше времени и должно стать приоритетом. «Постковидный» план должен включать указания о том, как реализовать, использовать и поддерживать на постоянной основе эти инвестиции и повысить устойчивость системы здравоохранения.

101. В рамках повышения качества больничных услуг профилактика и контроль инфекций (ПКИ) – это техническая область, которая во многих больницах обычно не соответствует стандартам из-за отсутствия технического обслуживания, оборудования и утилизации медицинских отходов. ВОЗ инициировала Глобальную программу по ПКИ, но ее реализация была медленной из-за ограниченного потенциала и финансирования. COVID-19

стимулировала инвестиции для быстрого улучшения ПКИ в крупных больницах, обслуживающих пациентов с COVID-19, но для разрешения текущей ситуации с ПКИ потребуются дальнейшее усиление управления, развитие кадровых ресурсов и модернизация медицинских учреждений.

Информирование о рисках

102. При поддержке различных агентств, предприятий и ключевых партнеров, таких как ВОЗ, правительства возглавляют работу по информированию о рисках и угрозах общественному здоровью и других чрезвычайных ситуациях. Информирование о рисках пандемии COVID-19 в странах ЦАРЭС еще предстоит оценить, но консультации показывают, что оно было существенным и эффективным. Большинство правительств поспешили полностью проинформировать общественность о надвигающейся пандемии и последующих мерах контроля, используя средства массовой информации, государственные и религиозные учреждения, массовые организации и социальные сети. По большей части, широкая общественность продемонстрировала согласие с мерами изоляции и высокий уровень соблюдения социального дистанцирования и использования масок для лица и дезинфицирующих средств, что можно отнести к наследию Советского Союза с его акцентом на санитарных мерах.⁶⁷

Пункты въезда

103. Согласно ММСП (2005), пункты въезда являются важнейшей частью системы эпиднадзора для

⁶⁷ Некоторые исследования показывают, что различия в соблюдении социального дистанцирования могут иметь культурные или исторические корни. Однако необходимо провести дополнительные исследования этой взаимосвязи. ЮНКТАД 2020. *Coronagrabes: Культура и социальное дистанцирование во времена COVID-19*. https://unctad.org/system/files/official-document/ser-rp-2020d8_en.pdf.

минимизации риска распространения инфекционных заболеваний между странами. Страны ЦАРЭС определили основные международные аэропорты, морские порты и наземные переходы в качестве пунктов въезда (ПВ) для поддержания общественной санитарии и борьбы с переносчиками болезней, проведения информирования о рисках, проверки людей и товаров при въезде и обеспечения карантина и других мер контроля по мере необходимости. Страны ЦАРЭС также совместно пользуются множеством пограничных переходов для местных поездок без услуг ПВ. Большое количество людей и товаров пересекают границы каждый день. При нынешних технологиях невозможно проверить всех людей и товары, за исключением самого простого опроса и досмотра. Скрининг на инфекционные случаи в ПВ имеет очень низкую эффективность. Обычно инфекционные пациенты заболевают после пересечения границы и диагностируются в клинике или больнице. Наблюдение за людьми и товарами, перемещающимися через границы, должно быть начато в начальной точке (дома, на ферме или фабрике) и отслеживаться до конечной точки каждого путешествия (дома или в больнице, на рынке или в магазине с использованием таких инструментов, как инструкции, самооценка, экспресс-тестирование, инспекция и сертификация. Системы наблюдения, регистрирующие перемещения людей и товаров, могут быть связаны в цифровом виде через границы, обеспечивая в то же время защиту частной жизни и защиту уязвимых групп.

События, связанные с химическими веществами и радиацией

104. Страны ЦАРЭС, за исключением Афганистана, сообщают о высоком соблюдении ММСП в отношении химических и радиационных событий.⁶⁸ Однако несколько стран ЦАРЭС зависят от квалификаций других стран в отношении таких событий. В рамках СВО привлекаются специалисты для уточнения ситуации в каждой стране, что технически довольно сложно.

Борьба с другими заболеваниями регионального значения

105. ВИЧ/СПИД представляют собой реальную угрозу для здоровья в регионе в связи с изменением образа жизни и злоупотреблением психоактивными веществами. Двустороннее сотрудничество продолжается, чтобы помочь сдержать эту угрозу. В регионе ЦАРЭС туберкулез является еще одной серьезной региональной угрозой для здоровья из-за очень высокого уровня туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и больших финансовых последствий, среди прочего. Учитывая глобальные масштабы угрозы множественной лекарственной устойчивости, партнеры в настоящее время помогают различным странам в укреплении диагностического и лечебного потенциала. Сотрудничество ЦАРЭС могло бы добавить к этим усилиям региональный контроль, в том числе в отношении медицинских работников-мигрантов. Другие инфекционные болезни

⁶⁸ События, связанные с химическими веществами, и чрезвычайные ситуации, связанные с радиацией, – это две отдельные возможности в e-SPAR ММСП.

регионального значения, такие как зоонозы, денге и малярия, требуют более тщательного изучения с точки зрения их регионального воздействия.

Поддержка развития систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества

106. Говоря о национальных системах здравоохранения, НИЗ и связанные с ними факторы риска создают серьезную нагрузку на оказание услуг и увеличивают затраты сектора здравоохранения. НИЗ, вероятно, увеличат нагрузку на сектор здравоохранения в будущем из-за старения населения, изменения образа жизни и спроса на медицинские технологии. Прежде всего, потребуется межотраслевой подход, особенно в части изменения образа жизни и ухода за пожилыми людьми. Сектор здравоохранения необходимо реструктурировать, чтобы он стал более эффективным и действенным в профилактике и лечении НИЗ, инфекционных заболеваний (ИЗ), последствий несчастных случаев и травм, а также в отношении здоровья и питания матери и ребенка. Для этого потребуется: улучшение инфраструктуры здравоохранения; достаточные кадровые ресурсы; доступ к лекарствам, медицинским технологиям и качественному обслуживанию. Необходимо улучшить системы управления, финансирования и страхования в области здравоохранения. Пандемия COVID-19 наверняка оказала серьезное и долгосрочное влияние

на регулярные медицинские услуги, которые необходимо скорректировать при планировании сектора здравоохранения в постковидный период в соответствии с ЦУР.⁶⁹ Настоящий анализ предлагает, в рамках РСЗ, создать устойчивые системы здравоохранения, направленные на повышение качества и эффективности медицинских услуг и решение проблемы национального бремени болезней. Хотя последующий анализ посвящен НИЗ, построение устойчивых систем здравоохранения не менее важно для борьбы с ИЗ и улучшения здоровья матери и ребенка.

107. Услуги по лечению НИЗ обычно считаются в большей степени национальным, чем региональным приоритетом здравоохранения. Однако есть веские основания для регионального сотрудничества по НИЗ из-за потенциальной взаимной выгоды для стран ЦАРЭС. Исходя из опыта пандемии COVID-19, снижение бремени НИЗ позволит минимизировать распространение и влияние ВИЗ. Это также сократит высокие личные расходы, связанные с хроническими НИЗ, которые, вероятно, будут сильнее сказываться на группах населения с низким доходом. Передача технологий на региональном уровне и наращивание потенциала в сфере услуг по борьбе с НИЗ могут улучшить профилактику и лечение НИЗ. Совместные действия могут мобилизовать ресурсы и повысить эффективность борьбы с НИЗ. Разработка региональных стандартов также может способствовать сокращению ИЗ и НИЗ, например, посредством контроля качества лекарств и пищевых продуктов и согласования

⁶⁹ Т. Робертсон и соавт. 2020. Ранние оценки косвенного воздействия пандемии COVID-19 на материнскую и детскую смертность в странах с низким и средним доходом: Модельное исследование. *The Lancet Global Health*. 8 (7). 12 мая. e901–908. Мэриленд: Университет Джона Хопкинса. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30229-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30229-1/fulltext).

налоговой политики в отношении «греховных товаров».

108. Есть возможность актуализировать региональные меры для предотвращения или уменьшения бремени НИЗ. Повысилось понимание экономически эффективных мер, направленных на борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), употреблением табака, злоупотреблением алкоголем, потреблением вредных жиров и чрезмерным потреблением соли. Доказательные данные показывают, что и меры на уровне населения (например, антитабачные кампании и меры по снижению потребления соли), и индивидуальные меры (например, препараты для профилактики или лечения ССЗ за счет снижения артериального давления или холестерина) эффективны для снижения бремени НИЗ. Оба типа мер поддаются региональному сотрудничеству в рамках ЦАРЭС. Некоторые политические и практические меры касаются факторов риска и условий, специфичных для НИЗ, и потребуют решительных межотраслевых действий, в то время как некоторые стратегии являются более общими и нацелены на структурные элементы здравоохранения в более широкой системе здравоохранения для усиления общих ответных мер на НИЗ.

Межотраслевые мероприятия по борьбе с неинфекционными заболеваниями: гармонизация налоговой политики и маркировки пищевых продуктов

109. Гармонизация политики и стратегий здравоохранения на региональном уровне усиливает меры по профилактике НИЗ и борьбе с ними, особенно в отношении табака, алкоголя и пищевых продуктов.

Это может привести к наращиванию потенциала, передаче технологий, экономии за счет масштаба и повышению эффективности. Наиболее рентабельным инструментом политики борьбы против табака является налогообложение табачных изделий, которое оказалось весьма эффективным в сокращении распространенности курения как в развитых, так и в развивающихся странах.⁷⁰ Стороны, подписавшие Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) (все страны ЦАРЭС), обязуются взимать акцизные налоги на табачные изделия. Налоговая политика в отношении табачных изделий широко варьируется в странах ЦАРЭС. Эти региональные стратегии должны идти рука об руку с усилением мер по борьбе с контрабандой табака. Контрабанда, если ее не остановить, может подорвать информационную и налоговую политику, направленную на сокращение спроса и потребления. Вставка 9 демонстрирует реализацию РКБТ ВОЗ в регионе ЦАРЭС.

110. Еще одним региональным подходом к факторам риска НИЗ может быть стандартизация политики маркировки пищевых продуктов во всем регионе. Такая политика ведет к укреплению позиций стран на переговорах в отношении пищевой промышленности, а также к экономии масштаба за счет применения одинаковой маркировки в нескольких странах. Маркировка продуктов питания на региональном уровне также может помочь национальным усилиям по смягчению растущей проблемы ожирения за счет повышения осведомленности о калорийности (дополнительные информационные кампании о здоровых продуктах питания) и способствовать усилиям по борьбе с гипертонией за счет сокращения потребления соли.

⁷⁰ П. Джа и Ф. Чалупка. 2006. *Борьба с табаком в развивающихся странах*. Вашингтон: Всемирный банк.

Вставка 9: Реализация Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в странах ЦАРЭС

Все страны Программы Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) подписали Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ). Рекомендуемая ВОЗ ставка налога на табачную продукцию составляет 70%. В настоящее время в Пакистане действует сложная трехуровневая налоговая система, которая косвенно поддерживает производство и потребление сигарет,^a и ВОЗ призвала страну увеличить налоги на табачную продукцию (в настоящее время на уровне 60,3%) до 70%. Пакистан может столкнуться с ежегодной потерей доходов в размере 30 миллиардов рупий (приблизительно 193,37 млн. долл. США) из-за низких налогов на табачную промышленность, в то время как здоровье молодежи страны находится под угрозой.

По сравнению со странами региона, в Афганистане налог на табачную продукцию низкий и составляет около 34%. По оценкам, импорт табака в Афганистан превышает внутреннее потребление. По имеющимся данным, примерно 76% импортируемых сигарет потребляется населением Афганистана, а 24% реэкспортируется.^b

В 2019 г. в Азербайджане были повышены акцизные налоги на табак, но такие налоги были также увеличены в Армении, Грузии и Российской Федерации; поэтому налоговая нагрузка в Азербайджане по-прежнему намного ниже, чем в соседних странах. По данным Всемирного банка, «табачная промышленность пытается преувеличить проблему контрабанды сигарет в Азербайджан, чтобы создать впечатление, что налоги на табак не должны повышаться, поскольку объем контрабанды уже очень высок. Однако контрабанда сигарет в Азербайджан не вызвана различиями в налоговых ставках, так как акцизы на табак в Азербайджане намного ниже. Относительно высокие цены в Азербайджане во многом определяются ценовой политикой табачной промышленности. Однако в последние годы сигареты в Азербайджане были дешевле, чем в [Российской Федерации], поэтому были зарегистрированы многочисленные случаи контрабанды сигарет из Азербайджана в [Российскую Федерацию].»^c

^a Д. Найаб и соавт. 2018. *Экономика налогообложения и потребления табачных изделий в Пакистане*. Исламабад: Пакистанский институт экономики развития.

^b А.С. Медичи и соавт. 2018. *Альтернативы налогообложения табака в Афганистане Информационная справка*. Вашингтон: Группа Всемирного банка.

^c Всемирный банк. 2019. *Азербайджан: Обзор употребления табака, борьбы против табака, законодательства и налогообложения, Глобальной программы борьбы против табака. Страновой обзор*. Женева.

Источник: Резюме автора.

Информационные системы

111. Трансграничное сотрудничество в сфере медицинских услуг посредством обмена информацией и улучшенного эпиднадзора не является чем-то

новым, ведь оно использовалось для исследования рака более 50 лет.⁷¹ С быстрым развитием цифровых технологий сотрудничество между странами по совместному использованию данных и ресурсов становится все

⁷¹ Международное агентство по изучению рака (МАИР) было создано в 1965 году. Публикует сопоставимые показатели заболеваемости и смертности от рака. Международное агентство по изучению рака. 2019. *Двухгодичный отчет за 2018–2019 гг.* Лион, Франция. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Biennial-Reports/IARC-Biennial-Report-2018-2019>.

более возможным и выгодным. Оно обладает огромным потенциалом использования беспрецедентных возможностей хранения и обработки данных для продвижения научных исследований, повышения точности диагнозов и эффективности лечения, а также улучшения политик, приносящих пользу пациентам и обществу. Это особенно полезно при редких состояниях здоровья. Объединение наборов данных увеличивает размер выборки, что дает более надежные статистические результаты и увеличивает способность исследований выявлять редкие события, поскольку ни одна страна не может располагать достаточными ресурсами для таких исследований самостоятельно. Во Вставке 10 приведен пример сотрудничества между странами Северной Европы в области эпиднадзора и исследований НИЗ.

112. Для получения надежных результатов данные должны быть достоверными и сопоставимыми. Это требует соблюдения общих стандартов и определений данных, а также функциональной совместимости. К числу самых серьезных препятствий на пути более тесного сотрудничества относятся отсутствие общих стандартов данных и терминологии для обмена информацией, местное законодательство и нормативные акты, а также проблемы конфиденциальности данных. Есть также общие препятствия для обмена

и распространения технологий, основанных на данных, среди организаций здравоохранения в разных странах. В борьбе с НИЗ страны ЦАРЭС уже использовали различные подходы, чтобы идти в ногу с новейшими технологиями здравоохранения, сохраняя при этом ценовую доступность услуг здравоохранения для пациентов.⁷²

113. Информационные системы, которые могут собирать данные с разбивкой по полу, важны для мониторинга прогресса по ключевым показателям здоровья, которые также можно отслеживать на региональном уровне. Некоторые факторы риска НИЗ и основные причины заболеваемости и смертности локализуются и отслеживаются в рамках показателей ЦУР. Однако национальные информационные системы здравоохранения в регионе ЦАРЭС остаются разрозненными и не всегда хорошо связаны с информационными системами кадровых ресурсов, поставок и финансов, что затрудняет увязку показателей ЦУР с ресурсами. Организация Объединенных Наций находится в процессе оказания помощи странам в согласовании ресурсов с индикаторами ЦУР.⁷³ АБР и ВОЗ также поддержали разработку системы мониторинга ВОМСУ, которая связывает входные ресурсы с результатами и показателями воздействия, которая может применяться на местном и региональном уровнях.⁷⁴

⁷² Медицинские технологии в самом широком контексте включают фармацевтические препараты, вакцины, медицинские устройства, медицинские и хирургические процедуры, а также системы, в рамках которых охраняется и поддерживается здоровье.

⁷³ Организация Объединенных Наций. 2019. *Дорожная карта Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по финансированию Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. 2019–2021 гг.* Нью-Йорк.

⁷⁴ АБР. 2016. *Мониторинг всеобщего охвата услугами здравоохранения в Западной части Тихого океана: структура, показатели и информационная панель.* Манила. <https://www.adb.org/publications/monitoring-universal-health-coverage-western-pacific>.

Вставка 10: Региональное сотрудничество в области эпиднадзора за неинфекционными заболеваниями и исследований в странах Северной Европы

Совет министров северных стран (Дания, Финляндия, Исландия, Норвегия и Швеция) учредил NordForsk в 2005 г. для усиления научных исследований северных стран и Скандинавской программы здравоохранения и социального обеспечения.^a Программа направлена на улучшение общественного здоровья и благополучия в странах Северной Европы посредством междисциплинарных исследований. Она предполагает инвестиции в высококачественную информационную инфраструктуру, включая гармонизацию реестров населения и биобанков стран-участниц, чтобы в целях анализа свести все данные воедино.

Путем объединения данных из реестров здравоохранения Дании, Финляндии, Норвегии и Швеции с данными из UK Clinical Practice Research Datalink была сформирована многонациональная выборка, позволяющая изучать заболеваемость раком среди новых потребителей инсулина. В результате объединения данных были выявлены 21 000 случаев рака, которые можно было изучить в течение периода наблюдения продолжительностью около 5 лет, что позволило проанализировать риск развития десяти типов рака.^b

^a NordForsk. Программа Северных стран по здоровью и благосостоянию. <https://www.nordforsk.org/programs/nordic-programme-health-and-welfare>.

^b А. Бут и соавт. 2017. Риск рака у потребителей инсулина: Сравнение аналогов с человеческим инсулином в когортном исследовании CARING в пяти странах. *Diabetologia*. 60. стр. 1691–1703. <http://dx.doi.org/10.1007/s00125-017-4312-5>.

Источник: Резюме автора.

Кадровые ресурсы здравоохранения

114. Медицинские работники играют центральную роль в профилактике и лечении пациентов с НИЗ, однако большинство стран ЦАРЭС сталкивается с нехваткой высококвалифицированных медицинских работников, особенно в сельской местности. Наблюдается значительная миграция медицинских работников внутри и за пределы региона ЦАРЭС. Статистика труда мигрантов в регионе недостаточно дезагрегирована (по профессиям),

чтобы сформировать четкую оценку количества мигрировавших медицинских работников, однако тенденции могут быть экстраполированы на основе существующих статистических данных.⁷⁵ Российская Федерация привлекает медицинских работников из других постсоветских стран,⁷⁶ поскольку медицинские квалификации взаимно признаны и отсутствует языковой барьер. Профессиональной мобильности между Казахстаном, Кыргызской Республикой и Российской Федерацией дополнительно способствует Евразийский таможенный союз, который позволяет свободное

⁷⁵ Некоторые профессии могут быть более затронуты миграцией. Например, здравоохранение и образование из-за глобального спроса могут привести к сбою в предоставлении основных социальных услуг в странах происхождения. Л. Т. Кацели, Р. Е. Лукас, и Т. Ксеногiani. 2006. *Последствия миграции в странах отправления*. Турин, Италия: ОЭСР.

⁷⁶ Международный наем медицинских работников странами за пределами бывшего Советского Союза не является важной особенностью большинства стран в регионе ЦАРЭС.

перемещение рабочей силы между этими странами.⁷⁷

115. Труд, обучение и миграцию высококвалифицированных медицинских работников можно рассматривать с региональной точки зрения. Для небольших стран или стран с ограниченными ресурсами региональная подготовка медицинских работников (например, на базе региональных центров передового опыта) принесет такие преимущества, как снижение затрат и более качественное образование в условиях большого клинического опыта и целесообразной учебной нагрузки. В настоящее время многие студенты-медики из стран ЦАРЭС обучаются в КНР, и существует несколько регулируемых региональных программ.

116. Согласование источников данных и обмен информацией о медицинских работниках-мигрантах в регионе ЦАРЭС может облегчить наем профессиональных медицинских работников-мигрантов в принимающих или нанимающих странах. Этого можно достичь путем создания региональных реестров и баз данных мигрантов и их подключения к базе данных потенциальных работодателей в секторе здравоохранения. Еще одна проблема заключается в несоответствии медицинских навыков работников-мигрантов

в принимающих или нанимающих странах. Например, медицинские мигранты из Центральной Азии в Российской Федерации, как правило, работают на должностях ниже их уровня квалификации. Мигрантам также труднее найти подходящую работу в секторе здравоохранения по сравнению с мигрантами, имеющими опыт работы в других секторах.⁷⁸

117. По данным Международной организации труда (МОТ), аналогичная стратегия решения проблемы «утечки мозгов» основана на концепции обмена навыками, которая требует более тесного сотрудничества между странами происхождения и назначения, создавая «взаимовыгодную ситуацию» для обеих стран.⁷⁹ Некоторые инициативы включают программы наставничества и спонсорства, совместные исследовательские проекты, механизмы рецензирования, виртуальное возвращение (посредством дистанционного обучения и электронного обучения), а также краткосрочные визиты и задания.⁸⁰ Кроме того навыки диаспор могут быть задействованы путем создания сетей обмена знаниями.⁸¹ Примером регионального решения проблемы «утечки мозгов» являются соглашения о взаимном признании (СВП), например, в Ассоциации стран Юго-Восточной Азии (АСЕАН) (Вставка 11).⁸²

⁷⁷ Е. Ричардсон и соавт. 2013. *Беларусь: Обзор системы здравоохранения, системы здравоохранения в переходный период*. 15 (5). стр. 1–118.

⁷⁸ Региональное бюро Программы развития ООН для Европы и Содружества Независимых Государств. 2015. *Трудовая миграция, миграция, денежные переводы и человеческое развитие в Центральной Азии. Серия «Центральноазиатское человеческое развитие»*. Нью-Йорк.

⁷⁹ П. Викрамасекара. 2003. *Политика реагирования на миграцию квалифицированных специалистов: удержание, возвращение и циркуляция*. Женева: Отделение международной миграции (МИГРАНТ) Международная организация труда.

⁸⁰ П. Викрамасекара. 2004. *Права рабочих-мигрантов в Азии: есть ли свет в конце туннеля? Сектор социальной защиты, Программа международной миграции*. Женева: Международная организация по миграции.

⁸¹ Кыргызская Республика и Таджикистан используют свои диаспоры, проживающие в Российской Федерации, для поддержки прибывающих мигрантов.

⁸² АСЕАН. Практикующие врачи (AJCCM). <https://asean.org/asean-economic-community/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aem/services/healthcare-services/medical-practitioners-ajccm/>.

Вставка 11: Медицинские услуги в рамках Экономического сообщества АСЕАН

Экономическое сообщество Ассоциации стран Юго-Восточной Азии (АСЕАН) было создано в 2015 г. Концепция единого рынка основана на принципах свободного потока торговли услугами и квалифицированной рабочей силы. Чтобы облегчить внутрирегиональную мобильность медицинских работников, были созданы два соглашения о взаимном признании (СВП): одно для медсестер (2006 г.) и одно для специалистов в области медицины и стоматологии (2009 г.).

Координационный комитет АСЕАН по услугам учредил Отраслевую рабочую группу по медицинским услугам (HSSWG) для обсуждения сотрудничества в сфере медицинских услуг и выполнения Рамочного соглашения АСЕАН по услугам (AFAS). Помимо СВП, повестка дня заседаний HSSWG также включает обмен информацией; региональное профилирование и базы данных специалистов, учреждений, инфраструктур и систем; внутренние правила; развитие основных компетенций и эквивалентности; программы наращивания потенциала; составление годовых рабочих программ; и другие инициативы, относящиеся к реализации AFAS.^a Реализация СВП, связанных со здоровьем, идет медленно из-за различных факторов. Требуется большая политическая воля для обеспечения свободного передвижения медицинских работников в регионе АСЕАН.^b

^a АСЕАН. Медицинские услуги. <https://asean.org/asean-economic-community/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aem/services/healthcare-services/>.

^b Т. Ваннарат и соавт. 2018. Влияние экономической интеграции АСЕАН на мобильность работников здравоохранения: обзор литературы. *Политика и планирование здравоохранения*. октябрь. 33 (8). стр. 957–965.

Источник: Ассоциация стран Юго-Восточной Азии. Объединенный координационный комитет АСЕАН по практикующим врачам. <https://asean.org/asean-economic-community/sectoral-bodies-under-the-purview-of-aem/services/healthcare-services/medical-practitioners-ajccm/> (по состоянию на 6 февраля 2020 г.).

118. Афганистан, Кыргызская Республика, Пакистан и Таджикистан также решают проблему острой нехватки достаточно квалифицированного персонала в труднодоступных районах, используя решения цифрового здравоохранения, такие как телемедицина. Основные препятствия для доступа к больничным и специализированным услугам, выявленные в нескольких странах ЦАРЭС, являются географическими и финансовыми. Географический доступ вызывает особую обеспокоенность в странах с обширными территориями и низкой плотностью населения (Монголия и Казахстан) или в странах с горной местностью (Афганистан, Кыргызская Республика, Таджикистан). Доступность в сельской местности также является проблемой

при оказании неотложной медицинской помощи. Сельские районы часто находятся в невыгодном положении с точки зрения наличия спасательного оборудования (в том числе машин скорой помощи) и современных коммуникационных технологий. Региональное обучение электронному здравоохранению может быть эффективным способом смягчения этого ограничения (Вставка 12).

Улучшение доступа к лекарствам и технологиям

119. Доступ к лекарствам от НИЗ – серьезная проблема для стран с высокими личными расходами. Затраты на лекарства от НИЗ составляют значительную часть государственных расходов на

Вставка 12: Региональное обучение и электронная система здравоохранения в ЦАРЭС

В ЦАРЭС предпринимается ряд региональных усилий по сокращению нехватки квалифицированного медицинского персонала с помощью инициатив электронного обучения^a и телемедицины. Например, в рамках региональной инициативы, поддерживаемой Сетью развития Ага Хана (AKDN), были внедрены цифровые коммуникации в области здравоохранения как на страновом уровне (городские и сельские учреждения в Кыргызской Республике и Таджикистане), так и на региональном уровне от Таджикистана до Афганистана и Пакистана для телеконсультаций и сеансов электронного обучения.^b Услуги электронного здравоохранения предоставляются в некоторых очень отдаленных и горных районах, а некоторые больницы также пользуются услугами телерадиологии. Благодаря инициативам электронного обучения медицинские и общественные работники получили более широкий доступ к обучению, сбору и анализу данных, а также к диагностической и клинической поддержке для принятия решений. Еще одна инициатива, которая была реализована в нескольких странах ЦАРЭС – это создание виртуальных сообществ практикующих врачей в рамках проекта ECHO (Распространение знаний в области общественного здравоохранения). Проект способствует ситуационному обучению, обучению по методу «равный-равному» и практике под руководством специалиста, а также обеспечивает доступ к онлайн-ресурсам. Проект также реализуется на региональном уровне. Такие проекты могут получить дальнейшую поддержку посредством применения информационных и коммуникационных технологий (например, тиражирование и масштабирование) для расширения сферы применения и увеличения количества участвующих стран, умножая выгоды за пределами границ ЦАРЭС.^c

^a Электронное обучение относится к использованию электронных технологий и средств массовой информации для обучения и образования. Оно помогает (i) улучшить качество образования и расширить доступ к обучению в географически изолированных местах или там, где недостаточно местных учебных заведений, (ii) сделать медицинское образование доступным для более широкой аудитории и более эффективно использовать существующие образовательные ресурсы, (iii) достичь всеобщего охвата медико-санитарными услугами за счет улучшения знаний и навыков работников здравоохранения, и (iv) увеличить количество подготовленных специалистов со специальными или общими навыками.

^b *Агентство по международному развитию США*. Могут ли телекоммуникации донести здравоохранение в труднодоступные места? <https://medium.com/usaid-2030/can-telecommunications-bring-health-care-to-the-hard-to-reach-604c1ba9a7ab>.

^c Проект ECHO. Глобальные инициативы ECHO в области здравоохранения по ВИЧ, туберкулезу и безопасности здоровья. <https://hsc.unm.edu/echo/echos-impact/global.html>

Источник: Автор, на основе сноски с и AKDN. Улучшение показателей здоровья в недостаточно обслуживаемых и маргинализированных регионах. http://akdnehr.org/ehealth_programme/.

здравоохранение в регионе ЦАРЭС. По мере того, как НИЗ становятся все более распространенными, расходы на них будут увеличивать нагрузку на государственный бюджет. Региональные решения могут помочь снизить стоимость и повысить качество лекарств от НИЗ, в том числе за счет увеличения отечественного фармацевтического производства и совместных закупок. Доступ к лекарствам и вакцинам не менее важен для борьбы с ИЗ.

120. Укрепление отечественного фармацевтического производства с помощью передачи технологий могло бы стать инициативой ЦАРЭС, направленной как на доступ к лекарствам, так и на ценообразование. Это может быть особенно актуально для стран ЦАРЭС с растущими и динамично развивающимися фармацевтическими отраслями, таких как Казахстан и Кыргызская Республика, которые являются участниками единого фармацевтического рынка в рамках

ЕАЭС (2015 г.), и Пакистан, в котором растет спрос на фармацевтическую продукцию. Многосторонние партнеры по развитию внесли свой вклад в местное фармацевтическое производство и передачу технологий в регионе. ВОЗ и Международная финансовая корпорация (МФК) Группы Всемирного банка предоставляют прямую поддержку местному производству, в то время как Межведомственная фармацевтическая координационная группа облегчает координацию. В рамках ЦАРЭС АБР и другие партнеры по развитию, а также страны ЦАРЭС (например, КНР) могли бы поддерживать развитие национальных фармацевтических отраслей путем содействия передаче знаний и технологий, а также посредством финансирования. У региона ЦАРЭС есть потенциал для развития экспортного

фармацевтического рынка. Учитывая создание единого фармацевтического рынка в рамках ЕАЭС, точкой входа может быть ЭКАБ, поскольку Казахстан и Кыргызская Республика являются членами ЕАЭС (Вставка 13).

121. Закупка медикаментов – важный компонент системы снабжения лекарствами и, следовательно, главный фактор, определяющий доступ к качественным лекарствам. Страны ЦАРЭС могут максимально оптимизировать свои ограниченные бюджеты на лекарства за счет агрегирования спроса и совместных закупок лекарств, чтобы обеспечить устойчивые поставки качественных лекарств/вакцин, большую предсказуемость спроса, снижение цен и расширение доступа к лекарствам.

Вставка 13: Состояние общего фармацевтического рынка Евразийского экономического союза

В 2015 году после вступления Кыргызской Республики Евразийский экономический союз (ЕАЭС) запланировал дальнейшую интеграцию фармацевтических рынков своих членов. Были ужесточены технические требования к регистрации, и разработаны гармонизированные правила регистрации фармацевтических препаратов. Для соответствия правилам ЕАЭС в законодательство Кыргызской Республики были внесены изменения. Однако из-за сложностей, связанных с унификацией процедур, регулирующих фармацевтическую деятельность на территории всего ЕАЭС, принятие соответствующего решения было отложено,^а а фундаментальный переход к настоящему общему рынку отложен до 2025 года. Предусмотрен переходный период до 2025 года, после которого должны быть установлены две схемы регистрации, и производители смогут решать, какую схему они хотят применять. Централизованная схема работает на основе взаимного признания, то есть регистрация в одной стране ведет одновременно к регистрации во всех странах ЕАЭС. Если производитель решит распространять лекарственные средства только на рынке Кыргызской Республики, то нужно будет соблюдать национальные правила.^б Хотя система регистрации медицинских изделий в Кыргызской Республике хорошо зарекомендовала себя среди других членов ЕАЭС, отсутствие квалифицированной фармацевтической лаборатории может стать препятствием для полноценного участия Кыргызской Республики в ЕАЭС, когда речь пойдет о регулировании лекарственных средств на полностью интегрированном рынке.

^а Е. Винокуров. 2017. Евразийский экономический союз: Текущее состояние и предварительные результаты. *Российский экономический журнал*. 3 (1). стр. 54–70.

^б ВОЗ. 2016. *Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызской Республике*. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.

Источник: Автор на основе данных *Евразийской экономической комиссии*. 2017. В ЕАЭС запускается общий рынок лекарственных средств. 5 мая. <http://www.eurasiancommission.org/en/nae/news/Pages/5-05-2017.aspx>.

122. Совместные закупки определяются как «закупки, совершаемые одним отделом закупок от имени группы учреждений, систем здравоохранения или стран. Члены группы соглашаются покупать определенные препараты исключительно через группу».⁸³ Совместные закупки могут осуществляться двумя способами – посредством соглашения о сотрудничестве (например, Балтийское соглашение о партнерстве⁸⁴) или путем создания коллективной закупочной организации, такой как возобновляемый фонд Панамериканской организации здравоохранения.⁸⁵ Государственные медицинские закупки принимают различные формы, и лучший способ – это «сотрудничество нескольких государственных закупщиков и потенциальное объединение ресурсов для ведения переговоров или покупки медицинских товаров и материалов на более выгодных условиях».⁸⁶ Типы сотрудничества зависят от уровня

интенсивности и варьируются от обмена информацией о ценах и поставщиках до совместных закупок через централизованные или децентрализованные механизмы. Это естественный прогресс в сотрудничестве для стран, которые могут захотеть принять менее интенсивный тип сотрудничества вначале и перейти к более интенсивному подходу в будущем по мере того, как системы закупок становятся более гармонизированными.⁸⁷

123. Все страны ЦАРЭС знакомы либо участвовали в инициативах по совместным закупкам, поддерживаемых Глобальным фондом. Десять из одиннадцати (кроме Казахстана) стран приняли участие в совместных закупках при поддержке ГАВИ.⁸⁸ Для совместной закупки лекарств можно предпринять ряд региональных инициатив, начиная от менее интенсивного (например, BeNeLuxA⁸⁹) до более продвинутого и комплексного уровня

⁸³ ВОЗ. 2007. Многострановые региональные объединенные закупки лекарственных средств: определение ключевых принципов для поддержки региональных объединенных закупок и рамок для межрегионального сотрудничества в островных странах Африки, Карибского бассейна и Тихого океана. Протокол заседания. 15-16 января. стр. 9. Женева. <https://www.who.int/medicines/publications/PooledProcurement.pdf>.

⁸⁴ 2 мая 2012 года, три балтийские страны заключили Балтийское соглашение о партнерстве для проведения совместных тендеров на закупку лекарств и медицинского оборудования, а также на предоставление лекарств и медицинского оборудования в кредит. LIKUMI. 2012. Соглашение о партнерстве между Министерством здравоохранения Латвийской Республики, Министерством социальных дел Эстонской Республики и Министерством здравоохранения Литовской Республики о совместных закупках лекарственных препаратов и медицинских изделий и кредитовании лекарственных препаратов и медицинских изделий, закупаемых централизованно. <https://likumi.lv/doc.php?id=248008>.

⁸⁵ Возобновляемый фонд ПАОЗ. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1864:paho-revolving-fund&Itemid=4135&lang=en.

⁸⁶ Дж. Эспин и соавт. 2017. Как добровольное международное сотрудничество в сфере государственных закупок может улучшить доступ к медицинским технологиям в Европе? *Аналитическая записка* 21. Копенгаген: ВОЗ.

⁸⁷ ВОЗ. Механизмы и системы закупок. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mechanisms_systems/pooled_procurement/en/index1.html.

⁸⁸ В переходный список Глобального фонда входят Азербайджан, Грузия, Казахстан, Пакистан (компонент малярии) и Туркменистан. Глобальный фонд. 2018. *Прогнозируемый переход от поддержки Глобального фонда к 2025 году - прогнозы по компонентам*. 15 марта. https://www.theglobalfund.org/media/5641/core_projectedtransitionsby2025_list_en.pdf.

⁸⁹ BeNeLuxA – это группа стран ЕС (Австрия, Бельгия, Люксембург и Нидерланды), которые начали более тесно сотрудничать в нескольких областях здравоохранения, чтобы обеспечить доступ к инновационным лекарствам по доступным ценам (первоначально для орфанных препаратов) за счет увеличения числа пациентов для фармацевтических компаний. BeNeLuxA. <https://beneluxa.org/collaboration>.

Вставка 14: Соглашение о совместных закупках Европейского союза

Соглашение о совместных закупках (ССЗ) Европейского союза (ЕС) было инициировано в ответ на вспышку пандемического гриппа H1N1 в 2009 г., которая показала слабые стороны доступа и покупательной способности стран ЕС для получения противопандемических вакцин и лекарств. ССЗ ЕС направлено на обеспечение более равноправного доступа к конкретным медицинским контрафактам и повышение безопасности поставок с более сбалансированными ценами для участвующих стран ЕС. Во время этой чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения страны конкурировали за приобретение дефицитных материалов, в результате чего цены выросли. Чтобы снизить вероятность подобных событий в будущем, было подписано ССЗ, чтобы сохранить доступ к вакцинам, лекарствам и медицинскому оборудованию для устранения серьезных трансграничных угроз. Положения о совместных закупках медицинских средств включены в статью 5 Решения 1082/2013/ ЕС о серьезных трансграничных угрозах здоровью. По состоянию на июнь 2019 г. ССЗ подписали в общей сложности 25 стран ЕС.

Источник: Европейская комиссия. https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/overview_en.

(например, Соглашение о совместных закупках ЕС) (Вставка 14). Помимо эффекта масштаба, соглашения о совместных закупках также успешно заключались в ответ на региональные угрозы здоровью.⁹⁰

124. Доступ к новым технологиям и их оценка имеют решающее значение для борьбы с НИЗ. Несколько стран в регионе (например, Казахстан, КНР) ввели оценку медицинских технологий (ОМТ)⁹¹ и создали подразделения по ОМТ для внедрения новых эффективных и экономичных технологий в свои системы здравоохранения, принимая решения о закупках и возмещении расходов на

основе результатов ОМТ. Например, Казахстан внедрил ОМТ в стационарных условиях. В КНР создан Национальный исследовательский центр здравоохранения (Вставка 15), который может быть преобразован в потенциальную инициативу ЦАРЭС, обслуживающую все страны ЦАРЭС.

Повышение доступа мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ к медицинским услугам

⁹⁰ Н. Аззопарди-Маскат, П. Шредер-Бэк и Х. Бранд. 2016. Соглашение о совместных закупках Европейского союза для борьбы с трансграничными угрозами здоровью: каков потенциал этого нового механизма сотрудничества систем здравоохранения? *Экономика, политика и право здравоохранения*. 12 (1). стр. 43–59. <https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/abs/european-union-joint-procurement-agreement-for-crossborder-health-threats-what-is-the-potential-for-this-new-mechanism-of-health-system-collaboration/B1321B80CA68FDFC296FD7DE870746D6>.

⁹¹ Согласно определению Международной сети агентств по оценке технологий здравоохранения (ИНАНТА), ОМТ изучает медицинские, социальные, этические и экономические последствия разработки, распространения и использования медицинских технологий.

Вставка 15: Региональный центр оценки медицинских технологий КНР

Национальный исследовательский центр развития здравоохранения Китая (CNHDRC) – это правительственный центр медицинских исследований, созданный в 2008 г. для продвижения, разработки, внедрения и мониторинга оценок медицинских технологий (ОМТ). Сеть ОМТ Китайской Народной Республики (КНР) включает 34 участника: университеты, больницы и поставщики медицинских услуг, исследовательские центры, отраслевые ассоциации и сообщества, и была создана для использования отраслевого опыта при разработке ОМТ. В 2010 г. CNHDRC сотрудничал с Национальным институтом здравоохранения и медицинского обслуживания Великобритании (NICE) для оптимальной институционализации ОМТ среди своих членов. КНР также является частью многосторонней инициативы HTAsiaLink, в которую входят Япония; Малайзия; Филиппины, Южная Корея, Сингапур, Тайбэй, Китай и Таиланд. КНР фокусируется на наращивании потенциала, взаимодействии с множеством заинтересованных сторон, реформах ИТ-инфраструктуры и реформе оплаты в пилотных больницах. Также был разработан набор национальных руководств по ОМТ. В 2018 г. при CNHDRC был создан Национальный центр оценки лекарственных средств и технологий для эффективного определения приоритетов при принятии решений на основе фактов и оптимизации использования ресурсов. Результаты исследования по ОМТ КНР могут служить потребностям не только ее 33 провинций, но и соседей по Программе Центральноеазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС). В рамках сотрудничества с NICE КНР создает региональный центр с целью поддержки соседних стран в доступе к новым технологиям и процессам, которые в настоящее время для многих недоступны из-за бюджетных ограничений и длительных сроков выполнения. Однако из-за бюджетных ограничений и других причин ОМТ существует не во всех странах. Это может стать региональной инициативой с большим потенциалом по снижению затрат и улучшению доступа к новым технологиям в регионе ЦАРЭС.

Источник: Автор на основе Ф. Руиз и Э. Крайенбринк. 2018. Открытие нового министерства здравоохранения Китая должно способствовать развитию партнерства между Великобританией и Китаем в области оценки технологий здравоохранения. Международная инициатива по поддержке принятия решений (IDS1). <https://idsihealth.org/blog/launch-of-new-chinese-health-ministry-should-help-develop-uk-china-partnership-in-health-technology-assessment/>; ВОЗ. Здоровый Китай. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/healthy-china/en/>.

Доступ мигрантов и мобильного населения к медицинской помощи

125. Экономическое обоснование предоставления доступа к медицинской помощи для трудовых мигрантов заключается в том, что такой доступ снижает затраты в системах здравоохранения как для стран происхождения, так и для принимающих стран. Инфекционные заболевания пересекают границы и часто несут связанную с этим угрозу миграции и средствам к существованию мигрантов и приграничных сообществ. Улучшение

управления потоками трудовых мигрантов в сочетании с обеспечением доступа к медицинским услугам и социальной защите не только помогает снизить угрозу, но и усиливает контроль над инфекционными заболеваниями. Следовательно, доступ трудовых мигрантов к медицинской помощи лучше всего решать посредством сотрудничества. Признавая эту региональную проблему, страны ЦАРЭС предпринимают усилия на страновом и региональном уровнях по обеспечению социальной защиты и доступа к медицинской помощи для мигрантов, включая сотрудничество в борьбе с туберкулезом между

Казахстаном, Кыргызской Республикой и Таджикистаном (Вставка 16).⁹²

126. Страны Центральной Азии (Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан) признали важность задач по «устранению коренных причин нелегальной миграции», «реинтеграции возвращающихся трудовых мигрантов» и предотвращении нелегальной миграции путем «создания возможностей для легальной миграции».

Они также добились прогресса в решении проблем нелегальной и смешанной миграции на региональном уровне, особенно в контексте «Алматинского регионального консультационного процесса», поддерживаемого Международной организацией по миграции (МОМ) и Верховным комиссаром Организации Объединенных Наций по делам беженцев. Правительство Кыргызской Республики и Правительство Таджикистана обнародовали

Вставка 16: Трансграничное сотрудничество в области здравоохранения для мигрантов в ЦАРЭС

Казахстан, Кыргызская Республика и Таджикистан подписали двусторонние соглашения о трансграничном сотрудничестве в области контроля, профилактики и лечения ТБ и МЛУ-ТБ среди трудовых мигрантов из Центральной Азии, а также о создании механизма для обмена информацией о больных ТБ между странами посредством электронной платформы Европейского бюро ВОЗ по туберкулезу (tbconsilium.org). Эти соглашения были утверждены в результате трехлетней программы, инициированной в Казахстане в конце 2014 г. при поддержке Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией; Проекта НОРЕ; ВОЗ; Международной организации по миграции; Совместной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ; и Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Программа согласована с рекомендациями ВОЗ по трансграничной борьбе с туберкулезом в Европе и национальным планом Казахстана по борьбе с туберкулезом. Потенциальной отправной точкой для дальнейшего регионального сотрудничества и интеграции в этой области в рамках ЦАРЭС является углубление регионального диалога и расширение этих соглашений для вовлечения большего числа стран.

ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, ГАВИ = Гави, Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации, МЛУ-ТБ = туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, ТБ = туберкулез, ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

Источник. Автор на основе информации, предоставленной ВОЗ; Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, ГАВИ и партнерами Проекта НОРЕ в ходе консультаций с заинтересованными сторонами, проведенных автором.

⁹² Национальная политика КНР направлена на обеспечение того, чтобы мигранты, зарегистрированные в своей родной провинции, могли получить доступ к медицинским льготам при миграции в другие районы. МОМ заявляет, что «Хотя легальные иммигранты и лица без гражданства на территории Республики Казахстан имеют право на бесплатную медицинскую помощь (ГОМБП), нелегальные мигранты и мигранты без документов не имеют доступа к системе здравоохранения, кроме неотложной помощи. В соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» постоянные иммигранты и лица без гражданства на территории Республики Казахстан имеют право на получение бесплатной медицинской помощи (ГОМБП) в случае острых заболеваний, согласно перечню Правительства, если иное не предусмотрено международными соглашениями. Медицинские услуги, не включенные в список ГОМБП, предоставляются за частную оплату». МОМ 2018. Профиль управления миграцией: Республика Казахстан. Май

национальные миграционные стратегии, изменили формат национальных институциональных структур, создали центры по подготовке мигрантов к работе за границей и активизировали работу с диаспорами и представителями правительства в Российской Федерации. Казахстан включил национальных мигрантов в свою национальную систему страхования, которая вступит в силу в 2020 г.; однако мигранты без документов остаются вне сферы действия.

127. Доступ к медицинскому обслуживанию мигрантов без документов (не имеющих контрактов, и чье медицинское обслуживание не покрывается работодателем) остается значительной проблемой в ЦАРЭС. Оказание медицинской помощи зарегистрированным мигрантам по-прежнему сталкивается со сложностями, и ее реализация идет медленно. Одна из причин заключается в том, что доступ к медицинскому обслуживанию не измеряется должным образом. В большинстве стран региона имеется множество источников статистики миграции (Министерство информации/статистики) и административных данных. Эти источники различаются в зависимости от страны: данные о миграции собираются посредством переписей населения, выборочных обследований и текущей статистики миграционных потоков. Статистические органы в некоторых странах собирают агрегированные отчеты с переменными, связанными с миграцией, от государственных органов,

таких как Министерство внутренних дел, Министерство юстиции (органы записи актов гражданского состояния), Министерство образования и науки и Министерство здравоохранения. Электронные карты мигрантов в пределах региона могут потенциально смягчить существующие проблемы с данными, в зависимости от того, как они формируются, и как данные собираются и анализируются. Электронная карта мигрантов из Содружества Независимых Государств (СНГ) является хорошим примером для ЦАРЭС (Вставка 17).

128. ЦАРЭС может предоставить своим странам-членам технический опыт и знания для улучшения медицинского обслуживания мигрантов в регионе посредством (i) расширения существующих двусторонних соглашений по ТБ/ВИЧ за счет включения дополнительных услуг, и (ii) поддержки введения ряда двусторонних соглашений, которые гармонизированы с другими существующими соглашениями и блоками (например, ЕАЭС, СНГ) для регулирования доступа трудовых мигрантов к медицинским услугам. Поддерживаемый АБР проект по охране здоровья мигрантов в СБМ в рамках проекта «Безопасность здоровья в СБМ» является хорошим примером для рассмотрения в ЦАРЭС. Проект направлен на улучшение здоровья мигрантов и улучшение мобильности населения в районах, где инфекционные заболевания связаны с бедностью, плохой санитарией и слабым медицинским обслуживанием.⁹³⁹⁴

⁹³ Членами ЦАРЭС в Содружестве Независимых Государств являются Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан и Узбекистан. Армения, Беларусь, Молдова и Российская Федерация не входят в состав ЦАРЭС.

⁹⁴ В регион СБМ входят Камбоджа, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Мьянма, КНР (провинция Юньнань и Гуанси-Чжуанский автономный район), Таиланд и Вьетнам. СБМ имеет очень динамичный и сложный паттерн флуктуирующей миграции.

Вставка 17: Электронные карты мигрантов в Содружестве Независимых Государств

Страны Содружества Независимых Государств (СНГ)⁹³ внедряют электронные карты трудовых мигрантов в соответствии с соглашением, подписанным в июле 2014 г. Эти карты содержат личные данные мигрантов, такие как место жительства, статус занятости, медицинское страхование и данные об образовании. После внедрения этого механизма страны могут использовать карты для облегчения доступа мигрантов к медицинскому обслуживанию путем интеграции карт в информационную систему для доступа к медицинским услугам. Система направлений к врачу между вовлеченными странами, которая гарантирует, что мигранты получают последующие услуги по наблюдению и медицинскую помощь, когда это необходимо, по возвращении в свои страны происхождения, будет способствовать дальнейшему улучшению показателей здоровья и поддержит профилактику и контроль вспышек в регионе. На данный момент пять стран ЦАРЭС являются членами СНГ, и система электронных карт может быть внедрена во всем регионе ЦАРЭС, чтобы принести пользу его большой группе трудовых мигрантов или улучшить их здоровье.

Источник: Автор на основе данных Министерства труда и социальной защиты Правительства Беларуси. Сотрудничество в рамках Содружества Независимых Государств (СНГ). <http://www.mintrud.gov.by/ru/sng>; и Санкт-Петербургского государственного автономного учреждения «Центр трудовых ресурсов». 2020. Круглый стол: Цифровизация миграционных процессов. Обеспечение прозрачности финансовых потоков в трудовой миграции. 28 февраля. <https://gauctr.ru/portfolio/28-fevralya-2020-na-forume-truda-eksperty-obsudili-voprosy-tsifrovizatsii-migratsionnyh-protsessov/>.

Доступ приграничных сообществ к медицинским услугам

129. Сотрудничество в предоставлении трансграничных медицинских услуг мотивируется схожими опасениями стран ЦАРЭС. Такое сотрудничество направлено на устранение пробелов в предоставлении медицинских услуг на региональном уровне (в связи с экономическими, географическими условиями или условиями системы здравоохранения) и, в конечном итоге, снижение стоимости услуг за рубежом. Услуги в приграничных районах должны охватывать различные медицинские услуги, включая охрану здоровья матери и ребенка.⁹⁵ Кроме того, такие технологии,

как телемедицина, могут облегчить предоставление услуг в отдаленных приграничных районах.

130. Ярким примером в регионе ЦАРЭС является проект строительства объектов и улучшения услуг вдоль Китайско-пакистанского экономического коридора (КПЭК) – Центр неотложной помощи китайско-пакистанского братства, который был открыт в портовом городе Гвадар, Пакистан в июле 2017 г.⁹⁶ Это первый объект (из семи запланированных) в рамках Китайско-пакистанского коридора спасения жизней, который проходит вдоль КПЭК от Гвадара до Кашгара, приграничного города КНР в Синьцзян-Уйгурском Автономном Районе, на

⁹⁵ Это также отражено в Гендерной стратегии ЦАРЭС до 2030 года.

⁹⁶ Ф. Шаббир. 2019. Центр неотложной помощи китайско-пакистанского братства в Гвадаре принял 2 302 пациента к декабрю прошлого года. *UrduPoint*. 25 января. <https://www.urdupoint.com/en/pakistan/china-pakistan-fraternity-emergency-care-cent-539475.html>.

расстоянии более 2000 километров. Каждый центр планируется создать по образцу больницы общего профиля в КНР с медицинским персоналом, медицинским оборудованием и оборудованием связи, а также службой скорой помощи. Он был построен для оказания медицинских услуг китайским рабочим вдоль КПЭК. До 2018 г. соотношение пациентов из Китая и Пакистана составляло 8:2, но с тех пор оно изменилось до 2:8. В 2020 году центр обслуживал население от 70 000 до 80 000 человек, причем количество пациентов варьируется в зависимости от ситуации с безопасностью. За первые недели марта 2019 года было пролечено около 290 пациентов.⁹⁷

131. Существует потенциал для расширения этого типа сотрудничества

путем согласования и обновления строительных норм и правил и стандартов в соответствии с рекомендуемой передовой практикой и региональными требованиями. Это может быть особенно актуально для стран Центральной Азии, а также для Монголии и КНР. Еще одна дополнительная область сотрудничества – создание более устойчивой, «зеленой» и энергоэффективной больничной инфраструктуры. Отрасль здравоохранения – одна из самых энергоемких и загрязняющих. Решение этой проблемы путем принятия новых и улучшенных строительных норм и правил с указаниями по устойчивости и энергоэффективности поможет региону снизить экологические риски и загрязнение воздуха (один из выявленных факторов риска НИЗ).

⁹⁷ Дж. Ма. 2019. Китайская медицинская клиника в Пакистане на передовой линии безопасности «Пояса и пути». *South China Morning Post*. 7 августа. <https://www.scmp.com/news/china/diplomacy/article/3021650/health-and-safety-chinese-medical-clinic-pakistan-belt-and>.

4

СОТРУДНИЧЕСТВО ЦАРЭС В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЫВОДЫ

4.1 Выводы

132. **Здоровье – это региональный приоритет.** Растущая угроза новых инфекционных заболеваний проявлялась на протяжении столетия и добралась до дома каждого с появлением нынешней пандемией COVID-19. Медицинские, социальные и экономические последствия были смягчены дорогой ценой. Лучше изучены такие факторы риска, как сопутствующая патология и доступ к услугам. Мировые лидеры анализируют и обсуждают такие благоприятствующие факторы, как рост населения, коммерческое сельское хозяйство и связанность. Задачи заключаются в сдерживании COVID-19 и смягчении его социально-экономических последствий; в укреплении РБЗ и систем здравоохранения, восстановлении роста и стабильности; и обеспечения инклюзивности и устойчивости развития.

133. **Политические рамки.** Страны ЦАРЭС подписали несколько глобальных обязательств и соглашений, которые обеспечивают общую основу глобальной политики здравоохранения (Глава 3.1). ММСП ВОЗ по борьбе с возникающими заболеваниями и другими событиями в области общественного здравоохранения, имеющими международное значение, обеспечивают общие глобальные стандарты для РБЗ и внедряются на национальном, региональном, национальном и местном уровнях ВОЗ предоставляет набор стандартов систем здравоохранения для перехода к ВОМСУ и другим ЦУР, связанным со здоровьем, на основе таких концепций, как ПМСП и шести структурных элементов ВОЗ для развития национальных систем здравоохранения. Нынешняя эпидемия НИЗ, усугубляющая воздействие COVID-19, вызвала более сильную

приверженность к межотраслевым и общественным подходам к укреплению здоровья и профилактике заболеваний на пути к достижению здоровья для всех.

134. **Приверженные страны.** Страны ЦАРЭС привержены искоренению бедности и достижению всех ЦУР посредством справедливого роста и развития сельских районов. В секторе здравоохранения страны ЦАРЭС решительно поддерживают политику и стратегии ВОЗ в области РБЗ, ПМСП и укрепления национальных систем здравоохранения. Большинство стран ЦАРЭС имеют национальную политику и планы в области здравоохранения, которые поддерживают РСЗ, и большинство стран ЦАРЭС в состоянии выделить значительные ресурсы для реализации этих планов. Тем не менее, часто возникает дефицит финансирования из-за налогово-бюджетных ограничений и высоких расходов на другие национальные приоритеты. Точно так же, существуют кадровые и управленческие проблемы, которые необходимо решить для поддержки сотрудничества в области здравоохранения.

135. **Существующие инициативы.** Несколько агентств и сетей участвуют в укреплении РСЗ, систем здравоохранения и трансграничных услуг в странах ЦАРЭС, таких как ГПБЗ и инициатива «Единое здоровье» (Приложение 5). В связи с пандемией COVID-19 Шанхайская организация сотрудничества (ШОС) решила создать координационный совет для совместного противодействия вспышкам заболеваний на пространстве ШОС и принять план на следующем саммите ШОС. Среди стран ЦАРЭС есть и другие текущие двусторонние и

многосторонние инициативы, на которые можно опираться.

136. Приоритеты и вызовы. Хотя у стран ЦАРЭС есть веские аргументы в пользу РСЗ, региональное сотрудничество должно быть актуальным и выгодным для всех участвующих стран. РСЗ и трансграничные инициативы должны приносить явную добавленную стоимость по сравнению с национальными решениями. Региональное сотрудничество требует значительного доверия и приверженности между странами-членами с точки зрения распределения времени персонала и средств, политической поддержки и лидерства в области регионального здравоохранения и медицинский дипломатии. РСЗ также требует четких полномочий, ответственности и межведомственных договоренностей в области регионального здравоохранения, а также национальных планов и стратегий, поддерживающих РСЗ. Потребуются дальнейшие консультации, оценка и разработка программ, чтобы определить наиболее актуальные региональные приоритеты и возможность их поэтапного решения посредством РСЗ.

137. Региональная платформа. Решение текущих и будущих региональных проблем здравоохранения значительно выиграет от создания совместной региональной платформы для сектора здравоохранения в странах ЦАРЭС. Инфекционные заболевания пересекают границы и имеют серьезные внешние последствия. Пандемия COVID-19 будет иметь долгосрочное воздействие не только на сектор здравоохранения, но и на бедность и другие факторы риска. Это потребует мобилизации политической поддержки, реформ и ресурсов для решения новой повестки дня в области здравоохранения. Хотя у стран ЦАРЭС много схожего и связей, в настоящее время нет общей

региональной сети координации здравоохранения для стран ЦАРЭС.

138. Добавленная стоимость ЦАРЭС. ЦАРЭС – это хорошо зарекомендовавшая себя региональная платформа с механизмом координации высокого уровня, многоотраслевой экспертизой и опытом в мобилизации ресурсов. ЦАРЭС и ее страны-члены могут развивать участие в таких вопросах здравоохранения, как гигиена и обогащение пищевых продуктов, СФС, здоровье животных и ТБЖ. С момента своего создания программа была активным посредником в реализации практических, ориентированных на результаты региональных проектов и политических инициатив в таких секторах, как энергетика и торговля в регионе. Она может служить платформой для разработки региональных проектов и привлечения регионального финансирования. АБР, организатор ЦАРЭС, работал над РБЗ стран Юго-Восточной Азии с 2005 года; и тесно сотрудничал с ВОЗ, другими агентствами ООН и ключевыми партнерами в секторе здравоохранения. ЦАРЭС имеет хорошие возможности для дальнейшего укрепления диалога и сотрудничества, поддержки согласования различных партнеров и инвестирования в РСЗ.

139. Развитие регионального сотрудничества в области здравоохранения. В ЦАРЭС 2030 программа расширила свой мандат и имеет сильные позиции для поддержки своих стран-членов в РСЗ. Региональные проблемы здравоохранения, такие как борьба с трансграничными инфекционными заболеваниями, борьба с НИЗ и медицинское обслуживание мигрантов и приграничных сообществ, предлагается сделать приоритетными для стран-членов и сформулировать в качестве стратегии ЦАРЭС в области

здравоохранения до 2030 года. Это потребует дальнейших консультаций с заинтересованными сторонами, оценок и документирования текущего сотрудничества, в том числе с партнерами. Стратегия сотрудничества СБМ в области здравоохранения представляет собой пример региональных приоритетов

шести стран-участниц СБМ в области здравоохранения. Такая стратегия будет направлять формирование программ для стимулирования политического диалога и координации, обмена информацией, знаниями и перекрестного обучения, а также мобилизации ресурсов.

4.2 Рекомендации

140. На основе анализа, проведенного в предыдущих главах, предлагаются следующие рекомендации для дальнейшего рассмотрения в стратегии ЦАРЭС в области здравоохранения. Эти рекомендации обобщены в Таблице 7.

4.2.1 Укрепление региональной безопасности здоровья

141. Продолжающаяся пандемия COVID-19 является напоминанием о том, что вирусы не останавливаются на национальных границах. Странам необходимо совместно бороться с региональными угрозами здоровью. Укрепление РБЗ требует сотрудничества ЦАРЭС в борьбе с угрозами общественному здоровью, исходящими от инфекционных заболеваний – вспышек, эпидемий и пандемий, таких как COVID-19, – и в улучшении подготовки стран к будущим угрозам общественному здоровью. Можно изучить несколько областей сотрудничества в области РБЗ.

142. Одной из ключевых областей является региональный эпиднадзор с дополнительным региональным моделированием и прогнозированием. Региональные инициативы по эпиднадзору могут включать (i) инвестирование в системы раннего предупреждения,

эпиднадзора и быстрого реагирования посредством улучшения существующей национальной инфраструктуры и регионального сотрудничества по надзору за здоровьем человека и животных и их взаимодействия, а также межотраслевое сотрудничество по вопросам здоровья людей, животных и растений; (ii) укрепление лабораторного и диагностического потенциала, стандартов и контроля качества за счет модернизации лабораторного оборудования и приведения в соответствие с региональными и международными стандартами; (iii) расширение существующих двусторонних и многосторонних инициатив и соглашений о сотрудничестве в области здравоохранения с целью вовлечения большего числа стран ЦАРЭС; и (iv) усиление обмена информацией и опытом между странами ЦАРЭС по трансграничным ВИЗ и ТБЖ, а также со странами за пределами региона ЦАРЭС.

143. Укрепление подхода «Единое здоровье» важно для достижения лучших результатов в области общественного здравоохранения. Должны существовать региональные программы, политика, законодательство и исследования, в которых несколько секторов могут взаимодействовать и работать вместе. Области, в которых подход «Единое здоровье» особенно актуален, включают

безопасность пищевых продуктов, борьбу с зоонозами и борьбу с устойчивостью к антибиотикам.

144. Можно рассмотреть постепенный подход, учитывая статус сотрудничества в различных областях эпиднадзора и значительные различия в ЦАРЭС в плане лабораторных и диагностических стандартов и механизмов контроля качества за ИЗ (животных и людей) и НИЗ. Страны ЦАРЭС могут и дальше расширять обмен информацией в выбранных секторах (например, здоровье человека) и постепенно продвигать сотрудничество в целях создания региональной лабораторной сети с референтной лабораторией для повышения потенциала региональных лабораторий и эпиднадзора. Сотрудничество в области регионального эпиднадзора за здоровьем может быть реализовано через проекты технической помощи для анализа существующего потенциала на национальном уровне и определения структуры региональной системы. Последующие действия могут быть связаны с мероприятиями по укреплению лабораторий на страновом уровне. Многие страны получают поддержку в связи с COVID-19 и совершенствуют свои возможности по обеспечению безопасности здоровья, такие как эпиднадзор. Использование регионального сотрудничества в рамках ЦАРЭС добавило бы ценности текущим усилиям по реагированию на COVID-19, направленным на создание устойчивых систем здравоохранения и повышение возможностей обеспечения безопасности здоровья.

145. В краткосрочной перспективе сотрудничество по РБЗ в ЦАРЭС может быть сосредоточено на сдерживании пандемии COVID-19 и смягчении ее воздействия на жизнь и здоровье человека. Это может включать обмен информацией, связанной с COVID-19,

изучение извлеченных уроков и обмен опытом в области контроля заболеваний, а также финансирование медицинского оборудования для лечения пациентов с COVID-19 и для общественной защиты. Может быть организовано моделирование риска пандемии, чтобы помочь понять динамику и механизмы COVID-19 и его влияние на регион, а также лучше контролировать и управлять пандемией. ЦАРЭС также необходимо провести дальнейшие углубленные оценки для определения охвата выбранных региональных механизмов, а также предпринять совместные усилия по наращиванию потенциала и моделированию, которые помогут укрепить РБЗ на основе уроков пандемии COVID-19.

Укрепление систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества

146. Реагирующие системы здравоохранения в странах ЦАРЭС обеспечивают основу для РСЗ. Сотрудничество может быть сосредоточено на наращивании потенциала системы здравоохранения по устранению национальных и региональных угроз здоровью. Это может включать подготовку к будущим глобальным и региональным угрозам здоровью, таким как COVID-19, и борьбу с ними, а также профилактику и контроль НИЗ.

147. **Кадровые ресурсы здравоохранения.** Повышение сопоставимости и взаимного признания образовательных квалификаций медицинских работников обеспечивает большую мобильность студентов-медиков и специалистов в рамках ЦАРЭС. Первым шагом может быть оценка потребностей

в кадровых ресурсах здравоохранения для поддержки национальных стратегий здравоохранения, направленных на достижение всеобщего охвата медико-санитарными услугами и ЦУР, а также потенциала для регионального сотрудничества. Будущие инициативы могут включать создание баз данных о медицинских работниках-мигрантах, связанных с базами данных работодателей (больниц и клиник), и содействие обмену информацией как для мигрантов, так и для работодателей. Другими областями сотрудничества являются повышение способности прогнозировать потребности «рынка» здравоохранения (как государственного, так и частного) и реагировать на них, а также обучение для повышения квалификации. Официальный сбор и обмен демографическими, профессиональными данными и данными о состоянии здоровья медицинских работников-мигрантов может помочь согласовать спрос и предложение на профессиональные навыки медицинских работников. Надлежащее соответствие предложения и спроса на рабочую силу может помочь странам увеличить доходы от денежных переводов – поскольку медицинские работники будут наниматься в соответствии с их навыками – и в конечном итоге повысить квалификацию и потенциал в странах происхождения по мере возвращения работников. Важный фактор, который следует учитывать – это то, что Российская Федерация, которая не является страной-членом ЦАРЭС, является самым большим «центром притяжения» для мигрантов в регионе. Этот фактор следует принять во внимание при разработке совместных инициатив для медицинских работников-мигрантов в регионе ЦАРЭС.

148. **Информационные системы здравоохранения.** Региональное сотрудничество по совершенствованию информационных систем здравоохранения может быть сосредоточено на (i) повышении функциональной совместимости фрагментированной информационной системы здравоохранения на национальном уровне, чему способствуют национальные стратегии электронного здравоохранения, (ii) содействии гармонизации стандартов и стратегии электронного здравоохранения на региональном уровне, и (iii) изучении того, как инновационные ИКТ могут укрепить РСЗ. Этого можно достичь за счет дальнейших инвестиций в технологии ИКТ, такие как электронное здравоохранение и телемедицина, чтобы (i) улучшить доступ к обучению, сбору и анализу данных, а также к диагностической и клинической поддержке принятия решений; и (ii) связать недостаточно обслуживаемые сообщества (включая трансграничные сообщества) с учреждениями здравоохранения и поставщиками медицинских услуг, чтобы обеспечить равноправный доступ к недорогим медицинским услугам и помочь минимизировать барьеры, связанные с расстоянием и временем. Кроме того, подход ВОЗ «Единое здоровье», принятый Афганистаном, Азербайджаном, Казахстаном и Пакистаном⁹⁸ и EIDSS, принятая в Грузии и Казахстане, могут быть расширены для улучшения управления здоровьем человека, животных и окружающей среды в регионе. Первым шагом могло бы стать инвестирование в формирование и распространение знаний (медицинской информации, данных и

⁹⁸ «Единое здоровье» – это подход, пропагандируемый ВОЗ, «к разработке и реализации программ, политики, законодательства и исследований, в рамках которого несколько секторов взаимодействуют и работают вместе для достижения лучших результатов в области общественного здравоохранения». ВОЗ. «Единое здоровье». <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>.

опыта) среди заинтересованных стран на экспериментальной основе, которая впоследствии может охватить весь регион.

149. Доступ к лекарствам и технологиям. Страны ЦАРЭС могут работать совместно, чтобы улучшить доступ к лекарствам и технологиям и добиться снижения стоимости и повышения качества лекарств. Это может быть сделано путем (i) содействия фармацевтическому производству в регионе посредством передачи технологий и (ii) совместных закупок лекарств в регионе для экономии за счет масштаба. Учитывая различные регуляторные политики и слабый потенциал для гармонизации регуляторных систем в регионе, обмен информацией, политика доверия и ОМТ могут стать отправной точкой, которую можно постепенно углубить до уровня совместных закупок лекарств и контроля качества. ЦАРЭС может обеспечить основу для регионального диалога между заинтересованными сторонами и изучить возможность координации политики доверия и регулирования (например, для вакцин COVID-19). Также существует значительный потенциал для развития единого фармацевтического рынка в регионе ЦАРЭС посредством совместных инициатив, таких как объединение отечественных фармацевтических производств, при значительной роли частного сектора.

Повышение доступа мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ к медицинским услугам

150. Существует множество путей регионального сотрудничества в улучшении медицинских услуг, например (i) улучшение сбора данных и обмена информацией о

доступе к медицинскому обслуживанию для мигрантов, (ii) повышение качества информации на этапах перед отъездом, (iii) обновление и гармонизация положений о доступе в соответствии с двусторонними соглашениями, и (iv) внедрение полноценных схем медицинского страхования мигрантов. Несколько стран ЦАРЭС являются участниками существующих соглашений в рамках СНГ и ЕАЭС. Продолжаются мероприятия по расширению охвата медицинским страхованием трудящихся-мигрантов. Региональные схемы страхования сложны, и для их успешной реализации требуется более глубокий уровень интеграции. Для сотрудничества ЦАРЭС в этой области может потребоваться серия инвестиционных проектов с участием подгрупп стран с общей целью улучшения доступа мигрантов к медицинскому обслуживанию. Это может включать в себя расширение сферы действия текущих соглашений, распространение их на другие страны или содействие реализации существующих соглашений путем поддержки стран, связанных двусторонними или многосторонними соглашениями.

151. Имеется возможность дальнейшей оценки трансграничных медицинских услуг вдоль экономических коридоров ЦАРЭС и дальнейшего расширения масштабов трансграничной специализированной помощи. Была проведена работа по модернизации пунктов пересечения границы, а также по расширению инфраструктуры и возможностей, в том числе для рабочих-мигрантов. Совместные региональные стратегии могут способствовать защите наиболее уязвимых, проживающих в приграничных районах групп (женщин, пожилых людей, детей, лиц с ограниченными возможностями, а также мигрантов и мобильных групп населения) от вспышек заболеваний и улучшить их доступ к медицинским услугам.

4.3 Предлагаемые институциональные механизмы и следующие шаги

152. Здравоохранение – это новый сектор в рамках Программы ЦАРЭС; сотрудничество в области здравоохранения поможет снизить риски для здоровья и обеспечить РСЗ. Для развития регионального сотрудничества требуется региональная стратегия здравоохранения и институциональная структура с четкими рамками и обязанностями заинтересованных сторон. Принимая во внимание сотрудничество в области здравоохранения в других регионах и/или субрегионах (например, СБМ), рабочая группа, состоящая из высокопоставленных должностных лиц сектора и экспертов в области здравоохранения в странах ЦАРЭС, может быть создана в качестве первого шага для обеспечения руководства при формулировании региональной стратегии ЦАРЭС в области здравоохранения после завершения настоящего предпроектного исследования и для обсуждения вариантов институционализации регионального сотрудничества в области здравоохранения в рамках ЦАРЭС.

153. Учитывая тесные экономические и социальные связи региона с соседями, не входящими в ЦАРЭС, особенно с некоторыми важными региональными игроками (например, Индией, Ираном, Российской Федерацией), ЦАРЭС также следует укреплять сотрудничество с другими механизмами регионального сотрудничества, в том числе с Организацией экономического сотрудничества, Шанхайской организацией сотрудничества и Ассоциацией регионального сотрудничества стран Южной Азии, Организацией исламского сотрудничества и многими другими

(Приложение 5 Таблица А5.1). Это поможет в совместном решении проблем общественного здравоохранения и глобальных угроз здоровью, таких как COVID-19, и рассмотрении режимов сотрудничества в рамках формирующейся структуры здравоохранения ЦАРЭС.

154. На основе анализа приоритетных потребностей и потенциальных областей для регионального сотрудничества рекомендуется, чтобы члены ЦАРЭС начали обсуждение о сотрудничестве в области здравоохранения и сформулировали региональную стратегию РСЗ на период до 2030 г., наметив общие цели, общие проблемы здравоохранения и приоритеты для сотрудничества, возможно, с тремя задачами:

- Повышение РБЗ посредством ряда региональных усилий. К ним относятся усиление региональных мер по быстрому реагированию, эпиднадзору и восстановлению за счет укрепления инфраструктуры и кадровых ресурсов, расширение обмена информацией и координации данных о здоровье и использование ИКТ, а также улучшение координации взаимосвязи между здоровьем человека и животных.
- Создание устойчивых систем здравоохранения за счет регионального сотрудничества для эффективной борьбы с ИЗ и НИЗ на основе структурных элементов ВОЗ в качестве прочного фундамента для РСЗ. Сюда входят доступ к качественным лекарствам и услугам, признание кадровых ресурсов здравоохранения и навыков,

- системы медицинской информации и эпиднадзора, обмен информацией и агрегированный спрос, а также трансграничные услуги.
- Улучшение медицинских услуг для мигрантов, мобильного населения и людей, проживающих в приграничных сообществах, включая улучшение доступа к трансграничным услугам, медицинскому страхованию, а также скрининг и отчетность.

155. Эти взаимосвязанные цели могут способствовать достижению всеобъемлющей цели по устранению рисков пандемии и контролю ИЗ, профилактике и лечению НИЗ в рамках стратегии ЦАРЭС 2030 и улучшению медицинских услуг для трудовых мигрантов в регионе ЦАРЭС.

Таблица 8: Резюме рекомендаций

Области сотрудничества	Рекомендации
Повышение региональной безопасности здоровья	<p>В краткосрочной перспективе (до 3 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить потенциал сотрудничества в борьбе с возникающими и хроническими инфекционными заболеваниями (завершено в рамках настоящего предпроектного исследования) • Обобщить уроки, извлеченные из пандемии COVID-19, и ответные меры для дальнейшего укрепления региональной безопасности здоровья • Продолжать укреплять национальные возможности по обеспечению безопасности здоровья, такие как системы эпиднадзора, для поддержки регионального сотрудничества в области здравоохранения • Оценить возможности для создания регионального лабораторного потенциала в целях контроля и обеспечения качества • Усиливать региональную готовность и координацию ответных мер для борьбы с возникающими и хроническими инфекционными заболеваниями • Определить потенциал для других региональных механизмов, которые укрепят безопасность здоровья, таких как совместное расследование вспышек, региональное управление активами и создание резервов для быстрого реагирования • Содействовать обмену знаниями, информацией и данными об инфекционных заболеваниях регионального значения • Улучшать своевременный обмен информацией и данными эпиднадзора за инфекционными заболеваниями, включая результаты оценки рисков • Проводить пилотирование региональных подходов на основе текущих проектов.
	<p>От среднесрочной до долгосрочной перспективы (в течение следующих 3-10 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нарастивать совместный потенциал по профилактике, эпиднадзору и реагированию на инфекционные заболевания • Усиливать координацию в области здоровья человека и животных для борьбы с зоонозами (подход «Единое здоровье») • Изучить использование инновационных ИКТ для совершенствования регионального эпиднадзора и обмена информацией (кодификация болезней, положения о конфиденциальности, стандарты управления и обмена данными) • Усиливать и гармонизировать региональные стандарты и правила (например, с Международными медико-санитарными правилами) • Совершенствовать региональную инфраструктуру безопасности здоровья (лаборатории, утилизация отходов, потенциал на случай пиковой нагрузки, быстрое реагирование) • Разработать устойчивые механизмы финансирования для профилактики и контроля региональных угроз здоровью

Продолжение на следующей странице

Table 8 *продолжение*

Области сотрудничества	Рекомендации
Поддержка развития систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества	<p>В краткосрочной перспективе (до 3 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать разработку региональных и национальных стратегий и планов электронного здравоохранения • Оценить потенциал для усиления регуляторной координации и политики доверия (например, вакцины против COVID-19) • Оценить потребности в кадрах здравоохранения в странах ЦАРЭС для поддержки национальных стратегий здравоохранения и достижения ЦУР к 2030 г. и потенциала для регионального сотрудничества • Содействовать обмену знаниями, информацией и данными о НИЗ и связанных с ними факторах риска <p>От среднесрочной до долгосрочной перспективы (в течение следующих 3-10 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать гармонизацию нормативных положений в области закупок и обмена информацией о лекарствах, а также регулировать торговлю и контроль качества лекарств в регионе • Обеспечить взаимное признание навыков медицинских работников • Изучить возможности участия частного сектора в расширении доступа к лекарствам, улучшении внутреннего производственного потенциала и передаче технологий • Оценить потенциал для дальнейшего сотрудничества в области высоких медицинских технологий
Улучшение медицинских услуг для мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ	<p>В краткосрочной перспективе (до 2 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Усилить трансграничное управление медицинскими услугами для мигрантов • Оценить текущее состояние трансграничной мобильности медицинских пособий и обязательств • Оценить потенциал развития медицинских услуг вдоль экономических коридоров ЦАРЭС (например, Экономический коридор Алматы-Бишкек) • Провести инвентаризацию специализированной помощи и потенциала трансграничных услуг по специализированной помощи • Разработать совместные стратегии для защиты наиболее уязвимых групп, проживающих в приграничных районах (женщин, пожилых людей, детей, лиц с ограниченными возможностями, а также мигрантов и мобильных групп населения) от вспышек заболеваний и улучшить их доступ к медицинским услугам <p>От среднесрочной до долгосрочной перспективы (в течение следующих 10 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать региональное сотрудничество в доступе и финансировании медицинских услуг для мигрантов • Развивать службы направлений к врачу вдоль экономических коридоров ЦАРЭС
Институциональные механизмы в рамках ЦАРЭС	<ul style="list-style-type: none"> • Вести региональный диалог для оценки интересов правительств, партнеров и других заинтересованных сторон • Создать региональный координационный механизм ЦАРЭС для сектора здравоохранения. Это может начаться с (i) создания рабочей группы, состоящей из высокопоставленных лиц сектора здравоохранения из стран-членов ЦАРЭС, с задачей обсудить выводы и рекомендации этого предпроектного исследования, и (ii) определения ближайших и краткосрочных мероприятий для продвижения регионального сотрудничества в области здравоохранения. • Разработать средне- и долгосрочную стратегию регионального сотрудничества ЦАРЭС в области здравоохранения до 2030 г. посредством процесса планирования с участием всех заинтересованных сторон • Усиливать сотрудничество с основными соседними странами ЦАРЭС в борьбе с региональными угрозами здоровью

ЦАРЭС = Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество, COVID-19 = коронавирусное заболевание, ИКТ = информационные и коммуникационные технологии, ЦУР = Цели устойчивого развития, НИЗ = неинфекционное заболевание.

Источник: Автор.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Таблица А1.1: Социально-экономические показатели

Показатели	AFG	AZE	PRC	GEO	KAZ	KGZ	MON	PAK	TAJ	TKM	UZB
Рост ВВП (% в год), 2018 г.	1,0	1,4	6,6	4,8	4,1	3,5	7,2	5,8	7,3	6,2	5,1
ВВП на душу населения в текущих долл. США, 2018 г.	521	4 721	9 771	4 717	9 813	1 281	4 122	1 482	827	6 967	1 532
ВНД на душу населения, метод Atlas (в текущих международных долларах), 2018 г.	550	4 050	9 460	4 440	8 070	1 220	3 660	1 590	1 010	6 740	2 020
ВВП на душу населения, ППС, в текущих долл. США, 2018 г.	1 955	18 044	18 237	12 005	27 880	3 885	13 800	5 567	3 450	19 304	8 556
ВВП на душу населения, ППС, в постоянных ценах 2011 г., в международных долларах, 2018 г.	1 735	16 011	16 182	10 652	24 738	3 447	12 245	4 940	3 061	17 129	7 592
Доля бедного населения у национальной черты бедности (% населения), 2018 г. или как указано	54,5 ^a	6,0 ^b	1,7	20,1	2,5	22,4	28,4	24,3 ^c	27,4	...	14,1 ^d
Текущие расходы на здравоохранение на душу населения (в текущих долл. США), 2018 г.	49,8	165,8	501,1	312,8	275,9	85,7	155,1	42,9	59,8	460,2	82,3
Текущие расходы на здравоохранение на душу населения, ППС (в текущих международных долларах), 2018 г.	186,4	633,6	935,2	795,9	783,8	259,9	519,3	178,2	249,8	1 275,2	459,4
Текущие расходы на здравоохранение (% ВВП), 2018 г.	9,4	3,5	5,4	7,1	2,9	6,5	3,8	3,2	7,2	6,6	5,3
Личные расходы (% текущих расходов на здравоохранение), 2018 г.	78,4	72,8	35,8	47,7	33,5	52,4	32,4	56,2	68,4	76,3	60,3

... = данные отсутствуют, AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, ВВП = валовой внутренний продукт, GEO = Грузия, ВНД = валовой национальный доход, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, ППС = паритет покупательной способности, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

^a 2016

^b 2012

^c 2015

^d 2013

Примечание: Данные по Туркменистану о доле бедного населения, живущего ниже национальной черты бедности не доступны из источника на момент публикации. Источник: Всемирный банк. Показатели мирового развития. <https://data.worldbank.org/topic/economy-and-growth?view=chart> (по состоянию на 21 января 2019 г, 12 июня 2020 г. и 3 мая 2021 г.)

Таблица А1.2: Демографические показатели

Показатели	AFG	AZE	PRC	GEO	KAZ	KGZ	MON	PAK	TAJ	TKM	UZB
Население, всего (млн), 2018 г.	37,2	9,9	1,392,7	3,7	18,3	6,3	3,2	212,2	9,1	5,9	33,0
Население, женщины (% от общей численности населения), 2018 г.	48,6	50,1	48,7	52,3	51,5	50,5	50,7	48,5	49,6	50,8	50,1
Население, мужчины (% от общей численности населения), 2018 г.	51,4	49,9	51,3	47,7	48,5	49,5	49,3	51,5	50,4	49,2	49,9
Годовой прирост населения (%), 2018 г.	2,4	0,9	0,5	0,0	1,3	2,0	1,8	2,1	2,5	1,6	1,7
Население в возрасте 0–14 лет (% от общей численности населения), 2018 г.	43,1	23,4	17,9	19,8	28,5	32,4	30,4	35,3	36,8	30,8	28,7
Население в возрасте 15–64 лет (% от общей численности населения), 2018 г.	54,3	70,4	71,2	65,3	64,1	63,2	65,5	60,4	60,2	64,8	66,9
Население в возрасте 65 лет и старше (% от общей численности населения), 2018 г.	2,6	6,2	10,9	14,9	7,4	4,5	4,1	4,3	3,0	4,4	4,4

AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

Источник: Всемирный банк. Показатели мирового развития. <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/population-estimates-and-projections> (по состоянию на 21 января 2019 г.).

Таблица А1.3: Выборочные показатели здоровья и медицинских услуг

Показатели	AFG	AZE	PRC	GEO	KAZ	KGZ	MON	PAK	TAJ	TKM	UZB
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, женщины (лет), 2017 г.	65,7	75,2	78,8	77,8	76,9	75,4	73,8	67,9	80,5	73,0	73,5
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, мужчины (лет), 2017 г.	62,7	70,1	74,3	69,0	68,7	67,2	65,5	66,0	68,5	64,5	69,3
Коэффициент материнской смертности на 100000 живорождений), 2017 г.	638,0	26,0	29,0	25,0	10,0	60,0	45,0	140,0	17,0	7,0	29,0
Уровень младенческой смертности (на 1000 живорождений), 2018 г.	47,9	19,2	7,4	8,7	8,8	16,9	14,0	57,2	30,4	39,3	19,1
Уровень смертности детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорождений), 2018 г.	62,3	21,5	8,6	9,8	9,9	18,9	16,3	69,3	34,8	45,8	21,4
Уровень смертности новорожденных (на 1000 живорождений), 2018 г.	37,1	11,2	4,3	5,9	5,6	13,2	8,7	42,0	15,0	21,0	11,6
Причины смерти: от инфекционных заболеваний, а также от болезней, связанных с материнством, беременностью и питанием (% от общего числа), 2016 г.	36,4	8,8	3,8	2,7	4,5	9,6	9,7	34,9	23,2	17,2	10,3
Причины смерти: от неинфекционных заболеваний (% от общего числа), 2016 г.	44,1	86,6	89,3	93,7	86,0	82,7	79,7	57,8	69,2	76,2	83,7
Причины смерти: от несчастных случаев и травм, 2016 г.	19,5	4,6	6,9	3,6	9,5	7,7	10,6	7,3	7,6	6,6	6,0
Роды с участием квалифицированного медицинского персонала (% от общего числа), 2018 г.	58,8	99,4	99,9 ^a	99,4	99,9	98,8	98,3	69,3	94,8	100,0 ^a	100,0
Медсестры и акушерки (на 1000 человек), 2014 г.	0,3	7,0	2,3 ^b	4,1 ^b	8,5 ^c	6,4 ^c	4,0 ^a	0,5 ^b	5,2	4,6	12,1
Больничные койки (на 1000 человек), 2013 г.	0,5 ^b	4,7	4,2 ^d	2,6	6,7	4,5	7,0 ^d	0,6 ^a	4,8	7,4	4,0

ВВП = валовой внутренний продукт, ВНД = валовой национальный доход, ППС = паритет покупательной способности, AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

^a 2016

^b 2012

^c 2015

^d 2013

Источник: Всемирный банк. Показатели мирового развития. <https://data.worldbank.org/topic/economy-and-growth?view=chart> (по состоянию на 21 января 2019 г. и 12 июня 2020 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

РАЗВИТИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЦАРЭС НА ОСНОВЕ СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВОЗ

1. Структурные элементы систем здравоохранения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) представляют состояние национальных систем здравоохранения и показывают уровни с точки зрения качества, эффективности, справедливости и устойчивости (Рисунок A2.1). Все эти структурные элементы взаимосвязаны и составляют основу регионального ландшафта здравоохранения.

**Рисунок A2.1: Структурные элементы систем здравоохранения
Всемирной организации здравоохранения**

Источник: ВОЗ. 2010. *Мониторинг структурных элементов систем здравоохранения: справочник по индикаторам и стратегиям их измерения*. <https://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/>.

Оказание медицинских услуг

2. Системы предоставления медицинских услуг в регионе ЦАРЭС разнообразны.¹ Имеются существенные различия в отношении долей государственного и частного

¹ Д. Балабанова и соавт. 2013. Хорошее здоровье по низкой цене 25 лет спустя: уроки для будущего укрепления систем здравоохранения. *The Lancet*. 381 (2). Стр. 2118–2133.

секторов, набора услуг, кадровых ресурсов и финансирования. Большинство стран бывшего Советского Союза после обретения независимости прошли процесс рационализации больничного и медицинского персонала и активно продвигали семейную медицину. Эти страны обычно сохраняли двухкомпонентную систему клинических и санитарных служб. Бывшие советские республики унаследовали обширную, но неэффективную инфраструктуру здравоохранения, и они сталкиваются с ограниченными доходами. Они сосредоточены на сокращении количества больничных коек, инвестировании в развитие моделей общей врачебной практики (семейной медицины), замене бывших поликлиник и переводе финансирования первичной медико-санитарной помощи на подушевую модель.² Количество коек в этих странах значительно сократилось в 1990-х годах и сейчас близко к уровням, наблюдаемым в других странах Европы (Рисунок A2.2). Также предпринимаются усилия по повышению эффективности распределения за счет увеличения доли ресурсов, выделяемых на реформированную систему ПМСП, часто при поддержке донорского финансирования. Казахстан и Туркменистан, получающие доходы от нефти и газа, в последние годы предприняли новые крупные инвестиции в инфраструктуру.³

Рисунок A2.2: Плотность коечного фонда в странах ЦАРЭС

AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, ЦАРЭС = Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

Источник: Всемирная организация здравоохранения. Глобальная обсерватория здравоохранения. <https://www.who.int/data/gho> (по состоянию на 6 февраля 2020 г.).

² Т. Энсор и Р. Томпсон. 1999. Рационализация сельских больничных служб в Казахстане. *Международный журнал планирования и управления здравоохранением*. 14 (2). Подушевой платеж – это регулярная сумма, выплачиваемая за каждого зарегистрированного человека, назначенная врачу, независимо от того, обращается ли это лицо за помощью. Размер вознаграждения основан на средней ожидаемой степени использования медицинских услуг этим пациентом, при этом оплата за пациентов, как правило, зависит от возраста и состояния здоровья. Поставщики, работающие по таким планам, сосредоточены на профилактических медицинских услугах.

³ Б. Речел и соавт. 2009. *Здравоохранение в Туркменистане после Ниязова*. Лондон. Лондонская школа гигиены и тропической медицины; и «Врачи без границ» 2010. Непрозрачная система здравоохранения Туркменистана. Амстердам. апрель. <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/research/turkmenistans-opaque-health-system>.

3. Согласно индексу всеобщего охвата медико-санитарными услугами (ВОМСУ), охват услугами в регионе ЦАРЭС достаточно высок в большинстве стран (Таблица A2.1) Индекс ВОМСУ – это совокупный показатель из 16 индикаторов. Индекс оценивает оказание медицинских услуг населению с использованием критериев по четырем основным категориям: (i) репродуктивное, материнское, неонатальное и детское здоровье (РМНДЗ); (ii) инфекционные заболевания; (iii) неинфекционные заболевания (НИЗ); и (iv) наличие услуг и доступ к ним. Согласно этому индексу, среди стран ЦАРЭС только Афганистан имеет низкую оценку, за ним следует Пакистан. Средний показатель для Европейского региона ВОЗ (который включает все страны ЦАРЭС, кроме Афганистана, Монголии, Пакистана и Китайской Народной Республики [КНР]) составляет 77. Глобальный средний показатель составляет 66. Тем не менее, остаются проблемы в предоставлении услуг в масштабе всего региона.

Таблица A2.1: Индекс стран ЦАРЭС по всеобщему охвату медико-санитарными услугами

Страна	Индекс охвата услугами ВОМСУ (2017)
Афганистан	37
Азербайджан	65
Китайская Народная Республика	79
Грузия	66
Казахстан	76
Кыргызская Республика	70
Монголия	62
Пакистан	45
Таджикистан	68
Туркменистан	70
Узбекистан	73

ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, ВОМСУ = всеобщий охват медико-санитарными услугами, ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

Источник: ВОЗ. Глобальная обсерватория здравоохранения. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.INDEXOFESSENTIALSERVICECOVERAGEv> (по состоянию на 6 февраля 2020 г.).

4. КНР добилась значительных успехов в расширении доступа к услугам, но по мере того, как ее население становится все богаче и стареет, система здравоохранения испытывает трудности с обеспечением услуг для удовлетворения растущего спроса. Городские больницы часто страдают от переполненности, тогда как сельское население в отдаленных районах по-прежнему не имеет доступа к основным медицинским услугам. Исследование 2018 года показывает, что в Афганистане деньги являются наиболее важным препятствием для доступа к институциональному оказанию услуг (56%), за ними следуют отсутствие транспорта (37%) и семейные ограничения (30%).⁴ По уязвимым

⁴ А. Хиггинс и соавт. 2018. Барьеры, связанные с обращением за медицинской помощью для оказания институциональной помощи сельским женщинам в трех провинциях Афганистана. *ВМС, беременность и роды*. 18. стр. 246. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1890-2>.

группам восприятие доступности медицинской помощи и опыт с ее получением существенно не улучшились за последние десять лет (Сноска 3).

5. Значительная часть населения ЦАРЭС в сельской местности по-прежнему не имеет доступа к основным медицинским услугам. Там, где медицинская помощь доступна, она часто бывает фрагментарной и некачественной. Непрерывности оказания помощи препятствуют плохая координация между поставщиками и отсутствие интеграции с другими важнейшими секторами (например, социальными услугами). Преобладание моделей больничной лечебной помощи и вертикальных программ, реализуемых донорами, и отдельные заболевания еще больше усугубляют проблему, делая оказание услуг дорогостоящим, неэффективным и трудным в управлении.

6. В странах ЦАРЭС развивается частный сектор здравоохранения, особенно в сфере ПМСП, но в меньшей степени в сфере больничных услуг. Например, в Афганистане частные медицинские службы предоставляют около двух третей всех медицинских услуг, в том числе в сельской местности. Некоторые страны, например Грузия, выбрали модель частнопрактикующего врача, в то время как Пакистан передал услуги здравоохранения на провинциальный уровень и движется к государственно-частному партнерству. Внутренние личные расходы на здравоохранение (в процентах от текущих расходов на здравоохранение) варьируются от 37,8% (Казахстан) до 77,6% (Туркменистан).⁵ Это влияет не только на спектр медицинских услуг и их доступность для бедных, но также на эпиднадзор и отчетность. Хотя регулирование частных медицинских услуг обычно существует, оно часто не соблюдается.

7. Организация систем здравоохранения имеет значение для общественного здравоохранения с точки зрения предоставления профилактических услуг, равенства в доступе к услугам, качества помощи, финансирования и мониторинга. Возможности реагирования на эпидемии находятся под федеральным контролем, но зависят от поддержки со стороны провинций и различных государственных и частных поставщиков услуг. В региональном контексте ПМСП играет важную роль в борьбе с эпидемией, выступая в качестве первого уровня контакта, на котором впервые выявляются инфекции.

8. Качественные клинические лаборатории необходимы для улучшения здравоохранения и общественного здоровья, а также являются важным аспектом оказания медицинских услуг. ВОЗ возглавляет усилия по модернизации лабораторных служб.⁶ В большинстве стран ЦАРЭС имеется большое количество действующих лабораторий, но с некачественными услугами и ненадежными результатами тестов. Поскольку население не доверяет результатам тестов, пациенты обращаются за тестированием в несколько лабораторий (так называемые лабораторные покупки). Странам также не хватает квалифицированного лабораторного персонала, и многие лаборатории используют устаревшее оборудование. Лабораторное оборудование не используется

⁵ Всемирный банк. Данные. Внутренние частные расходы на здравоохранение (% текущих расходов на здравоохранение). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PVTD.CH.ZS> (по состоянию на 16 ноября 2020 г.).

⁶ ВОЗ. 2018. Хорошие лаборатории – крепкое здоровье: Укрепление лабораторных систем в Европейском регионе ВОЗ. *Отчет 3-го совещания партнеров, посвященного устойчивости к противомикробным препаратам*. Копенгаген.

должным образом из-за отсутствия правил управления и технического обслуживания. В большинстве стран ЦАРЭС отсутствует международно признанная система сертификации лабораторий. С COVID-19 увеличились инвестиции в улучшение лабораторных услуг. В целом лабораторные услуги в регионе ЦАРЭС остаются разрозненными.⁷ Имеет место переизбыток работников для фактической рабочей нагрузки, дублирование функций и недостаточный доступ к международным лабораторным сетям. Источники и уровни финансирования для различных сетей медицинских услуг различаются в странах ЦАРЭС. Клинические лаборатории, хотя в основном они финансируются государством, также ищут частное финансирование, либо они финансируются исключительно из частных источников. Надзор за лабораториями, финансируемыми и управляемыми из частных источников, остается нерегулируемым или плохо регулируемым, что часто приводит к некачественному сбору данных о деятельности частного сектора и частных учреждениях, не отражаемых в государственных базах данных. Особенно эта проблема касается тех стран (например, Грузия, Монголия, Узбекистан), где большая часть услуг предоставляется частным сектором.

Кадровые ресурсы здравоохранения

9. В то время как все бывшие советские республики после обретения независимости унаследовали относительно обширные кадровые ресурсы здравоохранения и большое количество врачей на душу населения, другие страны региона исторически страдали от острой нехватки медицинских работников из-за конфликтов, потрясений и географической изоляции. В результате этих различий в исторических отправных точках тенденции кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) в субрегионах ЦАРЭС выглядят совершенно разными. За последние три десятилетия количество КРЗ значительно уменьшилось в бывших советских республиках; в то время как в Афганистане, Пакистане и КНР их число неуклонно растёт.

10. Существуют также значительные различия в абсолютном количестве КРЗ по региону: число врачей варьируется от 30 на 100 000 населения в Афганистане до 510 на 100 000 населения в Грузии (один из самых высоких показателей в Европейском регионе ВОЗ) (Таблица А2.2). Географическое распределение КРЗ, а также специализация и качество медицинских работников не сбалансированы в большинстве стран ЦАРЭС. Медицинские работники обычно концентрируются в столицах или крупных городах; таким образом, сельские и отдаленные районы испытывают нехватку. Большинство стран пыталось привлечь врачей в сельские и отдаленные районы и удержать их, например, путем предоставления более качественного жилья, возможностей для карьерного роста и образования и других социальных льгот, таких как повышение заработной платы.⁸ Что касается специализации, первичная медико-санитарная помощь страдает от нехватки персонала, несмотря на увеличение предложения медицинских работников. Политика многих стран предусматривает переход от больниц к учреждениям первичной медико-санитарной помощи. Однако на практике во многих бывших советских республиках процент медицинских работников в специализированной и высоко специализированной

⁷ Совместная внешняя оценка (СВО) ВОЗ в Монголии и СВО в Кыргызской Республике указали на это.

⁸ Катсага и соавт. 2012. *Казахстан: обзор системы здравоохранения, системы здравоохранения в переходный период*. Том 14(4). стр. 1-154. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22894852>.

медицинской помощи оставался довольно высоким, в то время как количество врачей общей практики на душу населения, хотя и растет, остается низким. Это также проблема для КНР, поскольку она сталкивается со старением населения; потребность во врачах ПМСП растет быстрее, чем их предложение. Одновременно существует обеспокоенность, связанная с переходом медицинских работников из государственного в частный сектор из-за более высокой заработной платы.⁹

Таблица A2.2: Численность медицинского персонала в ЦАРЭС и других регионах

Страна/Регион	Медсестры и акушерки (на 1000 человек)	Врачи (на 1000 человек)	Хирургический персонал (на 1000 человек)
Афганистан	0,3	0,3	0,0
Азербайджан	7,0	3,4	0,7
Грузия	4,1	5,1	1,3
Казахстан	8,5	3,3	0,9
Кыргызская Республика	6,4	1,9	0,5
Монголия	4,0	2,9	0,5
Пакистан	0,5	1,0	0,1
Китайская Народная Республика	2,3	1,8	0,4
Таджикистан	5,2	1,7	0,6
Туркменистан	4,6	2,2	0,6
Узбекистан	12,1	2,4	0,5
Европа	8,1	3,4	0,8
Страны с низким уровнем доходов	0,9	0,3	0,0
Страны с доходом ниже среднего	1,8	0,7	0,1
Страны с доходом выше среднего	3,5	2,0	0,4
Страны с высоким доходом	8,8	3,0	0,7

ЦАРЭС = Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество.

Источник: Всемирная организация здравоохранения. Глобальная обсерватория здравоохранения. <https://www.who.int/data/gho> (по состоянию на 6 февраля 2020 г.).

Информационные системы здравоохранения

11. Для решения возникающих проблем, связанных со стареющим населением, изменением характера заболеваний, усложняющимися потребностями в медицинских услугах и ограниченными ресурсами, системы здравоохранения должны коренным

⁹ Ф. Ибрагимов и соавт. 2010. Азербайджан: Обзор системы здравоохранения. *Системы здравоохранения в переходный период*. 12 (3). стр. 1-115. январь; Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. *Копенгаген*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330333>.

образом изменить методы использования данных. Эффективное использование цифровых технологий и электронных данных может помочь улучшить оказание медицинской помощи, укрепить управление системой здравоохранения, гарантировать, что распределение ресурсов основано на потребностях, и помочь информировать пациентов, чтобы они могли активно управлять своим собственным здоровьем. Все это может способствовать улучшению здоровья населения и достижению других целей политики, таких как повышение эффективности.

12. Большинство систем управления медицинской информацией в регионе ЦАРЭС фрагментированы, при этом сбор и формирование данных осуществляются различными учреждениями и программами на провинциальном или региональном уровне и собираются национальным органом. Институты и программы выполняют сбор и формирование данных с использованием различных методов, что приводит к дублированию систем сбора данных (цифровых и бумажных), пробелам в данных и несоответствиям. Эта фрагментация делает процесс сбора громоздким, а анализ данных трудным и ненадежным для принятия информированных решений.¹⁰ Отдельные вертикальные информационные системы по заболеваниям также усугубляют эту проблему. Вертикальные программы, финансируемые донорами (туберкулез [ТБ], ВИЧ, иммунизация), во многих странах внесли свой вклад в создание столь необходимого эпиднадзора. Однако процессы и продукты сбора и анализа, инициированные донорами, непреднамеренно способствовали дезинтеграции в национальных структурах отчетности.¹¹ Дополнительная проблема качества данных затрагивает большинство систем, поскольку на уровне учреждения формы отчетности часто бывают многочисленными и обременительными из-за существования нескольких систем сбора данных и неодинакового качества отчетности (редко проверяемого независимым органом). Часто данные не дезагрегированы по полу, что затрудняет получение информации о состоянии здоровья женщин.

Доступ к лекарствам и технологиям

13. Доступ к недорогим и качественным лекарствам в регионе ЦАРЭС остается непростым.¹² В некоторых странах, таких как Пакистан, где государственные закупки лекарств были эффективными с точки зрения достижения низких цен, предложение лекарств является недостаточным для удовлетворения потребностей пациентов из государственных медицинских учреждений; а лекарства, например, в Пакистане и Монголии, гораздо менее доступны по цене, если их покупать в частном секторе.¹³ В странах с более высокой

¹⁰ ВОЗ. Информационная система здравоохранения Пакистана. <http://www.emro.who.int/pak/programmes/health-management-information-system.html>.

¹¹ Дж. С. Анкер и соавт. 2013. Социально-технические проблемы разработки технологий для доступа пациентов к данным обмена медицинской информацией. *Journal of the American Medical Informatics Association*. сентябрь. 21 (4).

¹² Ценовая доступность рассчитывается как количество дней, в течение которых самый низкооплачиваемый неквалифицированный государственный служащий должен был бы работать, чтобы заплатить за лекарства в течение одного месяца лечения хронических состояний или курса лечения острых состояний.

¹³ ВОЗ Health Action International (HAI). 2008. *Пакистан: Цены на лекарства, наличие, ценовая доступность и составляющие цены*. <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/07/Pakistan-Summary-Report-Pricing-Surveys.pdf>; and WHO HAI. 2012. Монголия: Обследование цен, наличие, ценовой доступности и ценовых составляющих лекарств. <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/07/Mongolia-Summary-Pricing-Surveys.pdf>.

доступностью лекарств даже дженерики имеют тенденцию к завышению цен (Казахстан, Монголия, Таджикистан). В Кыргызской Республике государство оплачивает только 10% стоимости лекарств, которые являются вторым по величине расходом для большинства семей, после продуктов питания. Высокие наценки способствуют высокой стоимости лекарств в некоторых странах ЦАРЭС, и могут достигать 130%.¹⁴ В результате такой изменчивости несколько стран ЦАРЭС (Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика и Узбекистан) приняли законы, регулирующие ценообразование. Были снижены закупочные цены (Кыргызская Республика), особенно для лечения приоритетных заболеваний, которые покрываются национальными планами страхования и включены в пакеты гарантированных государством пособий. Однако лечение острых и хронических состояний остается дорогостоящим (в Кыргызской Республике требуется от 5 до 15 дневных заработных плат).¹⁵

14. Существуют значительные региональные различия в контроле качества и потенциале лабораторий. В КНР наиболее развитая и устоявшаяся фармацевтическая промышленность. Однако страна сталкивается со значительными проблемами качества из-за строгого регулирования, несогласованности между национальным и административным уровнями, отсутствия тестирования на биоэквивалентность и строгих стандартов надлежащей производственной практики, а также цепочки поставок и фрагментации рынка.¹⁶ Исследование Верховена (2018) по обеспечению качества фармацевтической продукции в экономическом коридоре Алматы-Бишкек (ЭКАБ) показывает, что система обеспечения качества лекарственных средств в Казахстане является надежной, критерии тестирования соответствуют европейским стандартам, а оборудование в лабораториях современное и с достаточным кадровым потенциалом для его выполнения.¹⁷ Несмотря на прогресс, достигнутый в регионе, контроль качества и лабораторный потенциал в некоторых странах по-прежнему не оптимальны, в основном по причине неэффективной инфраструктуры даже после принятия нового законодательства (например, в Кыргызской Республике в 2017 г.).¹⁸

15. Пакистан недавно провел множество реформ, чтобы гарантировать поставку безопасных и эффективных лекарств. Страна учредила в 2012 г. автономный орган по регулированию лекарственных средств, и в настоящее время разрабатывает и внедряет комплексную национальную систему фармаконадзора.¹⁹ В ноябре 2018 г. Пакистан получил статус полноправного члена Программы ВОЗ по международному мониторингу лекарственных средств. Однако возможности по-прежнему недостаточны, в основном

¹⁴ *Новости ВОЗ*. 2019: Улучшение доступа к качественным основным лекарственным средствам в Кыргызской Республике. Июнь.

¹⁵ ВБИ ВОЗ. 2015. Цены, наличие, ценовая доступность лекарств в Кыргызской Республике. *Проект MeTA в Кыргызской Республике*. Бишкек: Альянс за прозрачность лекарственных средств. <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2016/10/Kyrgyz Republic-Report-Pricing-Surveys-2015.pdf>.

¹⁶ Э. Моссиалос и соавт. 2016. *Фармацевтическая политика в Китае: вызовы и возможности для реформ*. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.

¹⁷ П. Верховен. Предварительное технико-экономическое обоснование тестирования фармацевтических препаратов в ЭКАБ. Не опубликовано (рассмотрено 25 сентября 2019 г.).

¹⁸ *Новости ВОЗ*. 2019. Улучшение доступа к качественным основным лекарственным средствам в Кыргызской Республике. 27 июня.

¹⁹ Правительство Пакистана, Секретариат Сената. 2012. Закон Пакистана об органе по регулированию лекарственных средств, 2012 г. Исламабад. *The Gazette of Pakistan*. <http://dra.gov.pk/docs/DRAP%20Act.pdf>.

из-за отсутствия финансирования для тестирования лекарств. В большинстве стран ЦАРЭС контролю качества лекарственных средств в государственном и частном секторах уделяется мало внимания, часто завися от устаревшего лабораторного оборудования и возможностей на местах, что приводит к ограниченным мерам общественного здравоохранения и тестированию.

16. Регулирование товаров медицинского назначения требует значительных технических знаний и устойчивого финансирования. При большом разнообразии возможностей и ресурсов в ЦАРЭС надлежащее и своевременное регулирование новых товаров медицинского назначения может улучшить в регионе доступ к товарам медицинского назначения гарантированного качества. Немногие страны ЦАРЭС регулируют медицинские товары, несмотря на их критическую роль в профилактике, диагностике и лечении заболеваний. Это приводит к серьезным препятствиям для доступа к этим товарам в регионе. Из-за различных нормативных политик и процессов, принятых в регионе, производителям сложно ориентироваться в многочисленных регулирующих органах с разным потенциалом, ресурсами и сроками. Слабый потенциал и несогласованные системы регулирования могут привести к значительным задержкам в регистрации лекарств и медицинских технологий.

Финансирование здравоохранения

17. Общие расходы на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП) в странах ЦАРЭС различаются, при этом у Афганистана самые высокие (9,4%, что немного выше среднемирового показателя в 9,9%), несмотря на то что он является самой бедной страной в регионе, а у Казахстана самые низкие (2,9%) (Рисунок А2.3). Высокие расходы на здравоохранение в Афганистане отчасти связаны с вооруженным конфликтом и связанной с ним иностранной помощью. Тенденции общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП показывают, что большинство стран увеличили или сохранили аналогичный уровень за последнее десятилетие. Пакистан поддерживал аналогичный уровень – почти 3%, в то время как в Афганистане наблюдался небольшой рост с 2009 г. Азербайджан, Кыргызская Республика и Таджикистан продемонстрировали самый сильный рост. В период с 2000 по 2016 гг. расходы на здравоохранение в Азербайджане почти удвоились. В Кыргызской Республике зарегистрирован значительный рост, несмотря на снижение за последние пару лет.²⁰ В КНР наблюдался постепенный рост в течение всего периода 2000–2016 гг. (со спадом в годы экономического кризиса), что привело к значительному кумулятивному увеличению (почти в 40 раз за два десятилетия).²¹ В Казахстане, Монголии и Туркменистане в последнее время наблюдается сокращение общих расходов на здравоохранение в процентах от ВВП, в связи с экспортом природных ресурсов.

²⁰ Общие расходы на здравоохранение могут увеличиться в результате роста цен в секторе здравоохранения, увеличения спроса на услуги или политики по расширению охвата услугами здравоохранения. Во время экономического кризиса страны часто стремятся сократить расходы на здравоохранение, чтобы сдержать государственные бюджеты. Политика по снижению роста расходов включает контроль заработной платы работников общественного здравоохранения, прекращение приема на работу и фактическое сокращение рабочей силы, сокращение вознаграждения, выплачиваемого поставщикам медицинских услуг, и сдерживание расходов на фармацевтические препараты.

²¹ ВОЗ. 2016. *Страновая стратегия сотрудничества Китай-ВОЗ на 2016–2020 гг.* Женева

Рисунок А2.3: Текущие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, 2018 г.

AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, TKM = Туркменистан, UZB = Узбекистан.

Источник: Всемирный банк. Показатели мирового развития. <https://data.worldbank.org/> (по состоянию на 3 апреля 2021 г.).

18. В период с 2000 по 2016 гг. во всех странах ЦАРЭС наблюдался рост расходов на здравоохранение на душу населения, а также личных расходов. Значительный рост был отмечен в Азербайджане и Туркменистане, за которыми следуют Грузия, Казахстан и Узбекистан.²² Во всем мире существуют большие различия в личных расходах домашних хозяйств. Личные расходы составляют 58% всех расходов на здравоохранение в регионе ЦАРЭС по сравнению с 20% в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).²³ Для сравнения: в среднем это 39% личных расходов в СДНС и 41% в СНД. Среднее значение для Центральной Европы и Азии составляет 18%, и 65% для Южной Азии (Афганистан и Пакистан включены в этот регион).

19. В качестве регрессивной формы финансирования здравоохранения (зависящей от платежеспособности), личные расходы сильнее сказываются на более бедных домашних хозяйствах, рискуя подтолкнуть их за черту бедности. В странах с высокой долей личных расходов пациенты не защищены от финансового бремени расходов на медицинские услуги. Данных о количестве домашних хозяйств, оказавшихся за чертой бедности, немного. Рисунок А2.4 дает представление о том, какое воздействие могут иметь высокие личные расходы на домашние хозяйства в ЦАРЭС.

²² В Азербайджане рост был десятикратным, за ним идет увеличение в 9,4 раза в КНР и в 9,3 раза в Таджикистане. Рост в Грузии (в 6,4 раза), Кыргызской Республике (в 5,9 раз), Туркменистане (в 5,5 раз), Казахстане (в 5,2 раза), Монголии (в 4,8 раза) и Узбекистане (в 4,5 раза) был более скромным, но все же впечатляющим. В Пакистане наблюдался прирост в 2,5 раза, что является значительным с учетом численности и роста его населения. По Афганистану данные за 2000 г. недоступны, но с 2009 г. он увеличился в 1,4 раза.

²³ ОЭСР. 2018. *Расходы на здравоохранение в центре внимания: последние тенденции*. Париж.

20. Страны ЦАРЭС находятся на разных этапах внедрения национальных схем страхования и предоставления базовых пакетов медицинских услуг. Казахстан, Кыргызская Республика, Монголия и КНР увеличивают охват национального медицинского страхования: от 80% до 100% своего населения. Таджикистан и Узбекистан укрепляют свои национальные схемы медицинского страхования и определяют свои базовые пакеты медицинских услуг. Пакистан пилотировал свою схему страхования с покрытием стационарных пациентов в больницах и в настоящее время расширяет ее до амбулаторного страхования.

21. Донорская поддержка в регионе позволила снизить финансовое бремя правительства за счет предоставления доступа к лекарствам бесплатно или по значительно более низкой цене.²⁴ Многие страны-получатели также извлекли выгоду из донорских механизмов агрегированного спроса и совместных закупок, договорных цен и доставки товаров. Однако часть этой поддержки прекращается, что приводит к тройному переходу услуг здравоохранения в ЦАРЭС – от донорской помощи, к более значительному бремени НИЗ и потребностям в финансировании ВОМСУ, который

Рисунок А2.4: Личные расходы на медицинские услуги в странах ЦАРЭС

AFG = Афганистан, AZE = Азербайджан, CAREC = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, GEO = Грузия, KAZ = Казахстан, KGZ = Кыргызская Республика, MON = Монголия, PAK = Пакистан, PRC = Китайская Народная Республика, TAJ = Таджикистан, UZB = Узбекистан.

Примечание: Данные по Туркменистану отсутствуют.

Источник: Всемирный банк. Показатели мирового развития. <https://data.worldbank.org/> (по состоянию на 6 февраля 2020 г.).

²⁴ Пакистан является крупнейшим получателем средств Гави, Глобального альянса по вакцинации и иммунизации (ГАВИ), с 1 млрд долл. США выделенных средств в период с 2001 по 2019 гг. Доноры включают ГАВИ, Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, Международную ассоциацию развития Всемирного банка (IDA), Глобальную инициативу по ликвидации полиомиелита (GPEI) и Чрезвычайный план президента США для помощи при СПИДе.

набирает обороты. Эти переходы связаны со значительными сопутствующими расходами, которые вряд ли будут покрываться за счет национальных ресурсов в ближайшем будущем. По мере сокращения донорской поддержки странам региона предстоит найти способы получить качественные лекарства по доступным ценам. Это можно сделать с помощью различных механизмов, таких как увеличение внутреннего производства, агрегирование спроса для достижения преимуществ, которые обеспечивают текущие механизмы совместных закупок, внедрение более строгих механизмов обеспечения качества для фармацевтических препаратов и реструктуризация систем закупок для повышения эффективности.

Лидерство и управление

22. Постсоветские страны продемонстрировали твердую приверженность развитию сектора здравоохранения. Появляются различные модели сектора здравоохранения, начиная от системы преимущественно общественного здравоохранения, как в Туркменистане и Узбекистане, до системы здравоохранения, основанной на частнопрактикующих врачах, как в Грузии. Эти системы здравоохранения все еще находятся на переходном этапе, например с точки зрения долей государственного и частного секторов, медицинского страхования, автономии больниц и развития кадровых ресурсов. Эти уроки также все чаще изучаются и распространяются. КНР и Пакистан имеют децентрализованное управление, в том числе для служб здравоохранения, что усложняет отношения между федеральными и провинциальными органами, и финансирование служб здравоохранения. Страны ЦАРЭС также укрепляют свои информационные системы мониторинга, чтобы лучше отслеживать свой прогресс в достижении результатов в области здоровья.

23. Страны ЦАРЭС также демонстрируют лидерство в области здравоохранения на международной арене. Все правительства ЦАРЭС имеют региональные обязательства в отношении здоровья (Приложение 5) и привержены основным международным соглашениям в области прав человека и справедливости, Целям устойчивого развития (ЦУР), ВОМСУ, репродуктивному здоровью и изменению климата. Под руководством Организации Объединенных Наций (ООН) странам было предложено привести бюджеты здравоохранения в соответствие с обязательствами по ЦУР. Благодаря контролю за инфекционными заболеваниями ВОЗ и других агентств ООН, таких как Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), были подготовлены региональные стратегии реформирования сектора здравоохранения и реформ в таких подсекторах, как ММСП, РМНДЗ, питание, борьба с НИЗ, кадровые ресурсы здравоохранения и финансирование сектора.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

АНАЛИЗ СИЛЬНЫХ, СЛАБЫХ СТОРОН, ВОЗМОЖНОСТЕЙ И УГРОЗ

1. В этом разделе представлен анализ сильных и слабых сторон, возможностей и угроз (SWOT) развития сектора здравоохранения и сотрудничества в регионе ЦАРЭС (Таблица А4.1). SWOT-анализ включает предложения по региональному сотрудничеству в области здравоохранения: (i) борьба с инфекционными заболеваниями, например через совершенствование лабораторий и эпиднадзора, (ii) доступ к трансграничным медицинским услугам, (iii) контроль качества продуктов, продаваемых в регионе, (iv) повышение качества медицинской помощи и развитие кадровых ресурсов, и (v) улучшение отраслевой политики и финансирования.

Таблица А3.1: SWOT-анализ систем здравоохранения в ЦАРЭС

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> Общее наследие, региональный язык Прогресс в достижении ЦРТ в области здравоохранения; принятие ЦУР-3 и ВОМСУ Созданы национальные механизмы страхования и гарантированные пакеты медицинской помощи Опыт проведения совместных или агрегированных закупок Существующая инфраструктура здравоохранения и резерв кадровых ресурсов здравоохранения (КРЗ) Существующие положения о медицинском страховании трудовых мигрантов в национальном или региональном законодательстве Значительное усиление эпиднадзора и ответных мер в соответствии с ММСП (2005 г.) Использование EIDSS для интеграции данных из разных секторов Существующие проекты телемедицины, направленные на удовлетворение медицинских потребностей сельского населения Постоянное укрепление национального обеспечения качества, большее количество лабораторий получает сертификацию Возможности для комплексного эпиднадзора за болезнями человека и животных существуют на центральном уровне Многолетний опыт сотрудничества в других сферах Связь с потенциальными проектами и инвестициями 	<ul style="list-style-type: none"> Доступность и надежность данных сектора здравоохранения Ограниченные возможности для сбора и анализа существующих данных для улучшения принятия решений Высокая фрагментация систем эпиднадзора (по горизонтали и вертикали) Отсутствие межотраслевой координации между секторами здоровья человека, животных и растений Отсутствие доступа к медицинскому обслуживанию для трудовых мигрантов Неоптимальное распределение кадровых ресурсов Ограниченное государственное финансирование Высокие личные расходы Высокая зависимость от донорской поддержки Ненадежное качество, разброс цен на лекарства Отсутствие регулирования в отношении новых технологий в секторе здравоохранения, особенно в плане конфиденциальности Слабый потенциал для комплексного эпиднадзора за людьми и зоонозами на региональном уровне

Продолжение на следующей странице

Table A3.1 *продолжение*

Возможности	Угрозы
<ul style="list-style-type: none"> Расширение сотрудничества в рамках экономических коридоров (в том числе в сфере здравоохранения), таких как ЭКАБ и КПЭК Национальные и региональные инициативы в области здравоохранения, такие как ГПБЗ, Единое здоровье, Шелковый путь здоровья и APSED III Проект модернизации СФС в ЦАРЭС, а также несколько других действующих инициатив в качестве основы для дальнейшей работы Создание региональных центров, таких как GDDRC (Казахстан), Центр Лугара (Грузия), Центр сотрудничества по птичьему гриппу (КНР) Региональное обучение кадровых ресурсов по вопросам безопасности здоровья Региональные соглашения в области здравоохранения в рамках СНГ и СААРК и признание навыков КРЗ Растущие и динамичные внутренние фармацевтические рынки и растущий региональный спрос Единый фармацевтический рынок в рамках ЕАЭС Инновационные технологии и процессы в здравоохранении ЦАРЭС хорошо зарекомендовала себя, воспринимается как нейтральный и честный посредник, предоставляющий надежную платформу для поддержки регионального развития 	<ul style="list-style-type: none"> Новые возникающие, повторно возникающие болезни Прекращение донорской поддержки Экономические спады, которые приводят к дальнейшему сокращению финансирования здравоохранения Разнообразие стран ЦАРЭС и увеличение числа региональных блоков, конфликтующих соглашений Важные региональные игроки (Российская Федерация), которые находятся за пределами ЦАРЭС, но могут влиять на региональную политику Усиливающаяся нерегулируемая трудовая миграция Неустойчивая экономика и конфликтность Относительная географическая изолированность и труднодоступная местность Относительная изоляция от международных фармацевтических рынков Комплексный характер РСИ требует длительного периода времени для реализации Относительно небольшой размер медицинского и фармацевтического рынков

ЭКАБ = экономический коридор Алматы-Бишкек; APSED = Азиатско-Тихоокеанская стратегия по возникающим заболеваниям; ЦАРЭС = Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество; СНГ = Содружество Независимых Государств; КПЭК = Китайско-пакистанский экономический коридор; ЕАЭС = Евразийский экономический союз; EIDSS = Электронная интегрированная система эпиднадзора за болезнями; GDDRC = Региональный центр глобального выявления болезней; ГПБЗ = Глобальная повестка по безопасности здоровья; КРЗ = кадровые ресурсы здравоохранения; ММСР = международные медико-санитарные правила; ЦРТ = цели развития тысячелетия; КНР = Китайская Народная Республика; РСИ = региональное сотрудничество и интеграция; СААРК = Ассоциация регионального сотрудничества стран Южной Азии; ЦУР = цели устойчивого развития; СФС = санитарный и фитосанитарный; SWOT = сильные и слабые стороны, возможности, угрозы; ВОМСУ = всеобщий охват медико-санитарными услугами.

Источник: Резюме автора основано на кабинетном обзоре и обсуждениях с заинтересованными сторонами.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ПРИМЕРЫ

РЕГИОНАЛЬНОГО

СОТРУДНИЧЕСТВА В

ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А. Укрепление региональной безопасности здоровья

Улучшение региональных систем эпиднадзора за заболеваниями

1. Проект по совершенствованию региональных систем надзора за заболеваниями (REDISSE) был учрежден Западноафриканской организацией здравоохранения (WAHO) Экономического сообщества западноафриканских государств (ECOWAS).¹ Он направлен на создание национального и регионального межотраслевого потенциала для усиления совместного эпиднадзора за болезнями и обеспечения готовности к эпидемиям в Западной Африке путем преодоления слабых сторон систем здравоохранения и здоровья животных, которые препятствуют эффективному эпиднадзору за болезнями и ответным мерам, а в случае чрезвычайной ситуации должен обеспечить немедленное и эффективное реагирование на указанную чрезвычайную ситуацию.
2. Пять компонентов проекта включают: (i) усиление национального эпиднадзора и функциональной совместимости; (ii) укрепление лабораторного потенциала путем создания сетей эффективных высококачественных и доступных лабораторий общественного здравоохранения, ветеринарных и частных лабораторий для диагностики инфекционных заболеваний человека и животных, а также создания региональной платформы для улучшения сотрудничества в лабораторных исследованиях; (iii) наращивание кадрового потенциала и рабочей силы; (iv) укрепление потенциала реагирования на чрезвычайные ситуации в регионе; и (v) укрепление институционального потенциала, управления проектами, координации и пропаганды. Проект реализуется как

¹ ECOWAS/WAHO. Проект REDISSE в Западной Африке. <https://www.wahooas.org/web-ooas/en/projets/redisse-regional-disease-surveillance-systems-enhancement-project-west-africa>.

серия взаимосвязанных проектов, в которых в конечном итоге будут задействованы и оказана поддержка всем 15 стран региона ECOWAS. Проект также включает компонент экстренного реагирования на чрезвычайные ситуации, чтобы улучшить способность правительства реагировать в случае чрезвычайной ситуации.

Агентство общественного здравоохранения Карибского бассейна

3. Агентство общественного здравоохранения Карибского бассейна (CARPHA) проводит региональный эпиднадзор за инфекционными и неинфекционными заболеваниями.² Оно также проводит (i) исследования факторов инфекционных заболеваний и подходов к профилактике и борьбе, включая анализ затрат и выгод; (ii) соответствующее обучение и наращивание потенциала; и (iii) распространение информации в ответ на вспышки и для предотвращения инфекционных заболеваний. Оно работает с национальными и региональными учреждениями и организациями в целях (i) координации медико-санитарных ответных мер на эпидемии и мероприятий по профилактике, включая иммунизацию; (ii) предоставления услуг специализированных диагностических и референтных лабораторий; и (iii) укрепления национальных лабораторий. Оно также помогает странам выполнять требования ММСП (2005 г.).

4. CARPHA имеет все необходимое для расследования и управления инфекционными заболеваниями, включая новые и повторно возникающие болезни, через свою сеть лабораторий по обеспечению безопасности, различные специализированные подразделения, такие как экспериментальная колония комаров, несколько эпидемиологических баз данных, которые поддерживаются в локальной сетевой инфраструктуре, а также блок активного профилактического обслуживания. Исследуемые болезни включают болезни, предупреждаемые с помощью вакцин (ЕРI); ВИЧ/СПИД и болезни, передающиеся половым путем; трансмиссивные болезни (лихорадка денге, малярия, лептоспироз, чума, бешенство и желтая лихорадка); болезни, передаваемые через пищу и воду (гастроэнтерит, заболевания, вызываемые сальмонеллой, норовирусом, сибирской язвой, бактерией кампилобактер, шигеллой и кишечной палочкой); воздушно-капельные заболевания (гриппоподобные заболевания, лихорадка и респираторные симптомы, туберкулез); и другие представляющие интерес заболевания и синдромы (проказа, вирусные гепатиты А и В, менингококковая инфекция, вирусный энцефалит и менингит, а также лихорадка и неврологические симптомы).

5. CARPHA участвует в борьбе с распространением НИЗ, на которые приходится большинство смертей и болезней в регионе. Заболевания, вызывающие озабоченность в регионе, включают гипертонию, диабет, ожирение (особенно детское ожирение), сердечно-сосудистые заболевания и такие виды рака, как рак шейки матки. Основное внимание уделяется эпиднадзору за хроническими заболеваниями и их детерминантами. Это включает поведенческий надзор за деятельностью, связанной с риском, и изучение таких факторов, как потребление алкоголя, наркотиков и табака, диета, подростковая

² CARPHA. Чем мы занимаемся. Неинфекционные заболевания. <https://www.carpha.org/What-We-Do/NCD/Non-Communicable-Diseases>.

беременность и использование презервативов. CARPHA проводит исследования для выявления причин хронических заболеваний и стратегий профилактики и укрепления здоровья. Оно также участвует в разработке вариантов профилактических мер на основе научных данных, включая анализ затрат и выгод.

В. Поддержка развития систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества

Государственные закупки инноваций для здорового старения

6. Проект государственных закупок инноваций для здорового старения (HAPPI), поддерживаемый Европейской комиссией, был результатом сотрудничества 12 закупочных организаций и экспертов по инновациям из 8 стран-членов (Австрии, Бельгии, Франции, Германии, Италии, Люксембурга, Испании и Великобритании).³ Целью консорциума было выявление, оценка и приобретение инновационных и устойчивых продуктов, услуг и решений для здоровья, направленных на здоровое старение. За время его проведения партнеры разработали и закупили более 150 инновационных медицинских решений с помощью своей стратегии закупок. Стратегия включает ранние исследования рынка и информирование о тендере множества компаний, включая МСП. Использование функциональных, а не технических характеристик в объявлениях о закупках имело решающее значение в этом проекте.⁴

Общий рынок Юга

7. Многостороннее соглашение Общего рынка Юга (МЕРКОСУР) о социальном обеспечении (MASS) было подписано в рамках региональной интеграции. Оно действует с 2005 г. в следующих подписавших его странах: Аргентина, Бразилия, Парагвай и Уругвай.⁵ Соглашения о резидентстве МЕРКОСУР (RA), обнародованные в 2009 г., включали идею гражданина МЕРКОСУР как лица, обладающего правами, в том числе правом на легализацию, работу, образование и здоровье на тех же условиях, что и граждане страны, в которой они проживают. MASS обеспечивает право на социальное обеспечение для лиц, работающих в государствах-членах, и для членов их семей, обеспечивая те же права и обязанности, что и для граждан. С точки зрения здравоохранения это означает доступ к бесплатной медицинской помощи через сеть

³ Проект HAPPI: совместный транснациональный тендер ЕС. https://ec.europa.eu/eip/ageing/public-procurement-platform/aha-innovative-solutions/5-happi-project-joint-transnational-eu-tenders_en.

⁴ Европейская комиссия. 2016. Инновационные государственные закупки могут снизить давление на бюджеты здравоохранения. *ГД по развитию: внутренний рынок, промышленность, предпринимательство и МСП*. https://ec.europa.eu/growth/content/8945-innovative-public-procurement-can-lower-pressure-health-budgets_en.

⁵ SciELO. Миграционное управление в Южной Америке: Распространение соглашения о резидентстве МЕРКОСУР снизу вверх.

общественного здравоохранения в стране назначения для временно перемещенных работников и их иждивенцев, если это разрешено страной происхождения.

8. Административные процедуры в отношении медицинских льгот для работников, временно проживающих на территории другой подписавшей соглашение страны, организованы таким образом, что взносы выплачиваются компетентному органу в стране происхождения; тем не менее, покрытие обеспечивает орган другой страны. Объем медицинского обслуживания отличается в каждой стране. Расходы, связанные с медицинским обслуживанием, также отличаются. Управляющая организация принимающей страны должна санкционировать предоставление медицинских льгот, и именно организация в стране происхождения будет оплачивать любые услуги, предоставляемые физическому лицу. Существуют процедуры возмещения расходов при некоторых затяжных заболеваниях, однако их объем и реализация остаются неточными и могут препятствовать своевременной медицинской помощи. МЕРКОСУР создал единую базу данных социального обеспечения для облегчения передачи и проверки данных социального обеспечения лиц, находящихся в торговой зоне. Это значительно сократило время, необходимое для обработки требований о предоставлении льгот.

9. В 2003 г. несколько стран Южной Америки начали гармонизацию налогов на табачные изделия, чтобы снизить подверженность незаконной торговле. Этот шаг также сделал их менее уязвимыми перед специальными соглашениями с табачной промышленностью. Эти страны также создали общую базу данных с различными типами предупреждений на пачках сигарет для поддержки реализации Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ) на уровне страны.⁶

Партнерская поддержка для укрепления отечественной фармацевтической промышленности

10. Благодаря своей Программе по предварительной квалификации ВОЗ поддерживает местных производителей, клинические исследовательские организации, национальные органы по регулированию лекарственных средств и лаборатории контроля качества в обеспечении производства лекарственных средств гарантированного качества. Эта поддержка предоставляется через (i) программы обучения (например, по надлежащей производственной практике [GMP], требованиям по предварительной квалификации и биоэквивалентности); (ii) техническую помощь (например, предоставление экспертов-консультантов по GMP, надлежащей клинической практике [GCP] или надлежащей лабораторной практике [GLP], а также подготовку нормативных досье); и (iii) предоставление информации и стандартов. ВОЗ также поддерживает усилия по гармонизации нормативной базы Сообщества развития юга Африки (САДК) и Восточноафриканского сообщества (ВАС). Аналогичные усилия предпринимаются и в Экономическом сообществе западноафриканских государств (ECOWAS).⁷ Хотя инвестиционные банки, такие как Международная финансовая корпорация (МФК),

⁶ МЕРКОСУР. 2003. Estrategia Regional para el Control del Tabaco en el Mercosur. CMC/DEC No. 20/03. Монтевидео, Уругвай.

⁷ ВОЗ. 2011. *Фармацевтическое производство и передача связанных технологий*. Женева.

предоставляют финансирование через займы, инвестиции в акционерный капитал или гарантии жизнеспособным фармацевтическим производственным предприятиям, такие финансовые проекты могут включать элементы передачи технологий. Однако у МФК нет специальных программ для поощрения передачи технологий, имеющих отношение к развитию местной фармацевтической промышленности.

Улучшение медицинского обслуживания мигрантов и приграничных сообществ

Схема медицинского страхования мигрантов Таиланда

11. Мигранты в Таиланде имеют право на участие либо в Программе социального обеспечения (SSS), администрируемой Министерством труда, либо в Схеме медицинского страхования мигрантов (MHIS), администрируемой Отделом экономики здравоохранения и безопасности здравоохранения Министерства здравоохранения (МОРН) Таиланда. Законные трудящиеся-мигранты, занятые в формальном секторе, могут присоединиться к Программе социального обеспечения с теми же правами, что и граждане Таиланда.⁸ Каждый работодатель и рабочий вносят по 5% от заработной платы рабочего, а правительство вносит сумму, эквивалентную 2,75%. Система MHIS была введена в 2001 году для рабочих-мигрантов из Камбоджи, Лаосской Народно-Демократической Республики и Мьянмы.

12. Те, кто не имеет права на страхование в других схемах, таких как SSS, должны зарегистрироваться в MHIS. MHIS – это схема добровольной предоплаты, финансируемая за счет ежегодного взноса, выплачиваемого трудовым мигрантом (2200 бат в 2019 г., что эквивалентно 73 долларам США), для получения полного набора льгот. Никаких взносов работодателя или государства нет, так как принудительное участие технически невозможно. MHIS действует в соответствии с ежегодным документом, утверждаемым Кабинетом министров, который называется «Меры и рекомендации по медицинским осмотрам и медицинскому страхованию для иностранных рабочих», в соответствии с которым ежегодно определяется степень покрытия взрослых иждивенцев.⁹

13. Две основные цели схемы включают скрининг и лечение определенных инфекционных заболеваний, и обеспечение доступа к медицинскому обслуживанию для мигрантов через пакет установленных льгот. Когда мигранты подают заявление на медицинское страхование, они должны зарегистрироваться в конкретной больнице, где они проходят медицинское обследование.¹⁰ Обследование включает рентгенологическое исследование грудной клетки и подтверждение мокроты на туберкулез, а также тесты на сифилис, микрофилярию, малярию и проказу, для которых предлагается

⁸ МОМ. *Отчет и миграции в Таиланде 2019*. Бангкок, Таиланд.

⁹ Правительство Таиланда, Министерство общественного здравоохранения. 2018. Подходы комплексного обслуживания. Министерство общественного здравоохранения, Нонтхабури.

¹⁰ Правительство Таиланда, Министерство общественного здравоохранения. 2013. *Меры по медицинскому обследованию и медицинскому страхованию для нетайских групп населения, не имеющих права на систему социального обеспечения*. 13 августа. Нонтхабури, Таиланд (со ссылкой на постановление Кабинета министров от 15 января 2013 г.).

полный курс лечения. Пакет услуг включает комплексные лечебные услуги и ряд услуг по профилактике и укреплению здоровья, аналогично тайской схеме всеобщего медицинского страхования.

14. По состоянию на ноябрь 2018 г. в MHIS зарегистрировано 862 870 мигрантов, из которых 91% – трудовые мигранты, а 9% – их иждивенцы (сноска 9). По данным Министерства труда, количество застрахованных мигрантов в рамках SSS увеличилось с 357 643 чел в сентябре 2013 г. до 1 107 426 чел в сентябре 2018 г. Учитывая эти цифры, можно подсчитать, что примерно 64% из 3,1 миллиона зарегистрированных мигрантов из Камбоджи, Лаосской Народно-Демократической Республики, Мьянмы и Вьетнама, которые имеют право на страхование MHIS или SSS, включены в программу. Однако есть предположения о дополнительных 811 437 нелегальных мигрантах, которые предположительно не имеют медицинской страховки, но технически имеют право на страхование в рамках MHIS. Охват медицинским страхованием для этой группы мигрантов упадет до 51%, если принять во внимание всех правомочных мигрантов (с документами и без документов).

15. До 2013 г. доступ к SSS или MHIS зависел от того, были ли мигранты зарегистрированы и трудоустроены. Мигранты без документов, их иждивенцы и любой документированный работник-мигрант в формальном секторе, не зарегистрированный в SSS, не были застрахованы и столкнулись с ситуацией потенциальных огромных платежей за медицинские услуги. Финансирование медицинских услуг для мигрантов в основном осуществлялось из собственного кармана, а не через авансовый, объединенный механизм, создавая значительное финансовое бремя для поставщиков услуг. В 2013 году система MHIS был расширена, чтобы охватить всех работников-мигрантов, не охваченных SSS, независимо от их юридического статуса или статуса занятости. По данным на ноябрь 2018 г., в Таиланде было зарегистрировано около 64% задокументированных работников-мигрантов из стран СБМ, которые имели право на медицинское страхование. Эта доля упадет до 51%, если принять во внимание всех правомочных мигрантов (с документами и без документов).¹¹

¹¹ Б. Харкинс. 2019. *Отчет о миграции в Таиланде 2019*. Бангкок: Тематическая рабочая группа Организации Объединенных Наций по миграции в Таиланде. Бангкок.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

РЕЗЮМЕ

СУЩЕСТВУЮЩЕГО

РЕГИОНАЛЬНОГО

СОТРУДНИЧЕСТВА

В ОБЛАСТИ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В РЕГИОНЕ ЦАРЭС

В Таблицах А5.1 и А5.2 показаны основные межправительственные организации, другие группы, а также существующие региональные инициативы в регионе ЦАРЭС. Оба списка предназначены для обзора и не являются исчерпывающими.

Таблица А5.1: Резюме ключевых инициатив сотрудничества в области здравоохранения в регионе ЦАРЭС, наиболее актуальных для Стратегии ЦАРЭС 2030

Подход	Меры на региональном уровне	Существующие региональные возможности и соглашения	Примеры регионального сотрудничества / партнеров во всем мире
Укрепление региональной безопасности здоровья			
Укрепление региональной безопасности здоровья (РБЗ): внедрение систем раннего предупреждения и реагирования, усиление межотраслевой координации (например, здоровье человека, животных и окружающей среды; управление границами и таможней; сельское хозяйство; лесное хозяйство) и внедрение подхода «Единое здоровье» на региональном уровне.	<ul style="list-style-type: none"> Укрепление механизмов раннего предупреждения и быстрого реагирования и гармонизация стандартов Повышение готовности и потенциала реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения в пунктах въезда. Усиление трансграничного и межотраслевого сотрудничества в рамках текущего проекта СФС в ЦАРЭС. 	<ul style="list-style-type: none"> Проект модернизации стандартов СФС в ЦАРЭС. 	<ul style="list-style-type: none"> Проект безопасности здоровья в Субрегионе Большого Меконга (поддержка АБР) ГПБЗ Инициатива «Единое здоровье» Шелковый путь здоровья «Пояса и пути» Центры по контролю за заболеваниями (CDC) Региональные офисы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

Продолжение на следующей странице

Table A5.1 *продолжение*

Подход	Меры на региональном уровне	Существующие региональные возможности и соглашения	Примеры регионального сотрудничества / партнеров во всем мире
Улучшение информационных систем здравоохранения и лабораторных сетей: согласование разрозненных систем эпиднадзора и направлений к врачу, увеличение возможностей диагностических лабораторий, создание и совершенствование систем направлений к врачу, внедрение общих стандартов и обеспечение функциональной совместимости систем.	<ul style="list-style-type: none"> Распространение информации Установление и внедрение стандартов функциональной совместимости и кодификации болезней Создание комплексной региональной лабораторной системы здравоохранения 	<ul style="list-style-type: none"> Выполнение Международных медико-санитарных правил EIDSS Сотрудничающий центр ВОЗ по птичьему гриппу (Китайская Народная Республика); Региональный центр по изучению устойчивости к противомикробным препаратам (Грузия, Центр Лугара); Региональный центр глобального выявления заболеваний (GDDRC, Казахстан); Сеть бионадзора на Шелковом пути (Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан); Хорошие лаборатории – крепкое здоровье 	<ul style="list-style-type: none"> REDISSE CARPHA Сеть лабораторий Европейского Союза (EC) CARICOM (CARPHA) ГПБЗ Единое здоровье Шелковый путь здоровья CDC ВОЗ
Обучение и подготовка человеческих ресурсов: Обеспечение наличия кадровых ресурсов с соответствующим сочетанием навыков и компетенций.	<ul style="list-style-type: none"> Признание стандартов Совместные обучающие и образовательные программы по редким заболеваниям 	<ul style="list-style-type: none"> FELTP региональные тренинги по эпидемиологии 	<ul style="list-style-type: none"> ВОЗ ГПБЗ ВОЗ Частный сектор
Укрепление систем здравоохранения на основе регионального сотрудничества			
Гармонизация политики и стратегий здравоохранения для усиления деятельности по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, особенно в отношении связанных с ними факторов риска (например, табака, алкоголя и продуктов питания).	<ul style="list-style-type: none"> Гармонизация налогообложения табака и алкоголя на региональном уровне Усиление мер по борьбе с контрабандой табака Региональная стандартизация политики маркировки пищевых продуктов 	<ul style="list-style-type: none"> Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака 	<ul style="list-style-type: none"> МЕРКОСУР ВОЗ
Создание региональной сети эпиднадзора и оценки бремени. Такая сеть выиграет от межстранового обучения. Также будет эффект от масштаба (например, благодаря коллективным сделкам).	<ul style="list-style-type: none"> Предоставление соответствующих информационных решений для ИКТ в здравоохранении Разработка и принятие общей терминологии данных и обмен данными Защита конфиденциальности данных 	<ul style="list-style-type: none"> Облачное предоставление услуг и анализ информации, предоставление услуг с помощью искусственного интеллекта в отдельных странах Электронные медицинские карты, HMIS и EIDSS 	<ul style="list-style-type: none"> Международное агентство по изучению рака (МАИР) Европейская информационная система по раку (ECIS) RARECAREnet

Продолжение на следующей странице

Table A5.1 *продолжение*

Подход	Меры на региональном уровне	Существующие региональные возможности и соглашения	Примеры регионального сотрудничества / партнеров во всем мире
<p>Создание института оценки медицинских технологий (ОМТ). Такой орган неустойчив с точки зрения ресурсов и опыта для отдельной страны, но результаты будут служить важным руководством по разработке политики вмешательства и лечения.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Региональные закупки ИКТ в здравоохранении после рекомендаций на основе ОМТ 	<ul style="list-style-type: none"> Национальный исследовательский центр здравоохранения Китая (CNHDC) 	<ul style="list-style-type: none"> Всемирная торговая организация (ВТО) Международный союз электросвязи Фонд Ага Хана Проект ECHO NICE HITAP Частный сектор
<p>Сотрудничество по совместным закупкам основных лекарственных средств и инновационных технологий. Повышение доступа, ценовой доступности и качества основных лекарственных средств означает, что переговорные возможности отделов по закупкам будут расширяться (особенно в небольших странах), а оптовые закупки сократят затраты и помогут обеспечить надежные поставки.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Обмен информацией между национальными регулирующими органами Согласование стандартов безопасности и эффективности Проведение совместных обзоров протоколов исследований и досье лекарственных средств, инспекций исследовательских и производственных площадок Взаимное признание оценок и проверок Укрепление потенциала региональных лабораторий по контролю и обеспечению качества Агрегированный спрос, совместные закупки Увеличение внутренних производственных мощностей и связанная с этим передача технологий Использование гибких возможностей ТРИПС 	<ul style="list-style-type: none"> Сотрудничество в рамках ЭКАБ и КПЭК Существующие совместные закупки (ГАВИ, HOPE и индивидуальные закупки через ЮНИСЕФ) Единый фармацевтический рынок, введенный в рамках ЕАЭС Передача технологий и увеличение отечественного фармацевтического производства Растущие и динамичные внутренние фармацевтические рынки Повышенный экспортный потенциал региона (например, ПППД для лечения гепатита) 	<ul style="list-style-type: none"> ЕМА Инициатива AMRH BeNeLuxA Соглашение о совместных закупках ЕС HAPPI САДК Возобновляемый фонд ПАОЗ, ОВКГ, Совет Персидского залива, ГАВИ, ГФ, Глобальный механизм по обеспечению лекарственными средствами, ЮНИСЕФ Частный сектор BMGF Всемирный банк GIPCN Международная финансовая корпорация ВОЗ
<p>Синергия регионального потенциала в области образования и обучения, внедрение инновационных технологий для улучшения результатов образования. Эффект масштаба от совместного обучения и профессиональной подготовки является значительным из-за существующего дефицита человеческих ресурсов (навыков, людей) и миграции медицинских работников (утечка мозгов).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Создание электронных баз данных, связанных с потребностями работодателя Гармонизация образовательных стандартов Взаимное признание навыков кадровых ресурсов здравоохранения в разных странах Решения в области телемедицины 	<ul style="list-style-type: none"> Решения в области цифрового здравоохранения, такие как проекты электронного обучения и телемедицины на границах Афганистана, Кыргызской Республики, Пакистана и Таджикистана Положения ECIS (ЕАЭС не охватывает взаимное признание медицинских навыков) Взаимное признание навыков, например, СНГ 	<ul style="list-style-type: none"> AFAS Частный сектор Международная организация труда (МОТ) ВТО KfW Ага Хан Фонд PATRIP

Продолжение на следующей странице

Table A5.1 *продолжение*

Подход	Меры на региональном уровне	Существующие региональные возможности и соглашения	Примеры регионального сотрудничества / партнеров во всем мире
Улучшение медицинского обслуживания мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ			
Инвестирование в предоставление трансграничных услуг для решения проблемы отсутствия и несбалансированного географического распределения эффективной больничной инфраструктуры, кадровых ресурсов, лекарств и технологий, а также эпиднадзора.	<ul style="list-style-type: none"> Поддержка развития инфраструктуры в рамках региональных экономических коридоров и экономических зон Применение ГАТС для содействия торговле в сфере здравоохранения (услуги, люди, товары) 	<ul style="list-style-type: none"> Строительство больничной инфраструктура (КПЭК) Единые строительные стандарты ГОСТ/СНИП, оставшиеся с советской эпохи Трансграничные проекты телемедицины 	<ul style="list-style-type: none"> Частный сектор ВТО МОТ
Региональное сотрудничество по предоставлению медицинских и социальных льгот трудовым мигрантам. Отсутствие систем направлений к врачу для мигрантов в разных странах; структурные, социальные и финансовые препятствия на пути к здоровью и другим социальным благам, которые приводят к более быстрому распространению болезней и увеличению экономического бремени.	<ul style="list-style-type: none"> Обмен данными и создание общих баз данных Предоставление мигрантам информации о доступе к медицинским услугам Расширение доступа к медицинским услугам на основе региональных, двусторонних и многосторонних соглашений и схем медицинского страхования 	<ul style="list-style-type: none"> Положения, существующие в ЕАЭС, СНГ и СААРК Положения национального законодательства, регулирующие доступ мигрантов к медицинскому обслуживанию (например, Казахстан) Двусторонние соглашения (ограничены туберкулезом /ВИЧ) в Казахстане, Кыргызской Республике, и Таджикистане 	<ul style="list-style-type: none"> ЕС АСЕАН МЕРКОСУР Проект трудовых мигрантов СБМ Проект HOPE Международная организация по миграции УВКБ ООН МФОКК и КП ГФ

АБР = Азиатский банк развития; ЭКАБ = экономический коридор Алматы-Бишкек; AFAS = рамочное соглашение АСЕАН об услугах; АСЕАН = Ассоциация стран Юго-Восточной Азии; AMRH = Гармонизация медицинского регулирования в Африке; BeNeLuxA = инициатива в области фармацевтической политики; BMGF = Фонд Билла и Мелинды Гейтс; ЦАРЭС = Центральноазиатское региональное экономическое сотрудничество; CARICOM = Карибское сообщество; CARPHA = Карибское агентство общественного здравоохранения; СНГ = Содружество Независимых Государств; КПЭК = Китайско-пакистанский экономический коридор; ПППД = противовирусные препараты прямого действия; HMIS = Информационные системы управления здравоохранением; ГОСТ = российские национальные строительные стандарты; ECHO = Распространение знаний в области общественного здравоохранения; EIDSS = Электронная интегрированная система эпиднадзора за заболеваниями; EMA = Европейская ассоциация лекарственных средств; FELTP = Программа полевой эпидемиологии и лабораторного обучения; ГАТС = Генеральное соглашение по торговле услугами; ГАВИ = Глобальный альянс по вакцинации и иммунизации; ГФ = Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; ГПБЗ = Глобальная повестка дня по безопасности здоровья; GIPCN = Глобальная сеть профилактики и контроля инфекций; СБМ = Субрегион Большого Меконга; HAPPI = Государственные закупки инноваций для здорового старения; HITAP = программа оценки медицинских вмешательств и технологий; ВИЧ = вирус иммунодефицита человека; HOPE = Профилактическое образование, ориентированное на здоровье; ИКТ = информационные и коммуникационные технологии; МФОКК и КП = Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца; МЕРКОСУР = Mercado Común del Sur (общий рынок Южной Америки); NICE = Институт здравоохранения и передового опыта; ОВКГ = Организация восточно-карибских государств; ПАОЗ = Панамериканская организация здравоохранения; PATRIP = Программа региональной интеграции Пакистан-Афганистан-Таджикистан; REDISSE = усиление регионального эпиднадзора за болезнями (Африка); СААРК = Ассоциация регионального сотрудничества стран Южной Азии; САДК = Сообщество развития юга Африки; СНИП = Строительные нормы и правила; СФС = санитарный и фитосанитарный; ТРИПС = Торговые аспекты прав интеллектуальной собственности; УВКБ ООН = Верховный комиссар ООН по делам беженцев; ЮНИСЕФ = Детский фонд Организации Объединенных Наций; ВТО = Всемирная торговая организация.

Источник: Автор.

Таблица А5.2: Резюме основных межправительственных организаций и других региональных групп, участвующих в региональном сотрудничестве в области здравоохранения в регионе ЦАРЭС

Название организации	Члены из стран ЦАРЭС	Фокус сотрудничества в области здравоохранения	Примечания	Инициативы регионального сотрудничества по COVID-19
Организация Черноморского экономического сотрудничества (ОЧЭС)	Азербайджан, Грузия	<p>Сосредоточено на:</p> <p>(i) развитии сети эпидемиологического надзора и реагирования в государствах-членах ОЧЭС и налаживании ежемесячного обмена информацией о зарегистрированных инфекционных заболеваниях между странами-членами ОЧЭС;</p> <p>(ii) обмене информацией в случае региональной и трансграничной чрезвычайной ситуации из-за биологических, в том числе особо опасных заболеваний в государствах-членах;</p> <p>(iii) обмене информацией о разработке национальной противозидемической, гигиенической и санитарной политики и мер по санитарной защите территорий государств-членов;</p> <p>(iv) продвижении внутренних процедур для подписания Соглашения о сотрудничестве в области санитарной защиты территорий государств-членов Организации Черноморского экономического сотрудничества и принятие мер для вступления Соглашения в силу;</p> <p>(v) региональном сотрудничестве по выполнению ММСП (2005 г.);</p> <p>(vi) налаживании обмена информацией по предотвращению поддельных лекарств и проекту многостороннего Меморандума о взаимопонимании по обмену информацией и сотрудничеству в сфере обеспечения качества лекарственных средств; проектных предложениях, относящихся к здравоохранению и фармацевтике, представленных государствами-членами, и координации разработки совместных проектных предложений, относящихся к здравоохранению и фармацевтике;</p> <p>(viii) продвижении сотрудничества ОЧЭС и ЕС, продвижении активного диалога с международными организациями, региональными инициативами и программами сотрудничества в области здравоохранения и фармацевтики; а также</p> <p>(ix) усилении практического сотрудничества путем участия в организации конференций, семинаров и практикумов, инициированных странами-членами и соответствующими органами ОЧЭС, посвященных вопросам здравоохранения и фармацевтике.</p>	Дата образования: июнь 1992 г.	До сих пор ОЧЭС уделяла особое внимание устранению негативных последствий COVID-19 для транспортного сектора. ^a

Продолжение на следующей странице

Table A5.2 продолжение

Название организации	Члены из стран ЦАРЕС	Фокус сотрудничества в области здравоохранения	Примечания	Инициативы регионального сотрудничества по COVID-19
Содружество Независимых Государств (СНГ)	Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Узбекистан	Совет по здравоохранению Содружества Независимых Государств уделяет особое внимание пяти широким областям здравоохранения: (i) контроль качества лекарственных средств; (ii) медицинская профилактика и развитие систем здравоохранения; (iii) эпидемиологический надзор; (iv) ВИЧ/СПИД, туберкулез и малярия; а также (v) санитарная безопасность.	Договор об СНГ подписан в декабре 1991 г. / Зона свободной торговли СНГ создана в сентябре 2012 г.	Российская Федерация предоставила наборы для тестирования COVID-19 другим членам СНГ, и в настоящее время осуществляется доступ к российским вакцинам против COVID-19. ^b
Совет сотрудничества тюркоязычных государств (Тюркский совет)	Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Таджикистан, Узбекистан	Основное внимание уделяется продвижению к всеобщему охвату медико-санитарными услугами (ВОМСУ), защите от чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения и повышению благосостояния населения в государствах-членах Тюркского совета.	Дата основания: октябрь 2009 г.	Меморандум о взаимопонимании подписан между ЕРБ ВОЗ и Тюркским советом (11 сентября 2020 г.). Обсудили Европейскую программу работы «Объединенные действия по улучшению здоровья в Европе», которая включает в себя потенциальные мероприятия по наращиванию потенциала для защиты во время чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения, а также прогресс в направлении ВОМСУ, такие как укрепление данных и регулирование и обеспечение здоровой жизни для всех с помощью вакцинации, цифрового здоровья и психического здоровья. Обсуждались также устойчивость к противомикробным препаратам и неинфекционные заболевания в странах-членах. ^c
Евразийский экономический союз (ЕАЭС)	Казахстан, Кыргызская Республика	Основное внимание уделяется: (i) развитию систем здравоохранения в странах-членах; (ii) здравоохранению и наращиванию потенциала; (iii) борьбе с эпидемическими и/или эндемическими заболеваниями; (iv) поддержке здоровья матерей, новорожденных и детей; (v) внедрению международных стандартов на пищевые продукты посредством поддержки, при необходимости, Совместной программы ФАО/ВОЗ по стандартам на пищевые продукты; (vi) содействию сотрудничеству между профессиональными и научными организациями, участвующими в разработке пропаганды здравоохранения; (vii) содействию участию и вовлечению гражданского общества в реализацию политики и программ здравоохранения; и (viii) развитии общего фармацевтического рынка.	Договор о создании ЕАЭС подписан в мае 2014 г. / ЕАЭС создан в январе 2015 г. (Предшественник - Евразийское экономическое сообщество)	На заседаниях Совета руководителей уполномоченных органов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия Евразийского экономического союза обсуждалась возможность использования платформ информации системы «Путешествие без COVID-19», разработанной Евразийским банком развития. ^d

Продолжение на следующей странице

Table A5.2. продолжение

Название организации	Члены из стран ЦАРЕС	Фокус сотрудничества в области здравоохранения	Примечания	Инициативы регионального сотрудничества по COVID-19
Организация исламского сотрудничества (ОИК)	Афганистан, Азербайджан, Казахстан, Кыргызская Республика, Пакистан, Таджикистан, Узбекистан	«Стратегическая программа действий ОИК в области здравоохранения на 2013–2022 годы» Руководящего комитета ОИК по здравоохранению сосредоточена на: (i) укреплении системы здравоохранения; (ii) профилактике болезней и борьбе с ними; (iii) здоровье и питании матерей, новорожденных и детей; (iv) лекарствах, вакцинах и медицинских технологиях; (v) экстренном медицинском реагировании и вмешательствах; и (vi) информации, исследованиях, образовании и пропаганде.	Дата основания: 1969 г.	Центр передового опыта в области вакцин и биотехнологических продуктов ОИК провел серию семинаров, в которых приняли участие: должностные лица национальных регулирующих органов по лекарственным средствам (НРО); фармацевтические компании, исследователи и ученые из всех стран-участниц ОИК. Во время семинара, состоявшегося 9–10 декабря 2020 года, государства-члены ОИК выразили решимость продвигать сотрудничество в производстве и распространении вакцин и лекарств. Участники также подчеркнули важность эффективного и своевременного выполнения двух документов, принятых на первом совещании глав НРО: Джакартская декларация государств-членов ОИК и План действий (Индонезия, 21–22 ноября 2018 г.). ⁸
Южноазиатская ассоциация регионального сотрудничества (СААРК)	Афганистан, Пакистан,	Основное внимание уделяется: (i) гармонизации ветеринарного законодательства и нормативных актов, разработке и созданию систем эпидемиологического надзора, отчетности о болезнях и информационных систем по здоровью животных; (ii) региональному сотрудничеству в сфере услуг здравоохранения (например, SATIS); (iii) ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия; (iv) Инициативе по освобождению от табачной зависимости; (v) платформе электронного здравоохранения для расширения обмена информацией об инфекционных заболеваниях.	Дата основания: 1985 г. Южноазиатская зона свободной торговли в 2006 году.	Чрезвычайный фонд СААРК по COVID-19 был создан в марте 2020 года. Он был создан для смягчения негативных последствий пандемии в регионе. ¹
Шанхайская организация сотрудничества (ШОС)	Казахстан, Кыргызская Республика, КНР, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан	В рамках сотрудничества основное внимание уделяется: (i) строительству медицинских центров в основной зоне «Экономического пояса Шелкового пути»; (ii) биомедицинской промышленности; (iii) народной медицине; (iv) борьбе с инфекционными заболеваниями (например, Совместное заявление глав государств-членов ШОС о совместном противодействии эпидемическим угрозам в регионе ШОС, 10 июня 2018 г.); (v) экстренной медицинской помощи и помощи при стихийных бедствиях (Взаимное соглашение ШОС по оказанию помощи в случае стихийных бедствий); (vi) неинфекционным заболеваниям.	Объявлена в июне 2001 г.; Устав подписан в июне 2002 г.; Устав вступил в силу в сентябре 2003 г.	Заявление Совета глав государств-членов ШОС о совместных мерах по борьбе с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): (http://eng.sectscsco.org/news/20201110/690356.html). ⁹

Продолжение на следующей странице

Table A5.2 продолжение

ЦАРЭС= Центральноеазиатское региональное экономическое сотрудничество, СНГ = Содружество Независимых Государств, COVID-19 = коронавирусное заболевание, ЕАЭС = Евразийский экономический союз, ФАО = Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН, МОВ = меморандум о взаимопонимании, КНР = Китайская Народная Республика, ТБ = туберкулез, ВОЗ = Всемирная организация здравоохранения.

^a ОЧЭС. Меры против COVID-19 для автомобильного транспорта в регионе ОЧЭС. <http://www.bsec-organization.org/news/11991covid-19-measures-for-road-transport-in-the-bsec-region>.

^b *Правительство Российской Федерации*. 2020. Заседание Совета глав правительств СНГ. 6 ноября. Москва. <http://government.ru/en/news/40785/>.

^c ВОЗ. 2020. ЕРБ ВОЗ и Туркский совет начинают претворять в жизнь меморандум о взаимопонимании. 3 декабря. <https://www.euro.who.int/en/countries/turkey/news/news/2020/12/who-euro-and-the-turkic-council-begin-putting-memorandum-of-understanding-into-action>.

^d *Евразийская экономическая комиссия*. 2020. Санитарным службам стран ЕАЭС удалось поддержать распространение COVID-19. 11 ноября. <http://www.eurasiancommission.org/eng/nae/news/Pages/11-11-2020-01.aspx>.

^e ОИК. 2020. Государства-члены ОИК подтверждают свою решимость сотрудничать в производстве и распространении вакцин и лекарств. 11 декабря. https://www.oic-oci.org/topic/?t_id=25026&t_ref=15274&lan=en.

^f СААРК. Чрезвычайный фонд COVID-19. <http://covid19-sdmc.org/covid19-emergency-fund>.

^g ШОС. 2020. Московская декларация Совета глав государств Шанхайской организации сотрудничества. 10 ноября. <http://eng.sectsc.org/news/20201110/690356.html>.

Источники: ОЧЭС. Страны-члены. <http://www.bsec-organization.org/member-states>; ОЧЭС. План действий Рабочей группы ОЧЭС по здравоохранению и фармацевтике. (2012–2013 гг.). <http://www.bsec-organization.org/areas-of-cooperation/healthcare-pharmaceutics/action-plan>; СНГ. <https://cis.minsk.by>; ЕАЭС. <http://eaunion.org/?lang=en>; ОИК. <https://www.oic-oci.org/home/?lan=en>; Центр статистических, экономических и социальных исследований и обучения для исламских стран (SESERIC). 2013. Стратегическая программа действий ОИК в области здравоохранения на 2013–2022 годы (OIC-SHRA). Первый проект. Анкара. https://www.oic-oci.org/subweb/ichm/4/en/docs/1_OICSHRA-draft-1-v3.pdf; СААРК. <https://www.saarc-sec.org>; СААРК. Социальные вопросы. <https://www.saarc-sec.org/index.php/areas-of-cooperation/social-affairs>; ШОС. Новости. <http://chn.sectsc.org/structure/>; ШОС. <http://eng.sectsc.org/news/>; ШОС. Заявление Совета глав государств Шанхайской организации сотрудничества о совместном противодействии эпидемии новой коронарной пневмонии. <https://www.fmprc.gov.cn/web/zyxw/t1831164.shtml>; Туркский совет. Страны-члены. <https://www.turkkon.org/en/uye-ulkeler>; и Туркский совет. Основные документы. <https://www.turkkon.org/en/temel-belgeler>.

Укрепление регионального сотрудничества в области здравоохранения в рамках ЦАРЭС 2030

Предпроектное исследование

Содействие региональному сотрудничеству в секторе здравоохранения является оперативным приоритетом Стратегии Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС) до 2030 года. В этом предпроектном исследовании оценивается потенциал ЦАРЭС в продвижении регионального сотрудничества и интеграции в секторе здравоохранения с целью снижения рисков и развития национальных систем здравоохранения. В исследовании конкретно рассматривается бремя инфекционных и неинфекционных заболеваний и их факторы риска, а также прогресс и проблемы в развитии систем здравоохранения в регионе ЦАРЭС. Основываясь на оценке, исследование рекомендует укреплять региональную безопасность здоровья; развивать системы здравоохранения на основе регионального сотрудничества; и улучшать медицинское обслуживание мигрантов, мобильного населения и приграничных сообществ.

О Программе Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества

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

Об Азиатском банке развития

АБР стремится к достижению процветания и инклюзивного, жизнеспособного и устойчивого роста Азиатско-Тихоокеанского региона, прилагая усилия к искоренению крайней бедности. Владельцами АБР, созданного в 1966 году, являются 68 членов, в том числе 49 из региона. Основными инструментами АБР для оказания помощи развивающимся странам-членам являются диалог по вопросам политики, займы, инвестиции в акционерный капитал, гарантии, гранты и техническая помощь.

СЕКРЕТАРИАТ ЦАРЭС
www.carecprogram.org

АЗИАТСКИЙ БАНК РАЗВИТИЯ
Авеню АБР, 6, Мандалуйонг сити
1550, Метро Манила, Филиппины
www.adb.org