

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



РУКОВОДСТВО ПО ОЦЕНКЕ УЩЕРБА, УБЫТКОВ И ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОСЛЕ ЧС, ТОМ В



СОДЕРЖАНИЕ

■ СОКРАЩЕНИЯ	1
■ ВВЕДЕНИЕ	1
■ НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ПРОЦЕССА ОЦЕНКИ	2
■ ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ	11
■ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧС В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	13
■ УЩЕРБ И УБЫТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧС	15
■ ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧС	18
■ МЕЖСЕКТОРНЫЕ СВЯЗИ И СКВОЗНЫЕ ВОПРОСЫ	20
■ СТРАТЕГИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	21
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ЭТАПЫ ПРОЦЕССА ОУУП СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	36
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 2: АНАЛИТИЧЕСКАЯ МАТРИЦА ПО ОБЛАСТЯМ И КОМПОНЕНТАМ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	38
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 3: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ПО БАЗОВЫМ РАСХОДАМ ДЛЯ ОЦЕНКИ УЩЕРБА ИНФРАСТРУКТУРЕ (ПРИМЕР)	47
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 4: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ПО БАЗОВЫМ РАСХОДАМ ДЛЯ ОЦЕНКИ УБЫТКОВ (ПРИМЕР)	48
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 5: ФОРМА СБОРА ДАННЫХ ПО РАЙОНАМ (ПРИМЕР)	50
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 6: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ДЛЯ ОЦЕНКИ УЩЕРБА И УБЫТКОВ (ПРИМЕР)	52
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 7: ФОРМА ДЛЯ РАСЧЕТА УБЫТКОВ ЗА ПЕРИОД ВРЕМЕНИ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПРИМЕР)	56
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 8: МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОЙ РАБОТЫ БОЛЬНИЦ (ПРИМЕРЫ)	57
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 9: МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА ЧС И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОТОВНОСТИ (ПРИМЕРЫ)	58
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 10: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ДЛЯ ПЛАНА ВОССТАНОВЛЕНИЯ (ПРИМЕР)	59
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 11: ГЛОССАРИЙ	60
■ ПРИЛОЖЕНИЕ 12: СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	61



СОКРАЩЕНИЯ

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЛЧБ	Восстановление по принципу "лучше, чем было"
МЗ/МИНЗДРАВ	Министерство здравоохранения
ОУУП	Оценка ущерба, убытков и потребностей после ЧС
СГН	Сексуальное и гендерное насилие
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СРСБ	Снижение рисков стихийных бедствий/ЧС
УРСБ	Управление рисками стихийных бедствий/ЧС
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЧС	Чрезвычайная ситуация

ВВЕДЕНИЕ

В настоящем документе содержатся рекомендации для национальных и международных субъектов здравоохранения относительно проведения оценки ущерба, убытков и потребностей после ЧС (ОУУП) и планирования восстановления. Данное руководство базируется на применении комплексного подхода к проведению ОУУП. **Комплексный подход** предполагает принятие стандартной методики оценки ущерба и убытков, включая стратегию восстановления, в рамках которой делается особый упор на условия жизни людей.

Обновления и дополнительные инструменты для ОУУП, а также руководство по планированию восстановительных работ в секторе здравоохранения можно найти на веб-сайтах следующих организаций:

- Международная платформа восстановления;
- Панамериканская организация здравоохранения (ПОЗ);
- Экономическая комиссия ООН для Латинской Америки и Карибского бассейна (ЭКЛАК);
- Глобальный фонд по снижению опасности стихийных бедствий и восстановлению (GFDRR) Всемирного банка; и
- Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

В данном руководстве объединены четыре компонента, которые необходимы для всестороннего анализа в рамках ОУУП:

1. Инфраструктура и материально-техническая база системы здравоохранения;
2. Предоставление медицинских услуг (включая доступ и изменения спроса на услуги);
3. Процессы управления в системе здравоохранения; и
4. Уязвимость и риски для здоровья пострадавшего населения.

Данные компоненты используются для описания исходных условий до ЧС, последствий ЧС, оценки экономической стоимости ущерба и убытков, воздействия ЧС на экономику и развитие человеческого потенциала, а также необходимых элементов стратегии восстановления и реконструкции, включая восстановление по принципу «лучше, чем было» (ЛЧБ) и сопутствующие расходы.

Восстановление по принципу ЛЧБ представляет собой концепцию восстановления и реставрации, которая включает не только восстановление системы здравоохранения до того состояния, в котором она находилась до ЧС, но и шаги по устранению основных уязвимостей системы, которые могли способствовать усугублению последствий ЧС. Восстановление по принципу ЛЧБ направлено на повышение устойчивости системы здравоохранения и общества в целом. Принцип ЛЧБ способствует более эффективному управлению рисками в системе здравоохранения и повышению готовности населения в случае возникновения ЧС в будущем.



НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП ПРОЦЕССА ОЦЕНКИ

МНОГОСЕКТОРНЫЙ ПРОЦЕСС

Когда в стране наступает ЧС, анализ последствий и формулирование потребностей в восстановлении и реконструкции выполняются на основе многосекторного процесса. Этот процесс помогает не только обозначить различия между секторами, но и выявить их взаимосвязь. Секторы и сопровождающие их под-секторы организованы согласно системе национальных счетов страны. В общих чертах, ОУУП включает три основные группы секторов: 1) производственные; 2) социальные; и 3) инфраструктурные, а также дополнительно 4) сквозные. Здравоохранение входит в социальный сектор – наряду с образованием, жильем и культурой. Качественное питание, как правило, объединено со здравоохранением.

КООРДИНАЦИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Процесс ОУУП в секторе здравоохранения осуществляется под началом Министерства здравоохранения (Минздрав). Первым шагом является назначение министром здравоохранения координатора по управлению компонентом здравоохранения ОУУП и процессом восстановления. Координатор по восстановлению Минздрава будет работать совместно с другими отраслевыми координаторами, назначенными правительством, что позволит добиться взаимодействия с другими секторами, имеющими отношение к здравоохранению. В зависимости от обстоятельств в каждой конкретной стране, процесс восстановления может быть передан в ведение национального министерства по чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий. Если в Министерстве здравоохранения работает координатор, отвечающий за управление рисками ЧС в системе здравоохранения, которые входят в сферу полномочий Министерства по чрезвычайным ситуациям, это должностное лицо также может быть назначено координатором по вопросам восстановления.

Координатор Минздрава по вопросам восстановления создает механизм по координации восстановления сектора здравоохранения, который позволит сконцентрировать в Минздраве технические ресурсы соответствующих ведомств и проводить консультации с местными органами системы здравоохранения. Когда правительство запрашивает внешнюю поддержку для процесса ОУУП, координатору по вопросам восстановления Минздрава будет оказано содействие со стороны экспертов по восстановлению из ВОЗ, Всемирного банка и Европейского союза. Может быть сформирована небольшая руководящая группа с четким распределением ролей и обязанностей среди различных заинтересованных сторон. С примерами практических шагов, которые необходимо предпринимать при управлении процессом ОУУП, включая сроки проведения, можно ознакомиться в **Приложении 1**.

В дополнение к Организации Объединенных Наций, Всемирному банку и Европейскому союзу, в процесс ОУУП важно вовлечь всех соответствующих партнеров в области здравоохранения, таких как специализированные учреждения Организации Объединенных Наций, банки развития, доноры, неправительственные организации, религиозные и общественные организации, организации гражданского общества, профессиональные ассоциации и представители частного сектора.

СВЯЗЬ С КООРДИНАЦИЕЙ РАЗВИТИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Если существует национальный механизм координации развития сектора здравоохранения, такой как общесекторальный подход (SWAp) или международное партнерство в области здравоохранения, координатор по вопросам восстановления должен взаимодействовать с такими структурами и консультироваться с партнерами по развитию для содействия процессу ОУУП. Таким образом обеспечивается оптимальная гармонизация и согласование стратегии восстановления с национальной политикой в области здравоохранения и стратегическим планированием. Если такого общесекторального механизма координации развития пока не существует, процесс ОУУП может быть использован как возможность инициировать его создание.

СВЯЗЬ С КООРДИНАЦИЕЙ ГУМАНИТАРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Процесс ОУУП должен быть связан с национальной и региональной координацией гуманитарной деятельности. Со времени проведения гуманитарной реформы в 2005 году, национальные механизмы координации действий в чрезвычайных ситуациях поддерживаются с помощью кластерного подхода Межучрежденческого постоянного комитета (МПК).

Особенно важно обеспечить, чтобы ОУУП, насколько это возможно, опиралась на гуманитарные оценки. Данные, собранные для информационного обеспечения гуманитарных мер (например, Межотраслевая первоначальная экспресс-оценка (MIRA) или Система отображения наличия ресурсов здравоохранения (HeRAMS)), также играют ключевую роль для ОУУП и стратегии восстановления.

СТРУКТУРА ОЦЕНКИ

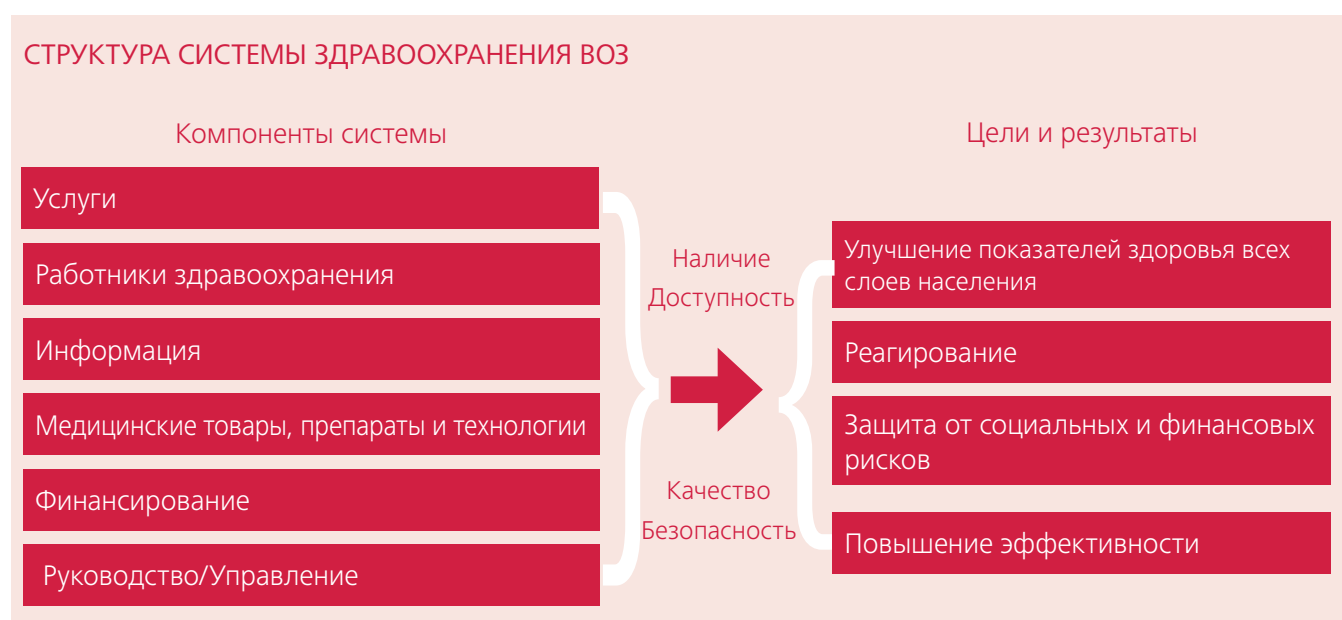
ОУУП сектора здравоохранения синхронизирована с остальными секторами, но при этом она использует рамочные подходы и методы оценки, разработанные специально для системы здравоохранения. В данном разделе описываются, как существующие структуры и методы могут быть использованы для определения круга вопросов, которые обеспечат информационное наполнение различных элементов ОУУП.

СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Во *Всемирном докладе ВОЗ о системе здравоохранения за 2000 год* и принятой в 2007 году программе действий *“Дело каждого: укрепление систем здравоохранения с целью улучшения здоровья населения”* дано определение сектора здравоохранения в качестве системы, которая “состоит из всех организаций, лиц и деятельности, основной целью которых является укрепление, восстановление или поддержание здоровья”. Сюда включаются усилия, призванные повлиять на факторы, которые определяют уровень здоровья населения, а также непосредственные мероприятия по укреплению здоровья.

Согласно ВОЗ, структура системы здравоохранения состоит из шести основных взаимозависимых компонентов. Эти компонентами являются:

- **Предоставление услуг:** пакеты услуг; способы предоставления услуг; инфраструктура; управление; безопасность и качество; уровень спроса на медицинские услуги;
- **Работники здравоохранения:** национальная политика и инвестиции в области развития кадровых ресурсов; защита интересов; нормы, стандарты и статистика показателей;
- **Информация:** сбор и получение информации на базе учреждений и среди населения; глобальные стандарты, инструменты;
- **Медицинские товары, лекарственные препараты, вакцины и технологии:** нормы, стандарты, политика; надежные закупки; обеспечение равного доступа; качество;
- **Финансирование:** национальная политика финансирования здравоохранения; инструменты и данные о расходах на здравоохранение; калькуляция затрат; и
- **Руководство и управление:** политика в секторе здравоохранения; гармонизация и согласование; контроль и регулирование.



СТРУКТУРА ОЦЕНКИ И АНАЛИЗА СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ сектора здравоохранения базируется на указанной выше структуре системы здравоохранения. Структура системы здравоохранения используется в матрице оценки и анализа, которую команда по восстановлению сектора использует для определения:

1. исходных показателей; систематической оценки изменений эпидемиологии и уровня заболеваемости; показателей эффективности основных программ в области здравоохранения; и
2. шести компонентов системы здравоохранения.

Оценка рассматривает активы, заинтересованные стороны и процессы, которые обычно включаются в этот сектор, а также какое влияние на них оказывает ЧС. В результате анализа выясняется, каким образом уже существующие характеристики и ограничения могут повлиять на требования, необходимые для восста-

новления доступа к основным услугам, удовлетворить новые потребности в сфере здравоохранения и определить приоритеты для восстановления по принципу ЛЧБ. Использование существующей структуры системы здравоохранения в качестве отправной точки позволяет привязывать планирование восстановления к более долгосрочным национальным планам развития здравоохранения.

ОБЛАСТИ ПРИНЯТИЯ МЕР ПО ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВОЗ выделяет несколько областей медицинских услуг, где необходимо принимать срочные меры в период ликвидации последствий ЧС в секторе здравоохранения. Такими областями являются:

1. общие медицинские услуги и неотложная травматологическая помощь;
2. здоровье детей (в том числе, болезни, вызванные недостаточным питанием);
3. инфекционные заболевания;
4. сексуальное и репродуктивное здоровье (в том числе, ИППП и ВИЧ/СПИД, здоровье матери и новорожденных, и сексуальное насилие);
5. неинфекционные заболевания и психическое здоровье; и
6. влияние окружающей среды на здоровье.

Эти области соответствуют основным программам в области здравоохранения, которые необходимо учитывать при проведении ОУУП для определения существовавшего до ЧС уровня заболеваемости в каждой области и влияния ЧС на данные показатели. Кроме того, требуется оценка эффективности программ, направленных на снижение заболеваемости, наряду с оценкой того, каким образом показатели эффективности изменились в результате ЧС.

ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ

Области принятия мер по ликвидации последствий в секторе здравоохранения также могут быть использованы для описания уже существующих рисков, которые оказывают влияние на уровень заболеваемости. С целью определения влияния ЧС на риски для здоровья, при проведении анализа необходимо учитывать, каким образом эти факторы и детерминанты были затронуты в результате ЧС, и какие новые риски для здоровья появились в результате ЧС.

ПРИВЯЗКА СТРУКТУРЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К ЧЕТЫРЕМ ЭЛЕМЕНТАМ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОУУП

На следующей диаграмме показано, каким образом компоненты системы здравоохранения и приоритетные области принятия мер по ликвидации последствий в секторе здравоохранения связаны с четырьмя измерениями ОУУП: 1) инфраструктурой; 2) предоставлением услуг; 3) управлением; и 4) рисками.



МАТРИЦА ОЦЕНКИ И АНАЛИЗА СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аналитическая матрица (см. Таблицу 1) предлагает стандартизованный и систематизированный протокол для сбора и анализа необходимых для оценки данных.

Таблица 1: Аналитическая матрица для оценки вклада здравоохранения в стратегию восстановления:

Программы в сфере здравоохранения и функции системы здравоохранения	Исходные показатели, докризисные проблемы	Последствия ЧС, основные барьеры на пути скорейшего восстановления	Гуманитарные мероприятия	Меры по восстановлению, включая ЛЧБ, на краткосрочную, среднесрочную и долгосрочную перспективу	Ключевые показатели для мониторинга
1. (а) Предоставление услуг – программы в области здравоохранения: <ul style="list-style-type: none"> • общие клинические услуги и травматология • здоровье детей • инфекционные заболевания • сексуальное и репродуктивное здоровье • неинфекционные болезни и психическое здоровье • влияние окружающей среды 					

Программы в сфере здравоохранения и функции системы здравоохранения	Исходные показатели, докризисные проблемы	Последствия ЧС, основные барьеры на пути скорейшего восстановления	Гуманитарные мероприятия	Меры по восстановлению, включая ЛЧБ, на краткосрочную, среднесрочную и долгосрочную перспективу	Ключевые показатели для мониторинга
1. (b) Предоставление услуг – организация и управление услугами, включая медицинские учреждения					
2. Руководство и управление					
3. Информационная система здравоохранения					
4. Кадровые ресурсы здравоохранения					
5. Финансирование здравоохранения					
6. Медицинские изделия, вакцины и технологии					

С помощью матрицы команда по оценке собирает информацию, которая соответствует основным разделам секторальных отчетов ОУУП, таким как обзор сектора, исходные условия, последствия ЧС потребности в восстановлении, включая восстановление по принципу ЛЧБ. Команда сектора здравоохранения собирает и обрабатывает информацию на основе наиболее достоверных показателей, фактических материалов и/или профессиональных заключений.

В **Приложении 2** приведены примеры исходных данных и показателей, общих последствий ЧС, ограничений, шагов по оказанию экстренной помощи и мер, направленных на скорейшее/среднесрочное восстановление. Справочные данные ВОЗ о факторах, которые могут представлять опасность для здоровья, также являются хорошим ресурсом: (www.who.int/hac/techguidance/tools/WHO_strategy_hazards.pdf).

СУЩЕСТВУЮЩИЕ ДАННЫЕ И ИНФОРМАЦИЯ

Стратегию сбора данных и информации для восстановления сектора здравоохранения следует рассматривать как отдельный процесс, который включается в цикл мероприятий по ликвидации последствий ЧС.

Оценка и сбор информации, необходимой для восстановления, начинаются с использования данных, которые были собраны до ЧС, взятых из регулярных систем управления информацией в сфере здравоохранения и других отчетов, например отчетов о готовности к ЧС. Эти показатели могут быть использованы для составления исходных данных о ситуации до ЧС, а также при проведении оперативных оценок на раннем этапе гуманитарной помощи. Впоследствии эти данные применяются в ходе мониторинга эффективности работы системы здравоохранения, в том числе мероприятий по оказанию гуманитарной помощи и восстановлению.

Масштаб и охват оценки сектора здравоохранения ограничены намеченными сроками проведения. По мере возможности следует опираться на факты, однако в некоторых случаях допускаются примерные рас-

четы на основании экспертного мнения членов команды. При составлении сметы, как для оценки стоимости ущерба и убытков, так и для расходов в рамках плана восстановления, основные допущения и стоимость за единицу, используемые в расчетах, должны быть указаны в отдельном списке. (см. **Приложения 3 и 4**).

ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Команда по оценке должна, по возможности, использовать имеющиеся вторичные данные, например данные, которые уже были собраны в процессе гуманитарных мероприятий. Команда принимает решение относительно того, какого рода дополнительная информация необходима для ОУУП.

Сбор первичных данных обычно включает организованные поездки на место ЧС с целью проверки предположений, основанных на изучении вторичных данных, и непосредственного ознакомления с мнением представителей системы здравоохранения и местного населения в пострадавших районах.

ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ ДЛЯ ОЦЕНОК

ОУУП использует ряд различных методов, поскольку единого источника или метода для получения всей необходимой информации не существует. Основными источниками и способами получения данных для ОУУП являются специалисты на местах (например, представители Минздрава и партнеров по развитию), дискуссии в фокус-группах с участием заинтересованных сторон и соответствующих экспертов, информационные системы учреждений здравоохранения, собственные наблюдения, дополненные результатами работы медицинских учреждений и опросами населения.

В случае проведения опросов необходимо целенаправленно составить выборку на начальных этапах таким образом, чтобы репрезентативность сохранялась и на более поздних этапах (см. *Оперативное руководство для скоординированных оценок в условиях гуманитарных кризисов*. Межучрежденческий постоянный комитет, Рабочая группа по оценке потребностей, 2010). В **Приложении 5** приведен пример данных для оценки ущерба и убытков после ЧС, которые должны быть собраны в районных органах здравоохранения.

Следует предпринять меры по обеспечению равного участия в оценке женщин и мужчин из пострадавших сообществ. Гендерный баланс должен соблюдаться как в самой команде, проводящей интервью, так и среди респондентов и участников дискуссий в фокус-группах. В случае необходимости рекомендуется проведение отдельных бесед в приватной обстановке с мужчинами и женщинами. Следует также уделять внимание времени и месту проведения интервью и прочих мероприятий с целью обеспечения возможности участия представителей обоих полов в равной степени. Потребности, приоритеты и интересы женщин и мужчин всех возрастов, а также отдельных подгрупп населения, должны определяться с помощью половозрастного анализа, на основе регулярного сбора достоверных данных с разбивкой по полу и возрасту, качественных источников информации, консультаций и бесед с женщинами и мужчинами в сообществах и среди заинтересованных лиц.

РЕСУРСЫ И ДОКУМЕНТЫ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ХОДЕ ОЦЕНКИ

Ниже приведен список ресурсов и документов для использования в качестве источников исходных данных, определения ранее существовавших ограничений и текущих приоритетов восстановления:

- Статистическая информационная система ВОЗ (см.: www.who.int/whosis/en/);
- Национальные статистические данные и отчеты информационной системы управления здравоохранением (включая показатели заболеваемости основными видами заболеваний за последние пять лет в целом по стране и на пострадавшей территории);
- документы национальной политики в области здравоохранения и ежегодные обзоры сектора здравоохранения;
- национальные планы по обеспечению готовности к ЧС;
- данные Минздрава о расположении и вместимости (например, о количестве больничных коек, пациентов на учете и т.д.) частных и государственных медицинских учреждений; стандартах для медицинских учреждений; оборудовании и услугах; соответствующих расходах;
- описание системы управления здравоохранением, включая источники его финансирования (медицинская помощь бесплатна на месте предоставления и оплачивается государством, либо пациенты оплачивают медицинские услуги самостоятельно и/или с помощью схем медицинского страхования) и ежегодные ассигнования из государственного бюджета;
- базовая стоимость различных услуг (включая различия в показателях между частным и государственным сектором) — например, стоимость амбулаторных консультаций, стоимость суток пребывания в больнице и т.д.
- медико-демографические исследования в области здравоохранения и обследования по множественным показателям с применением гнездовой выборки;
- оценка и составление карт рисков и уязвимостей;
- Веб-сайты Всемирного банка и Целей развития тысячелетия ПРООН;
- Отчеты о результатах оценки и наблюдений за гуманитарными мероприятиями (межотраслевой первоначальной экспресс-оценки MIRA, оценки риска для здоровья населения, системы раннего оповещения);
- стратегии в области здравоохранения, описанные в экстренном призыве Межучрежденческого постоянного комитета, и/или стратегическом плане гуманитарной помощи; и
- доклады о гуманитарной ситуации в целом и о положении в секторе здравоохранения (гуманитарная сводка)

С более подробной информацией об основных показателях можно ознакомиться по ссылкам:
www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf
www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html
www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/index.html

С более подробной информацией о методах гуманитарной оценки для сектора здравоохранения можно ознакомиться в *Руководстве ВОЗ по кластеру здравоохранения*:

www.who.int/hac/network/global_health_cluster/guide/en/index.html.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СЕКТОРА ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В ОУУП

По итогам оценки сектора здравоохранения должны быть подготовлены два документа, которые включаются в общий отчет ОУУП. Первый документ из трех-четырёх страниц представляет собой краткое изложение ситуации в секторе здравоохранения, требований и предлагаемой стратегии восстановления. Второй документ состоит из 15-20 страниц и содержит более подробный отчет о результатах оценки и более детальную стратегию восстановления. Отчеты, как правило, содержат ряд таблиц или приложений (**см. Приложения 6 и 7**). Период времени для завершения действия стратегии восстановления определяется правительством страны, но обычно составляет от двух до пяти лет.

Подробные версии стратегии и плана восстановления сектора здравоохранения могут быть использованы в качестве основы для анализа и ревизии, по необходимости, областных и районных планов здравоохранения на пострадавших территориях.

С примерами оценок сектора здравоохранения и планов восстановления после ЧС можно ознакомиться на сайтах Всемирного банка (www.gfdr.org/node/118) и Международной платформы восстановления (www.recoveryplatform.org/resources/tools_and_guidelines).

КОМАНДА ПО ОЦЕНКЕ

В состав команды по оценке сектора здравоохранения, которую обычно возглавляет представитель Минздрава, входят эксперты в различных профессиональных областях, необходимых для оценки, при поддержке международных экспертов. Как правило, членами команды становятся эксперты по охране здоровья и системам здравоохранения, включая врачей и эпидемиологов, наряду с архитекторами или инженерами-строителями (которые могут оценить стоимость ущерба, причиненного инфраструктуре здравоохранения), а также экономистами в сфере здравоохранения, которые могут оценить величину убытков в производстве. Для обеспечения беспрепятственного доступа к информации на всех уровнях и обратной связи в период разработки стратегии восстановления следует наладить тесное взаимодействие с местными органами здравоохранения на пострадавшей территории.

В команде по оценке необходимо соблюдать приемлемый гендерный баланс. Один из членов команды назначается координатором по гендерным вопросам и отвечает за координацию полученных данных с другими командами и консультантом по гендерным вопросам. Лицо, назначенное координатором, должно обладать опытом работы с гендерной проблематикой в секторе здравоохранения. Для поддержки оценки восстановления сектора здравоохранения можно обратиться к партнерам по развитию в сфере здравоохранения. Возможно создание руководящего комитета, куда войдут наиболее квалифицированные представители заинтересованных сторон для наблюдения за процессом оценки восстановления сектора здравоохранения и проведения консультаций с партнерами. Кроме того, необходимо предусмотреть способы взаимодействия с представителями частных медицинских учреждений, поскольку во многих странах частный сектор имеет значительную долю в инфраструктуре здравоохранения и обладает заметным потенциалом в сфере предоставления услуг.

Команде по оценке понадобится транспорт для поездок на место ЧС с целью непосредственного наблюдения и консультаций с местными органами здравоохранения и руководителями пострадавших медицинских учреждений. Транспорт для команды предоставляется партнерами по развитию; таким образом национальные органы власти могут использовать собственные транспортные ресурсы для ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

В данном разделе описывается, каким образом составляются обзор сектора здравоохранения и исходные данные об условиях до ЧС, и какие ключевые проблемы должны быть решены в рамках каждого из четырех компонентов ОУУП.

Для оценки влияния ЧС на сектор здравоохранения необходимо знать характеристики сектора здравоохранения до происшествия. Исходные данные включают усредненные цены за единицу товаров и услуг, которые будут оцениваться в рамках ОУУП. Большая часть этой информации должна быть собрана еще до ЧС в рамках процесса управления рисками бедствий и обеспечения готовности.

В данном разделе выделены наиболее важные проблемы и ограничения, которые оказывают негативное влияние на эффективность предоставления услуг в докризисный период. С более подробной информацией можно ознакомиться в **Приложении 2** – в колонке "исходные данные и проблемы, существовавшие перед ЧС".

КОНТЕКСТ

На начальном этапе проводится анализ контекста. Такой анализ должен включать в себя следующее:

- описание статуса развития страны (например, место в рейтинге стран по Индексу человеческого развития, посвященные здравоохранению разделы Стратегий сокращения масштабов нищеты);
- прогресс страны в достижении связанных со здоровьем Целей развития тысячелетия; и
- политическая обстановка.

ИНФРАСТРУКТУРА И МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ БАЗА

Ниже представлен список активов и инфраструктуры системы здравоохранения, которые следует описать в исходных данных. Следует включить статистику по государственному, частному некоммерческому и частному коммерческому секторам.

- Описание сети здравоохранения, включая расположение и уровни здравоохранения (уровень сообщества, первичный, вторичный и третичный уровни), а также механизмы направления пациентов на лечение.
- Данные о количестве медицинских учреждений на различных уровнях инфраструктуры здравоохранения (например, исходя из результатов оценок доступности и наличия услуг).
- Описание физической инфраструктуры, включая объекты, необходимые для оказания полного спектра услуг в области здравоохранения, научно-исследовательские институты, лаборатории, фармацевтические фабрики и склады.
- Логистика системы здравоохранения; например, транспортировка пациентов и наличие фармацевтических препаратов.
- Административная инфраструктура органов здравоохранения.
- Инфраструктура школ и университетов для подготовки медицинских работников, как правило, включается в систему высшего образования в секторе образования.

ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ, НАЛИЧИЕ, ДОСТУП И ИЗМЕНЕНИЕ СПРОСА

В исходную информацию должны быть включены данные об услугах в сфере здравоохранения, куда входят следующие показатели:

- Основные показатели состояния здоровья населения и охвата медико-санитарными услугами по шести перечисленным выше областям принятия мер по в секторе здравоохранения.
- Социально-демографическая ситуация и состояние основных эпидемиологических показателей, включая показатели заболеваемости теми заболеваниями, которые могут иметь отношение к рассматриваемому виду ЧС.
- Наличие и охват услугами могут быть указаны отдельно для различных программ в области здравоохранения и связаны с показателями здоровья населения, с разбивкой по возрасту и полу по мере необходимости.
- Пять ведущих причин смертности и заболеваемости.
- Состояние и прогресс показателей ЦРТ, связанных со здоровьем.
- Кадровые ресурсы в сфере здравоохранения, финансирования здравоохранения, производства и распространения медицинских изделий и технологий. Необходимо описать взаимосвязь между кадровыми резервами в наличии и степенью охвата и доступа к услугам.
- Доступ, включая охват и уровень пользования услугами; может быть ограничен финансовыми, географическими, культурными барьерами и качеством медицинской помощи. (Пользование может быть описано усредненными показателями количества пациентов, обратившихся за консультациями.)
- Доступность и охват населения базовыми пакетами медицинских услуг.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ

Для описания системы управления в сфере здравоохранения в исходные данные включаются следующие детали:

- Организация, управление и регулирующие функции органов здравоохранения в сфере предоставления медицинских услуг населению.
- Источники и механизмы финансирования сектора здравоохранения.
- Изложение видения и миссии сектора здравоохранения согласно национальным стратегическим планам и приоритетам реформирования.
- Механизмы совместного управления для предоставления медицинских услуг и процессов на всех уровнях (от национального уровня до уровня отдельных сообществ), включая возможность подачи жалоб со стороны пациентов.
- Законы и нормативные акты (о мерах в случае ЧС), регулирующие доступ отдельных слоев или подгрупп населения к определенным медицинским услугам, например к услугам по охране репродуктивного здоровья.
- Координационные механизмы для развития здравоохранения, гуманитарной помощи, и управления рисками ЧС.

- Планы повышения готовности сектора здравоохранения.
- Способность управлять процессами ликвидации последствий ЧС и восстановления.
- Функциональные возможности информационных систем управления здравоохранением и систем раннего оповещения.

РИСКИ И УЯЗВИМОСТИ

В процессе сбора исходных данных анализируются потенциальные риски и уязвимости национальной системы здравоохранения. К ним относятся:

- социальные детерминанты здоровья, которые могут стать причиной дальнейшей маргинализации и дискриминации в отношении доступа к медицинским услугам, включая такие показатели, как бедность, гендер, принадлежность к определенной этнической или религиозной группе; ранее существовавшие риски для здоровья, а также типы ЧС и наличие заболеваний, обладающих эпидемическим потенциалом, эпидемии, которые произошли в стране, сексуальное и гендерное насилие (СГН); и
- маргинализированные и/или неблагополучные слои населения с повышенным уровнем риска.

ОЦЕНКА ПОСЛЕДСТВИЙ ЧС В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В данном разделе представлены основные моменты, которые помогут проанализировать влияние ЧС на показатели здоровья населения и работу сектора здравоохранения во всех четырех измерениях ОУУП, как в государственном, так и в частном секторах, а также мероприятия, направленные на борьбу с последствиями.

В **Приложении 2** (в столбце “последствия ЧС”) приводятся примеры влияния ЧС на компоненты системы здравоохранения и области принятия мер по ликвидации последствий в секторе здравоохранения, с соответствующими мероприятиями в рамках оказания гуманитарной помощи.

ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ ЧС

Оценка начинается с общего введения с описанием ЧС, в котором содержится следующая информация:

- пострадавшая территория, численность пострадавшего населения, число погибших и раненых, изменение обстановки к настоящему времени, и т.д.; и
- приоритетные направления для немедленного оказания гуманитарной помощи.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ И МАТЕРИАЛЬНОЙ БАЗЫ

Далее описывается влияние последствий ЧС на инфраструктуру и материальную базу системы здравоохранения, включая следующее:

- физический ущерб, нанесенный инфраструктуре системы здравоохранения (как общие количественные показатели, так и процент от исходных показателей в медицинских учреждениях

на различных уровнях, полностью разрушенные или частично поврежденные, отдельно по административным единицам и с учетом частных и государственных учреждений); ущерб, нанесенный мебели, оборудованию и медицинским материалам; и

- типы и количество временных медицинских пунктов и учреждений, функционирующих в качестве альтернативы поврежденным медицинским учреждениям или в местах размещения перемещенного населения.

ПОСЛЕДСТВИЯ ЧС ДЛЯ СФЕРЫ УСЛУГ, ДОСТУПА И УРОВНЯ СПРОСА

Ответы на приведенные ниже вопросы помогут оценить последствия ЧС для предоставления услуг, доступа и уровня спроса на услуги.

- В какой степени причиненный инфраструктуре ущерб повлиял на функциональность медицинских учреждений и набор предоставляемых медицинских услуг?
- Каким образом ЧС повлияла на уровень заболеваемости — в частности, травматизм, показатели психического здоровья (www.who.int/mental_health/emergencies/en/), а также инциденты и специфику СГН?
- Насколько успешно медицинские учреждения на территории регионов, не затронутых ЧС, могут справляться с травмами, СГН и увечьями, включая наличие транспортных средств и медицинскую эвакуацию?
- Каким образом перемещение населения из пострадавших регионов влияет на объем работы медицинских учреждений на территории районов, которые не пострадали от ЧС население?
- В чем заключается прямой эффект на наличие медицинских работников (в результате перемещения, смерти и инвалидности) и косвенной эффект в связи с ограниченными возможностями по подготовке работников здравоохранения для борьбы с новыми заболеваниями и/или повышенной заболеваемостью?
- В чем выражено влияние на доступность фармацевтических препаратов?
- Каким образом повлияла ЧС на доступ к медицинскому обслуживанию женщин и мужчин всех возрастов и подгрупп среди пострадавшего населения?
- Каким образом повлияла ЧС на способность пострадавших и лишившихся источников существования семей оплачивать медицинские услуги?
- Появились ли новые географические препятствия, осложняющие доступ к работающим медицинским учреждениям?
- Состав домохозяйства может измениться в результате смерти, травмы, перемещения и миграции, вызванных ЧС. Поскольку степень мобильности и объем доступных материальных средств могут быть разными для мужчин и женщин, особое внимание должно быть обращено на обеспечение услугами домохозяйств, во главе которых стоят женщины, пожилые люди или дети.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Необходимо ответить на ряд вопросов ниже и проанализировать, каким образом ЧС повлияла на управление сектором здравоохранения и социальные процессы.

- Каким образом ЧС повлияла на способности органов здравоохранения управлять услугами в области здравоохранения?
- Каким образом ЧС повлияла на возможности органов здравоохранения координировать процесс предоставления гуманитарной помощи и восстановительных работ?
- Какого рода помощь предоставляют международные агентства, и каковы способы наиболее оптимального использования этой помощи для поддержки процесса восстановления?
- Был ли причинен ущерб информационным системам управления здравоохранением и способны ли органы здравоохранения поддерживать системы раннего оповещения?

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ РИСКОВ И УЯЗВИМОСТЕЙ

- При изучении влияния ЧС на риски для здоровья и уязвимости необходимо уделять особое внимание детям, беременным и кормящим женщинам, лицам преклонного возраста, инвалидам и пациентам с хроническими заболеваниями.
- Каково воздействие ЧС на здоровье женщин и мужчин всех возрастов и подгрупп среди пострадавшего населения?
- Повлияла ли ЧС на ранее существовавшие риски для здоровья?
- Какие новые риски для здоровья, с которыми могут столкнуться женщины и мужчины всех возрастов, домохозяйства и сообщества, появились в результате ЧС?
- Существуют ли повышенные риски распространения инфекционных заболеваний (например, холеры, малярии, гриппа, кори, туберкулеза), а также риски для здоровья, обусловленные перебоями с оказанием экстренной помощи и основных услуг, таких как акушерские услуги и уход за хроническими и неинфекционными заболеваниями (например, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак и т.д.).
- Привела ли ЧС к вспышке СГН? (после ЧС и во время кризисных ситуаций может наблюдаться рост СГН).

УЩЕРБ И УБЫТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧС

В данном разделе содержится описание конкретных шагов по оценке величины ущерба и убытков в секторе здравоохранения в связи с ЧС. Размер ущерба и убытков будет зависеть от последствий ЧС (см. раздел выше). Команда по оценке определяет элементы, которым следует уделить внимание в связи с серьезными финансовыми последствиями, в том числе, ущерб, причиненный инфраструктуре и активам, а также убытки, обусловленные изменениями в финансовых потоках, связанных с инфраструктурой, предоставлением услуг, управлением и рисками. Ущерб и убытки должны быть представлены отдельно для государственного и частного секторов.

УЩЕРБ

Анализ ущерба рассматривает инфраструктуру системы здравоохранения, включая больницы, медицинские центры и другие медицинские учреждения, связанные с сектором, включая административные

здания органов здравоохранения, оборудование, инвентарь и расходные материалы. Ущерб определяется как стоимость разрушенных материальных объектов (зданий, оборудования и техники), которые заменяются на активы, обладающие теми же характеристиками и стандартами, что и до ЧС. Как правило, оценка причиненного инфраструктуре ущерба осуществляется на индивидуальной основе, от объекта к объекту, обычно на базе площади повреждений в квадратных метрах (отдельно для кровли, пола, стен и т.д.), с указанием средней стоимости ремонта за один квадратный метр данного элемента конструкции.

Когда на пострадавшей от ЧС территории повреждено большое количество медицинских учреждений, и оценка всех поврежденных объектов по отдельности не представляется возможной, составляются оценки количества частично поврежденных и полностью разрушенных объектов здравоохранения. Такая оценка может базироваться на докладах местных органов здравоохранения и первичных гуманитарных оценках. Для расчетов используются средняя оценочная стоимость, основанная на стандартах для каждого вида инфраструктуры здравоохранения и усредненные расходы на ремонт и восстановление частично поврежденных объектов (по видам). Аналогичным образом рассчитывается стоимость поврежденного оборудования, инвентаря и материалов. В принципе, величину ущерба следует определять по результатам детальной оценки каждого медицинского учреждения, проводимой по составленным до ЧС спискам инвентаризации. Однако в случае большого количества пострадавших медицинских учреждений следует работать со средними значениями, например процентом от полной стоимости замещения согласно национальным стандартам.

ПОТЕРИ

Убытки определяются как изменения в финансовых потоках сектора в связи с временным отсутствием инфраструктуры и материальной базы, а также в связи с ростом спроса на медицинские услуги со стороны пострадавшего населения. Изменение текущих издержек на предоставление медицинской помощи после ЧС также включается в убытки. Текущие издержки после ЧС, как правило, предусматривают более высокие расходы — сверх обычных бюджетных ассигнований для сектора здравоохранения — и более низкие доходы. Большинство мероприятий, связанных с увеличением расходов, проходит в рамках гуманитарной помощи для устранения прямой угрозы и рисков для здоровья пострадавшего населения.

Важным шагом является определение периода времени, необходимого для восстановления и реконструкции медицинских учреждений. Время имеет значение не только для планирования восстановления, но и в связи с тем, что величина убытков продолжает расти до полного завершения реконструкции, успешного предотвращения эпидемий, и снижения рисков для здоровья до докризисного уровня. В **Приложении 7** представлена таблица для планирования мероприятий по восстановлению в течение периода времени.

Как уже упоминалось ранее, необходимо составить отдельный список с обоснованием цен за единицу товара и основных допущений при расчете ущерба и убытков. С более подробной информацией о методике расчета стоимости ущерба и убытков можно ознакомиться во втором томе *Руководства Всемирного банка по оценке ущерба, убытков и потребностей*, Всемирный банк, Глобальный фонд по снижению опасности стихийных бедствий и восстановлению. 2010 год.

ПРИМЕРЫ

В Таблице 2 представлены типичные примеры ущерба и потерь. В **Приложениях 3 и 4** приведены примеры таблиц с удельными базовыми затратами и допущениями относительно ущерба и потерь в секторе здравоохранения, которые включены в отчеты по сектору ОУУППЧС.

Таблица 2: Типичные элементы в составе оценки ущерба и убытков

Ущерб	Изменения в потоках
<p>Инфраструктура и материальная база</p> <ul style="list-style-type: none"> • Строения – отдельно для учреждений первичной, вторичной и высокоспециализированной медицины, а также медпомощи на уровне сообщества (больницы, медцентры, поликлиники, диспансеры, аптеки, медицинские пункты, банки крови, лаборатории и т.д.) • Оборудование и инвентарь • Медицинские материалы • Транспорт и логистика, машины скорой помощи и т. д. • Инфраструктура Министерства здравоохранения на национальном и региональном уровнях <p>Примечания:</p> <p>Машины скорой помощи относятся ко вторичной и третичной медицинской помощи.</p> <p>Фармацевтические фабрики отнесены к промышленному сектору.</p> <p>Школы и университеты, занимающиеся подготовкой медицинских работников, как правило, относятся к инфраструктуре высшего образования в секторе образования. Снижение темпов подготовки медицинских работников может стать причиной дополнительных ограничений в сфере услуг.</p>	<p>1. Увеличение расходов на:</p> <p>Инфраструктуру</p> <ul style="list-style-type: none"> • Удаление обломков, грязи и других биологически опасных материалов с территории разрушенных или поврежденных объектов • создание временных медицинских учреждений или мобильных клиник в населенных пунктах, куда переселены жители пострадавших районов, или вблизи от поврежденных учреждений на период их реставрации <p>Услуги и доступ к ним</p> <ul style="list-style-type: none"> • рост численности пациентов, в связи с новыми и/или возросшими рисками для здоровья • дополнительные расходы на каждого пациента, проходящего лечение во вновь созданных временных медицинских учреждениях • долгосрочное лечение в связи с утратой трудоспособности и оказание психологической помощи пострадавшим <p>Управление</p> <ul style="list-style-type: none"> • дополнительные затраты в связи с ростом потребностей по координации и поддержке управленческого потенциала для предоставления услуг • затраты на создание систем раннего оповещения <p>Снижение рисков</p> <ul style="list-style-type: none"> • дополнительные расходы на наблюдение и контроль за возможными вспышками эпидемий • кампании по профилактике заболеваний, вакцинации, борьбе с переносчиками инфекций и т.д. • кампании по популяризации здорового образа жизни <p>2. Потери доходов в связи с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • непредоставлением услуг на поврежденных объектах в период реабилитации и/или реконструкции; и • временной приостановкой взимания платы с пострадавшего населения.

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧС

МАКРОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

Анализ макроэкономического воздействия включает в себя оценку вероятного воздействия ЧС на экономику страны, а также оценку временного изменения макроэкономических показателей, снижения уровня занятости, доходов и благосостояния пострадавших лиц и домохозяйств. Для измерения влияния на

макроэкономические показатели, как правило, проводится анализ динамики валового внутреннего продукта, платежного баланса и бюджетной политики после ЧС. В применении к сектору здравоохранения может быть проведен дополнительный анализ воздействия величины ущерба и убытков по отношению к общей сумме расходов на здравоохранение.

Команда по оценке сектора здравоохранения должна передать в распоряжение команды по оценке макроэкономического воздействия следующие данные:

- Возросший объем медицинской помощи, предоставляемой пациентам, и снижение количества проведенных хирургических операций в результате ЧС. Эти данные будут использованы для оценки воздействия ЧС на величину и темпы роста валового внутреннего продукта.
- Возросшие в результате ЧС расходы на мониторинг заболеваемости и профилактические меры. Эти данные будут использованы для воздействия ЧС на величину и темпы роста валового внутреннего продукта.
- Предполагаемые компоненты для восстановления (включая наименования, связанные с профилактикой и смягчением последствий для сектора здравоохранения), которые, в отсутствие местного производства, должны быть импортированы из других стран. Эта информация будет использоваться для анализа воздействия на платежный баланс.
- Часть расходов на меры по восстановлению сектора здравоохранения, которые должны быть импортированы из-за рубежа по причине отсутствия местного производства, выраженная в процентах от общего расчетного объема потребностей в реконструкции. Эта информация будет использоваться для анализа воздействия на платежный баланс.
- Итоговые объем снижения государственных доходов и роста государственных расходов сверх нормальных бюджетных показателей. Эта информация будет использована для анализа воздействия на фискальную политику.
- Оценки более высоких, чем обычно, расходов на получение медицинской или медико-санитарной помощи. Эта информация будет использована для анализа воздействия на отдельных лиц и домохозяйства.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Воздействие на человеческое развитие представляет собой возникшее непосредственно в результате ЧС различие между уровнями человеческого развития до и после ЧС. Воздействие на человеческое развитие соответствует изменению качества человеческой жизни в среднесрочной и долгосрочной перспективе, которое можно измерить с помощью ряда индексов, таких как Индекс человеческого развития, Индекс гендерного неравенства, Индекс многомерной бедности, Цели развития тысячелетия и/или новые Цели устойчивого развития.

Для оценки воздействия ЧС на человеческое развитие полезно рассмотреть следующее:

- показатели отдельных компонентов человеческого развития до ЧС с использованием докризисных исходных данных (докризисные тенденции человеческого развития, включая основные проблемы, а также характерные черты проводившейся до ЧС политики, которые оказывали существенное влияние на уровень человеческого развития среди пострадавшего населения); и
- анализ воздействия ЧС, показывающий краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные изменения с учетом развития событий по нормальному, пессимистичному и/или оптимистичному

сценарию на базе динамики развития в прошлом (в том случае, если бы ЧС не произошла) с использованием четко сформулированных допущений.

При использовании связанных со здоровьем ЦРТ некоторые показатели с трудом поддаются измерению за короткие периоды времени, поскольку данные показатели не предназначены для отслеживания динамики и не восприимчивы к таким шокам, как ЧС. Информационные системы здравоохранения могут не содержать искомые детализированные данные о пострадавших районах, например коэффициенты материнской смертности. Тем не менее, данные по другим показателям – таким как охват иммунизацией против кори, охват дородовым наблюдением или численность имеющих возможность пройти лечение пациентов с ВИЧ, туберкулезом и малярией, – являются частью стандартной оценки здравоохранения в рамках ОУУП. При использовании этих данных для оценки воздействия на ЦРТ возникают определенные затруднения (см. Таблицу 3 ниже).

В момент возникновения ЧС и на чрезвычайном этапе программы и услуги системы здравоохранения могут быть недоступны – как правило, ненадолго. Предоставление услуг будет возобновлено органами здравоохранения за короткий промежуток времени. Когда приостанавливается взимание с пострадавшего населения платы за услуги, и услуги оказываются при поддержке международных агентств по оказанию помощи, уровень доступа к услугам может даже вырасти по сравнению с условиями до ЧС.

Таблица 3: Здоровье и ЦРТ, цели и показатели

Цель 4: Сокращение детской смертности	
Целевой показатель 4.A: За период с 1990 по 2015 гг. сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до пяти лет	4.1 Показатель смертности среди детей в возрасте до пяти лет 4.2 Показатель младенческой смертности 4.3 Доля привитых от кори детей в возрасте до одного года
Цель 5: Улучшение охраны материнства	
Целевой показатель 5.A: За период с 1990 по 2015 гг. снизить показатели материнской смертности на три четверти	5.1 Коэффициент материнской смертности 5.2 Доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом
Целевой показатель 5.B: Обеспечить к 2015 году всеобщий доступ к услугам в области охраны репродуктивного здоровья	5.3 Распространение средств контрацепции 5.4 Подростковые роды 5.5 Охват дородовым наблюдением (минимум один или минимум четыре визита к специалисту во время беременности) 5.6 Неудовлетворенные потребности в планировании семьи
Цель 6: Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями	
Целевой показатель 6.A: К 2015 году остановить распространение ВИЧ/СПИД и положить начало тенденции снижения заболеваемости	6.1 Распространенность ВИЧ среди населения в возрасте от 15 до 24 лет 6.2 Использование презерватива в момент последнего сексуального контакта с повышенным риском 6.3 Доля населения в возрасте от 15 до 24 лет, имеющих полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе 6.4 Сравнительная посещаемость школ среди сирот и детей с родителями в возрасте 10-14 лет
Целевой показатель 6.B: К 2010 году обеспечить всеобщий доступ к лечению ВИЧ/СПИДа для всех нуждающихся	6.5 Доля населения, находящегося на прогрессирующей (поздней) стадии заболевания ВИЧ, с доступом к антиретровирусным препаратам

Целевой показатель 6.С: Остановить к 2015 году дальнейшее распространение малярии и других основных болезней и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости	6.6 Заболеваемость и смертность от малярии
	6.7 Доля детей в возрасте до 5 лет, спящих под обработанными инсектицидами надкроватными москитными сетками
	6.8 Доля болеющих лихорадкой детей в возрасте до 5 лет, получающих соответствующие противомаларийные препараты
	6.9 Случаи заболевания, распространение и смертность от туберкулеза
	6.10 Количество диагностированных случаев туберкулеза и процент излеченных в результате краткосрочного курса химиотерапии при непосредственном наблюдении (ДОТС)

МЕЖОТРАСЛЕВЫЕ СВЯЗИ, ВКЛЮЧАЯ СКВОЗНЫЕ ВОПРОСЫ

Межсекторные дискуссии должны проводиться на всех этапах ОУУП. Необходимо согласовать стандарты, в частности, по таким основным показателям, как административные границы, географические названия и основные характеристики регионов, например демографические данные, которые обеспечат прочную основу для сравнения данных и кросс-секторального анализа.

Специалисты по сектору здравоохранения должны работать в тесном контакте со специалистами по воздействию окружающей среды на здоровье (сектор водоснабжения и санитарии), питанию и продовольственной безопасности, жилью и образованию, а также со специалистами по возрастным и гендерным вопросам. Перечисленные секторы имеют прямое отношение к здоровью; и, наоборот, вопросы здоровья интегрируются в соответствующие секторы. Кроме того, четкое распределение аспектов конкретного сектора среди отраслевых команд помогает избежать двойного учета. Например, повреждения медицинских учебных учреждений, как правило, включаются в сектор образования.

Сквозные вопросы, которые имеют значение для здоровья, включают в себя положение детей, беременных и кормящих женщин, людей преклонного возраста, инвалидов и лиц, живущих с длительными или хроническими заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД. Кроме того, необходимо учитывать существующие социальные детерминанты, которые могут привести к росту уязвимости. К ним относятся условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют. Такие детерминанты, как правило, включают бедность, этническое происхождение и вероисповедание. Сквозные вопросы и половозрастной анализ становятся еще одним важнейшим элементом ОУУП после исходных данных, анализа последствий ЧС и стратегии восстановления.

Чрезвычайные ситуации по-разному затрагивают людей в зависимости от **пола и возраста**, и каждая категория населения может обладать разными ресурсами и использовать собственные механизмы преодоления. Существующие данные говорят о наличии гендерной дифференциации на всех уровнях процесса ЧС: подверженность риску, восприятие риска, обеспечение готовности, ликвидация последствий, физическое воздействие, психологическое воздействие, восстановление и реконструкция.

Женщины, пожилые люди и дети, особенно девочки, могут столкнуться с повышенными рисками неблагоприятных последствий для здоровья и насилия в связи с вероятной зависимостью от других людей, ограниченной подвижностью и т.д. Они могут оказаться не в состоянии самостоятельно получить доступ к службам помощи пострадавшим и поэтому требуют особого подхода и дополнительных усилий со стороны соответствующих служб. Кроме того, женщины часто оказываются недостаточно вовлеченными в процесс консультаций с сообществом и процессы принятия решений, в результате чего их потребностям не уделяется должное внимание.

Степень воздействия на различные возрастные группы и потребности таких групп также будут отличаться. Особенно уязвимы люди преклонного возраста. Например, 71 процент погибших в результате урагана Катрина в 2005 году составляли лица от 60 лет и старше. Возраст становится причиной снижения подвижности, ухудшения зрения, слуха и мышечного тонуса, наряду с повышением чувствительности организма к перепадам температуры. Хронические заболевания, распространенные среди людей преклонного возраста, такие как ишемическая болезнь сердца, гипертония, диабет и заболевания дыхательных путей, могут грозить осложнениями в случае прерывания лечения.

СТРАТЕГИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В этом разделе содержатся рекомендации о разработке и представлении стратегии восстановления сектора здравоохранения. Когда это возможно, стратегия восстановления сектора здравоохранения должна быть приведена в соответствие с существующим планом развития сектора здравоохранения страны, учитывая при этом уязвимости, существовавшие до ЧС, условия после ЧС и консультации с заинтересованными сторонами.

ВИДЕНИЕ И РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКТОРА

Видение восстановления разрабатывается совместными усилиями в рамках консультативного процесса при поддержке ключевых заинтересованных сторон. Видение восстановления задает основные направления для процесса восстановления и формулирует ряд желаемых конечных результатов.

Основная цель восстановления системы здравоохранения заключается в воссоздании и усовершенствовании системы здравоохранения, что способствует снижению заболеваемости и смертности наряду с общим улучшением состояния здоровья населения, пострадавшего от ЧС. Восстановление системы здравоохранения включает поддержку и дальнейшее развитие гуманитарной деятельности, а также тщательный анализ элементов, которые стали причиной негативных последствий ЧС в системе здравоохранения. Предполагается, что в результате система здравоохранения получит более надежную инфраструктуру, будет повышена степень готовности к борьбе с угрозами общественному здоровью и будущими ЧС, при условии обеспечения справедливого и доступного уровня медицинских услуг для всего населения.

Национальный стратегический план здравоохранения становится базовым документом для формулирования видения восстановления. Необходимо учитывать существовавшие до ЧС значительные ограничения в работе системы здравоохранения; планирование восстановления должно включать в себя дальнейший анализ для устранения таких ограничений. Если национальный стратегический план здравоохранения подразумевает проведение ряда реформ, соответствующие моменты должны быть отражены в процессе восстановления.

Процесс восстановления периодически используется для ускоренного проведения реформ в секторе здравоохранения. Период реконструкции характеризуется высоким уровнем энтузиазма, щедрой поддержкой со стороны доноров и незначительным сопротивлением перед лицом изменений.

Тем не менее участники ОУУП должны проявлять максимальную осторожность при попытке внедрения институциональных и правовых реформ или внесении радикальных изменений в систему здравоохранения за короткий период восстановления. Цели реформы должны быть сбалансированы с тем, что может быть практически достигнуто в рамках периода ликвидации последствий ЧС. Несмотря на завышенные ожидания, накопленный опыт показывает, что серьезные реформы редко проходят успешно в таких условиях. Кроме того, существует риск применения международными консультантами или влиятельными донорами новаторских стратегических решений, которые могут оказаться неподходящими или нереалистичными в конкретной ситуации.

Ниже перечислены **руководящие принципы** процесса восстановления в секторе здравоохранения. Решающую роль для успешного восстановления системы здравоохранения играют приверженность, лидерские качества и ответственность правительства на всех уровнях.

- Правительство может использовать процесс восстановления для укрепления собственного потенциала.
- Планирование восстановления системы здравоохранения должно начинаться на раннем этапе, параллельно с оказанием гуманитарной помощи.
- Планы восстановления системы здравоохранения должны отражать приоритеты и проблемы пострадавшего населения, особое внимание уделяется наиболее уязвимым и пострадавшим слоям.
- Использование шести компонентов системы здравоохранения в ходе анализа.
- Планы восстановления должны быть связаны с процессами координации развития, планы восстановления также принимают во внимание национальные стратегии в области развития здравоохранения и борьбы с нищетой.
- Непрерывная координация с другими секторами.
- Взаимодействие с гуманитарными мероприятиями на протяжении всего процесса.
- Установление партнерских отношений с гражданским обществом, донорами, неправительственными организациями, Всемирным банком, учреждениями Организации Объединенных Наций и частным сектором.
- ЧС как возможность для укрепления национального потенциала в области управления рисками стихийных бедствий и снижения риска стихийных бедствий.

ПОТРЕБНОСТИ В РЕКОНСТРУКЦИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ, ВКЛЮЧАЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБЪЕКТОВ ЛУЧШЕГО КАЧЕСТВА

В данном разделе содержатся рекомендации по определению потребностей в реконструкции и восстановлении. Во избежание двойного учета при определении потребностей и стоимости восстановления, в процессе ОУУП необходимо проводить регулярные межсекторные консультации (см. том 3 *Методических рекомендаций по оценке ущерба, убытков и потребностей* Всемирного банка).

Цель анализа потребностей в восстановлении и реконструкции состоит не только в мерах по нормализации ситуации (как минимум, на докризисном уровне), но и в определении возможностей для восстановления по принципу «лучше, чем было». Восстановление по принципу «лучше, чем было» подразумевает повышение устойчивости инфраструктуры здравоохранения в случае ЧС, улучшение доступа к услугам и товарам, стимулирование экономики, поддержку источников существования, укрепление потенциала правительства и сообщества в сфере управления рисками стихийных бедствий, а также снижение рисков и уязвимостей в свете ЧС в будущем.

Несмотря на то, что план восстановления должен быть согласован с существующими национальными планами развития здравоохранения, включая планы реформ сектора, разработка мероприятий, направленных на окончательное решение всех задач в области развития, не должна становиться целью плана восстановления.

В Таблице 4 (ниже) приведены основные последствия ЧС для системы здравоохранения, а также потребности в восстановлении и реконструкции, включая предложения для восстановления по принципу ЛЧБ.



Таблица 4: Последствия ЧС, потребности в восстановлении и реконструкции, включая восстановление по принципу ЛЧБ

	Последствия ЧС	Потребности в восстановлении и реконструкции здравоохранения	
		Восстановление до докризисного уровня	Восстановление по принципу ЛЧБ
Инфраструктура и активы	Частичное или полное разрушение инфраструктуры и материальной базы здравоохранения.	Создавать временные медицинские пункты и передвижные медицинские бригады. Восстановить и отремонтировать и уничтоженные и/или поврежденные объекты инфраструктуры здравоохранения, заменить утраченные активы.	Обеспечить устойчивость всех объектов инфраструктуры к бедствиям. Модернизировать и усовершенствовать сеть здравоохранения.
Сфера услуг, доступ и спрос	<ul style="list-style-type: none"> Снижение доступности медицинских услуг и проблемы с наличием лекарственных препаратов. Снижение доступа и вероятное увеличение спроса на медицинские услуги. 	<ul style="list-style-type: none"> Восстановить потенциал сферы услуг в области здравоохранения и обеспечения лекарственными препаратами. Обеспечить дополнительный потенциал с целью удовлетворения растущего спроса на услуги Обеспечить равный доступ к медицинским услугам и контролировать пользование услугами, в частности обеспечение беспрепятственного доступа для существовавших ранее и вновь возникших уязвимых групп. 	<ul style="list-style-type: none"> Устранить возможные существовавшие ранее ограничения потенциала и эффективности предоставления услуг. Обеспечить необходимый уровень квалификации и численность работников здравоохранения и обеспечить наличие лекарственных средств. Провести работу для борьбы с ранее существовавшими и вновь возникшими примерами неравенства в области доступа к медицинским услугам. Широкое использование услуг и беспрепятственный доступ с учетом снижения платежеспособности.
Управление	<ul style="list-style-type: none"> Влияние на потенциал органов здравоохранения в сфере предоставления услуг, включая участие сообщества, а также потенциал управления процессом ликвидации последствий и восстановления. 	<ul style="list-style-type: none"> Восстановить роль центральных и местных органов здравоохранения в системе управления услугами по охране здоровья, включая участие сообщества. Управление процессом ликвидации последствий и восстановлением, и механизмами координации – как в секторе здравоохранения, так и между различными секторами. Поддерживать информационные системы управления и системы раннего оповещения 	<ul style="list-style-type: none"> Укрепить роль национальных органов здравоохранения в управлении для обеспечения эффективного управления равным распределением услуг и рисками ЧС, опираясь на оценку потенциала управления рисками стихийных бедствий, включая информационные системы управления и системы раннего оповещения.
Риски	<ul style="list-style-type: none"> Влияние ЧС на существовавшие ранее и вновь возникшие риски для здоровья, и влияние на общее состояние здоровья пострадавшего населения. 	<ul style="list-style-type: none"> Проведение мероприятий, посвященных укреплению здоровья и профилактике заболеваний с целью контроля и смягчения влияния существовавших ранее и вновь возникших рисков, снижение и предотвращение избыточной заболеваемости и смертности, вызванных ЧС. 	<ul style="list-style-type: none"> Снижать уязвимости и риски для здоровья, а также повышать степень жизнестойкости местного населения. Внедрять долгосрочные мероприятия по снижению риска стихийных бедствий на базе более подробной оценки и картирования уязвимостей и рисков.

ПОТРЕБНОСТИ В РЕКОНСТРУКЦИИ ИНФРАСТРУКТУРЫ И МАТЕРИАЛЬНОЙ БАЗЫ

Инфраструктурные потребности включают требования по ремонту и/или реконструкции поврежденной инфраструктуры, а также ремонту или замене материалов и оборудования. Для реконструкции и ремонта частных больниц и других частных объектов, связанных с медицинским обслуживанием, могут быть предложены схемы кредитования.

Ниже рассматривается ряд элементов в рамках **удовлетворения потребностей в восстановлении с применением подхода ЛЧБ**.

- Необходимо удостовериться, что здания будут в состоянии выдерживать вероятные опасные воздействия в будущем и сохранять функциональность, если произойдет очередная ЧС. Первым шагом является контроль за соблюдением строительных норм и модернизация. Подход к строительству безопасных больниц, например, предлагает повышение степени устойчивости больничной инфраструктуры к вероятным угрозам и обучение медицинского персонала действиям в случае ЧС, включая крупномасштабные происшествия с значительным числом пострадавших (с примерами мероприятий, проводимых в рамках программ создания безопасных больниц, можно ознакомиться в **Приложении 8**). Проведение более подробной оценки безопасности инфраструктуры здравоохранения зачастую не представляется возможным в течение первых трех месяцев после ЧС, однако такая оценка может быть включена в план восстановления.
- После внедрения усовершенствованных стандартов инфраструктуры здравоохранения, реконструкция фактически будет являться модернизацией медицинских учреждений.
- Существующую сеть здравоохранения в пострадавших районах, возможно, потребуется усовершенствовать и оптимизировать для удовлетворения потребностей, изменившихся в результате перемещения населения и изменений в структуре заболеваемости.

ПОТРЕБНОСТИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ИНФРАСТРУКТУРЫ, АКТИВОВ И УСЛУГ

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВРЕМЕННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Полное восстановление инфраструктуры здравоохранения может занять несколько лет, поэтому возникает необходимость в создании временных сооружений. С этой целью арендуются помещения и/или направляются передвижные медицинские пункты для расположения в непосредственной близости от поврежденных и нефункционирующих медицинских учреждений и в тех населенных пунктах или районах, куда было переселено большое количество людей из пострадавших районов, и где не хватает собственных возможностей местных учреждений здравоохранения.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СФЕРЫ УСЛУГ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА К УСЛУГАМ

Первостепенной задачей в пострадавших регионах является восстановление потенциала сферы услуг на уровне сообщества, первичной и вторичном уровнях медицинской помощи, возобновление выполнения медицинскими работниками своих обязанностей и закупка фармацевтических препаратов. Может потребоваться наращивание потенциала для удовлетворения возросших и вновь возникших потребностей в услугах вследствие изменений в тенденциях заболеваемости, таких как травматизм и психическое здоровье. Необходимо убедиться в наличии соответствующих систем сортировки и направления пациентов к специалистам для оказания неотложной медицинской, хирургической, травматологической и акушерской помощи.

Первичные медико-санитарные услуги должны быть доступны населению по месту жительства в пострадавших районах и местах временного поселения, в то время как услуги специализированной медицинской помощи (вторичный уровень) могут предоставляться в соответствующих учреждениях. В связи с увеличением числа пациентов необходимо выделение ресурсов для поддержки медицинских учреждений в регионах, принимающих значительное число вынужденных переселенцев.

Необходимо проверять наличие базового пакета медицинских услуг, и каким образом данный пакет следует адаптировать к изменениям в структуре заболеваемости и росту уровня заболеваемости, которые часто наблюдаются после ЧС.

В том случае, если инфраструктура производства лекарственных средств была уничтожена, потребуется восстановление производственного потенциала, включая надлежащие условия транспортировки и хранения (холодовая цепь).

Для определения потребностей в сфере услуг, связанных с восстановлением по принципу ЛЧБ следует принять во внимания ряд моментов (см. ниже). Может потребоваться увеличение объема и расширение спектра услуг в связи с возможным ростом уровня заболеваемости или изменений в структуре заболеваемости. В том случае, если уровень услуг до ЧС не соответствовал спросу, а доступ для уязвимых групп населения был ограничен, такие ограничения должны быть устранены.

- Курсы повышения квалификации медицинских работников для решения приоритетных задач и новых требований в сфере здравоохранения; материальное стимулирование в целях возвращения или (пере)направления медицинских работников в пострадавшие районы.
- Усилия могут быть приложены не только для восстановления, но и для увеличения мощностей по производству фармацевтических препаратов в стране. Кроме того, могут быть усовершенствованы стандарты и иницированы более эффективные механизмы контроля качества.
- Устранение ранее существовавших ограничений, оказывающие влияние на эффективность работы и доступ к учреждениям здравоохранения. Например:
 - Снизить финансовые барьеры, препятствующие доступу к услугам с помощью временного отказа от взимания платы за услуги с перемещенных лиц и других групп населения, которые не имеют возможности оплачивать медицинские услуги, поскольку многие из них, возможно, лишились своего имущества и источников существования вследствие ЧС. Определить запланированные инициативы, направленные на снижение финансовых барьеров, например программы бесплатного медицинского обслуживания матери и ребенка, которые, возможно, уже были внедрены в рамках реформ в секторе здравоохранения;
 - Избавляться от существовавшего ранее и вновь возникающего неравенства, в отношении доступа к услугам, с учетом различных видов уязвимостей, как новых, так и старых, потребностей и интересов женщин и мужчин всех возрастов, различных подгрупп населения, а также с учетом выводов гендерного анализа; и
 - Ремонтировать дороги и мосты, которые могут обеспечить доступ к функционирующим медицинским учреждениям, в результате чего создание временных объектов в пострадавших районах может не понадобиться.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ И УСИЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ

Система управления услугами здравоохранения должна быть полностью восстановлена до уровня, существовавшим на момент ЧС, включая работу центральных и местных органов и участие местного населения.

Наличие такого потенциала необходимо для координации и управления процессами ликвидации последствий и восстановления. Когда для оказания помощи в страну прибывают многочисленные международные организации по здравоохранению, они должны пройти регистрацию на уровне правительства страны в целях гарантии соответствия национальным стандартам качества. Кроме того, необходимо создать механизмы для обеспечения надлежащей и регулярной отчетности национальных и международных партнеров в условиях ЧС (например, регулярная отчетность с использованием упрощенных форм). Отдельного внимания заслуживает активация систем раннего оповещения..

Что касается реализации принципа ЛЧБ в системе управления, фаза восстановления предлагает возможность стратегической интеграции или укрепления существующей национальной программы УРСБ в секторе здравоохранения в координации с национальными органами по ликвидации последствий ЧС. Период восстановления может быть использован для расширения масштабов существующих систем управления чрезвычайными ситуациями в здравоохранении, защиты и повышения устойчивости систем здравоохранения и населения. Хотя в рамках ОУУП невозможно провести глубокую оценку потенциала готовности к ЧС и планов по СРСБ, такой анализ может стать частью плана восстановления, который будет предусматривать выделение средств для устранения очевидных пробелов.

Дополнительные инициативы в рамках восстановления по принципу ЛЧБ могут включать следующее:

- Усиление роли национальных органов здравоохранения для более эффективного управления справедливым распределением услуг, включая информационные системы управления здравоохранением и системы раннего оповещения.
- Усиление роли сообщества в управлении и планировании услуг в области здравоохранения, а также поддержки жизнестойкости населения.
- Укрепление структур для деятельности по УРСБ, включая обновление национального законодательства о ЧС. В зависимости от того, что уже известно о возможностях Минздрава в сфере УРСБ, может потребоваться оценка потенциала. Проведение такой оценки не всегда представляется возможным в течение первых трех месяцев после ЧС, но она может быть включена в план восстановления.
- Провести ревизию и/или дополнить планы по обеспечению готовности и консолидировать системы раннего оповещения.
- Если оценка потенциала в части УРСБ не упоминается отдельно в национальном стратегическом плане по сектору здравоохранения, необходимо обеспечить, чтобы была включена в очередной Совместный ежегодный обзор и обновленную версию национального стратегического плана здравоохранения.
- Содействовать коллективным процессам и организациям с участием женщин, девочек, мальчиков и мужчин, совместно с заинтересованными сторонами внутри страны.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО УСТРАНЕНИЮ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ И СНИЖЕНИЮ РИСКОВ ЧС НА БУДУЩЕЕ

Непосредственно после ЧС необходимо взять под контроль и обеспечить смягчение последствий уже существовавших и вновь возникающих рисков для здоровья наряду с поддержкой устойчивости сообщества. Риски в программах предотвращения и СРСБ рассматриваются по следующим параметрам:

1. вероятность наступления события;

2. тяжесть последствий в случае наступления; и
3. кто именно и каким образом подвержен риску.

В рамках ОУУП необходимо исследовать основные причины ЧС, включая уязвимость материальной базы, отдельных секторов и населения перед лицом вероятной опасности. ОУУП базируется на углубленной оценке и картировании уязвимостей и рисков, если такая информация доступна.

Для смягчения наиболее распространенных рисков необходимо предпринять следующие меры:

- Предотвращать вспышки заболеваний и обеспечивать своевременное выявление и оперативную ликвидацию значительных угроз общественному здоровью путем создания надежных систем раннего оповещения, обеспечения готовности к вспышкам заболеваний и заблаговременного развертывания запасов медицинских материалов;
- Немедленно возобновить вакцинацию и рассмотреть возможность массовой вакцинации в таких местах скопления людей, как временные лагеря, а также вакцинации групп населения, которые подвержены повышенному риску;
- Провести мероприятия по борьбе с переносчиками инфекционных заболеваний и принять профилактические меры для снижения риска распространения заболеваний;
- Повысить уровень социальной мобилизации населения для эффективного распространения информации о рисках для здоровья, использования чистой питьевой воды, санитарии и гигиены, и участия в информационных кампаниях (Например, см. www.cdacnet-work.org/i/20140728102420-genh0).
- Надлежащие меры по охране здоровья матерей и новорожденных с уважением права на частную жизнь и культурных особенностей, включая регистрацию в лагерях переселенцев, своевременную диагностику осложнений беременности и родов с последующим направлением к специалистам, безопасные роды и обеспечение соответствующими товарами первой необходимости;
- Поддерживать надлежащее кормление младенцев и детей, обеспечение пищевыми добавками беременных женщин и кормящих матерей, решение проблемы недоедания, в том числе за счет повышения квалификации работников здравоохранения, выдачи направлений к специалистам и предоставления стационарной помощи для лечения тяжелых случаев недоедания в сообществе;
- Обеспечить непрерывность лечения хронических заболеваний (инфекционных и неинфекционных);
- Реализовывать программы, направленные на профилактику и ликвидацию последствий сексуального и гендерного насилия.

С дополнительными примерами мероприятий по СРСБ и повышению готовности можно ознакомиться в Приложении 9.

ПЛАН ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКТОРА

ПРИОРИТЕТ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ВОССТАНОВЛЕНИИ

В рамках стратегии восстановления составляется список промежуточных итогов, конечных результатов и мероприятий, направленных на достижение заданных целей. Мероприятия формулируются на базе выявленных потребностей, затем определяется приоритетность и временные рамки (кратко-, средне- и долгосрочная перспектива); дополнительно выделяются мероприятия по восстановлению до докризисного уровня и совокупность мер по реализации принципа ЛЧБ.

Определение приоритета и последовательности мероприятий проходит на основе консультационного процесса. Необходимо принять во внимание и следующие моменты:

- План восстановления принимает к сведению и действует в одном русле с национальными целями в области развития здравоохранения, которые отражены, например, в национальной политике развития здравоохранения, стратегиях борьбы с нищетой и т.д.
- Формулирование и приоритетность основных рисков и уязвимостей, которые внесли значительный вклад в степень воздействия ЧС на сообщества, организации и инфраструктуру. Отдельно указать риски, которых можно избежать (одним из очевидных примеров являются поврежденные объекты инфраструктуры, которые отстраиваются в соответствии с надлежащими строительными нормами и правилами с последующей модернизацией для обеспечения устойчивости, что продлевает срок службы и позволит защитить капиталовложения в инфраструктуру в случае ЧС).
- Там, где это возможно, восстановление объектов по принципу ЛЧБ также должно вносить положительный вклад в восстановление от текущей ЧС.

Как правило, возможности удовлетворения потребностей в восстановлении здравоохранения после ЧС ограничены скудостью ресурсов. ОУУП не может полностью заменить национальную программу действий по развитию здравоохранения, из чего вытекает необходимость определить приоритетность мероприятий. В первую группу приоритетных мероприятий включаются те, которые будут направлены на реконструкцию поврежденной инфраструктуры, обеспечение доступа к услугам, восстановление системы управления и устранение рисков для здоровья. Далее необходимо будет определить приоритеты мероприятий по реализации принципа ЛЧБ в вышеперечисленных первоочередных направлениях.

Приоритет определяется, как правило, на основе консенсуса экспертных заключений, тем не менее процесс не должен находиться под полным контролем международных экспертов и партнеров по развитию. На заключительных стадиях лоббирование интересов и политические пристрастия нередко идут вразрез с объективным процессом определения приоритетов на основе фактических данных. Хотя дискуссии и аргументы о приоритете мероприятий должны основываться на фактических данных, из-за временных ограничений на практике не всегда удается проводить тщательный анализ для составления списка на основе различных методов определения приоритета, таких как анализ по одному критерию или совокупности таковых. Критерии для таких методов определения приоритета перечислены ниже:

Анализ по одному критерию

1. Анализ уровня заболеваемости (например, первую десятку причин заболеваемости и смертности)

2. Анализ рентабельности
3. Анализ равенства и гендерный анализ

Анализ по совокупности критериев

1. Пострадавшее население
2. Масштабы проблемы
3. Возможность реализации необходимых мероприятий
4. Характеристика чрезвычайной ситуации
5. Уровень заболеваемости
6. Уязвимость населения
7. Экономическая эффективность

Для определения последовательности ОУУП выделяет краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные мероприятия. Краткосрочные мероприятия, или меры по скорейшему восстановлению, пересекаются с гуманитарной помощью. Например, при восстановлении инфраструктуры период, необходимый для поэтапной реконструкции объектов и восстановления сферы услуг, необходимо оценивать с учетом существующего потенциала строительного сектора и наличия специализированного оборудования для замены.

На стадии предоставления гуманитарной помощи и восстановления необходимо обеспечить доступ к пакету базовых медицинских услуг и программам здравоохранения, которые снижают уязвимость населения и сохраняют жизни. На стадии реконструкции необходимо восстанавливать и далее развивать пакеты услуг, обеспечивая принятие мер по устранению средне- и долгосрочных последствий ЧС для здоровья населения и обеспечивая внедрение принципа ЛЧБ в процесс восстановления сектора здравоохранения.

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ

В данном разделе поясняется методика расчета затрат на реконструкцию и восстановление на основе прогнозируемых потребностей, и предлагаются реалистичные подходы к оценке затрат на восстановление по принципу ЛЧБ.

Все допущения, формулы и ссылки, используемые для расчетов затрат по каждой статье бюджета, должны быть предельно четкими, включая расходы на восстановление по принципу ЛЧБ, – образец для ознакомления находится в приложении.

При составлении сметы необходимо принимать во внимание следующие соображения: величина бюджета должна быть реалистичной, учитывая общие расходы на здравоохранение и поглощающую способность сектора здравоохранения в стране, а также объем работ, который практически осуществим в ближайшие три-пять лет.

- Расходы на восстановление по принципу ЛЧБ должны быть пропорциональны расходам на потребности в восстановлении и реконструкции, а также соответствовать характеру стихийного бедствия (постепенное наступление засухи может иметь очень низкие потребности в восстановлении, но при этом иметь очень высокие потребности по капиталовложениям в устойчивость/восстановление по принципу ЛЧБ).

- Расходы на восстановление по принципу ЛЧБ должны быть реалистичными, принимая во внимание общий объем денежных средств, выделенных правительством и международными партнерами по развитию. В ходе планирования восстановления по принципу ЛЧБ следует учитывать, что львиная доля средств будет необходима для физической реконструкции и выплаты компенсаций за убытки, полной или частичной.
- Расходы на восстановление по принципу ЛЧБ должны быть реалистичными с точки зрения поглощающей способности экономики страны.

Разница между объемом потребностей в восстановлении и реконструкции и величиной ущерба и убытков не должна быть существенной. (Необходимо отметить, что величина потребностей в восстановлении и реконструкции не обязательно равна сумме ущерба и убытков — она может быть больше или меньше.)

На посткризисных конференциях доноры принимают решение о выделении средств на основании величины ущерба и убытков. Как правило, финансирование мероприятий по улучшению доступа, эффективности системы управления и мер по снижению рисков проходит по остаточному принципу.

Расчет стоимости реконструкции инфраструктуры руководствуется оценочной стоимостью ущерба и дополнительных затрат, связанных с повышением качества строительства, внедрением технологических инноваций и мер по снижению рисков.

Потребности в реконструкции = размер ущерба + стоимость (повышения качества + технологической модернизации + переезда, если существуют необходимость + мероприятий по СРСБ + величина инфляции)

Дополнительные расходы на повышение устойчивости инфраструктуры здравоохранения для защиты «от всех опасностей» зависят от исходных структурных характеристик зданий и от степени улучшения согласно новым строительным нормам и правилам, которые сформулированы в стратегии реконструкции после ЧС. Опыт показывает, что дополнительные затраты составляют от 10 до 35 процентов восстановительной стоимости. Инженеры-строители, знакомые со стандартами строительства устойчивых к ЧС сооружений, смогут определить точное значение. Если для снижения риска ЧС требуется перенос больницы или клиники в более безопасный район, необходимо учитывать дополнительные расходы на отвод земельных участков и обеспечение водоснабжения, канализации, электроснабжения и других коммунальных услуг. Кроме того, стратегия реконструкции может включать в себя оптимизацию сети здравоохранения с учетом возможного перемещения населения и в целях повышения эффективности работы. Это может потребовать дополнительных расходов или, наоборот, привести к экономии средств.

Следует также рассмотреть ряд мер по структурной модернизации больниц и медицинских учреждений. Таким образом неповрежденные или незначительно поврежденные объекты способны будут выдержать воздействие будущих ЧС и продолжать бесперебойно функционировать. Финансовые потребности оцениваются специализированными инженерами-строителями после согласования стандартов модернизации и минимальной степени устойчивости к ЧС — в частности, в случае землетрясения.

Безопасность объектов здравоохранения не ограничивается устойчивыми к ЧС зданиями. После ЧС здание должно не только продолжать стоять, но оставаться полностью функциональным как учреждение здравоохранения, и даже быть в состоянии справиться с растущим потоком пациентов. Комплексный план восстановления медицинского учреждения будет включать в себя не только обеспечение устойчивости

зданий к ЧС, но и повышение готовности к чрезвычайным ситуациям на уровне медицинского учреждения, включая планирование мер по ликвидации последствий и мобилизацию медицинских бригад быстрого реагирования, обучение персонала медицинских учреждений и проведение учений. Действия отдельных больниц должны быть интегрированы в национальную программу по обеспечению безопасности и разработке планов действий во время ЧС в учреждениях здравоохранения.

Ориентировочные рамки бюджета, необходимого для разработки национальной программы по созданию безопасных и подготовленных к ЧС больниц (не включая реализацию обширных структурных или неструктурных мероприятий), выглядят следующим образом:

Оценка риска, включая социально-экономическую оценку	\$50,000 - \$200,000
Оперативная оценка безопасности медицинских учреждений	\$50,000 - \$200,000 в год
Реализация национальной программы создания безопасных больниц	\$100,000 - \$500,000 в год
Обучение персонала и укрепление потенциала	\$30,000 - \$100,000 в год
ВСЕГО	\$230,000 - \$1 млн.

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Расходы на предоставление медицинских услуг во временных условиях, пока ремонтируются или восстанавливаются поврежденные объекты инфраструктуры (в некоторых случаях этот процесс занимает несколько лет), будь то использование палаточных больниц и клиник, арендованных помещений или мобильных бригад, должны быть тщательно оценены. Кроме того, финансирование требуется для возобновления работы необходимых услуг, решения таких важных вопросов, как доступ и качество, в условиях роста заболеваемости и снижения покупательной способности, поддержки системы управления и управленческого потенциала, а также управления рисками для здоровья.

Расходы на основные потребности в восстановлении определяются на основании величины ожидаемых изменений в потоках, которые не могут быть удовлетворены за счет государственного бюджета без негативных последствий для нормальной деятельности по развитию сектора.

**Потребности в восстановлении =
оценочная стоимость изменений в потоках за весь период
до полного завершения восстановления – сумма имеющихся
в государственном бюджете средств для этой цели**

Калькуляция инвестиций, связанных с восстановлением системы здравоохранения по принципу ЛЧБ, является более сложной задачей и должна учитывать упомянутые ранее соображения о реализации принципа ЛЧБ. В рамках плана восстановления зачастую нет необходимости или возможности для расчета детальной себестоимости или применения формул. С примерами мероприятий по восстановлению и реализации принципа ЛЧБ можно ознакомиться в Таблице 4 и **Приложении 2**. Для обоснования сметы расходов используется список допущений и расценок, в том числе для восстановления по принципу ЛЧБ (см. **Приложения 3 и 4**).

СТРУКТУРА ПЛАНА ВОССТАНОВЛЕНИЯ

В соответствии с руководством ОУУП по стратегии восстановления (томе А), план восстановления сектора формулируется в соответствии с ориентированной на результаты моделью, и, следовательно, включают:

1) приоритетные потребности; 2) необходимые мероприятия; 3) ожидаемые результаты; 4) расходы на восстановление; и 5) запланированные результаты. См. таблицу в **Приложении 10** для использования при составлении плана восстановления.

Готового рецепта для планирования восстановительных работ не существует. Предварительный анализ для планирования мер будет ограниченным, в основном, из-за нехватки времени. ОУУП может выявлять проблемы для дальнейшего изучения и анализа на более позднем этапе; только после тщательного изучения будут приниматься более конкретные меры в области политики и здравоохранения, поскольку отследить последствия таких мер на начальном этапе не представляется возможным. К таким вопросам относятся меры по оптимизации сети здравоохранения в связи с значительным перемещением населения, такие вопросы политики, как подготовка и распределение кадров, а также вопросы финансирования здравоохранения на фоне сократившейся платежеспособности. Возможные ответные меры в области политики здравоохранения должны основываться на анализе основных ограничений в системе здравоохранения (см.: *Руководство ВОЗ по анализу пострадавших секторов здравоохранения*, Модуль 12: Формулирование стратегии восстановления пострадавшего сектора здравоохранения, и Приложение 13, стр. 382-385). В Таблице 4 и **Приложении 2** содержатся примеры типичных кратко- и долгосрочных мер, основанных на опыте предыдущих ОУУП.

План реконструкции и восстановления для сектора здравоохранения в ОУУП должен соответствовать основным заголовкам, которые используются для описания последствий ЧС, а предусматриваемые планом мероприятия должны основываться на приоритете выявленных потребностей. Кроме того, необходимо добавить индикаторы ожидаемых и запланированных результатов.

МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ

ПАРТНЕРСТВО, КООРДИНАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ

Механизмы, необходимые для реализации стратегии восстановления здравоохранения, следуют принципам, которые обсуждаются в разделе 1.2. Управление стратегией восстановления здравоохранения должно проходить под началом Минздрава. В свою очередь, восстановление сектора здравоохранения является частью масштабной многосекторной кампании под руководством государственного органа, который получил соответствующий мандат.

В зависимости от механизмов финансирования, может потребоваться создание дополнительных структур управления — например, при создании многостороннего фонда восстановления (как это имело место после землетрясения на Гаити в 2010 году).

Механизмы реализации должны включать в себя районные и областные органы здравоохранения и должны обеспечивать связи с партнерами по развитию, которые могут использовать стратегию восстановления для обновления и ревизии своих национальных и региональных годовых планов работы в регионах, наиболее пострадавших от ЧС. При пересмотре и доработке районных планов здравоохранения потребности в восстановлении могут быть интегрированы для формулирования более подробных планов реализации, которые будут связывать восстановление с развитием с использованием восходящих бюджетов. В рамках этого процесса целесообразно расширить список участников консультаций и привлекать к участию местные органы здравоохранения и представителей населения.

В период ликвидации последствий масштабной ЧС помощь стране предлагают многочисленные гуманитарные организации по охране здоровья. В дополнение к поддержке мероприятий по спасению жизней, некоторые гуманитарные организации поддерживают мероприятия, направленные на скорейшее восстановление, и/или отдельные программы Минздрав по поддержке восстановления. Гуманитарные организации здравоохранения должны быть поставлены в известность об ОУУП; процесс и результаты ОУУП могут быть использованы в качестве руководства для интеграции мер по скорейшему восстановлению и гуманитарных программ в целях поддержки процесса восстановления.

МОНИТОРИНГ И АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Создание системы мониторинга – если возможно, на основе существующей информационной системы управления здравоохранением – позволит оценить прогресс и эффективность мероприятий по восстановлению. План мониторинга и анализа будет:

- сосредоточен на нескольких критических показателях;
- иметь четко определенную периодичность и сроки; и
- предпочтительно, реализовываться многопрофильной командой, состоящей из исследователей и экспертов по оценке.

В качестве примера такой системы мониторинга см. *Оценка воздействия мер по восстановлению после цунами и система мониторинга* (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/a91183.pdf>). Для мониторинга выделяются средства в размере, как правило, 5-10 процентов бюджета восстановления и реконструкции.

МЕХАНИЗМЫ МОБИЛИЗАЦИИ РЕСУРСОВ И ФИНАНСИРОВАНИЯ

Достижение консенсуса в отношении механизмов финансирования на этапе восстановления часто представляет собой непростую задачу. Решение об использовании тех или иных механизмов финансирования должно зависеть от обстановки и руководствоваться соображениями максимальной эффективности. На начальном этапе проходит обсуждение плюсов и минусов каждого предлагаемого механизма между национальным правительством и международными партнерами; в конечном итоге утверждается механизм, который приемлем для всех сторон. На выбор механизма финансирования значительное влияние оказывают оценка управления финансами, проводимая Всемирным банком, и конкретные предпочтения отдельных доноров. Результатом часто оказывается сочетание бюджетных и внебюджетных механизмов финансирования, в том числе консолидированные механизмы финансирования, такие как многосторонние целевые фонды по финансированию расходов на восстановление. Отобранные методы должны поддерживать руководящую роль Минздрава в сфере финансового управления. Необходимо ввести в действие соответствующие структуры для контроля за принятыми финансовыми обязательствами, фактическими выплатами и расходами.

ПРОБЛЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ПО ВОССТАНОВЛЕНИЮ СЕКТОРА

Ниже перечислены некоторые проблемы, которые необходимо учитывать при планировании и осуществлении восстановления.

- Внимание уделяется исключительно инфраструктуре и оказанию услуг в ущерб вспомогательными компонентами, без которых невозможен доступ к услугам.
- Попытка реализации амбициозных инвестиционных планов без всестороннего анализа имеющихся ресурсов и возможностей освоения предоставляемой помощи.
- Повторное воссоздание политических и социальных систем, которые стояли у истоков кризиса, или игнорирование основных факторов уязвимости и неравенства, которые могли способствовать воздействию ЧС.
- Если национальный потенциал по стратегическому планированию ослаблен, международные заинтересованные стороны могут продвигать политизированные решения или применять стандартные подходы, которые работали в других условиях, но могут оказаться неподходящими для данной страны.
- Работа в ограниченные и, зачастую, нереалистичные сроки, что приводит к недостаточному консультированию со всеми заинтересованными сторонами.
- Ненадежная и неполная информация всегда является серьезной проблемой в странах, где сложилась нестабильная обстановка.
- Риск изоляции процесса оценки и планирования восстановления без достаточной степени интеграции в процессы координации гуманитарной деятельности или без привязки к механизмам сотрудничества в области долгосрочного развития.
-

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ЭТАПЫ ПРОЦЕССА ОУУП ДЛЯ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В момент наступления ЧС:

- Начать сбор исходной информации: это может быть сделано внутри страны или удаленно (за пределами пострадавшей территории); начать заполнение аналитической матрицы соответствующими данными.
- Создать базу данных об уже существующих медицинских учреждениях.
- Начать собирать информацию о возможностях продолжения работы медицинских учреждений и причиненном ущербе.
- Начать собирать информацию о тенденциях заболеваний, ранее существовавших и вновь возникающих рисках для здоровья, уязвимых группах населения, а также мероприятиях по ликвидации последствий, проведенных для смягчения последствий ЧС для здоровья.
- Собрать соответствующие отчеты, характеризующие систему здравоохранения и эффективность ее работы до ЧС.
- Приготовиться к отправке эксперта (или экспертов) по восстановлению сектора здравоохранения с целью оказания помощи стране.

Когда поступает запрос на проведение ОУУП со стороны правительства:

- Правительство должно будет назначить координаторов в тех министерствах, секторы которых будут включены в ОУУП, в том числе координатора по вопросам восстановления в Минздраве.
- Эксперты по здравоохранению Всемирного банка, Европейского союза и Всемирной организации здравоохранения поддерживают связь с координатором в Министерстве здравоохранения. Создается руководящий комитет для наблюдения за процессом ОУУП и распределения полномочий.
- Подготовиться к тренингу по компоненту здоровья ОУУП в рамках стандартного одно- или двухдневного семинара, который формально инициирует ОУУП, и обучить представителей соответствующих заинтересованных сторон.
- Созвать встречу с партнерами по реализации проектов в сфере здравоохранения, определить главные заинтересованные стороны, которые могут посодействовать в оценке, и договориться о механизме взаимодействия в процессе планирования восстановления.
- Ознакомить представителей гуманитарного органа по координации здравоохранения с процессом и целями ОУУП, определить партнеров по гуманитарной помощи, включая доноров, заинтересованных и обладающих возможностями поддержки процесса (скорейшего) восстановления.
- Разработать график, в соответствии с установленными сроками ОУУП, включая:
 - выезды на места для проверки данных об ущербе;
 - семинары или дискуссии в фокус-группах с участием центральных и местных органов здравоохранения для обсуждения потребностей и ограничений функциональности системы здравоохранения, а также потребностей и приоритетов восстановительных работ;
 - регулярные заседания руководящего комитета;
 - периодическая совместная работа с другими секторами и над сквозными темами;
 - периодические встречи с координаторами гуманитарных мероприятий;
 - периодическая отчетность перед органом координации развития национального сектора здравоохранения; и
 - семинар для проверки чернового варианта отчета.
- Содействие Минздраву в подготовке к конференции доноров, если принято решение о проведении конференции.
- Проведение встреч с донорами и правительством в целях обеспечения надлежащего внимания сектору здравоохранения в стратегии восстановления.
- Включить Минздрав в состав руководящих структур для управления распределением средств для сектора здравоохранения и/или внутри сектора.
- Согласовать варианты финансирования и реализации, и создать систему мониторинга и анализа для восстановления системы здравоохранения, основанную на стратегии восстановления.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: АНАЛИТИЧЕСКАЯ МАТРИЦА, ОСНОВАННАЯ НА ОБЛАСТЯХ РЕАГИРОВАНИЯ И СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

	Докризисные исходные условия - основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Показатели здоровья	Общий коэффициент смертности; Коэффициент смертности среди детей в возрасте до 5 лет; Инвалидность Относительный показатель смертности Продолжительность жизни (среди мужчин и женщин) Структура заболеваемости	Увеличение числа смертей в результате непосредственного воздействия ЧС Новые риски для здоровья (на-пример, потенциальные вспышки заболеваний или перебои с предоставлением услуг по уходу с хроническими заболеваниями) Влияние на ЦРТ, связанные со здоровьем	Для определения приоритетности медико-санитарных мероприятий и их корректировки по мере изменения структуры заболеваемости устанавливаются пять ведущих причин смертности и заболеваемости Надлежащее обращение с телами умерших (см. «Обращение с останками после бедствий. Полевое руководство для лиц, принимающих первые меры по ликвидации последствий ЧС», ПАОЗ, ВОЗ, МККК и МФКК, 2006)	Реабилитация инвалидов
Предоставление услуг 1: Организация и управление (включая инфраструктуру, оборудование и транспорт)	База данных медицинских учреждений (например, оценка наличия и уровня услуг) Наличие функциональной круглосуточной системы выдачи направлений между разными уровнями медицинской помощи Средняя численность населения с доступом к услугам функционирующего медицинского учреждения – по типам медицинских учреждений и административно-территориальным единицам Количество больничных коек на 10 000 населения – по административно-территориальным единицам Количество амбулаторных консультаций на одного человека в год по административно-территориальным единицам	Наличие ресурсов и услуг здравоохранения: Поврежденные/разрушенные объекты здравоохранения, включая оборудование, инвентарь и медицинские карты Оценка ущерба и убытков Оценить затраты на реконструкцию по типу и масштабу разрушений (S) Влияние на транспорт, логистику поставок и выдачу направлений между различными уровнями медицинской помощи, включая каналы связи, состояние дорожной сети и т.д. Уничтоженные запасы донорской крови	Воссоздать или организовать заново предоставление услуг из основного пакета: стоимость из расчета на одно обращение/на душу населения в год При необходимости, создать временные медицинские пункты и развернуть медицинские бригады при поддержке со стороны международных организаций Оказывать поддержку медицинским учреждениям в тех районах, куда было перемещено большое количество жителей из пострадавших районов (ВПЛ)	Поддержка процесса децентрализации, если он является частью национальной политики здравоохранения Поддержка руководства медицинских учреждений Ремонт медицинских учреждений Замена поврежденного медицинского оборудования (на основе концепции безопасных больниц) Замена инвентаря Переезд на новое место Восстановление запасов донорской крови

	Докризисные исходные условия – основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Предоставление услуг 1: Организация и управление (включая инфраструктуру, оборудование и транспорт)	<p>Количество консультаций на одного врача в день по административно-территориальным единицам</p> <p>Расходы на одно обращение (лечение, транспортировка и т.д.)</p> <p>Расходы на проведение информационных кампаний</p> <p>Средний доход на одного пациента</p> <p>Относительный показатель смертности</p> <p>Количество и % учреждений здравоохранения, соответствующих базовым стандартам качества обслуживания</p> <p>Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих базовые услуги по неотложной акушерской помощи (НАП)/на 500 000 населения – по административно-территориальным единицам</p> <p>Количество медицинских учреждений с комплексной НАП/на 500 000 населения – по административно-территориальным единицам</p> <p>Процент медицинских учреждений, предлагающих клиническую помощь жертвам изнасилования, включая экстренную контрацепцию и постконтактную профилактику (ПКП)</p> <p>Процент родов, принимаемых квалифицированными акушером</p>	<p>Погибшие, раненые или вынужденно перемещенные среди медперсонала</p> <p>Увеличение спроса на медицинские услуги на территории регионов, не пострадавших от ЧС, в связи с перемещением населения</p>	<p>Временные медпункты для лечения травм и/или медицинской эвакуации</p> <p>(Временно) увеличить охват выездными услугами</p> <p>Иметь в наличии запас медицинских материалов и создать дополнительные медицинские бригады; создание полупостоянных структур, мобильных медицинских подразделений</p>	<p>Анализ сети учреждений здравоохранения и, по мере необходимости, оптимизация количества, видов и расположения медицинских учреждений</p>
Здоровье ребенка	<p>Уровень смертности среди детей в возрасте до пяти лет</p> <p>Уровень младенческой смертности</p> <p>% детей в возрасте 1 года, привитых от кори (и оценка охвата вакцинацией детей в возрасте от 6 месяцев до 15 лет)</p> <p>Охват вакцинацией АКДС детей в возрасте до 1 года – по административно-территориальным единицам</p>	<p>Рост детской смертности/смертности среди детей в возрасте до пяти лет/ младенческой смертности</p> <p>Остановка программы вакцинации</p> <p>Рост случаев недоедания/болезней среди уязвимых детей</p>	<p>Общее количество случаев инфекций дыхательных путей + стоимость лечения каждого случая</p> <p>Общее количество случаев диареи в возрасте до 5 лет + стоимость лечения одного случая</p> <p>Кампании массовой вакцинации от кори (в сочетании с обеспечением витамином А, надкороватными сетками, дегельминтизацией и т.п.)</p>	<p>Организовать (возобновить) кампании по вакцинации</p> <p>Проведение в школах, дважды в год, кампаний по дегельминтизации</p> <p>Расширение масштабов комплексного лечения детских болезней как одного из важнейших пакетов медицинских услуг, в том числе для укрепления сообщества</p>

Предоставление услуг 2: Области реагирования в секторе здравоохранения

	Докризисные исходные условия – основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Здоровье ребенка	<p>Количество пациентов в центрах лечебного кормления и участники программ дополнительного питания (возраст/пол)</p> <p>Процент/число детей в возрасте до пяти лет с острым недоеданием и тяжелыми случаями острого недоедания, выявленными в амбулаторном/ стационарном отделении</p> <p>Доля детей в возрасте до пяти лет с недостатком веса</p> <p>Доля населения с потреблением калорий в рационе ниже минимального уровня</p> <p>Распространенность острого недоедания + тяжелые случаи острого недоедания</p> <p>Уровень продовольственной безопасности на базе Интегрированной системы классификации этапов продовольственной безопасности</p>	<p>Нехватка продовольствия, отсутствие доступа к продуктам питания для уязвимых групп населения, сокращение разнообразия диет</p> <p>Изменения в практике грудного вскармливания в результате ЧС</p> <p>Лечение недоедания в результате ЧС</p> <p>Повышенный риск недоедания (женщины, дети и пожилые люди)</p>	<p>Базовый уход за новорожденным после родов в медицинских учреждениях – см. Минимальный базовый пакет услуг для НАП</p> <p>Включить витамин А, цинк, железо и фолиевую кислоту в текущие кампании по иммунизации</p> <p>Проверка на предмет недоедания в медицинских учреждениях и среди населения</p> <p>Программы дополнительного и лечебного питания</p> <p>Лечение осложнений у недоношенных детей</p>	<p>Наблюдение за ростом и весом</p> <p>Программы питания в рамках комплексного лечения детских болезней</p>
Инфекционные заболевания	<p>Количество или коэффициенты заболеваемости по отдельным заболеваниям, которые встречаются в данном регионе – по полу и возрасту (холера, корь, острый менингит, геморрагическая лихорадка, паразитарные и другие заболевания)</p> <p>Коэффициент смертности от наиболее распространенных заболеваний</p> <p>Заболеваемость, распространенность, летальность и смертность от туберкулеза</p> <p>Количество и процент заболеваний туберкулезом, диагностированных и излеченных в рамках краткосрочного курса химиотерапии при непосредственном наблюдении</p> <p>Заболеваемость малярией и вероятность летального исхода</p>	<p>Рост случаев заболеваний и летальных исходов, возможные вспышки заболеваний</p> <p>Остановка лечения пациентов, проходящих антиретровирусную терапию (в том числе, для профилактики передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку (ПМР)) а также краткого курса химиотерапии для лечения туберкулеза</p> <p>Повышенный риск передачи ВИЧ; повышенный риск заболевания малярией (возросшая подверженность из-за потери крови, отсутствия надкороватных сеток и т.д.)</p> <p>Общее количество случаев брюшного тифа/лихорадки + стоимость лечения каждого случая</p>	<p>Борьба с повышенной заболеваемостью</p> <p>Массовая вакцинация в условиях эпидемии (эпидемия желтой лихорадки, эпидемия менингита, корь)</p> <p>Эпидемиологический надзор</p> <p>Отслеживание и лечение состоящих на учете больных туберкулезом</p> <p>Обеспечить надлежащие меры профилактики ВИЧ</p> <p>Отслеживание и предоставление препаратов лицам, ранее прошедшим курс лечения, включая ППМР</p>	<p>Пропаганда здорового образа жизни</p> <p>Восстановить или создать заново комплексную программу борьбы с ТБ, малярией и ВИЧ</p> <p>Профилактические кампании вакцинации в зонах риска (желтая лихорадка, менингит)</p> <p>Дальнейшая интеграция программ с другими службами по вертикали</p>

	Доказательные исходные условия - основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Инфекционные заболевания	<p>Доля детей в возрасте до 5 лет, спящих под обработанными инсектицидами надкроватными москитными сетками</p> <p>Доля детей с высокой температурой в возрасте до 5 лет, получающих соответствующие противомаларийные препараты</p> <p>Распространенность ВИЧ среди населения в возрасте 15-24 лет</p> <p>Кол-во пациентов, проходящих антиретровирусную терапию</p> <p>Использование презервативов в момент последнего сексуального контакта с повышенным риском</p> <p>Доля населения в возрасте 15-24 лет, обладающего достоверными знаниями о ВИЧ/СПИД</p> <p>Сравнительная посещаемость школ среди сирот и детей с родителями в возрасте 10-14 лет</p> <p>Доля населения, находящегося на прогрессирующей (поздней) стадии заболевания ВИЧ и имеющего доступ к антиретровирусным препаратам</p>	<p>Общее количество случаев диареи + стоимость лечения каждого случая</p> <p>Общее количество случаев малярии/денге + затраты (из расчета на каждый случай) на профилактику заболеваний и контроль за вспышками заболеваний</p>	<p>Массовое распространение надкроватных сеток</p> <p>Борьба с переносчиками инфекции (в местах массового скопления людей)</p> <p>Соблюдение стандартных мер предосторожности (распределение наборов гигиены, предоставление дезинфицирующих средств и безопасных коробов для утилизации шприцев, игл и др.)</p>	<p>Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению</p>
Сексуальное и репродуктивное здоровье	<p>Процент родов, принятых квалифицированными специалистами</p> <p>Процент прогнозируемых родов с помощью кесарева сечения по административно-территориальным единицам</p> <p>Количество или частота случаев сексуального насилия (по полу и возрасту)</p> <p>Коэффициент материнской смертности; Коэффициент рождаемости</p> <p>Показатель распространенности использования противозачаточных средств</p> <p>Коэффициент подростковой рождаемости</p> <p>Охват дорожным обслуживанием (минимум одно посещение или минимум четыре посещения)</p> <p>Неудовлетворенные потребности в области планирования семьи</p>	<p>Повышенный риск материнской и младенческой смертности</p> <p>Повышенный риск сексуальных и иных форм гендерного насилия</p> <p>Нарушение доступа к услугам по планированию семьи</p> <p>Нарушение схем приема лекарств для ППМР у больных ВИЧ + беременных женщин</p>	<p>Обеспечить предоставление услуг в области репродуктивного здоровья, гарантирующих наличие минимального комплекса начальных мер (МКНМ), и дальнейшее расширение спектра услуг</p> <p>Клиническое оказание услуг для жертв изнасилований и НАП (начальная и полная)</p> <p>Услуги по финансовой поддержке материнства: бесплатные роды, НАП и наблюдение в послеродовом периоде</p>	<p>Обеспечить устойчивое предоставление МКНМ а также обеспечить необходимый минимум для МКНМ, включая НАП</p> <p>Интеграция мероприятий, включая дорожное наблюдение, ППМР, питание и иммунизацию</p> <p>Укрепление национальной программы планирования семьи</p>

	Доказательные исходные условия - основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Неинфекционные заболевания	<p>Распространенность гипертонии и диабета, психическое здоровье, почечная недостаточность</p>	<p>Прерывание лечения</p> <p>Пациенты, утратившие возможность лечения гипертонии и диабета, прохождения диализа</p> <p>Ухудшение состояния больных диабетом и гипертонией после ЧС из-за изменений в диете и стресса</p>	<p>Обеспечить непрерывность лечения хронических заболеваний</p> <p>Отслеживание случаев заболевания пациентов с гипертонией, диабетом и/или нуждающихся в психиатрическом наблюдении, диализе</p>	<p>Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению</p> <p>Создать (восстановить) базу данных находящихся на лечении пациенты</p> <p>Усилить домашний уход за пациентами с хроническими заболеваниями (инфекционными и неинфекционными)</p>
Травмы	<p>Процент населения с тяжелым или критическим нарушением функционирования</p>	<p>Потенциально большое количество травм</p> <p>Увеличение числа людей с ограниченными возможностями</p> <p>Необработанные и инфицированные раны являются серьезной угрозой здоровью населения; риски столбняка</p>	<p>Лечение травм во избежание инвалидности</p> <p>Общее количество случаев травм и расхождений на каждый пролеченный случай</p> <p>Полевые госпитали, хирургия и базовые НАП</p> <p>Создать механизм направления пациентов, включая отправку пациентов за пределы страны</p> <p>Кампании по вакцинации</p> <p>Должны включать прививку от столбняка</p> <p>Послеампутационный уход должен осуществляться на уровне первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению</p> <p>Реабилитация лиц с ограниченными возможностями</p> <p>Расширение спектра услуг по протезированию и реабилитации</p> <p>Новая система здравоохранения должна обеспечить должный уход за инвалидами</p>
Психическое здоровье и психосоциальная поддержка	<p>% населения с тяжелыми или чрезвычайноными расстройствами функционирования</p> <p>Тяжелое расстройство (например, психоз, тяжелая депрессия, тяжелая форма тревожного расстройства): 2-3%</p> <p>Мягкое или умеренное психическое расстройство (например, легкие и умеренные формы депрессии и тревожных расстройств, включая легкое и умеренное посттравматическое стрессовое расстройство ПТСР): 10%</p>	<p>Прерывание лечения психических заболеваний</p> <p>Снижение функциональности</p> <p>Распространенность тяжелых психических расстройств увеличивается, в среднем, на 1%</p> <p>Показатели слабых или умеренных психических расстройств увеличиваются, в среднем, на 5-10%</p> <p>Мягкие или умеренные расстройства: 15-20%</p>	<p>Стимулировать самопомощь и социальную поддержку в сообществе</p> <p>Обеспечить доступ к первой психологической помощи для людей с острыми состояниями</p> <p>Обеспечить непрерывность лечения, наблюдение за новыми и ранее существовавшими тяжелыми психическими расстройствами в системе общего здравоохранения</p>	<p>Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению</p> <p>Инициировать разработку устойчивой системы психического здоровья населения;</p> <p>создавать долгосрочные, базовые, устойчивые службы по наблюдению за психическим здоровьем населения в регионах, пострадавших от чрезвычайных ситуаций</p>

	Доказанные исходные условия - основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Психическое здоровье и психосоциальная поддержка	<p>% населения, которые имеют в своем распоряжении менее 15 литров воды в день</p> <p>% населения городов/ сельских районов, имеющего доступ к улучшенным источникам водоснабжения и санитарии, с разбивкой по полу</p> <p>Расстояние до ближайшего источника воды – по полу и возрасту</p> <p>Расстояние до санитарных удобств – с разбивкой по полу и возрасту</p> <p>Возможности Минздрава по управлению рисками бедствий и чрезвычайных ситуаций</p> <p>Наличие документа стратегии обеспечения готовности и реагирования (ликвидации последствий ЧС) в секторе здравоохранения, связанного с национальными потребностями и приоритетами, в который включена роль ведущих и партнерских агентств</p> <p>Наличие действующего координационного механизма на центральном и региональном уровнях в секторе здравоохранения и сквозных темах (УРСБ и развитие сектора здравоохранения)</p>	<p>Уничтожение источников чистой воды</p> <p>Опасности для здоровья, связанные со сточными водами и ухудшением качества воды</p>	<p>Обеспечивать безопасность, удовлетворять основные потребности и защищать права пациентов психиатрических больниц + стоимость лечения каждого случая</p>	<p>В регионах, не имеющих психиатрических стационаров, планы для новых больниц общего профиля в рамках инвестиций в восстановление сектора здравоохранения должны включать в себя создание укомплектованного стационарного отделения неотложной психиатрической помощи</p> <p>Включить психическое здоровье в учебный план и план подготовки персонала служб первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Восстановление питьевого водоснабжения для предотвращения дальнейшего распространения заболеваний, передающихся через воду</p> <p>Восстановление системы удаления сточных вод и твердых отходов</p> <p>Планирование восстановления связи для координации с партнерами по развитию (общественный кластер здравоохранения – государство)</p> <p>Обеспечить соблюдение международных участниками национальной политики и руководящих принципов</p> <p>Обеспечение/поощрение национальной ответственности</p>
Влияние окружающей среды			<p>Сокращение национальной потребности по ликвидации последствий ЧС</p> <p>Многочисленные заинтересованные стороны, а также новые участники усиливают координацию в сфере здравоохранения</p> <p>Правительства могут направлять техническую помощь/экспертов для укрепления функций Минздрава в долгосрочной перспективе</p>	
Руководство и система управления				

	Доказанные исходные условия - основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Руководство и система управления	<p>Политика и руководящие принципы в секторе здравоохранения; стандартные операционные процедуры ликвидации последствий; надзор и регулирование; потенциал управления</p>	<p>Инфраструктура и возможности управления Минздрава скомпрометированы (потеря человеческих ресурсов, повреждение инфраструктуры и оборудования)</p> <p>ОУУП/Стратегия восстановления как возможность задавать направление для новых инвестиций в ближайшие 6-18 месяцев</p>		<p>Интеграция СРСБ и управления рисками бедствий в стратегии здравоохранения</p> <p>Стратегии и планы обеспечения готовности: выявление факторов риска, уязвимости и потенциала,</p> <p>Системы раннего оповещения о рисках, меры по снижению установленных рисков ЧС, программы информирования о рисках и образовательные программы, посвященные рискам стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций, программы предупреждения и предотвращения рисков, и программы обеспечения готовности</p> <p>Замена и повторный набор сотрудников, укрепление кадрового резерва</p> <p>Реконструкция и повторное открытие учебных помещений</p> <p>Адаптировать учебные программы с учетом новых актуальных вопросов</p> <p>Перераспределение обязанностей</p> <p>Усиление потенциала в области оказания первой помощи, обеспечения готовности к бедствиям, реагирования и восстановления</p>
Сотрудники системы здравоохранения	<p>Национальная кадровая политика и инвестиционные планы; кадровые нормы, стандарты и данные о человеческих ресурсах; распределение и компетенция работников здравоохранения</p> <p>Инфраструктура для обучения/подготовки человеческих ресурсов для сектора здравоохранения и обеспечения его потенциала</p> <p>Механизмы надзора</p> <p>Численность кадровых ресурсов здравоохранения (врач, медсестра, акушерка) на 10 000 человек населения – по административно-территориальным единицам (в разбивке по полу)</p> <p>Кол-во медико-санитарных работников на уровне сообщества на 10 000 человек населения по административно-территориальным единицам</p> <p>Ежегодное количество выпускников с медицинскими профессиями в образовательных учреждениях на 100 000 человек населения – по уровню образования и специализации</p>	<p>Сокращение рабочей силы – медицинский персонал, пострадавший от стихийного бедствия – перемещенные лица, члены семей, за которыми требуется уход, и т.д.</p> <p>Число оставшихся работников здравоохранения (врач, медсестра, акушерка) на 10 000 населения по административно-территориальным единицам (в разбивке по полу); изменения в распределении работников системы здравоохранения в результате перемещения</p> <p>Ущерб, причиненный учебным заведениям по подготовке медицинских работников; количество пострадавших учебных заведений</p> <p>Ущерб, причиненный институтам здравоохранения и исследовательским учреждениям; воздействие на возможности учебных учреждений</p>	<p>Замена и повторный набор сотрудников, укрепление кадрового резерва</p> <p>Материальные стимулы для мотивации работников здравоохранения</p> <p>Обучение и развешивание сотрудников для работы с населением (с соблюдением половозрастного баланса)</p>	

	Доказательные исходные условия - основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Информационные системы	Национальные руководящие принципы и формы для информационных систем и систем по сбору данных на базе объектов здравоохранения и среди населения Количество учреждений здравоохранения, регулярно собирающих и передающих актуальные данные	Выход из строя информационной системы и негативное влияние на анализ для принятия решений	Укрепление системы раннего оповещения, включая эпидемиологический надзор Координация сбора и анализа информации всеми партнерами	Создать (восстановить) систему информации и отчетности в здравоохранении по полу и возрасту (в зависимости от обстоятельств) Оценка рисков, включая опасности, уязвимости и существующий потенциал
Финансирование	Национальная политика финансирования здравоохранения Существование договоренности об отмене взносов пациентов для тех, кто не в состоянии заплатить Инструменты и данные о расходах на здравоохранение (национальные счета здравоохранения) Калькуляция себестоимости услуг; финансовые барьеры, препятствующие доступу к услугам; платежеспособность, неподъемное бремя расходов на медицинские услуги Внешние ресурсы для здравоохранения в процентном отношении к частным расходам на здравоохранение Общие расходы на здравоохранение на душу населения по среднему обмену курсу Государственные расходы на душу населения на душу населения по среднему обмену курсу (в долларах США) % собственных средств пациента в сумме частных расходов на здравоохранение	Дальнейшая потеря источников существования и снижение возможности оплачивать медицинские услуги Возросшая зависимость от внешнего финансирования Потеря доходов в результате прекращения работы медицинских учреждений и временной отмены приема оплаты с пациентов Увеличение расходов на лечение, в том числе из-за увеличения спроса Увеличение расходов на транспорт и т.д.	Обеспечить бесплатное предоставление медицинских услуг и обеспечение основными лекарственными средствами по месту оказания услуг в государственных и частных некоммерческих учреждениях как минимум на три месяца с возможностью продления Примечание: необходимо также рассмотреть возможность предоставления бесплатных медикаментов частному сектору – в частности, если представители частного сектора согласятся снизить или отменить плату за услуги	Иметь все необходимое для анализа, каким образом отмены платы повлияет на качество и доступ Создать механизм для компенсации потерь доходов – в частности, для частных некоммерческих организаций, которые работают на основе схем возмещения затрат Создание фонда социальной солидарности или чрезвычайного фонда для финансирования расходов на закупку услуг Средне-долгосрочная реформа системы финансирования, рассматривающая различные варианты (смешанных) механизмов предоплаты, которые включают в себя адекватную социальную защиту здоровья, и которые охватывают все группы поставщиков медицинских услуг
Медицинские товары и технологии	Доступ к основным медицинским товарам, вакцинам и технологиям, гарантированное качество, безопасность, эффективность, нормы, стандарты Существование перечня основных лекарственных средств, который удовлетворяет приоритетные потребности населения в медико-санитарной помощи, и который соответствует уровню квалификации работников здравоохранения	Прекращение работы поставщиков и медицинской логистики Ущерб, причиненный фармацевтическим фабрикам, аптекам, складам, оборудованию и запасам (неадекватные) пожертвования лекарств	Предоставление наборов, медикаментов и медицинских материалов; Замена аптек и жизненно необходимых лекарств Утверждение поставщиками услуг национального списка основных лекарств	Закупка лекарств, оборудования и материалов для безопасных родов, медицинского оборудования и генераторов Восстановление холодильной цепи для обеспечения надлежащих условий хранения и транспортировки

	Доказательные исходные условия - основные показатели	Воздействие ЧС - основные проблемы	Предполагаемые гуманитарные мероприятия	Предполагаемые меры по (скорейшему) восстановлению
Медицинские товары и технологии	Национальная фармацевтическая инфраструктура – производственные мощности и сеть аптек Цепочки закупок и поставок; гарантия качества; руководящие принципы пожертвования лекарств; транспорт и логистика для сектора здравоохранения; склады; надлежащие условия транспортировки и хранения % объектов здравоохранения, у которых нет запасов препаратов, включенных в перечень из четырех групп основных лекарственных средств по административно-территориальным единицам	Примечание: необходимо учитывать влияние на частные аптеки в результате безвозмездного предоставления медикаментов, возможное увеличение объемов продаж контрафактных лекарств, рост использования традиционных средств, в том числе из-за нехватки финансовых ресурсов	Наличие бесплатных медикаментов на чрезвычайном этапе (в первые три месяца после ЧС с возможностью продления) Отмена таможенных сборов за поставки медикаментов гуманитарными партнерами	Обеспечить доступ к основным лекарственным средствам в рамках новых механизмов финансирования (включая создание фонда социальной солидарности или чрезвычайного фонда для финансирования закупок услуг и основных лекарственных средств)

ПРИЛОЖЕНИЕ 3: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ПО БАЗОВЫМ РАСХОДАМ НА ИНФРАСТРУКТУРУ ДЛЯ ОЦЕНКИ УЩЕРБА (ПРИМЕР)

Базовые расходы на инфраструктуру и материальную базу для оценки стоимости ущерба в секторе здравоохранения

Учреждение здравоохранения	Тип учреждения * дня	Кол-во единиц	Стоимость замены, Долл. США	Мебель, Долл. США **	Оборудование *** , Долл. США	Медицинские материалы, Долл. США ****	Собственность	
							Государственная	Частная
Полное разрушение								
	1							
	2							
	3							
Частичный ущерб								
	1							
	2							
	3							
Итого								

Источники:

* Определите каждый тип учреждения

** Определите используемую в центре мебель, используя стандартные комплекты и их стоимость по каждому типу медицинских учреждений

*** Определите оборудование, используя стандартные комплекты и их стоимость по каждому типу медицинских учреждений

**** Определите расходные материалы медицинского назначения, используя стандартные списки медицинских принадлежностей и запасов материалов по каждому типу медицинских учреждений

ПРИЛОЖЕНИЕ 4: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ПО БАЗОВЫМ РАСХОДАМ ДЛЯ ОЦЕНКИ УБЫТКОВ (ПРИМЕР)

Базовые расходы для оценки убытков в секторе здравоохранения		Допущения	Оценочная стоимость, долл. США	Собственность Государственная Частная
Компонент	Статья расходов			
Инфраструктура	Снос и разбор завалов	Средние затраты на снос и удаление обломков по каждому типу медицинских учреждений		
	Временные медицинские учреждения	Расходы на палатки или другие временные объекты инфраструктуры для быстрой помощи и других медицинских учреждений (как для замены поврежденной инфраструктуры, так и для создания дополнительной инфраструктуры в местах скопления ВПЛ)		
Предоставление услуг и доступ к ним	Затраты на временное увеличение объема медико-санитарной помощи	Средняя стоимость аренды временных помещений		
		Транспортировка пострадавших в другие учреждения и средние затраты на одного пациента		
		Оплата сверхурочного труда сотрудников		
		Использование материалов медицинского назначения сверх нормы		
		Затраты на одного пациента по оказанию медицинской и психологической помощи в средне-долгосрочной перспективе		
		Средние затраты на пациента из числа дополнительно обратившихся за помощью в связи с ЧС		
		Продолжительность периода повышенного спроса на медицинские услуги и оценочное количество дополнительных пациентов в месяц		
Затраты, связанные с потерей доходов		Средняя величина убытков на одного пациента, по которому медицинские учреждения недополучили доход, или размер неуплаченных взносов на медицинское страхование		
		Период времени недополучили доход		

Управление	Расходы на дополнительные потребности в координации и управлении рисками стихийных бедствий	Средние затраты – из расчета на одну административную единицу на территории пострадавших районов – на персонал и другие ресурсы, необходимые для управления процессом ликвидации последствий и восстановления, включая участие сообщества			
	Риски	Расходы на реагирование на стихийные бедствия и управление восстановлением на национальном уровне Расходы систем раннего оповещения и наблюдения для выявления роста заболеваемости, и других временных информационных систем здравоохранения, связанных с чрезвычайными ситуациями (по каждой административной единице и/или стандартной численности целевого населения) Расходы на пропаганду здорового образа жизни и кампании по повышению информированности обществу (по каждой административной единице и/или стандартной численности целевого населения) Затраты на контроль возможных вспышек заболеваний, включая, например, кампании по вакцинации (по каждому заболеванию из расчета на одну административную единицу и/или стандартную численность целевого населения) Затраты на борьбу с переносчиками инфекций (по каждому мероприятию из расчета на одну административную единицу и/или стандартную численность целевого населения)			

ПРИЛОЖЕНИЕ 5: ФОРМА ДЛЯ СБОРА ДАННЫХ ПО РАЙОНАМ (ПРИМЕР)

Сектор: Здравоохранение

Область: добавить название области (провинции)

Район: добавить название района

Данные предоставлены: добавить имя сотрудника

Данные предоставлены: добавить дату

Тип учреждения	Базовое кол-во	Кол-во (и %) инфраструктур	Мебель**	Оборудование***		Расходные материалы	Собственность (кол-во или %)	
				полностью разрушено	частично повреждено		Государственная	Частная
Больница								
Оздоровительный центр								
Поликлиника								
Банк крови								
Диспансер								
Лаборатория								
Передвижной медицинский пункт и т.д.	3							
Всего								

Оценка убытков

Продолжительность восстановительного периода в месяцах
Стоимость сноса объектов и удаления обломков
Рост расходов на лечение пострадавших *
Снижение доходов в связи со снижением числа платных пациентов
Число пациентов до ЧС:
Число пациентов после ЧС:
Разница:
Средняя стоимость лечения одного пациента:
Недополученный доход:
Продолжительность повышенного уровня заболеваемости и/или вспышек заболеваний:

Стоимость наблюдения и раннего предупреждения:
Стоимость кампаний по популяризации здоровья:
Стоимость борьбы с переносчиками инфекций:
Стоимость профилактики (вакцинация и т.д.):
Более высокие расходы в связи с увеличением нагрузки:
Заболеваемость до ЧС, кол-во
Заболеваемость после ЧС, кол-во
Повышение уровня заболеваемости, кол-во
Стоимость лечения из расчета на одного человека
Общая расчетная стоимость

ПРИЛОЖЕНИЕ 6: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ДЛЯ ОЦЕНКИ УЩЕРБА И УБЫТКОВ (ПРИМЕР)

		Ущерб, млн. долл. США		Убытки, млн. долл. США	
		Ущерб	Убытки	Собственность	Собственность
				Госуд.	Частная
	Оценка ущерба				
Инфраструктура и материальная база					
	а) Полностью разрушенные объекты		Больницы		
			Поликлиники		
			Другое		
	б) Частично разрушенные объекты		Больницы		
			Поликлиники		
			Другое		
	с) Оборудование				
	д) Инвентарь				
	е) Уничтоженные лекарства и расходные материалы				
	ф) Прочее уничтоженное имущество				
	г) Итого сумма ущерба, млн. долл. США				
	Оценка убытков				
Инфраструктура	Стоимость сноса объектов и удаления обломков		Больницы		
	Создание временных медицинских учреждений		Поликлиники		
	Аренда временного помещения для медицинского учреждения		Другое		

	Ущерб, млн. долл. США	Ущерб, млн. долл. США		Убытки, млн. долл. США					
		Собственность		Собственность					
		Ущерб	Убытки	Госуд.	Частная	Госуд.	Частная		
Предоставление услуг и доступ к ним	Продолжительность периода реконструкции, в месяцах								
	Рост расходов на лечение пострадавших*								
	Увеличение расходов на пациентов, направляемых в другие учреждения **								
	Сокращение доходов из-за временного прекращения платных приемов пациентов в поврежденных/нефункциональных учреждениях	Количество платных больных до ЧС							
		Количество платных больных после ЧС							
		Разница							
		Средняя стоимость лечения на одного пациента, в долл. США/чел.							
		Потеря дохода							
	Более высокие расходы в связи с увеличившейся общей нагрузкой	Общее количество пациентов в месяц до ЧС							
		Общее количество пациентов в месяц после ЧС							
		Разница							
		Средняя стоимость лечения одного пациента							
		Увеличение расходов							

	Ущерб, млн. долл. США	Ущерб, млн. долл. США		Убытки, млн. долл. США					
		Собственность		Собственность					
		Ущерб	Убытки	Госуд.	Частная	Госуд.	Частная		
	Снижение доходов в случае временного отказа от приема платы за пользование услугами или сокращения возможностей населения уплачивать взносы на страхование здоровья								
Управление	Расходы на дополнительные потребности в координации и управлении стихийными бедствиями	Средние затраты – из расчета на одну административную единицу на территории пострадавших районов – на дополнительный персонал и другие ресурсы, необходимые для управления процессом ликвидации последствий и восстановления, включая участие сообщества							
		Расходы на ликвидацию последствий и управление восстановлением на национальном уровне, млн. долл. США							
		Расходы на системы раннего оповещения и диагностики для выявления роста заболеваемости, и других временных информационных систем здравоохранения, связанных с чрезвычайными ситуациями, млн. долл. США							
Риски	Повышение расходов на смягчение рисков, связанных с ЧС	Продолжительность периода повышенного риска вспышки заболеваний							
		Стоимость кампаний, направленных на укрепление здоровья, млн. долл. США							

ПРИЛОЖЕНИЕ 8: МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ БЕЗОПАСНОЙ РАБОТЫ БОЛЬНИЦ (ПРИМЕРЫ)

- Разработка комплексной национальной политики, а также конкретных норм по обеспечению безопасности зданий и повышению готовности медицинских учреждений и работников здравоохранения к чрезвычайным ситуациям.
- Координация программ, связанных с безопасностью медицинских учреждений и готовностью к чрезвычайным ситуациям в Министерстве здравоохранения, других учреждениях здравоохранения, аварийно-спасательных службах и организациях по защите гражданского населения, а также в других секторах, таких как водоснабжение, энергетика, транспорт и коммуникации.
- Обязательный учет результатов оценки угроз и уязвимостей во всех новых проектах и планах развития медицинских учреждений.
- Оценка существующих медицинских учреждений для определения приоритетных шагов по модернизации и других мероприятий (например, с использованием Индекса безопасности больниц).
- Внедрение независимых механизмов для надзора и контроля за инфраструктурными проектами — например, посредством привлечения квалифицированных специалистов для работы с проектной командой.
- Разработка и применение всестороннего и комплексного подхода к проектированию, включая планирование землепользования, архитектурное проектирование, а также стандарты строительных норм для возведения и текущего обслуживания учреждений здравоохранения.
- Обучение и продвижение передового опыта для:
 - оценки и обеспечения безопасности медицинских учреждений до и после ЧС, включая структурную, неструктурную и функциональную безопасность;
 - программы готовности к чрезвычайным ситуациям в медицинских учреждениях;
 - многозадачности среди персонала, включая базовые навыки первой медицинской помощи и хирургического вмешательства;
 - проектирование безопасных и устойчивых медицинских учреждений в безопасных местах;
 - модернизация и реконструкция существующих уязвимых объектов;
 - безопасные условия труда для работников здравоохранения;
- Безопасная инфраструктура для медицинских учреждений, включая бесперебойное энергоснабжение, водоснабжение и вывоз отходов, а также с обеспечением лекарственными препаратами и расходными материалами во время чрезвычайной ситуации.
- Разработка и проведение учебных программ по вопросам безопасности и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в высших учебных заведениях и курсах повышения квалификации для специалистов в области строительства, здравоохранения и других секторов.
- Изучение практических примеров и продвижение передовой практики в области безопасности и обеспечения готовности медицинских учреждений к чрезвычайным ситуациям

ПРИЛОЖЕНИЕ 9: МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКА ЧС И ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОТОВНОСТИ (ПРИМЕРЫ)

- Интеграция планов действия по время ЧС в законодательство, политику и планы развития страны.
- Многопрофильный отдел Минздрава, обладающий полномочиями, потенциалом и ресурсами для обеспечения координации действий в период чрезвычайных ситуаций в сфере здравоохранения на всех уровнях — как в самом секторе здравоохранения, так и во взаимодействии с другими секторами.
- Оценки риска, включая выявление угроз и уязвимостей (уязвимости населения и системы здравоохранения), а также оценки потенциала в сотрудничестве с министерством по чрезвычайным ситуациям.
- Национальная программа развития потенциала в сфере подготовки и УРСБ в секторе здравоохранения с необходимыми ресурсами.
- Ресурсы сектора здравоохранения для проведения кампаний по информированию населения о рисках, включая популяризацию здоровья и здорового образа жизни и социальную мобилизацию с целью снижения рисков и готовности к борьбе с последствиями чрезвычайных ситуаций.
- Системы раннего оповещения обо всех видах угроз, которые учитывают риски для здоровья населения и для сектора здравоохранения.
- Интеграция управления рисками ЧС и стихийных бедствий в программу высших учебных заведениях и курсов повышения квалификации работников здравоохранения и в рамках подготовки специалистов в других секторах.
- Программы по снижению основных факторов риска (такие как усиление безопасности и повышение готовности медицинских учреждений).
- Программы по снижению рисков и мероприятий по предотвращению эпидемий/пандемий и борьбе с болезнями, охране репродуктивного здоровья, организации работы в условиях ЧС с большим количеством пострадавших, улучшению качества питания и санитарного состояния окружающей среды, укреплению психического здоровья и лечению других инфекционных заболеваний, охране здоровья матери и ребенка, профилактике СГН и предоставлению услуг жертвам СГН, а также для организации мероприятий по выявлению погибших и пропавших без вести.
- Заблаговременное планирование мероприятий по ликвидации последствий и восстановлению в секторе здравоохранения, а также других элементов программы обеспечения готовности, включая создание неприкосновенных запасов и проведение совместно с другими секторами учений с целью отработки планов.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10: РАБОЧАЯ ТАБЛИЦА ДЛЯ ОРИЕНТИРОВАННОГО НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАНА ВОССТАНОВЛЕНИЯ (ПРИМЕР)

Приоритетные потребности в восстановлении	Мероприятия			Ожидаемые результаты		Расходы на восстановление			Запланированные результаты	
	Краткосрочные	Среднесрочные	Долгосрочные	Краткосрочные	Среднесрочные	Долгосрочные	Краткосрочные	Среднесрочные		Долгосрочные
По регионам	Ремонт/восстановление разрушенной инфраструктуры и материальных активов, а также восстановление по принципу ЛЧБ									
По регионам	Возобновление предоставления услуг и доступа к товарам и услугам, а также восстановление по принципу ЛЧБ									
По регионам	Возобновление процессов управления и социальных процессов и восстановление по принципу ЛЧБ									
По регионам	Устранение непосредственных рисков и СРСБ									

ПРИЛОЖЕНИЕ 11: ГЛОССАРИЙ

Следующие определения взяты из Международной стратегии уменьшения опасности бедствий (МСУОБ) ООН 2009 года.

БЕДСТВИЕ (ЧС)

Событие, которое серьезно нарушает жизнь местных сообществ и общества, является причиной жертв среди населения, а также обширного материального, экономического или экологического ущерба и воздействия, которое превосходит способность сообщества или общества справиться с ним собственными силами.

РИСК БЕДСТВИЙ (ЧС)

Потенциальные потери в результате бедствий, выражающиеся в гибели людей, ухудшении здоровья, источников существования, ущербе имуществу и общественным службам, которые может понести конкретное сообщество или общество в течение некоего указанного периода времени в будущем.

СНИЖЕНИЕ РИСКА БЕДСТВИЙ (ЧС) - СРСБ

Концепция и практические действия по снижению риска бедствий посредством систематической работы, направленной на анализ и контроль причинных факторов бедствий, в том числе через снижение подверженности угрозам, уменьшение уязвимости населения и имущества, разумное управление земельными ресурсами и окружающей средой и повышение готовности к неблагоприятным событиям.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Восстановление и, в случае необходимости, улучшение объектов, средств к существованию и условий жизни пострадавшего от бедствий населения, включая работу по снижению факторов риска бедствий.

УСТОЙЧИВОСТЬ

Способность системы, сообщества или общества, подверженного угрозам, противостоять последствиям угрозы, переносить их, приспосабливаться к ним и восстанавливаться своевременно и эффективно, в том числе посредством сохранения и восстановления своих основополагающих структур и функций.

РЕАГИРОВАНИЕ

Предоставление помощи при чрезвычайных ситуациях и государственной поддержки во время или непосредственно после бедствия для спасения жизни людей, снижения вреда их здоровью, обеспечения общественной безопасности и удовлетворения первоочередных потребностей пострадавшего населения.

РЕКОНСТРУКЦИЯ

Усиление или модернизация существующих структур, чтобы они стали более устойчивыми и способными противостоять разрушительному воздействию угроз.

ПРИЛОЖЕНИЕ 12: СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ

Сеть измерения показателей здоровья. Руководство по рекомендуемым показателям для укрепления информационной системы управления здравоохранением.

www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf

Межучрежденческий постоянный комитет (МПК) (2008). Гуманитарная помощь и пожилые люди: Важная инструкция для гуманитарных организаций.

МПК, Рабочая группа по оценке потребностей (2010). Оперативное руководство для скоординированных оценок в условиях гуманитарных кризисов.

МПК, Справочная группа по вопросам психического здоровья и психосоциальной поддержки в чрезвычайных ситуациях (2010). Психическое здоровье и психосоциальная поддержка в чрезвычайных гуманитарных ситуациях: Что следует знать участниками гуманитарной деятельности в сфере здравоохранения? Женева.

Панамериканская организация здравоохранения (ПАОЗ) (2010). Инструмент самооценки для снижения рисков ЧС в секторе здравоохранения. Вашингтон, Округ Колумбия

ПАОЗ, ВОЗ, МККК и МФКК (2006). Работа с останками после ЧС. Полевое руководство для групп быстрого реагирования по ликвидации последствий ЧС. Группа Организации Объединенных Наций по вопросам развития (2009).

Интеграция СРСБ в общую страновую оценку и Рамочную программу ООН по оказанию помощи в целях развития. Методические рекомендации для страновых команд ООН.

Всемирный банк (2008). Данные о ЧС: создание эффективных систем для оказания чрезвычайной помощи, восстановления и реконструкции. Ред. Самиа Амин и Маркус Гольдштейн.

Всемирный банк, GFDRR (2010). Методические рекомендации по оценке ущерба, потерь и потребностей, тома 1, 2 и 3
Всемирный банк (июль 2008 г.). Примечания по передовой практике №1. Здоровье.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) (2009). Анализ пострадавших секторов здравоохранения, Модуль 12: Формулирование стратегии восстановления пострадавшего сектора здравоохранения.

www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/en/

ВОЗ (2007). Касается каждого: Укрепление систем здравоохранения в целях укрепления здоровья населения. План действий ВОЗ.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596077_eng.pdf

Всемирный Доклад о состоянии здравоохранения (2000). Системы здравоохранения: улучшение деятельности.

Методические рекомендации по интеграции СРСБ в проекты Всемирного банка в секторе здравоохранения, 16 марта 2009 года. На стадии разработки.

ВОЗ. Руководство для кластера здравоохранения. Практическое руководство для работы кластера здравоохранения на страновом уровне.

www.who.int/hac/network/global_health_cluster/guide/en/index.html

ВОЗ. Инструменты глобального кластера здравоохранения.

www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html.

Дополнительные материалы:

Системы раннего оповещения, Всемирная организация здравоохранения

www.who.int/csr/labepidemiology/projects/ewarn/en/

Управление риском чрезвычайных ситуаций для здоровья, Всемирная организация здравоохранения

www.who.int/hac/techguidance/preparedness/en/index.html

Безопасные больницы, Всемирная кампания по снижению риска ЧС, 2008-2009 гг.

www.unisdr.org/2009/campaign/wdrc-2008-2009.html.

Индекс безопасности больниц – инструмент, разработанный Панамериканской организацией здравоохранения

new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=964&Itemid=911