



Формативная оценка Глобального кластера здравоохранения

Резюме



Всемирная организация
здравоохранения



HEALTH
CLUSTER

© Всемирная организация здравоохранения 2025. Все права защищены.

Содержание настоящего документа не является окончательным, и текст может быть подвергнут редакционным изменениям перед публикацией. Однако содержание настоящего проекта не претерпит существенных изменений. Запрещается пересматривать, извлекать, цитировать, воспроизводить, передавать, распространять, переводить или адаптировать настоящий документ, полностью или частично, в любой форме и любыми средствами без разрешения Всемирной организации здравоохранения.

WHO/DGO/EVL/2025.111

Описание фотографии на титульной странице: Общий вид лагеря для внутренне перемещенных лиц (ВПЛ) Бушагара, к северу от Гомы в Демократической Республике Конго, август 2024 года.

Источник: ВОЗ / Герхом Ндебо

Содержание

Р е з ю м е	1
Библиография	12

Резюме

Объект оценки

При введении в 2005 г. кластерного подхода Межучрежденческий постоянный комитет (МПК) назначил ведущим учреждением кластера (ВУК) для Глобального кластера здравоохранения (ГКЗ) Всемирную организацию здравоохранения. В 2012 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции 65/20 [\(1\)](#) отметила необходимость инвестиций в деятельность ВОЗ и ее роль в качестве ВУК здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при гуманитарных и медико-санитарных чрезвычайных ситуациях. Эти полномочия были подтверждены в 2015 г. в ходе реформы деятельности ВОЗ в условиях вспышек и чрезвычайных ситуаций, имеющих медико-санитарные и гуманитарные последствия, а также в последующей резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения 68/27 [\(2\)](#).

Основная роль ГКЗ заключается в усилении координации реагирования сектора здравоохранения в гуманитарных ситуациях. Его цель состоит в спасении жизней и защите достоинства людей в гуманитарных и медико-санитарных чрезвычайных ситуациях, а его задача — в обеспечении общей готовности к гуманитарным и медико-санитарным чрезвычайным ситуациям и реагирования на них для улучшения показателей

здоровья затронутого населения. В качестве ВУК, назначенного МПК, ВОЗ является постоянным членом и сопредседателем Стратегической консультативной группы (СКГ) ГКЗ и обеспечивает услуги секретариата на базе Отдела по глобальному кластеру

здравоохранения (ОГКЗ) Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (ЧСЗ) [\(3\)](#). Ответственность ВОЗ за деятельность ГКЗ закреплена в рамках Механизма реагирования на чрезвычайные ситуации и стратегического приоритета по обеспечению защиты здоровья Глобальной программы работы ВОЗ¹.

ВОЗ в качестве ВУК несет конечную ответственность перед Координатором чрезвычайной помощи за выполнение своих обязанностей ведущего учреждения в рамках ГКЗ [\(4\)](#). ГКЗ имеет пять стратегических приоритетов (СП) и 14 соответствующих задач, сосредоточенных на усилении координации, сотрудничества между учреждениями и информационного обеспечения в области здравоохранения, а также повышения качества деятельности и информационной работы кластера здравоохранения. МПК возложил на ГКЗ выполнение шести плюс одной [\(5\)](#) ключевой функции кластера (ФК) на страновом уровне: поддержка предоставления услуг; информационное обеспечение процесса принятия решений; стратегическое планирование/реализация;

¹ WHO, Evaluation terms of reference, 2024.

мониторинг/оценка эффективности; наращивание национального потенциала готовности; информационно-разъяснительная деятельность; и подотчетность перед затронутым населением (ПЗН). Дополнительная ключевая функция имеет своей целью оказать поддержку и способствовать обеспечению ПЗН — важной инициативы в рамках МПК, для осуществления которой требуется выполнение кластерами и другими участвующими сторонами Политики МПК в области ПЗН [\(6\)](#).

По состоянию на март 2025 г. Глобальный кластер здравоохранения (ГКЗ) был активирован в 28 странах и охватывал два региональных координационных механизма и 119 субнациональных кластеров здравоохранения с участием в общей сложности 2072 партнеров. Размер финансирования, запрошенного партнерами ГКЗ для реализации проекта, составляет 3 155 709 000 долл. США, из которых доступны 236 585 000 долл. США для осуществления деятельности, охватывающей население в 79 898 343 человека, что составляет 48% от числа нуждающихся.

Цель, задачи и адресная аудитория оценки

Оценка преследовала двойную цель обеспечения подотчетности и освоения приобретенного опыта. При том что оценка носила формативный характер и проводилась в целях выработки перспективных рекомендаций для

совершенствования координационной функции ВОЗ в гуманитарных ситуациях и информационного обеспечения подготовки следующей стратегии ГКЗ (на 2026–2030 гг.), в рамках ее суммативного компонента оценивался прогресс в выполнении СП ГКЗ, осуществлении ключевых ФК на страновом уровне и выполнении обязанностей ВУК [\(7\)](#). Основные задачи оценки заключались в систематическом и объективном анализе актуальности, эффективности, результативности и согласованности (взаимосвязей и координации) деятельности ГКЗ. Оценка охватывала всю работу, проделанную с сентября 2014 года по май 2025 года, с особым акцентом на последние шесть лет (2019–май 2025 года) работы на глобальном, региональном и страновом уровнях.

В число основных заинтересованных сторон входят руководство ВОЗ (например, исполнительный директор подразделений по кластеру здравоохранения Программы по чрезвычайным ситуациям), национальные органы здравоохранения и партнеры ГКЗ [\(8\)](#). К вторичным заинтересованным сторонам относятся международные доноры, другие кластеры, департаменты ВОЗ, партнеры страновых кластеров здравоохранения (местные НПО, частный сектор, научные круги) и специализированные учреждения.

Методология оценки

Проведение независимой внешней оценки ГКЗ было заказано ВОЗ по просьбе СКГ ГКЗ². Для проведения оценки был выбран метод

² Стратегическая консультативная группа является центральным органом, который определяет стратегию и политику кластера. Ее члены утверждают приоритетные задачи и активно формируют направления деятельности кластера здравоохранения. При этом они опираются на свой

неэкспериментального исследования в сочетании с теоретико-прагматическими подходами. Для сбора количественных и качественных данных применялись смешанные методы, обеспечивающие надежную перекрестную проверку результатов. Была переработана теория изменений, чтобы проверить предположения и пути достижения ожидаемых результатов. Методы сбора данных включали кабинетный анализ 179 ключевых документов и анализ вторичных данных с упором на Информационную панель ГКЗ по вопросам общественного здравоохранения (PHIS), мониторинг эффективности координации кластеров (МЭКК)³ и информационную панель кластера здравоохранения [\[9\]](#). Были также проведены интервью с 106 носителями ключевой информации (НКИ)⁴ и 19 обсуждений в фокус-группах, в результате чего общее число респондентов достигло 263. Интервью для получения ключевой информации были проведены с представителями широкого круга заинтересованных сторон как внутри ВОЗ [\[10\]](#), так и вне ее [\[11\]](#), с охватом глобального, регионального и странового уровней. На страновом уровне интервью с НКИ и обсуждения в фокус-группах проводились дистанционно в случае трех стран (Мьянма, Судан и Йемен) и в очном формате внутри стран в случае трех других фокусных стран (Чад, Колумбия и Демократическая Республика Конго). Были определены 13 категорий носителей ключевой информации и участников обсуждений в фокус-группах, большинство из которых составляли

национальные/местные партнеры (35%) и члены кластера здравоохранения (28%). Кроме того, был проведен онлайн-опрос 984 респондентов на глобальном, региональном и страновом уровнях, коэффициент отклика на который составил 32%. Более половины респондентов были мужчинами (64%), а доля женщин составила 35%. Наиболее многочисленными категориями респондентов онлайн-опроса были представители международных (31%) и национальных (26%) неправительственных организаций.

Оценка основывалась на четырех критериях и дополнительном критерии ALNAP, используемом в гуманитарных ситуациях (актуальность, эффективность, результативность, согласованность/координация и взаимосвязи). В нем рассматриваются пять общих вопросов оценки и конкретные тематические области, связанные с программными направлениями ГКЗ, основными функциями кластера и обязанностями КЛА, как указано в теории изменений (ТоС), которые составляют основу анализа.

Основные выводы и заключение

Ниже представлены основные выводы (выделены жирным шрифтом) и заключение оценки.

³ Мониторинг эффективности координации кластеров (МЭКК) – это предписанная МПК самооценка эффективности выполнения кластерами их шести ключевых функций, плюс функции подотчетности перед затронутым населением. Этот

процесс осуществляется под руководством стран при поддержке глобальных кластеров и УКГВ.

⁴ 37 женщин, 41 мужчина, 26 без указания пола.

Актуальность

Деятельность ГКЗ представляется актуальной, поскольку он сумел укрепить системы управления и координации в области здравоохранения в соответствии с потребностями наиболее уязвимых групп населения во время крупных гуманитарных кризисов и вспышек заболеваний в странах, нуждающихся в поддержке, и продолжал эту деятельность даже при изменении условий на местах. ГКР добилась неравномерных успехов в деле улучшения доступа к медицинскому обслуживанию для особо уязвимых групп населения, в том числе путем укрепления ААП. В настоящее время дезагрегирование данных является стандартной практикой, связанной с центральной ролью защиты, однако прогресс в деле интеграции вопросов равенства в деятельность кластера здравоохранения менее очевиден и зависит от конкретных условий.

ГКЗ и кластеры здравоохранения на страновом уровне играют важную роль в обеспечении надлежащей приоритизации медико-санитарных мероприятий и целевых групп населения. Этот процесс опирается на надежную оценку потребностей, которая, в свою очередь, зависит от наличия и использования данных, а также активного участия всех ключевых партнеров. Важное значение имеют согласование мероприятий с местными реалиями и актуализация планов на основе информации, поступающей в режиме реального времени; ГКЗ играет важную роль в этом процессе и должен продолжить свою работу. Решающее значение имеют

вовлечение и ответственное отношение сообществ для обеспечения участия затронутых групп населения в процессе принятия решений и соответствие проводимых мероприятий их долгосрочным потребностям в области здравоохранения. Разработка ГКЗ руководящих принципов и проведение обучения по ПЗН — важный начальный этап, но для укрепления подотчетности перед затронутым населением необходимо более глубокое понимание концепции ПЗН и ее реализация партнерами по кластерам здравоохранения на страновом уровне.

Эффективность

Несмотря на недостаточное финансирование, ГКЗ эффективно и своевременно достигал результатов экономичными способами как на глобальном, так и страновом уровнях. Он очень эффективно использовал свои

⁵ Финансирование в объеме 4,16 млн долл. США на 2024–2025 гг.; и, по состоянию на апрель 2025 г., 6 основных сотрудников в рамках ЧСЗ и 4 должности, занятые сотрудниками, не относящимися к ВОЗ, консультантами или сотрудниками SBP.

⁶ Например, в Ливане и Малави.

ситуациях, когда кластер здравоохранения не был активирован⁶. Глобальное лидерство ГКЗ позволило ему восполнить пробелы, с тем чтобы кластеры здравоохранения были обеспечены необходимым персоналом и получали иную поддержку за счет резервного потенциала и сети партнеров (например, SBP). Хотя ГКЗ делает все, что в его силах, учитывая низкий уровень ресурсов, текущий кризис финансирования создает новые и беспрецедентные проблемы. Неопределенность ситуации, при которой вероятно дальнейшее сокращение

⁵ Финансирование в объеме 4,16 млн долл. США на 2024–2025 гг.; и, по состоянию на апрель 2025 г., 6 основных сотрудников в рамках ЧСЗ и 4 должности, занятые

сотрудниками, не относящимися к ВОЗ, консультантами или сотрудниками SBP.

⁶ Например, в Ливане и Малави.

финансирования, требует от ГКЗ приоритизации задач и адаптации после перезагрузки политики в области гуманитарной деятельности, а также сосредоточения внимания на ключевых/основных функциях, уделяя особое внимание тем из них, которые позволяют продолжать оказывать наиболее необходимую поддержку как на глобальном, так и на страновом уровнях, одновременно изучая возможности взаимодействия с регионами.

Согласованность

Деятельность ГКЗ в целом согласована и эффективно координируется с иной деятельностью как на глобальном, так и страновом уровнях. Несмотря на то, что ГКЗ укрепил и диверсифицировал взаимодействие с партнерами и сотрудничество с основными гуманитарными организациями, эту деятельность можно еще более интегрировать в основную деятельность ВОЗ, а также не допустить понижения приоритета роли ВОЗ в качестве ВУК в сравнении с другими приоритетами ВОЗ.

Это могло бы помочь снизить нагрузку на ГКЗ и кластеры здравоохранения, особенно с учетом текущей ситуации с финансированием. На глобальном уровне различные функции ВОЗ, такие как ее нормотворческая, оперативная и координационная деятельность, четко разграничены. Однако данное четкое разграничение часто не распространяется на национальный уровень, на котором грани между различными функциями и обязанностями имеют тенденцию стираться. Это несоответствие привело к появлению специальных каналов связи и поддержки, не предусмотренных в первоначальной концепции кластера

здравоохранения, в результате чего группа по ГКЗ в штаб-квартире вынуждена прилагать дополнительные усилия для поддержки кластеров на страновом уровне. Это также привело к изолированности операций и ограниченному сотрудничеству с другими подразделениями ВОЗ по вопросам чрезвычайных ситуаций.

Роль региональных бюро ВОЗ в кластерной системе остается ограниченной, в основном потому, что кластерный подход изначально разрабатывался без формального регионального компонента. Тем не менее, региональные бюро оказывают различную поддержку и сотрудничают со страновыми бюро, обеспечивая важные дополнительные возможности, несмотря на отсутствие четкого определения ролей.

Координация

Кластер здравоохранения предпринимает усилия совместно с другими кластерами для расширения межсекторального и многосекторального сотрудничества, включая разработку совместных механизмов и проектов. В ряде стран это позволило добиться более комплексного и эффективного реагирования. Однако в некоторых странах межкластерное сотрудничество остается слабым, а межкластерное планирование не всегда приводит к значимому сотрудничеству в ходе операций реагирования. Ведется работа по согласованию механизмов координации, таких как ГКЗ, ЧМБ, GOARN и другие сети реагирования на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, и, кроме того, в настоящее время предпринимаются дальнейшие шаги для улучшения согласования в рамках инициативы по Глобальному корпусу реагирования на чрезвычайные ситуации в

области здравоохранения (ГКЧСЗ). Хотя еще рано оценивать его полное значение, ГКЧСЗ имеет возможность повысить согласованность платформ координации на глобальном, региональном и страновом уровнях.

Взаимосвязи

ГКЗ не добился значительного прогресса в усилении взаимосвязей в рамках планирования преобразований, а также в укреплении потенциала национальных органов в области координации действий в условиях острых или затяжных кризисов, несмотря на организацию ряда семинаров по координации деятельности кластеров с участием министерств здравоохранения⁷. Аналогичным образом, имеются лишь ограниченные фактические данные об усилении взаимосвязей между кластерами здравоохранения посредством более прочной увязки между осуществлением гуманитарных программ и укреплением систем здравоохранения.

Степень вовлечения местных органов и национальных партнеров в осуществление руководящих ролей варьируется (но остается ограниченной), в то время как процессы принятия решений улучшились. Уровень сокоординаторов часто включает МНПО. Отмечаемый разрыв на национальном и местном уровнях ослабляет возможности для наращивания потенциала координации и подготовки к устойчивым преобразованиям. Хотя ГКЗ и кластеры здравоохранения не несут исключительной ответственности, учитывая разную степень надежности и возможностей местных органов в сложных

чрезвычайных ситуациях, ограниченное участие препятствует интеграции достижений, полученных в ходе реагирования на чрезвычайные ситуации, в системы долгосрочного управления сектором здравоохранения. Это создает риск сохранения высокой нагрузки как на ГКЗ, так и ВОЗ в качестве ВУК, а также усиления зависимости от кластеров здравоохранения. ГКЗ были предприняты попытки включить усиление взаимосвязей в свою программу работы, но этих усилий оказалось недостаточно для того, чтобы они вылились в какие-либо решительные действия или сотрудничество в гуманитарной сфере и в области развития. Усилия ГКЗ по содействию готовности и планированию действий при чрезвычайных ситуациях приносят результаты, хотя прогресс идет медленно, а мониторинг на глобальном уровне остается относительно новым направлением работы. Национальные кластеры включают в свою деятельность мероприятия по обеспечению готовности, но степень охвата и интеграции этих планов значительно различаются по странам. Это подчеркивает необходимость большей стандартизации для обеспечения стабильного качества результатов.

Результативность

Результативность деятельности ГКЗ представляется неоднородной. На глобальном уровне он достиг своих стратегических целей и выполняет ключевые ФК с разной степенью успеха (усиление систем управления связанной со здравоохранением гуманитарной деятельностью и ее координации,

⁷ За период с августа 2024 г. семинары по координации деятельности кластеров с участием министерств здравоохранения были проведены в Буркина-Фасо,

Центральноафриканской Республике, Чаде, на северо-востоке Нигерии и на Украине (группа по ГКЗ в штаб-квартире, личное общение).

диверсификация сотрудничества с гуманитарными организациями, укрепление технического и оперативного потенциала партнеров в области здравоохранения на национальном и местном уровнях). Это, вероятно, привело к улучшению реагирования и показателей здоровья затронутых групп населения в гуманитарных и медико-санитарных чрезвычайных ситуациях, включая предотвращение высокой заболеваемости и смертности. Однако трудно определить, в какой степени эти изменения были достигнуты во всех кластерах здравоохранения в отсутствие базовых показателей и систем мониторинга и оценки, которые позволяли бы оценивать результаты на более высоком уровне (уровне конечных результатов).

Областью, требующей улучшения работы, представляется информационно-разъяснительная деятельность ГКЗ. Несмотря на то, что группа по ГКЗ ведет эффективную основанную на фактических данных информационно-разъяснительную работу по вопросам здравоохранения в рамках системы кластеров и, в более широком плане, в контексте COVID-19, она могла бы сделать большее для привлечения внимания к проблемам и использовать информационно-разъяснительную деятельность для взаимодействия с донорами в целях мобилизации ресурсов. Возможны такие улучшения, как более четкое определение ее глобальной информационно-разъяснительной роли, разработка конкретных стратегий взаимодействия с донорами, решение проблем ограниченности ресурсов и потенциала, а также использование данных и примеров успешной деятельности для усиления своего влияния.

Несмотря на то, что мониторинг деятельности кластеров на страновом уровне и отчетность о ее результатах позволяют ГКЗ отслеживать коллективные достижения страновых кластеров здравоохранения, слабость/отсутствие мониторинга и оценки на глобальном уровне представляется областью, требующей улучшения работы, и не позволяет ГКЗ надлежащим образом отчитываться о выполнении своих задач, выявлять и устранять недостатки и демонстрировать свои результаты.

Основные рекомендации

Ниже приведены рекомендации высокого уровня. Дополнительные подробности по рекомендациям приводятся в основном тексте доклада.

Рекомендации стратегического уровня

1. Для того чтобы продолжать соответствовать поставленным целям и обеспечить оптимизацию сфокусированной на оперативной деятельности координации в рамках упрощенной модели координации при активизации кластера здравоохранения, ГКЗ должен сосредоточить внимание на определенных стратегических приоритетах. К ним относятся обеспечение потенциала для выполнения координационных функций на национальном уровне в приоритетных странах с учетом перезагрузки политики в области гуманитарной деятельности, обеспечение качества, охвата и приоритезации деятельности кластера здравоохранения, диверсификация

донорского финансирования и разработка системы мониторинга и оценки.

1.1 Координация: обеспечение потенциала для выполнения координационных функций на национальном уровне в приоритетных странах с учетом перезагрузки политики в области гуманитарной деятельности. (СП1.3)

- Сохранение сокращенной модели адресного резервного потенциала при уделении особого внимания приоритетным странам, формировании коалиций в области здравоохранения и обеспечении потенциала информационного обеспечения.

1.2 Качество, охват и приоритезация деятельности кластера здравоохранения (СП4.1 и СП4.2): определение, разработка, интеграция в основную деятельность и контекстуализация руководящих принципов.

- Усиление потенциала партнеров достигать результатов, принимая во внимание существующие возможности на глобальном и страновом уровнях, а также изменение динамики деятельности на страновом уровне после перезагрузки политики и с учетом контекста.

1.3 Информационное обеспечение (СП3.1 и СП3.2): обеспечение доступа партнеров к стандартизированной, качественной и своевременной информации в области общественного здравоохранения и гуманитарной деятельности, а также ее

использование при принятии оперативных решений (см. рекомендацию оперативного уровня 1.2 ниже).

1.4 Многосекторальная координация (СП2): в соответствии с перспективной перезагрузкой политики в области гуманитарной деятельности ГКЗ следует принять участие на глобальном и страновом уровнях в формировании моделей межсекторальной и многосекторальной координации.

- На субнациональном уровне: разработка модели, обеспечивающей/поддерживающей участие партнеров в координации на местном уровне.
- Начиная с национального уровня: формирование и поддержание связей с партнерами в области здравоохранения, работающими в рамках координации на местном уровне, для обеспечения активной информационно-разъяснительной работы в интересах здравоохранения со стороны ВОЗ и партнеров в области здравоохранения в рамках скоординированных мер реагирования.

1.5 Увязка гуманитарной деятельности с усилением систем здравоохранения, включая поддержку ответственного отношения и лидерской роли национальных органов в координации деятельности в секторе здравоохранения (СП1.2) (см. рекомендацию оперативного уровня 1.3 ниже).

1.6 Поддержка деятельности, руководимой местными органами, вовлечение сообществ и подотчетность (СП4.1): переработать с учетом перезагрузки политики в области гуманитарной деятельности подходы ГКЗ к локализации, ПЗН и вовлечению сообществ в процесс принятия решений и предоставления услуг. В этой работе следует учитывать реалистичную оценку перспективного потенциала ВОЗ/ГКЗ в плане обеспеченности финансовыми и людскими ресурсами, а также потенциала на местном уровне после резкого сокращения финансирования в глобальном гуманитарном секторе. Следует использовать опыт других кластеров/ВУК.

2. Диверсификация донорского финансирования (область ответственности ВУК 4): предоставить возможность ГКЗ напрямую обращаться к донорам для мобилизации автономно управляемых ресурсов, с тем чтобы иметь возможность более эффективно предоставлять упорядоченный комплекс услуг, указанных в настоящих рекомендациях. Для этого следует диверсифицировать донорскую базу и обеспечить определенную степень автономности ГКЗ. При проведении информационно-разъяснительной работы в этих целях следует сосредоточить внимание на положительных аспектах — эффективной, важной и результативной деятельности, — с тем чтобы стимулировать и сохранить донорскую базу.

3. Разработка прочной системы мониторинга и оценки для определения эффективности стратегии и плана действий ГКЗ: необходимо, чтобы ГКЗ мог отслеживать и оценивать прогресс. Для этого необходима система оценки

результатов, включающая ключевые показатели эффективности (КПЭ) для глобального и странового уровней, согласно настоящим рекомендациям. Следует использовать опыт других ВУК.

Рекомендации оперативного уровня

- 1.** Сосредоточить внимание на основных/успешных ключевых функциях кластера на страновом уровне с учетом размера и роли кластера после перезагрузки политики, сохранив минимальный уровень развертываемых ресурсов, в том числе в соответствии с реалистичной оценкой текущего потенциала кластера здравоохранения и резервных партнеров.

1.1 Обеспечить платформу для сотрудничества. Вспомогательная функция по отношению к руководимой МПК/координатором гуманитарной деятельности системе на страновом уровне. Является частью более широкой архитектуры для гибкого принятия решений, оперативной деконфликтации и устранения пробелов, включая участие в общих платформах информационного обеспечения (см. ниже).

1.2 Обеспечить платформу и необходимые инструменты для обмена техническими ресурсами (СПЗ, ФК2 и ФК3). Эта работа включает в себя обеспечение необходимого интерфейса между местными органами здравоохранения, ВОЗ и партнерами для осуществления основных руководящих принципов и соблюдения стандартов.

- Разработка/адаптация функции координации кластера. Необходимо обеспечить, чтобы в рамках любой предполагаемой общей информационной платформы в поддержку пересмотренной модели координации кластера сотрудники кластера здравоохранения на страновом уровне могли взаимодействовать с партнерами для подготовки и предоставления информации необходимого стандарта. Это включает в себя участие в механизмах оценки потребностей в поддержку принятия решений на основе фактических данных.
 - ВОЗ и ГКЗ должны последовательно делать упор на сбор, анализ и представление данных для определения приоритетов и планирования мер реагирования, а также на обеспечение ключевых наборов данных о здоровье населения в рамках PHIS.
 - В соответствии с упомянутой выше задачей по соблюдению минимальных стандартов необходимо пересмотреть инструментарий PHIS и сосредоточить внимание на основных инструментах, доказавших свою ценность (ФК2). Следует сосредоточить внимание на упрощенной версии PHSA, с тем чтобы сократить использование более ресурсоемких инструментов.
 - Необходимо сохранить основной минимальный потенциал на глобальном уровне и с учетом данного ограничения сосредоточить внимание на информационном обеспечении с использованием упрощенной версии инструментария PHIS (см. рекомендацию оперативного уровня ниже).
 - В свете предполагаемого акцента в рамках перезагрузки политики в области гуманитарной деятельности на общем потенциале информационного обеспечения ВОЗ следует обеспечить, чтобы как внутри, так и вне кластера была доступна техническая информация в области здравоохранения, отвечающая тому же минимальному стандарту. Это потребует широких консультаций со всеми сторонами, заинтересованными в информации, доступной в ВОЗ.
- 1.3.** В соответствии с временным характером кластеров обеспечить

возможно быструю передачу ответственности национальным и местным организациям с соблюдением этических принципов.

Рекомендации организационного уровня

1. Усилить модель реагирования. Обеспечить, чтобы в рамках реагирования на гуманитарные кризисы и чрезвычайные ситуации

в области здравоохранения ВОЗ делала упор на взаимосвязь между реагированием на чрезвычайные ситуации/готовностью к ним и работой по укреплению систем здравоохранения.

2. Сосредоточить внимание на ключевых элементах предоставления услуг, включая обеспечение оборудования и материалов и рассмотрение возможности совместного подхода к логистической системе

Библиография

1. Шестьдесят пятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 26 мая 2012 г., пункт 13.15 повестки дня «Ответные действия и роль ВОЗ в качестве руководителя кластера здравоохранения для удовлетворения растущих потребностей в области здравоохранения при чрезвычайных гуманитарных ситуациях», 2012 г. (WHA65.20 [Microsoft Word - A65_R20-en.docx](#)).
2. Шестьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, пункт 16.1 предварительной повестки дня, 15 мая 2015 г., «Глобальные кадровые ресурсы для чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения: доклад Генерального директора». Всемирная организация здравоохранения (WHA68/27 [EB Document Format](#)).
3. Global Health Cluster interim terms of reference. Geneva: World Health Organization; 2015 [неопубликованный документ].
4. The emergency relief coordinator [веб-сайт]. Inter-Agency Standing Committee; n.d. ([The Emergency Relief Coordinator | IASC](#)).
5. Health cluster coordination: guidance for heads of WHO country offices as cluster lead agency. Geneva: World Health Organization; 2023 ([9789240000001-eng.pdf](#)).
6. Task force on accountability to affected people [веб-сайт]. Inter-Agency Standing Committee; 2023 ([IASC Task Force 2 on Accountability to Affected People | IASC](#)).
7. IASC reference module for cluster coordination at country level, revised July 2015. Inter-Agency Standing Committee; 2015 ([IASC Reference Module for Cluster Coordination at Country Level, revised July 2015 | IASC](#)).
8. Global Health Cluster partners [веб-сайт]. World Health Organization; 2023 ([Global Health Cluster Partners](#)).
9. Health Cluster dashboard: Q1 March 2025 [веб-сайт]. World Health Organization; 2025 ([Health Cluster Dashboard -Q1 March 2025](#)).
10. Metcalfe-Hough V, Fenton W, Manji F. The Grand Bargain in 2022: an independent review. London: ODI Global; 2023 ([The Grand Bargain in 2022: an independent review | ODI: Think change](#)).
11. Independent evaluation of WHO's whole of Syria response (2021): report. Geneva: World Health Organization; 2025 ([Independent Evaluation of WHO's Whole of Syria Response \(2021\): Report](#)).

Все запросы, касающиеся настоящей оценки, следует направлять в

Бюро по оценке Всемирной организации здравоохранения

Эл. почта: evaluation@who.int

Веб-сайт: [Evaluation \(who.int\)](http://Evaluation.who.int)