



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Повышение готовности систем здравоохранения
к чрезвычайным ситуациям



Инструментарий оценки потенциала системы здравоохранения для управления кризисными ситуациями



Часть 1. Руководство пользователя



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Повышение готовности систем здравоохранения
к чрезвычайным ситуациям



Инструментарий оценки потенциала системы здравоохранения для управления кризисными ситуациями



Часть 1. Руководство пользователя

При поддержке со стороны Генерального директората
по здравоохранению и делам потребителей (DG SANCO)
Европейской комиссии



Directorate-General for
Health & Consumers

АННОТАЦИЯ

В процессе обеспечения готовности к медико-санитарным кризисным ситуациям системы здравоохранения должны предвидеть возможность множества различных угроз здоровью в условиях ограниченных ресурсов для их преодоления и повышенных требований в отношении эффективности принимаемых мер. Европейское региональное бюро ВОЗ работает вместе со своими государствами-членами, чтобы укрепить потенциал систем здравоохранения, оказывая странам техническую помощь в разработке и реализации программ обеспечения готовности и управления в условиях кризиса. В 2008 г. в целях повышения готовности стран к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения Генеральный директорат по здравоохранению и делам потребителей (DG SANCO) Европейской комиссии и Региональное бюро приступили к реализации совместного проекта под названием «Поддержка в области обеспечения безопасности общественного здоровья, планирования готовности и управления кризисными ситуациями в Европейском союзе (ЕС), странах-кандидатах на вступление в ЕС и в соседних странах (ЕПС)». В числе задач этого проекта была и разработка стандартизованного инструментария для оценки способности системы здравоохранения преодолевать кризисные ситуации.

Инструментарий был разработан и затем усовершенствован в процессе пилотной оценки, проведенной в Азербайджане, Армении, Казахстане, Польше, Республике Молдова, Турции и Украине в 2007–2010 гг. Он состоит из двух частей: (1) руководство пользователя (данный документ) и (2) оценочная форма.

Настоящая публикация была подготовлена при финансовой поддержке со стороны Европейского союза. Выраженные в ней мнения никоим образом не могут расцениваться как отражение официальной точки зрения Европейского союза.

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE – organization and administration
EMERGENCIES
DISASTERS
NATIONAL HEALTH PROGRAMMES
DISEASE OUTBREAKS
DISASTER PLANNING
PROGRAM EVALUATION

ISBN 978 92 890 0295 0

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>).

© Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| БЛАГОДАРНОСТИ..... | iv |
| СОКРАЩЕНИЯ..... | vi |
| ВВЕДЕНИЕ..... | 1 |
| Общие сведения..... | 1 |
| Предназначение инструментария..... | 2 |
| Структура инструментария..... | 4 |
| Руководство пользователя..... | 4 |
| Оценочная форма..... | 4 |
| Процедуры и рекомендации по применению инструментария..... | 5 |
| Общая координация и мероприятия до проведения оценки..... | 5 |
| Состав оценочной группы..... | 5 |
| Выбор объектов для проведения оценки..... | 7 |
| Проведение оценки..... | 7 |
| Визиты на места..... | 7 |
| Заполнение оценочной формы..... | 8 |
| Завершение оценки и составление плана действий..... | 9 |
| Подготовка письменного отчета о результатах оценки..... | 9 |
| Планирование последующих шагов..... | 9 |
| План действий..... | 9 |
| Последующие оценки..... | 9 |
| Руководство по процессу оценки..... | 9 |
| РАЗДЕЛ 1. РУКОВОДСТВО И УПРАВЛЕНИЕ..... | 10 |
| РАЗДЕЛ 2. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ..... | 23 |
| РАЗДЕЛ 3. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОДУКЦИЯ, ВАКЦИНЫ И ТЕХНОЛОГИИ..... | 26 |
| РАЗДЕЛ 4. ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ..... | 30 |
| РАЗДЕЛ 5. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ..... | 42 |
| РАЗДЕЛ 6. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ..... | 44 |
| БИБЛИОГРАФИЯ..... | 75 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Словарь терминов..... | 78 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Источники информации, необходимой для оценки определяющих признаков..... | 81 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Перечень определяющих признаков в соотнесении с принятыми ВОЗ функциями системы здравоохранения и их ключевыми компонентами..... | 82 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Контрольный перечень основных элементов коммуникации при проведении оценки на местах..... | 86 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Обзор результатов оценки с использованием цветowych обозначений..... | 87 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Шаблон для составления плана работы..... | 93 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 7. План отчета о результатах оценки..... | 94 |

БЛАГОДАРНОСТИ

Европейское региональное бюро ВОЗ приносит благодарность следующим специалистам и организациям, внесшим ценный вклад в разработку инструментария.

Авторский коллектив

Д-р Christophe Pierre Bayer (технический специалист), д-р Rodger Doran (консультант), д-р Marcel Dubouloz (консультант), д-р Gabit Ismailov (программный сотрудник), д-р Corinna Reinicke (консультант), д-р Gerald Rockenschaub (региональный советник, руководитель программы), д-р Willibald Zeck (консультант), г-н Stephen Bertrand (консультант) – Европейское региональное бюро ВОЗ, Программа готовности стран к чрезвычайным ситуациям.

Редактор и координатор –
д-р Gerald Rockenschaub

Технические эксперты

Участники семинаров ВОЗ по планированию готовности систем здравоохранения к кризисным ситуациям, состоявшихся в Барселоне (Испания, 2007 г.), Дубровнике (Хорватия, 2009 г.), Копенгагене (Дания, 2010 г.) и Анталии (Турция, 2010 г.).

Представители министерств здравоохранения, учреждений Организации Объединенных Наций и других организаций:

д-р Bruria Adini, старший консультант по вопросам готовности к чрезвычайным ситуациям, Министерство здравоохранения, Тель-Авив, Израиль; д-р Carlos Alvarez Leiva, главный распорядитель, Служба экстренной медицинской помощи, S.A. (SAMU), Севилья, Испания; г-жа Nino Antadze, старший советник, Уменьшение опасности бедствий, Программа развития ООН, Ереван, Армения; д-р Raed Arafat, директор SMURD (Экстренные спасательные службы), заместитель статс-секретаря, Министерство здравоохранения, Бухарест, Румыния; д-р Siebel Atasoy, Генеральный директорат первичной медико-санитарной помощи, Анкара, Турция; д-р Marvin Birnbaum, экс-президент, Всемирная ассоциация медицины катастроф и чрезвычайных ситуаций (WADEM), почетный профессор медицины и физиологии, Университет шт. Висконсин, Мэдисон, США; д-р Олег Честнов, заместитель директора, Департамент международного сотрудничества, Министерство

здравоохранения и социального развития, Москва, Российская Федерация; проф. Michel Debacker, Кафедра медицины неотложных состояний, Свободный университет Брюсселя, Бельгия; проф. Hermann Delooz, почетный профессор, Кафедра медицины неотложных состояний, Свободный университет Брюсселя, Бельгия; д-р Борис Димитров, советник министра здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан; д-р Velibor Drakulic, руководитель департамента стационарной медицинской помощи, Загреб, Хорватия; д-р Santiago Ferrándiz, научный директор, Интегрированный план чрезвычайных мероприятий Каталонии, Служба здравоохранения Каталонии, Барселона, Испания; д-р Ante-Zvonimir Golem, статс-секретарь по здравоохранению и социальному обеспечению, Загреб, Хорватия; д-р Jonas Holst, старший медицинский советник, Национальный совет здравоохранения и социального обеспечения, Стокгольм, Швеция; д-р Pier Luigi Ingrassia, специалист по анестезиологии и интенсивной терапии, Кафедра клинической и экспериментальной медицины, Университет Восточного Пьемонта, Новара, Италия; д-р Vora Kayser, генеральный директор по первичной медико-санитарной помощи, Министерство здравоохранения, Анкара, Турция; д-р Гафур Хаджимурадов, директор Республиканского центра восстановительной хирургии, специальный советник министра здравоохранения, Управление реформы и международных связей, Министерство здравоохранения, Душанбе, Таджикистан; г-жа Eteri Kipiani, старший специалист, Отдел чрезвычайных ситуаций, координации и режимных мер, Министерство труда, здравоохранения и социальных дел, Тбилиси, Грузия; г-н Erik Kjaergaard, советник по вопросам снижения риска бедствий, Программа развития ООН, Тбилиси, Грузия; адъюнкт-профессор Mihail Kochubovski, руководитель отдела гигиены воды и коммунальной гигиены, Республиканский институт охраны здоровья, Скопье, бывшая югославская Республика Македония; г-н Zlatko Kovac, координатор по пандемической готовности, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Европейское зональное бюро, Будапешт, Венгрия; д-р Per E.J. Kulling, Всемирная ассоциация медицины катастроф и неотложных состояний (WADEM), Подразделение по угрозам здоровью, DG Sanco, Европейская комиссия, Люксембург; д-р Freddy Lippert, медицинский директор по вопросам медицины неотложных состояний и экстренной медицинской помощи, Копенгаген, Дания; д-р Elzbieta Lipska, координатор, Национальная служба медицинской помощи и

спасения пострадавших, Варшава, Польша; д-р Adelheid Marschang, руководитель подразделения по медико-санитарным аспектам чрезвычайных ситуаций, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, Женева, Швейцария; г-жа Janet Meacham, заместитель руководителя по обеспечению готовности к чрезвычайным ситуациям, Департамент здравоохранения, Лондон, Англия; проф. Virginia Murray, консультант по медицинской токсикологии и гигиене окружающей среды, Центр по радиационным, химическим и экологическим угрозам, Агентство защиты здоровья, Лондон, Англия; д-р Вардан Нерсисян, эпидемиолог, Государственная санитарно-противоэпидемическая инспекция, Ереван, Армения; д-р Nelson Pereira, медицинский директор, Отдел неотложных состояний, Национальный институт медицины неотложных состояний, Лиссабон, Португалия; д-р Bernardo Pinto, член совета, Секретариат постоянной рабочей группы Европейских молодых врачей, Лиссабон, Португалия; д-р Mihail Pislă, руководитель Центра медицины катастроф, Кишинэу, Республика Молдова; д-р Maria Grazia Pompa, руководитель подразделения по инфекционным болезням и международным профилактическим мерам, Министерство здравоохранения, Рим, Италия; д-р Dragoslav Popović, региональный советник по иммунизации, здравоохранению и питанию, Региональное бюро Детского фонда ООН для Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств, Женева, Швейцария; д-р Demetrios Pyrgos, президент Всемирной ассоциации медицины катастроф и неотложных состояний (WADEM), директор службы медицинской помощи, Афины, Греция; д-р Slobodan Tosović, директор Института общественного здравоохранения, Белград, Сербия; д-р Zurab Utiaşvili, руководитель подразделения чрезвычайных ситуаций и режимных мер, Министерство труда, здравоохранения и социальных дел, Тбилиси, Грузия; проф. Paula Vasconcelos, подразделение готовности и реагирования, Европейский центр профилактики и контроля заболеваний, Стокгольм, Швеция; д-р Claude de Ville de Goyet, консультант по гуманитарным вопросам и снижению опасности бедствий, Вашингтон, США; г-н Edward Włodarczyk, директор, Департамент гражданской обороны, кризисного управления и медицинских спасательных мер, Министерство здравоохранения, Варшава, Польша; г-жа Sibila Zabica, советник по вопросам европейской интеграции, Аппарат министра, Министерство здравоохранения, Загреб, Хорватия.

Участники семинаров – сотрудники ВОЗ: д-р Ottorino Cosivi, и.о. директора, Средиземноморский центр ВОЗ по снижению уязвимости; д-р Enrico Davoli, технический специалист, Программа по экстренной медицинской помощи, Европейское региональное бюро ВОЗ; д-р Toker Erguder, технический специалист, Страновой офис ВОЗ в Турции; д-р Qudsia Huda, технический специалист, Экстренные и гуманитарные меры, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья; д-р Antoinette Kaic-Rak, руководитель странового офиса ВОЗ, Хорватия; д-р Bettina Menne, медицинский специалист, Программа по глобальным изменениям и здоровью, Европейский центр по окружающей среде и охране здоровья; д-р Luigi Migliorini, руководитель странового офиса ВОЗ в Российской Федерации; г-жа Barbara Pearcy, консультант, Готовность стран к чрезвычайным ситуациям, Европейское региональное бюро ВОЗ; д-р Maria Cristina Profili, руководитель странового офиса ВОЗ в Турции; д-р Jukka Pukkila, ответственный координатор, Готовность и реагирование при чрезвычайных ситуациях, Европейское региональное бюро ВОЗ; д-р Samir Ben Yahmed, директор по обеспечению и развитию потенциала готовности к чрезвычайным ситуациям, штаб-квартира ВОЗ.

Региональное бюро выражает свою искреннюю благодарность министерствам здравоохранения Азербайджана, Армении, Казахстана, Кыргызстана, Польши, Республики Молдова, Турции, Украины и Хорватии за их неоценимую помощь в проведении пилотной апробации инструментария на различных этапах его подготовки.

DG–SANCO предоставил щедрую помощь проекту “Поддержка в области обеспечения безопасности общественного здоровья, планирования готовности и управления кризисными ситуациями в Европейском союзе (ЕС), странах-кандидатах на вступление в ЕС и в соседних странах (ЕПС)”.

Разработку инструментария координировала Программа готовности стран к чрезвычайным ситуациям Отдела инфекционных болезней, безопасности общественного здоровья и окружающей среды Европейского регионального бюро ВОЗ.

Дизайн публикации разработан фирмой Lars Møller, Møller & Compagni, Хорсхольм, Дания. Макетирование и техническое редактирование издания на русском языке – фирма TAIS Multilingual, Копенгаген, Дания.

СОКРАЩЕНИЯ

| | |
|----------|---|
| БСЖ | базовая система жизнеобеспечения (BLS) |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения (WHO) |
| ВПЛ | внутренне перемещенные лица (IDP) |
| ВПП | Всемирная продовольственная программа (WFP) |
| ГИС | географическая информационная система (GIS) |
| ЕПС | Европейская политика соседства (ENP) |
| ЕС | Европейский союз (EU) |
| ИОК | информация, образование и коммуникация (IEC) |
| ИСЗ | индивидуальные средства защиты (PPE) |
| ИСУ | интегрированная система управления (IMS) |
| МГРЧС | местные группы реагирования при чрезвычайных ситуациях |
| МДК | медико-санитарные действия в условиях кризиса |
| ММСР | Международные медико-санитарные правила (IHR) |
| МППУ | Минимальный пакет первичных услуг (MISP) |
| МФОККиКП | Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (IFRC) |
| НИПД | национальная инфраструктура пространственных данных (NSDI) |
| НПО | неправительственная организация (NGO) |
| ОГРЧС | общинная группа реагирования на чрезвычайные ситуации (CERT) |
| ПАОЗ | Панамериканская организация здравоохранения (ПАНО) |
| ПБО | первоначальная быстрая оценка (IRA) |
| ПМП | передовой медицинский пункт (AMP) |
| ПМСР | первичная медико-санитарная помощь (PHC) |
| СМП | скорая медицинская помощь (EMS) |
| СОП | стандартная операционная процедура |
| СУИ | система управления инцидентами (IMS) |
| УВКБ | Управление Верховного комиссара ООН по делам беженцев (UNHCR) |
| ХБРЯ | химические, биологические, радиационные и ядерные поражающие факторы |
| ЦРТ | Цели развития, поставленные в Декларации тысячелетия (MDG) |
| ЧС | чрезвычайная ситуация |
| ЮНИСЕФ | Детский фонд ООН (UNICEF) |
| ЮНФПА | Фонд ООН в области народонаселения (UNFPA) |
| DG SANCO | Генеральный директорат по здравоохранению и делам потребителей Европейской комиссии |
| ECDC | Европейский центр профилактики и контроля заболеваний |

ВВЕДЕНИЕ

Бедствия и кризисы – непредсказуемы. Они могут наносить удар в любое время, приводя к неисчислимым человеческим страданиям и гибели людей. Если национальные и местные системы реагирования, в особенности системы здравоохранения, плохо подготовлены к действиям в условиях кризисов, уязвимость людей и их сообществ возрастает еще в большей степени. Возникающий в кризисной ситуации внезапный рост потребностей в основных медико-санитарных услугах нередко парализует работу систем здравоохранения и их учреждений, которые оказываются не в состоянии оказывать жизненно-важные виды помощи.

Подготовка систем здравоохранения к функционированию в условиях кризиса не является тривиальной задачей. Укрепление стратегического руководства, планирование готовности в виде непрерывного процесса с многоаспектным подходом и разработка программ для обеспечения стабильной работы в кризисных ситуациях и снижения рисков для здоровья населения требуют четкого понимания ситуации в стране. К сожалению, до настоящего времени не было создано стандартной формальной методологии для оценки готовности систем здравоохранения к кризисным ситуациям.

В 2008 г., при поддержке со стороны DG SANCO, ВОЗ приступила к реализации проекта «Поддержка в области обеспечения безопасности общественно-го здоровья, планирования готовности и управления кризисными ситуациями в Европейском союзе (ЕС), странах-кандидатах на вступление в ЕС и в соседних странах (ЕПС)» в целях повышения готовности к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения в странах-членах ЕС, а также в отдельных странах-кандидатах на вступление в ЕС и странах ЕПС в Европейском регионе ВОЗ. В качестве одной из задач проекта было предусмотрено усовершенствовать инструмент оценки готовности сектора здравоохранения к работе в условиях кризиса, разработанный на основании опыта, полученного в процессе реализации объединенного проекта Европейского сообщества и ВОЗ «Поддержка безопасности общественного здоровья и планирования готовности в соседних с ЕС странах (ЕПС) (2007–2008 гг.)», в рамках которого были осуществлены оценки планирования и управления в кризисных ситуациях в Азербайджане, Армении и Республике Молдова. Дополнительный опыт, полученный во время второго раунда оценок, проведенных в Казахстане, Кыргызстане, Польше, Турции и Украине, позволил подготовить окончательный вариант оценочного инструментария.

Предложенная ВОЗ принципиальная схема деятельности системы здравоохранения (1) явилась концептуальной основой, использованной для характеристики и анализа систем здравоохранения во время оценки во всех странах. Творческие идеи для разработки структуры инструментария были почерпнуты из следующих публикаций: *Hospital safety index. Guide for evaluators* (2), *Health-sector self-assessment tool for disaster risk reduction* (3) и *Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations* (2005) (4).

Мы твердо убеждены, что с помощью точного прогнозирования медико-санитарных потребностей населения и эффективной подготовки к удовлетворению этих потребностей системы здравоохранения могут обеспечить оперативное реагирование при возникновении кризисных ситуаций, тем самым спасая жизни и облегчая страдания людей. При разработке данного инструментария мы стремились создать для министерств здравоохранения и других соответствующих органов методическое пособие по оценке способности систем здравоохранения преодолевать кризисные ситуации и устранению недостатков, выявляемых в ходе такой оценки.

Общие сведения

Кризисные ситуации в здравоохранении нередко непредсказуемы и могут возникать в любом месте и в любое время. Они порой вызывают тяжелые страдания и гибель людей, а также влекут за собой серьезные экономические последствия. Сообщества становятся наиболее уязвимыми в тех случаях, когда национальные и местные системы, в частности системы здравоохранения, не в состоянии справиться с проявлениями кризисной ситуации, поскольку резко возросший спрос на услуги значительно превышает функциональные возможности соответствующих учреждений.

В данном документе термины «чрезвычайные ситуации в здравоохранении» («health emergencies») и «кризисные ситуации в здравоохранении» («health crises») относятся к угрозам для здоровья населения, связанным с новыми или возвращающимися болезнями, случайным распространением или преднамеренным использованием биологических, химических или радиоактивных агентов, стихийными бедствиями или антропогенными катастрофами, комплексными чрезвычайными ситуациями, военными конфликтами или другими событиями и процессами, в том числе потенциально обусловленны-

ми изменением климата, которые могут иметь катастрофические последствия для здоровья людей.

В условиях изменяющейся глобальной окружающей среды обеспечение готовности и предотвращение кризисных ситуаций в здравоохранении становятся все более сложными задачами. Увеличение числа событий, связанных с погодными условиями (наводнения, бури, экстремальные температуры и т. д.), и возрастающая угроза распространения пандемического гриппа обуславливают важность глобального сотрудничества в целях укрепления потенциала общественного здравоохранения для решения возникающих международных проблем в области охраны здоровья. В ряде деклараций и соглашений, принятых мировым сообществом за последние годы, подчеркивается необходимость для всех стран быть готовыми к эффективному реагированию на эти и другие угрозы общественному здоровью (табл. 1).

В рамках своего среднесрочного стратегического плана работы на 2008–2013 гг. ВОЗ стремится к сотрудничеству с государствами-членами для укрепления их потенциала и общей готовности к кризисным ситуациям в области здравоохранения, а также для обеспечения оперативной совместимости и взаимной согласованности планов кризисного управления систем здравоохранения различных стран. В этих целях ВОЗ рекомендует разрабатывать всеобъемлющие программы на основе принципа учета всех опасностей (all-hazards approach). Эта концепция основывается на том, что при всем многообразии источников и природы опасных факторов (природных, техногенных, социальных), они нередко ставят перед системами здравоохранения одни и те же проблемы. Таким образом, в качестве основы для принятия мер, направленных на сокращение риска и повышение готовности к чрезвычайным ситуациям, независимо от причин их возникновения, может использоваться одна и та же модель. Опыт показывает, что различные элементы основных мер реагирования в значительной степени являются общими (медико-санитарная информация в условиях кризиса, организация центра для руководства действиями в чрезвычайных ситуациях, мероприятия по координации, логистика, связи с общественностью и т. д.) независимо от вида угрозы и что определение их приоритетности позволяет добиться полезного синергизма.

ВОЗ выступает за трансграничное сотрудничество, нацеленное на достижение между странами соглашений о взаимопомощи и повышение готовности систем здравоохранения к действиям в кризисных ситуациях. Таким образом будут улучшаться оперативные возможности каждой страны и укрепляться международные связи. Подчеркивая важность международного

сотрудничества, ММСП (2005 г.) (11) ставят перед государствами-участниками задачи, заключающиеся «в предотвращении международного распространения болезней, предохранении от них, борьбе с ними и принятии ответных мер на уровне общественного здравоохранения, которые соизмеримы с рисками для здоровья населения и ограничены ими и которые не создают излишних препятствий для международных перевозок и торговли».

Предназначение инструментария

Конечная цель данного инструментария – помочь странам свести к минимуму негативные последствия возможных кризисов в области здравоохранения путем проведения оценки того, насколько способны их собственные системы здравоохранения реагировать на различные угрозы и выявлять имеющиеся недостатки. В инструментарии не рассматриваются технические детали, и он не призван заменить уже существующие процессы планирования. В этом методическом пособии, как в памятной записке, сложный процесс обеспечения готовности к кризисной ситуации разделен на более простые единицы и функции, что позволит министерству здравоохранения:

- регистрировать и классифицировать информацию в отношении имеющегося потенциала для преодоления кризиса;
- распределять сферы ответственности за решение конкретных задач;
- устанавливать взаимоотношения между всеми заинтересованными сторонами (партнеры, сектора, специальности) с целью оптимального использования ресурсов;
- выявлять проблемы и недостатки;
- осуществлять мониторинг прогресса.

Инструментарий можно использовать для того, чтобы стимулировать коммуникацию и координацию на всех стадиях обеспечения готовности и непосредственно в процессе преодоления кризисной ситуации в здравоохранении. Ведущую роль в укреплении национальных систем здравоохранения несомненно должны играть министерства здравоохранения, однако для мобилизации всех имеющихся ресурсов при возникновении угрозы огромное значение имеет межсекторальное сотрудничество с соответствующими национальными и международными структурами.

Подготовка сектора здравоохранения к действиям в условиях кризиса – это процесс, требующий непрерывного обновления в свете изменений, происходящих в системе здравоохранения, и с учетом выявления новых угроз и пробелов. Этот процесс будет более успешным при условии участия всех заинтересованных сторон и обеспечении их соответствующей информацией.

Таблица 1. Декларации и соглашения, относящиеся к вопросам укрепления потенциала систем здравоохранения в отношении готовности к чрезвычайным ситуациям

| Декларации и соглашения | Примечания |
|--|---|
| Одиннадцатая общая программа работы ВОЗ (2006–2015 гг.) | Указывает на необходимость укрепления систем здравоохранения в качестве ключевого приоритета. |
| Резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA58.1 (2005 г.) и WHA59.22 (2006 г.) (5, 6). | В этих резолюциях подтверждается мандат ВОЗ на оказание поддержки государствам-членам в обеспечении готовности их систем здравоохранения к кризисным ситуациям и обязанность Организации укреплять собственную институциональную готовность. |
| Цели развития, поставленные в Декларации тысячелетия (ЦРТ) | ЦРТ непосредственно и/или косвенно связаны с вопросами здоровья людей; их достижение имеет решающее значение для укрепления систем здравоохранения. |
| Хиогская рамочная программа действий (2005–2015 гг.) (7) | Принятая 168 странами, Хиогская рамочная программа действий дает ориентированный на конкретные действия всеобъемлющий ответ на растущий ущерб от бедствий, от которых страдают люди, их сообщества и национальное развитие в целом. В ней сформулированы пять приоритетных действий, одним из которых является проводимое на всех уровнях укрепление готовности к бедствиям. |
| Коммюнике Европейской комиссии по вопросам улучшения координации на уровне ЕС общего обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения, а также Техническое руководство ЕС по общему планированию готовности (2005 г.) (8, 9). | Меры, рекомендованные в этих документах, в настоящее время реализуются на политическом и техническом уровнях в государствах-членах Европейского региона ВОЗ при поддержке со стороны Европейского центра профилактики и контроля болезней (ECDC) в форме научных консультаций, методической помощи и подготовки специалистов. |
| Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA58.5 (2005 г.) (10), констатирующая серьезную угрозу здоровью людей, которую представляют вспышки птичьего гриппа и связанные с ними случаи заболевания среди людей. | Подчеркивает необходимость для всех стран сотрудничать с ВОЗ и друг с другом для снижения риска возникновения пандемии птичьего гриппа А (H5N1) среди людей. |
| Международные медико-санитарные правила (ММСП) (2005 г.) (11) | Одобрены государствами-членами ВОЗ на 58-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в июне 2007 г., ММСП (2005 г.) вступили в силу в качестве международного закона. В Правилах специально отмечена необходимость реагировать на «чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение», и в них содержится призыв укреплять системы здравоохранения путем улучшения основных возможностей на национальном уровне и мобилизации коллективных глобальных усилий для преодоления кризисных ситуаций в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение. |

При проведении оценки готовности системы здравоохранения может возникнуть необходимость адаптировать данный инструментарий к конкретным условиям той или иной страны. По запросу от страны ВОЗ может оказать помощь в проведении оценки.

Структура инструментария

Инструментарий включает «Руководство пользователя» (часть 1) и «Оценочную форму» (часть 2).

Руководство пользователя

Помимо информации об общих принципах и задачах оценки, руководство пользователя содержит:

- перечень основных специальных терминов, использованных в документе (приложение 1), с их краткими определениями;
- описание рекомендуемой методики применения инструментария, включая инструкции по заполнению оценочной формы, а также предложения по выбору объектов для проведения оценки;
- рекомендации по дальнейшим действиям на основе итогов оценки и составлению плана мероприятий;
- информацию об «определяющих признаках» (essential attributes) и значимых, «индикаторных вопросах» (indicator-related questions), содержащихся в оценочной форме;
- список возможных источников информации, необходимой для оценки определяющих признаков (приложение 2);
- перечень рекомендуемой дополнительной литературы.

Оценочная форма

Оценочная форма разделена на секции по шести функциям (структурным элементам) системы здравоохранения в соответствии с концептуальной схемой, предложенной ВОЗ (табл. 2).

Таблица 2. Предложенная ВОЗ принципиальная схема деятельности системы здравоохранения

| Функции | Общие цели / итоговые результаты деятельности |
|---|---|
| Руководство и управление | Улучшение показателей здоровья (уровень и справедливое распределение) |
| Кадровые ресурсы здравоохранения | |
| Медицинская продукция, вакцины и технологии | Отзывчивое реагирование |
| Информация по здравоохранению | Социальная и финансовая защита от рисков |
| Финансирование здравоохранения | Повышение эффективности |
| Предоставление услуг | |

ВОЗ определяет понятие **системы здравоохранения** как совокупность всех ресурсов, организаций и учреждений, предназначенных для осуществления взаимозависимых действий, основной целью которых является укрепление, поддержание и восстановление здоровья. Дополнительную информацию о системах здравоохранения можно найти в следующих документах: *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.* (12); *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes* (1); *Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния* (13).

Руководство и управление, вероятно, является наиболее сложной и важнейшей функцией любой системы здравоохранения (12). Для успешного руководства и управления необходимо иметь стратегические основы построения политики в сочетании с механизмами надзора, созданием коалиций, строгой подотчетностью и надлежащими нормами и стимулами (14). В применении к кризисным ситуациям это означает, что национальная политика должна содержать программу действий сектора здравоохранения в условиях кризиса. Кроме того, необходимы механизмы эффективной координации, создание партнерств и проведение информационно-разъяснительной работы, а также актуальная и обновляемая информация для принятия решения, информирования населения, мониторинга и оценки.

Кадровые ресурсы здравоохранения включают всех работников здравоохранения, которые участвуют в охране и укреплении здоровья населения. «Оптимально функционирующие кадры здравоохранения – это работники, которые способны быстро реагировать и действовать справедливо и эффективно с целью достижения наилучших возможных результатов в отношении здоровья с учетом имеющихся ресурсов и обстоятельств» (14). Это требует справедливого распределения достаточного числа работников всех необходимых специальностей, обладающих требуемыми навыками и знаниями и способных к оперативному реагированию на нужды людей. Программы обеспечения готовности нацелены на то, чтобы такие работники были неотъемлемой частью трудовых ресурсов здравоохранения, для чего проводится оценка потребностей в обучении, разработка учебных программ и материалов, а также организация учебных мероприятий.

Надлежащим образом функционирующая система здравоохранения обеспечивает справедливый доступ к безопасным и эффективным **медицинской продукции, вакцинам и технологиям** гарантированного качества и их научно обоснованное и экономически эффективное использование (14). В понятие «медицинская продукция, вакцины и технологии» входят также медицинское оборудование и расходные материалы, необходимые для оказания амбулаторной (включая доврачебную) и стационарной помощи, для работы временных медицинских учреждений, служб лекарственного обеспечения и охраны обществен-

ного здоровья, лабораторных учреждений и служб переливания крови, необходимых в кризисных ситуациях.

Надлежащим образом функционирующая **система информации по здравоохранению** – это система, обеспечивающая получение, анализ, распространение и использование надежной и своевременной информации о детерминантах здоровья, параметрах деятельности системы здравоохранения и показателей здоровья населения (14). Эта система включает также сбор и анализ первичных данных и представление отчетности. Сюда входят данные, собираемые при проведении оценки рисков и потребностей (угрозы, уязвимость и потенциал реагирования), а также данные, относящиеся к системам раннего предупреждения и общему управлению информацией.

Надлежащая **система финансирования здравоохранения** обеспечивает наличие достаточных финансовых средств для системы здравоохранения и финансовую защиту в случае возникновения кризисной ситуации. Помимо выделения фондов для основных программ управления здравоохранением в условиях кризиса, она обеспечивает доступ к получению основных услуг для пострадавших от кризиса, а также адекватное страхование медицинских учреждений и оборудования на случай повреждения или утраты.

Предоставление услуг – это процесс осуществления необходимых эффективных, безопасных и высококачественных медико-санитарных вмешательств на индивидуальном и популяционном уровнях, при соблюдении принципа социальной справедливости и минимальном уровне непроизводительной траты ресурсов. Процесс обеспечения готовности к кризисам, осуществляемый в соответствии с принятой ВОЗ принципиальной схемой деятельности систем здравоохранения (4) позволяет проанализировать организацию и управление работой служб, обеспечивает устойчивость медицинских учреждений к неблагоприятным внешним воздействиям и высокое качество, безопасность и непрерывность предоставляемых услуг в условиях кризиса.

Шесть разделов оценочной формы (в соответствии с функциями системы здравоохранения, приведенными в принципиальной схеме ВОЗ (4)) содержат «ключевые компоненты» (key components) программы обеспечения готовности сектора здравоохранения к кризисным ситуациям (табл. 3).

Помимо этого, выделены «определяющие признаки» (essential attributes), имеющие наиболее важное значение для успешного выполнения каждого ключевого компонента. Общее число таких признаков – 51; они приведены в соответствии с ключевыми компонентами каждого из шести функциональных блоков системы здравоохранения по принципиальной схеме ВОЗ (приложение 3).

Оценка проводится с использованием значимых вопросов, относящихся к каждому из определяющих признаков. Специалисты, проводящие оценку, должны ответить на каждый такой «индикаторный» вопрос, используя варианты ответов «да», «отчасти» или «нет», и дать обоснование. Эта информация затем используется в качестве основы для детального письменного отчета о проведенной оценке, который может быть использован для разработки плана мероприятий, направленных на ликвидацию выявленных недостатков, и мониторинга прогресса путем проведения последующих оценок. Структура оценочной формы проиллюстрирована в таблице 4.

Процедуры и рекомендации по применению инструментария Общая координация и мероприятия до проведения оценки

Процесс оценки инициирует координационная группа, включающая руководящих работников министерства здравоохранения и других учреждений, ответственных за управление кризисными ситуациями в здравоохранении. Координационная группа отвечает за создание оценочной группы, выбор объектов для проведения оценки, подготовку отчета о результатах оценки и составление рекомендаций. Координационная группа также отвечает за подготовку на основе этого отчета национального плана действий для устранения выявленных недостатков в программе сектора здравоохранения по управлению кризисными ситуациями. Если такой программы еще не существует, планом действий должны быть определены шаги для ее создания. Для получения необходимой государственной поддержки для реализации плана действий крайне важно, чтобы назначенные министерством здравоохранения в качестве членов координационной группы руководящие работники высшего звена приняли участие в проведении оценки на всех ее этапах.

Итак, на подготовительном этапе необходимо создать оценочную группу, определить объекты для выполнения оценки и собрать исходную информацию: профили рисков, актуальных для страны, нормативную и законодательную документацию, организационные структуры по управлению кризисными ситуациями.

При поступлении запроса от страны соответствующий страновой офис ВОЗ и/или Региональное бюро ВОЗ могут оказать техническую помощь в подготовке и проведении оценки, включая базовое обучение ее методике.

Состав оценочной группы

Руководитель группы

Группу должен возглавлять представитель министерства здравоохранения, ответственный за обеспечение готовности и управление кризисными ситуациями в секторе здравоохранения. Руководитель группы

Таблица 3. Ключевые компоненты обеспечения готовности к кризисным ситуациям, в соотношении с функциями системы здравоохранения, представленными в принципиальной схеме ВОЗ

| Функции | Ключевые компоненты |
|---|---|
| Руководство и управление | <p>Правовые основы общегосударственного многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями</p> <p>Правовые основы управления чрезвычайными ситуациями в рамках сектора здравоохранения</p> <p>Общегосударственные межведомственные институциональные механизмы многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями</p> <p>Институциональные механизмы сектора здравоохранения для управления чрезвычайными ситуациями</p> <p>Компоненты программ сектора здравоохранения для управления чрезвычайными ситуациями</p> |
| Кадровые ресурсы здравоохранения | Кадровые ресурсы сектора здравоохранения для управления чрезвычайными ситуациями |
| Медицинская продукция, вакцины и технологии | Медицинские расходные материалы и оборудование для реагирования при чрезвычайных ситуациях |
| Информация по здравоохранению | <p>Информационно-аналитические системы для программ снижения рисков и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям</p> <p>Информационно-аналитические системы для мер реагирования при чрезвычайных ситуациях и последующего восстановления</p> <p>Коммуникация риска</p> |
| Финансирование здравоохранения | Национальные и субнациональные стратегии финансирования деятельности сектора здравоохранения по управлению чрезвычайными ситуациями |
| Предоставление услуг | <p>Потенциал и возможности реагирования</p> <p>Система скорой медицинской помощи и управление происшествиями с массовым количеством пострадавших</p> <p>Управление больницами при происшествиях с массовым количеством пострадавших</p> <p>Непрерывность основных медицинских программ и услуг</p> <p>Логистика и функции оперативной поддержки при чрезвычайных ситуациях</p> |

Таблица 4. Структура оценочной формы

| Функция | Руководство и управление | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------------------|-----------------------|-----|-------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| Ключевой компонент: | 1.1 Правовые основы общегосударственного многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Определяющий признак: | 1. Законы, стратегические подходы, планы и процедуры, имеющие отношение к общегосударственному многоотраслевому управлению чрезвычайными ситуациями | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ответ (поставьте значок X в соответствующем кружке) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Индикаторные вопросы | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Да</th> <th>Отчасти</th> <th>Нет</th> <th>Обоснование</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(a) Отражен ли в законодательстве принцип учета всех опасностей?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(b) Учитывают ли законодательные акты все фазы процесса управления чрезвычайными ситуациями?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(c) Регулярно ли проводится пересмотр и обновление законодательства?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(d) Определены ли законодательством процедуры для объявления и отмены состояния чрезвычайной ситуации как на национальном, так и на субнациональных уровнях?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | Да | Отчасти | Нет | Обоснование | (a) Отражен ли в законодательстве принцип учета всех опасностей? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | (b) Учитывают ли законодательные акты все фазы процесса управления чрезвычайными ситуациями? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | (c) Регулярно ли проводится пересмотр и обновление законодательства? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | (d) Определены ли законодательством процедуры для объявления и отмены состояния чрезвычайной ситуации как на национальном, так и на субнациональных уровнях? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| Да | Отчасти | Нет | Обоснование | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (a) Отражен ли в законодательстве принцип учета всех опасностей? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (b) Учитывают ли законодательные акты все фазы процесса управления чрезвычайными ситуациями? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (c) Регулярно ли проводится пересмотр и обновление законодательства? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (d) Определены ли законодательством процедуры для объявления и отмены состояния чрезвычайной ситуации как на национальном, так и на субнациональных уровнях? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

отвечает за организацию и проведение оценки (включая визиты на места), последующие действия по ее результатам, а также информирование всех членов группы о задачах оценки и о том, как она будет осуществляться.

Члены группы

Членами оценочной группы должны быть специалисты различного профиля, участвующие в обеспечении готовности и управлении кризисными ситуациями на уровне системы здравоохранения (табл. 5). Поскольку не всегда имеется возможность привлечь к работе специалистов всех указанных выше профилей, к сбору данных могут быть привлечены менее опытные сотрудники или студенты-старшекурсники по данным специальностям. Работу таких членов группы необходимо тщательно контролировать, они должны иметь возможность в любой момент получать консультации экспертов для правильной интерпретации собранных данных. Оценки членов группы должны быть ограничены только своей областью знаний.

Выбор объектов для проведения оценки

Оценку необходимо выполнять с выездом на места, в учреждениях национального и субнационального¹ уровней. Отбор объектов, подлежащих оценке, осуществляет координационная группа совместно с руководителем оценочной группы. В приложении 2 перечислены потенциальные источники информации, необходимой для анализа определяющих признаков, которые могут быть использованы при выборе учреждений для проведения оценки.

На национальном уровне визиты на места должны проводиться совместно с соответствующими заинтересованными сторонами, участвующими в управлении медико-санитарными кризисными ситуациями. Хотя при проведении оценки основное внимание должно уделяться сектору здравоохранения, необходимо также опрашивать представителей соответствующих структур других секторов (включая частные учреждения), неправительственных организаций (НПО) и международных агентств. График проведения оценки должен быть составлен в виде таблицы с детальной информацией о каждом визите на места и каждом интервью (оцениваемые учреждения, фамилии сотрудников, которые будут выполнять оценку, время посещения и т. д.).

На национальном и субнациональном уровнях следует придерживаться общей стратегии выборки (которая предполагает сбор информации в медицинских учреждениях, лабораториях, банках крови, учреждениях общественного здравоохранения и т. д.). При этом нет необходимости предусматривать при формировании выборки оценку по всем функциям

системы здравоохранения на территории всей страны. Цель работы – не проведение научного исследования, а выявление достоинств и недостатков управленческого потенциала системы здравоохранения и разработка плана действий для заполнения обнаруженных пробелов. Кроме того, для формирования максимально репрезентативной выборки может оказаться недостаточно средств и времени.

Действующие на субнациональном (региональном) уровне системы управления кризисными ситуациями в секторе здравоохранения можно разделить на три следующие категории: (i) функционирующие отлично; (ii) функционирующие на среднем уровне; (iii) функционирующие неудовлетворительно. Очень важно, чтобы в выборке были представлены все эти категории, равно как и районы наиболее высокого риска, например территории с угрозой конкретных типов природных бедствий или уязвимые сообщества.

Проведение оценки

Визиты на места

Основной целью визитов на места является сбор информации с использованием оценочной формы, приведенной во 2-й части инструментария, в целях определения способности системы здравоохранения к управлению кризисными ситуациями.

Для того чтобы визиты на места были успешными, необходимо тщательное планирование работы. С этой целью министерство здравоохранения, координационная группа и руководитель оценочной группы еще до приезда остальных ее членов должны согласовать календарный график работы. Также заранее следует установить определяющие признаки, которые будут оцениваться на каждом объекте. Проведение оценки объекта включает интервьюирование ответственных лиц, наблюдение за практической работой данного учреждения и сбор документации, отражающей его деятельность.

На каждом объекте будет необходимо:

- провести вводное совещание всех заинтересованных представителей объекта и членов оценочной группы, чтобы дать информацию о целях оценки и уточнить имеющиеся вопросы;
- если требуется, посетить медицинское учреждение (учреждения);
- ознакомиться с мнениями местных представителей по поводу предварительно выявленных проблем и недостатков, касающихся управления кризисными ситуациями в секторе здравоохранения;
- заполнить оценочную форму по соответствующему объекту.

¹ В данном документе термин «субнациональный уровень» используется для обозначения любого административно-территориального уровня ниже национального – например областного, районного и др.

Таблица 5. Уровень квалификации и опыта членов оценочной группы, в соотношении с функциями системы здравоохранения

| Функция системы здравоохранения | Требуемый уровень квалификации и опыта членов группы |
|---|---|
| Руководство и управление | Руководители, определяющие политику на национальном уровне |
| Кадровые ресурсы здравоохранения | Специалисты сектора здравоохранения, имеющие навыки управления кадровыми ресурсами |
| Медицинская продукция, вакцины и технологии | Специалисты здравоохранения, занимающиеся вопросами обеспечения медицинским оборудованием, расходными материалами, лекарствами, а также управления лабораторными службами |
| Информация по здравоохранению | Специалисты по эпидемиологическому надзору, оценке и географической привязке рисков Специалисты, отвечающие за осуществление ММСП Специалисты с навыками управления информацией и коммуникации в условиях кризиса |
| Финансирование здравоохранения | Экономист или специалист иного профиля, обладающий знаниями в области финансирования здравоохранения |
| Предоставление услуг | Специалисты здравоохранения, обладающие знаниями и навыками по управлению кризисными ситуациями на субнациональном уровне, опытом работы по оказанию экстренной медицинской помощи и управлению деятельностью больниц при массовом поступлении пострадавших и/или профессиональными знаниями в области логистики. |

Во время визитов в учреждения члены группы должны строго соблюдать этические принципы. При посещении они не должны нарушать обычный порядок работы учреждения.

Члены оценочной группы должны периодически проводить совещания, чтобы документировать собранную информацию, обсуждать проблемы, достоинства и недостатки работы проанализированных учреждений, а также формулировать возможные рекомендации. При этом можно использовать специально подготовленный контрольный вопросник по коммуникации в ходе оценки на местах (приложение 4). К предварительным результатам оценки следует относиться как к конфиденциальной информации, их не следует обсуждать с представителями сторонних организаций.

Заполнение оценочной формы

Очень важно, чтобы члены группы, прежде чем они начнут заполнять оценочную форму в ходе посещения объекта, изучили относящиеся к нему определяющие признаки и принципы, лежащие в их основе (см. также ниже, раздел «Рекомендации по процессу оценки»).

(a) определяющие признаки и индикаторные вопросы
Состояние определяющих признаков оценивается с помощью индикаторных вопросов, соответствующих каждому признаку (см. также табл. 4 выше). Учитывая

местные особенности, эксперт должен принять решение о правильном ответе на вопрос («да», «отчасти» или «нет»), используя соответствующий цветовой код (см. пункт (b) ниже).

(b) Цветовое кодирование

Представленная в приложении 5 матрица для цветового кодирования позволяет визуализировать результаты оценки; зеленый цвет означает ответ «да», красный цвет – «нет», желтый цвет – «отчасти».

(c) Обоснование ответов на индикаторные вопросы

Для оптимизации составления отчета о результатах оценки очень важно тщательно обосновать сформулированные ответы. Обоснование вписывают в свободную графу рядом с каждым индикаторным вопросом. Если места в форме не хватает, обоснование можно записывать отдельно.

(d) Обобщение результатов

После того как будут даны ответы на все индикаторные вопросы по определяющим признакам того или иного ключевого компонента, член группы должен суммировать результаты по данному компоненту.

(e) Рекомендации по первоочередным мероприятиям

После завершения оценки всех ключевых компонентов по одной из функций системы здравоохранения

эксперты записывают свои рекомендации по приоритетным мерам на специально отведенной для этого странице в конце раздела, посвященного данной функции системы здравоохранения.

Завершение оценки и составление плана действий

По завершении оценки группа собирается, чтобы обсудить полученные результаты и сформулировать предварительные рекомендации по первоочередным мерам, направленным на устранение выявленных недостатков. Затем эти рекомендации обсуждаются с основными заинтересованными сторонами, участвующими в процессе оценки и в управлении кризисными ситуациями в секторе здравоохранения. Затем группа анализирует результаты с различных сторон и позиций и формулирует окончательные рекомендации, на основании которых составляется первый проект плана действий. Схематическая структура плана (приложение 6) включена в оценочную форму.

Подготовка письменного отчета о результатах оценки

Составление отчета – это работа всей группы. Основным содержанием отчета являются обобщенные данные по индивидуальным ключевым компонентам и рекомендации по приоритетным мерам в соотношении с каждой функцией системы здравоохранения. Схема отчета о результатах оценки приведена в приложении 7. Отчет может также включать проект плана действий.

Планирование последующих шагов

План действий

Одна из главных задач оценки – выявление недостатков в общей способности управлять здравоохранением в кризисных ситуациях в целях разработки плана действий, направленных на устранение этих недостатков и укрепление потенциала. При этом следует принимать во внимание существующие национальные структуры, имеющиеся оперативные ресурсы, действующие планы готовности и/или реагирования в случае возникновения чрезвычайной ситуации, а также важность координации работы с другими секторами, участвующими в управлении кризисными ситуациями. Оценка должна охватывать весь сектор здравоохранения, имея целью создание потенциала, необходимого для прогнозирования и предупреждения кризисных ситуаций в здравоохранении, а также для обеспечения готовности, реагирования, смягчения и ликвидации негативных последствий кризисов. Схематическая структура плана действий включена в оценочную форму (см. 2-ю часть инструментария).

План действий разрабатывает координационная группа на основе проекта, подготовленного оценочной группой. Крайне важно, чтобы подготовка плана действий осуществлялась в согласовании со всеми соответствующими представителями старшего

руководства и заинтересованными сторонами. Окончательный вариант плана действий должен быть утвержден на официальном уровне.

Последующие оценки

Для контроля выполнения плана действий и документирования достигнутого прогресса следует периодически (например, один раз в два года) проводить соответствующие проверки. Можно проводить дополнительные проверки только по тем функциям системы здравоохранения, где были выявлены наиболее серьезные недостатки. Однако такие частичные оценки не должны подменять периодические плановые проверки, так как различные компоненты управления кризисными ситуациями в секторе здравоохранения, как правило, тесно взаимосвязаны.

Руководство по процессу оценки

Последующие шесть разделов отражают шесть функций (составных блоков) принятой ВОЗ принципиальной схемы систем здравоохранения (4). Каждый раздел состоит из подразделов в соответствии с ключевыми компонентами каждой функции, а также признаками (всего 51), которым придается определяющее значение в реализации ключевых компонентов. В целях оптимизации процесса оценки составлен список индикаторных вопросов по каждому определяющему признаку.

Возможные источники информации об определяющих признаках приведены в приложении 2; по некоторым из них даны принципиальные положения.

Для большинства индикаторных вопросов также дан пояснительный текст. В некоторых случаях общее пояснение дано после нескольких взаимосвязанных вопросов. Если вопрос представляется совершенно очевидным, пояснения не включались.

Для каждого определяющего признака приведен список рекомендуемой литературы.

РАЗДЕЛ 1.

РУКОВОДСТВО И УПРАВЛЕНИЕ

Данная функция обеспечивает внимательное и ответственное управление системой здравоохранения, которое влияет на политику и действия всех секторов, участвующих в охране здоровья населения. Чертами оптимального руководства являются, например, наличие рациональной политики, выделение необходимых средств для ее реализации, неотступное проведение в жизнь ее основных положений, установление механизмов подотчетности и вовлечение гражданского общества.

Ключевой компонент 1.1

Правовые основы общегосударственного многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями

Определяющий признак 1

Законы, стратегические подходы, планы и процедуры, имеющие отношение к общегосударственному многоотраслевому управлению чрезвычайными ситуациями

Принципиальные положения

Недавний опыт преодоления кризисов, например при пандемии гриппа H1N1, четко продемонстрировал, что правовые аспекты управления чрезвычайными ситуациями имеют важнейшее значение для обеспечения всесторонней готовности к подобным ситуациям в области общественного здравоохранения. Поэтому при проведении оценки важно проанализировать правовые основы управления чрезвычайными ситуациями как на национальном, так и на субнациональном уровнях.

Правовые рамки для многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями включают все законы, стратегические подходы, рекомендации, планы и/или протоколы действий в данной области. Они должны регламентировать структуры, роли, сферы ответственности и субординацию всех субъектов, осуществляющих управление чрезвычайными ситуациями, а также права и обязанности населения (как граждан страны, так и других лиц, находящихся на ее территории). Они также должны определять процедуры и стандарты для реализации программ, включая, например, все, что имеет отношение к доступности данных, их сопоставимости и совместному использованию, а также оперативной совместимости информационных систем. Этими рамками должны быть также предусмотрены ресурсы, необходимые для обеспечения функционирования системы.

Нормативно-правовая база общественного здравоохранения включает законы, стратегии, административные правила и положения, распоряжения, меморандумы о взаимопонимании и соглашения о взаимопомощи, имеющие отношение к охране здоровья населения.

Члены оценочной группы должны определить иерархию нормативно-правовых документов. Положения документов высокого уровня, например конституции и парламентских законов, могут иметь преимущественную силу по сравнению с противоречащими им положениями подзаконных актов более низкого уровня.

Национальная политика управления чрезвычайными ситуациями должна быть поддержана законодательными актами, определяющими всю деятельность в этой области, с использованием принципа учета всех опасностей, в соответствии с которым, независимо от вида чрезвычайной ситуации, все ответные мероприятия имеют общие элементы управления.

Индикаторные вопросы

- a. **Отражен ли в законодательстве принцип учета всех опасностей?**
- b. **Учитывают ли законодательные акты все фазы процесса управления чрезвычайными ситуациями?**
- c. **Регулярно ли проводится пересмотр и обновление законодательства?**

Желательно, чтобы в законодательстве был закреплён принцип учета всех опасностей и содержалось требование уделять должное внимание всем фазам управления чрезвычайными ситуациями. Речь идет о прогнозировании, предупреждении, снижении рисков, митигации (смягчении ущерба), обеспечении готовности, реагировании и восстановлении, а также о последующей оценке ситуации и корректировке планов и программ. Законодательство должно устанавливать минимальные стандарты, необходимые для реализации программ управления чрезвычайными ситуациями на национальном и субнациональном уровнях.

Члены группы должны иметь в виду, что определенная информация, особенно на национальном уровне, в некоторых странах считается конфиденциальной (например, локализация и содержание запасов) и поэтому может быть для них недоступной.

d. Определены ли законодательством процедуры для объявления и отмены чрезвычайного положения на национальном и на субнациональном уровнях?

Законодательство должно четко определять, каким образом и кто объявляет и отменяет чрезвычайное положение, какими критериями при этом руководствуются, а также как осуществляется процесс информирования властей и населения о сложившейся ситуации. Оно также должно определять конкретные функции, права и обязанности властей, организаций и отдельных граждан во время чрезвычайной ситуации и четко дифференцировать чрезвычайные ситуации местного, регионального и национального масштабов.

e. В какой мере отражены и учтены в законодательстве юридически обязывающие международные соглашения и конвенции, к которым страна присоединилась и/или которые она ратифицировала, в частности ММСП 2005 г. (11) и Хиогская рамочная программа действий на 2005–2015 гг. (7)?

Члены оценочной группы должны проанализировать национальное законодательство в контексте международных договоров и конвенций, в которых участвует страна, и выявить возможные нестыковки.

f. Существуют ли официальные механизмы защиты и опознавания объектов инфраструктуры и персонала?

Нормативно-правовая база должна предусматривать механизмы защиты и опознавания объектов инфраструктуры и персонала. Согласно *Дополнительному протоколу к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающемуся защиты жертв международных вооруженных конфликтов (Протокол I)*, 8 июня 1977 года (15), меры для опознавания персонала тесно взаимосвязаны с концепцией защиты, которая составляет самую суть международного гуманитарного права. Эти меры обеспечивают заинтересованных лиц средствами доказательства их статуса и отстаивания своих законных прав на предоставление защиты, особенно в конфликтных ситуациях (включая внутренние конфликты).

Рекомендуемая литература

European Commission. *Technical guidance on generic preparedness planning – interim document – April 2005*. Brussels, European Commission, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/Bioterrorisme/keydo_bio_01_en.pdf, accessed 7 April 2011).

Guidelines for assessing disaster preparedness in the health sector. Washington, DC, Pan American Health

Organization, 1995 (<http://helid.digicollection.org/en/d/J060/>, accessed 7 April 2011).

Jackson BA et al. *Protecting emergency responders. Volume 3. Safety management in disaster and terrorism response*. Atlanta, The National Institute for Occupational Safety and Health, 2004 (http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monographs/2004/RAND_MG170.pdf, accessed 7 April 2011).

Koob, P. *Health sector emergency preparedness guide*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc>, accessed 7 April 2011).

Marshall, LW. International Disaster Response Law: An Introduction. *American Journal of Disaster Medicine*. 2008 May–June, 3(3):181–4.

Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающийся защиты жертв немеждународных вооруженных конфликтов (Протокол II), Женева, 8 июня 1977 года (<http://www.icrc.org/rus/resources/documents/misc/6lkb3l.htm>, по состоянию на 18 декабря 2012 г.).

Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающийся принятия дополнительной отличительной эмблемы (Протокол III), Женева, 8 декабря 2005 года (<http://www.icrc.org/rus/resources/documents/misc/treaties-third-protocol-emblem-081205.htm>, по состоянию на 18 декабря 2012 г.).

| | |
|-------------------------------|---|
| Определяющий признак 2 | Национальная структура для многоотраслевого управления и координации при чрезвычайных ситуациях |
|-------------------------------|---|

Принципиальные положения

Оценка должна выявить сферы ответственности (включая делегированные полномочия) различных органов в составе национальной структуры для многоотраслевого управления и координации при чрезвычайных ситуациях, а также уровень взаимодействий в рамках этой структуры. Член группы, проводящий оценку, может счесть целесообразным составить схему (органиграмму) данной структуры с особым вниманием к сектору здравоохранения.

Индикаторные вопросы

a. Представлена ли национальная структура для управления и координации при чрезвычайных ситуациях межведомственным комитетом высокого уровня?

- b. *Поддерживается ли его работа оперативным штабом и соответствующими подкомитетами по конкретным техническим вопросам?*
- c. *Четко ли определены функции и сферы ответственности различных партнеров?*
- d. *Стоят ли вопросы защиты здоровья на повестке дня данного комитета и выделяются ли ресурсы на снижение рисков, обеспечение готовности и реагирование при чрезвычайных ситуациях в секторе здравоохранения?*

Законодательство должно обеспечивать наличие:

- (i) межведомственного комитета высокого уровня для руководства и координации в чрезвычайных ситуациях;
- (ii) оперативного штаба для управления в условиях кризиса, ответственного за выполнение всех чрезвычайных мероприятий и подотчетного межведомственному комитету высокого уровня;
- (iii) достаточного объема средств для проведения мероприятий, основанных на результатах оценки рисков.

В зависимости от социального контекста, национальная политика и стратегия в этой области должны быть прежде всего направлены на координацию усилий всех структур на всех административных уровнях для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, реагирования и последующего восстановления. При анализе нормативно-правовых документов члены группы должны специально оценить функции и сферы ответственности министерства здравоохранения при медико-санитарных чрезвычайных ситуациях.

Правовая база должна регламентировать функции всех партнеров, таких как правительственные учреждения, армия, государственные и частные организации, структуры гражданского общества и международные агентства, а также их взаимодействия в процессе управления чрезвычайными ситуациями, особенно в фазе реагирования.

Также должны быть обеспечены механизмы регистрации зарубежных и отечественных гуманитарных учреждений, развертывания гуманитарных операций, логистики (включая ввоз на территорию страны, хранение и распределение гуманитарной помощи) и обмена информацией и ресурсами.

Рекомендуемая литература

Baker D, Refsgaard K. Institutional development and scale matching in disaster response management. *Ecological Economics*, 2007, 63:331–343.

Koob P. *Health sector emergency preparedness guide*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc>, accessed 9 April 2011).

Ключевой компонент 1.2

Правовые основы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

Определяющий признак 3

Законы, стратегические подходы, планы и процедуры, имеющие отношение к управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

Принципиальное положение

Нормативно-правовая база здравоохранения определяет структуру, процедуры и отводимые ресурсы для обеспечения работы в чрезвычайных ситуациях, а также устанавливает функции, сферы ответственности и полномочия структур, участвующих в управлении медико-санитарными аспектами кризисной ситуации.

Индикаторные вопросы

- a. *Отражает ли законодательство всесторонний подход к защите здоровья с учетом всех опасностей?*
- b. *Охватывает ли оно все фазы управления чрезвычайными ситуациями?*
- c. *Регулярно ли проводится его пересмотр и обновление?*
- d. *Определены ли в нем условия и процедуры введения карантина и изоляции в связи с чрезвычайными ситуациями?*

Законодательные акты, касающиеся управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения, должны опираться на целостный подход к защите здоровья с учетом всех опасностей и охватывать все фазы управления чрезвычайными ситуациями, в том числе следующие: снижение риска; митигация (смягчение ущерба); обеспечение готовности; реагирование и восстановление; регулярная оценка; обновление программы. Целостный подход к защите здоровья подразумевает, что планирование готовности к чрезвычайным ситуациям должно включать – в дополнение к межсекторальным вопросам координации, информации и служб поддержки – следующие аспекты: окружающая среда и здоровье (включая безопасное водоснабжение, обеспечение санитарии и гигиены); хронические заболевания (включая психическое здоровье); здоровье матерей, новорожденных и детей; инфекционные болезни; вопросы питания; лекарственные и биологические препараты; оказание медицинской помощи (включая вопросы медицинской инфраструктуры). Для управления конкретными рисками могут быть подключены специализированные службы, на стадии планирования необходимо проанализировать потенциал медицинских учреждений, государственных органов, частного сектора, медицинской службы вооруженных сил, национальных обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и неправительственных организаций.

В законодательстве нередко содержится требование, чтобы все официальные материалы, особенно на национальном уровне, считались конфиденциальными (например, информация о локализации и содержании стратегических запасов), и в таких случаях члены оценочной группы не смогут с ними ознакомиться.

В отношении работы, проводимой в рамках программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, соответствующие законодательные акты должны требовать от всех заинтересованных участников наращивать уровень экспертизы и потенциал для оценки и снижения рисков, координации и развития партнерств, информирования населения и коммуникации рисков, повышения готовности учреждений, а также мониторинга и оценки. Законодательством должны быть также установлены условия, требования и полномочия работников здравоохранения для проведения деконтаминации, изоляции или карантина отдельных лиц, групп населения, территорий, зданий, транспортных средств и т. д., а также выявления контактных лиц и проведения по отношению к ним соответствующих защитных мероприятий.

Законодательство должно устанавливать минимальные стандарты, необходимые для реализации программ управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях. Оно должно поддерживать требование, чтобы такие программы были основаны на оценке рисков и включали в себя положения по опознаванию и защите соответствующих инфраструктур и персонала. Допускается, чтобы такие положения были включены в национальный документ, относящийся к одному из других ключевых компонентов.

При рассмотрении национальных и субнациональных правовых основ управления медико-санитарными чрезвычайными ситуациями члены группы должны убедиться, что полномочия и обязанности сектора здравоохранения определены на обоих уровнях.

Рекомендуемая литература

Международные медико-санитарные правила (2005 г.), 2-е изд., Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://www.who.int/ihr/IHR_2005_ru.pdf, по состоянию на 22 июля 2011 г.).

Хиогская рамочная программа действий на 2005–2015 годы: создание потенциала противодействия бедствиям на уровне государств и общин. В документе A/CONF.206/6 Генеральной Ассамблеи ООН «Доклад Всемирной конференции по уменьшению опасности

бедствий Кобе, Хиого, Япония, 18–22 января 2005 года», с. 8–43 (http://www.unisdr.org/files/1037_finalreportwcdrrussian1.pdf, по состоянию на 18 декабря 2012 г.).

Technical guidance on generic preparedness planning – interim document – April 2005. Brussels, European Union, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/Bioterrorisme/keydo_bio_01_en.pdf, accessed 7 April 2011).

Strengthening health systems' response to crises. Towards a new focus on disaster preparedness. Report on a WHO workshop, Skopje, The former Yugoslav Republic of Macedonia, 13–15 July 2004. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/79006/E87920.pdf, accessed 7 April 2011).

Stier DD, Goodman RA. Mutual aid agreements: essential legal tools for public health preparedness and response. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(Supplement 1):62–68 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854975/pdf/0970062.pdf>, accessed 7 April 2011).

Определяющий признак 4

Структура для управления и координации работы сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях

Принципиальные положения

В законодательных актах должна быть описана структура управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения, механизмы координации медицинских и учебных мероприятий, а также подходы к определению первоочередных вмешательств путем оценки уязвимостей и потребностей.

Индикаторные вопросы

- a. *Представлена ли структура для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения мультидисциплинарным комитетом высокого уровня?*
 - b. *Имеет ли этот комитет многоуровневые связи с аналогичными структурами в других секторах?*
 - c. *Поддерживается ли его работа оперативным штабом и соответствующими подкомитетами по конкретным техническим вопросам?*
 - d. *Определены ли функции и сферы ответственности ключевых заинтересованных участников в рамках сектора здравоохранения?*
 - e. *Определены ли механизмы, обеспечивающие выделение ресурсов для уменьшения опасности бедствий, обеспечения готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях?*
- Законодательством должно быть предписано обязательное создание в секторе здравоохранения

– как на национальном, так и на субнациональном уровне – специального мультидисциплинарного комитета, работу которого может поддерживать оперативная структура (оперативный штаб). Кроме того, должны быть законодательно определены функции, сферы ответственности и полномочия ключевых заинтересованных субъектов сектора здравоохранения, а также даны правовые основы для выделения средств, достаточных для проведения мероприятий по снижению рисков, обеспечению готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях на базе оценки рисков и потребностей. (В отношении ресурсов см. также определяющие признаки 15, 30, 31, 32, 33, 36 и 38).

Члены группы должны проанализировать нормативно-правовые документы, чтобы выяснить, принадлежит ли ведущая роль во время чрезвычайных ситуаций министерству здравоохранения или же, в соответствии с местными условиями, эта функция делегирована одной или нескольким другим организациям, относящимся к сектору здравоохранения.

Должны также существовать нормативно-правовые документы, уточняющие функции партнеров сектора здравоохранения, таких как правительственные учреждения, армия, государственные и частные организации, структуры гражданского общества и международные агентства. В них должны быть предусмотрены механизмы регистрации зарубежных и отечественных гуманитарных учреждений, развертывания гуманитарных операций, логистики (включая ввоз на территорию страны, хранение и распределение гуманитарной помощи) и обмена информацией и ресурсами (см. также определяющий признак 2).

Рекомендуемая литература

Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies. *Public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, IFRC, 2004 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU086.pdf, accessed 16 July 2011).

Baker D, Refsgaard K. Institutional development and scale matching in disaster response management. *Ecological Economics*, 2007, 63(2–3):331–343.

Определяющий признак 5 Регулирование внешней помощи в области здравоохранения при чрезвычайных ситуациях

Индикаторные вопросы

а. Существуют ли правила, регламентирующие въезд в страну иностранных работников

здравоохранения для оказания помощи при чрезвычайных ситуациях?

Члены оценочной группы должны проанализировать имеющиеся нормативные документы, касающиеся международной гуманитарной помощи, чтобы определить, включены ли в них положения об иностранных медицинских бригадах, командах для опознания жертв бедствия и т. д., а также о ввозе в страну лекарств, других медицинских расходных материалов, полевых госпиталей и медицинского оборудования.

- б. Освобождена ли медико-санитарная гуманитарная помощь от импортных пошлин?**
- с. Существуют ли правила в отношении приема добровольных пожертвований предметов медико-санитарного назначения?**

Рекомендуемая литература

Guidelines for drug donations. Geneva, World Health Organization, 1999 (http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_PAR_99.4.pdf, accessed 7 April 2011).

Pan American Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific. *Guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath sudden-impact disasters.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003 (<http://www.paho.org/english/dd/ped/FieldHospitalsFolletto.pdf>, accessed 7 April 2011).

Stier DD, Goodman RA. Mutual aid agreements: essential legal tools for public health preparedness and response. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(Suppl. 1):62–68 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854975/pdf/0970062.pdf>, accessed 7 April 2011).

| | |
|-------------------------------|---|
| Ключевой компонент 1.3 | Национальные организационные механизмы многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями |
| Определяющий признак 6 | Национальный комитет многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями |

Принципиальные положения

Организационные механизмы представляют собой всестороннюю институциональную основу управления чрезвычайными ситуациями на национальном уровне. Обычно на самом высоком политическом уровне создается межведомственный руководящий комитет (например, при секретариате премьер-министра или при кабинете министров), функционирование которого поддерживает оперативный штаб (определяющий признак 7). Аналогичные структуры нередко создаются и в секторе здравоохранения (см. определяющий признак 8).

Индикаторные вопросы

- a. Создан ли национальный комитет многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями?
- b. Если да, входят ли в состав этого комитета представители высокого уровня всех соответствующих секторов?
- c. Определены ли сферы ответственности и полномочия членов комитета и секретариата?
- d. Определены ли процедуры для созыва совещаний?
- e. Имеется ли оперативный штаб для поддержки работы комитета?

Национальный комитет многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями должен отвечать за обеспечение общего политического и стратегического руководства по всем ключевым аспектам процессов, относящихся к управлению кризисными ситуациями. В состав комитета должны входить руководящие работники высшего звена из соответствующих министерств и ведомств. Должны быть официально утверждены мандат, сферы ответственности и полномочия комитета и его связи с национальным оперативным штабом для многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями (определяющий признак 7). Должны быть определены процедуры для кооптирования, при необходимости, временных членов.

Поскольку в большинстве стран практическая работа по преодолению чрезвычайных ситуаций проводится преимущественно на местном уровне, деятельность национальной структуры для многоотраслевого управления и координации при чрезвычайных ситуациях (определяющий признак 2) будет по-настоящему эффективна только при наличии дополнительных организационных механизмов для чрезвычайных ситуаций на всех уровнях государственного управления, особенно на местах.

- f. Связан ли комитет с аналогичными структурами на всех уровнях?

Рекомендуемая литература

Briggs SM. Regional interoperability: making systems connect in complex disasters. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 2009, 67:88–90.

Oloruntoba R. An analysis of the Cyclone Larry emergency relief chain: Some key success factors. *International Journal of Production Economics*, 2010, 126:85–101.

Определяющий признак 7

Национальный оперативный штаб для многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями

Индикаторные вопросы

- a. Имеет ли национальный оперативный штаб для многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями достаточно ресурсов и систем поддержки для того, чтобы в полном объеме осуществлять свои функции?
- b. Определены ли сферы ответственности и полномочия этого штаба?
- c. Осуществляет ли штаб координацию и общее руководство процессом обеспечения готовности на национальном уровне с привлечением всех заинтересованных сторон?
- d. Имеются ли аналогичные структуры на всех административных уровнях?

В качестве национального оперативного штаба для многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями может выступать министерство, агентство, служба или другая структура, уполномоченная осуществлять общее техническое руководство процессами и действиями, связанными с управлением чрезвычайными ситуациями, и отвечать за их координацию и контроль. Во многих странах таким “оперативным плечом” национального комитета многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями является министерство по чрезвычайным ситуациям, которое имеет постоянные связи с аналогичными структурами на более низких административных уровнях. Штаб должен получать ресурсы (персонал, оборудование и финансирование) в объеме, достаточном для выполнения своих функций.

Рекомендуемая литература

Briggs SM. Regional interoperability: making systems connect in complex disasters. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 2009, 67:88–90.

Koh HK et al. Regionalization of local public health systems in the era of preparedness. *Annual Review of Public Health*, 2008, 29:205–218.

| | |
|-------------------------------|--|
| Ключевой компонент 1.4 | Национальные организационные механизмы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения |
| Определяющий признак 8 | Национальный комитет управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения |

Принципиальные положения

Административные рамки сектора здравоохранения являются главным механизмом для управления системой здравоохранения на национальном уровне в чрезвычайных ситуациях. Нередко межведомственный рабочий комитет существует на самом высоком поли-

тическом уровне в министерстве здравоохранения. Его функционирование может поддерживать оперативный штаб (см. основной признак 9), а на субнациональном уровне – аналогичные структуры.

Индикаторные вопросы

- a. **Создан ли национальный комитет для управления сектором здравоохранения в чрезвычайных ситуациях?**
- b. **Если да, то входят ли в состав комитета ответственные представители всех соответствующих секторов и дисциплин?**
- c. **Определены ли сферы ответственности и полномочия членов комитета и его секретариата?**
- d. **Установлены ли процедуры для созыва совещаний комитета?**
- e. **Имеется ли оперативный штаб для поддержки работы комитета?**
- f. **Связан ли комитет с дополнительными структурами на всех уровнях?**

Национальный комитет для управления сектором здравоохранения при чрезвычайных ситуациях должен осуществлять общее стратегическое руководство и контроль медико-санитарных аспектов управления чрезвычайными ситуациями. Должны существовать официальные документы, устанавливающие мандат, сферы ответственности и полномочия комитета и его связи с другими национальными и субнациональными комитетами и оперативными структурами.

Национальный комитет управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения должен контролировать и направлять реализацию программы обеспечения готовности сектора здравоохранения к чрезвычайным ситуациям (определяющий признак 12), а также осуществлять руководство мерами реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях (определяющий признак 13). Должны проводиться регулярные совещания комитета под председательством координатора управления кризисными ситуациями в секторе здравоохранения. В состав комитета должны входить руководящие работники высшего звена из оперативных подразделений министерства здравоохранения и государственных и частных медико-санитарных учреждений. Члены комитета должны вносить существенный вклад (как техниче-ский, так и оперативный) в планирование готовности сектора здравоохранения к чрезвычайным ситуациям и координацию действий. Они должны быть уполномочены своими организациями следовать решениям, принятым комитетом. В целях обеспечения оперативной эффективности действий в случае чрезвычайной ситуации должны быть четко определены функции,

сферы ответственности и полномочия каждого члена комитета.

Хотя стратегические и технические рамки управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения определены на национальном уровне, практическая работа осуществляется на местах. Поэтому на местном уровне следует иметь детальные и постоянно обновляемые планы действий, которые должны доводиться до сведения всех заинтересованных сторон.

Рекомендуемая литература

Briggs SM. Regional interoperability: making systems connect in complex disasters. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 2009, 67:88–90.

Koh HK et al. Regionalization of local public health systems in the era of preparedness. *Annual Review of Public Health*, 2008, 29:205–218.

Koob P. *Health sector emergency preparedness guide*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc>, accessed 11 April 2011).

Определяющий признак 9

Национальный оперативный штаб по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

Индикаторные вопросы

- a. **Являются ли имеющиеся ресурсы (персонал, оборудование, финансы) и системы (центры чрезвычайных операций, системы транспорта и связи) достаточными для обеспечения полноценной работы оперативного штаба по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения?**
- b. **Определены ли сферы ответственности и полномочия национального оперативного штаба по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения?**

В качестве национального оперативного штаба по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения может выступать подразделение или координационная группа в структуре министерства здравоохранения либо отдельный центр или учреждение. ВОЗ полагает, что координационная группа в составе министерства должна отвечать за контроль всех мероприятий по обеспечению готовности министерства здравоохранения к чрезвычайным ситуациям (например, за разработку руководства по обеспечению готовности больниц). Оперативный штаб должен быть подотчетен национальному комитету управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения (опреде-

ляющий признак 8) и осуществлять действия в соответствии с решениями комитета. Руководитель оперативного штаба должен входить в состав национального комитета управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения.

с. Осуществляет ли оперативный штаб координацию и общее руководство национальной программой обеспечения готовности сектора здравоохранения к чрезвычайным ситуациям с привлечением всех заинтересованных сторон?

Координация является ключевой сферой ответственности национального оперативного штаба по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения и предполагает следующие действия: проведение совещаний с различными заинтересованными сторонами; обеспечение обмена информацией; согласование стратегий, разрабатываемых на основе результатов оценки, и механизмов последующего контроля; планирование совместных действий; распределение заданий и сфер ответственности; оценка результатов проведенных мероприятий; корректировка планов.

d. Имеются ли аналогичные структуры на всех административных уровнях?

Структуры, подобные национальному оперативному штабу по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения, должны создаваться и на субнациональных уровнях. Они должны быть уполномочены министерством здравоохранения и/или местными органами власти координировать все аспекты национальных программ сектора здравоохранения по снижению рисков и управлению чрезвычайными ситуациями (определяющие признаки 11 и 12).

Рекомендуемая литература

Briggs SM. Regional interoperability: making systems connect in complex disasters. *The Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care*, 2009, 67:88–90.

Koh HK et al. Regionalization of local public health systems in the era of preparedness. *Annual Review of Public Health*, 2008, 29:205–218.

Koob P. *Health sector emergency preparedness guide*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc>, accessed 11 April 2011).

Индикаторные вопросы

a. Включают ли существующие механизмы координации и создания партнерств при чрезвычайных ситуациях соглашения с соответствующими структурами в государственном и частном секторах, а также в гражданском обществе?

Механизмы координации должны включать систематический обзор партнерств. Поскольку роли и оперативные обязанности каждого партнера должны быть четко оговорены еще до возникновения чрезвычайной ситуации в здравоохранении, могут существовать ранее заключенные соглашения о взаимопомощи с различными организациями, такими как Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОККиКП) и ВОЗ, а также с неправительственными организациями и другими региональными и национальными структурами.

b. Участвуют ли руководящие органы здравоохранения на всех уровнях в правительственных и неправительственных механизмах координации?

с. Включают ли существующие механизмы координации регулярные совещания по планированию мероприятий для снижения рисков бедствий и обеспечения готовности к действиям в условиях чрезвычайных ситуаций?

d. Обеспечивают ли существующие механизмы координации и создания партнерств распространение информации с совещаний по планированию и контроль выполнения принятых на них решений?

Должны существовать механизмы для координации всех действий, имеющих отношение к обеспечению готовности, реагированию и восстановлению при чрезвычайных ситуациях в секторе здравоохранения. Все процедуры по обмену информацией должны быть согласованы с заинтересованными партнерами, чтобы обеспечить сопоставимость информации и результатов анализа.

Члены оценочной группы должны ознакомиться с протоколами последних координационных совещаний, чтобы определить частоту их проведения до и во время кризиса, а также уровень представительства в ходе принятия решений и контроля их исполнения.

e. Способствуют ли имеющиеся организационные механизмы процедурам совместного планирования (для выявления и ликвидации дублирования и пробелов в осуществлении программы)?

Определяющий признак 10 Механизмы координации и создания партнерств

f. Стимулируют ли существующие механизмы координации и создания партнерств совместную мобилизацию ресурсов и доступ к ним?

Организационные механизмы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения должны определять источники ресурсов и стимулировать совместное планирование. Например, министерства и правительственные департаменты могут предоставлять рабочую силу, службы и материалы, а армия, полиция, пожарные и коммунальные службы могут оказывать необходимую поддержку в плане логистики (мобильные госпитали, автомобили скорой помощи, другие транспортные средства и топливо), а также обеспечивать безопасность и аварийно-спасательные работы.

Организационные механизмы должны также обеспечивать благоприятные условия для работы зарубежных и/или международных организаций в условиях чрезвычайных ситуаций, а также предусматривать заключение соответствующих протоколов и соглашений с соседними странами. Они могут быть более конкретными по сравнению с международными стандартами и конвенциями и включать организационные детали и информацию о процедурах и механизмах для оперативной и эффективной межстрановой коммуникации при соблюдении национальных медико-санитарных стандартов.

Рекомендуемая литература

Global assessment of health sector emergency preparedness and response. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf, accessed 11 April 2011).

Keim M. Using a community-based approach for prevention and mitigation of national health emergencies. *Pacific Health Dialog*, 2002, 9(1):93–96.

Koob P. *Health sector emergency preparedness guide.* Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc>, accessed 11 April 2011).

Stier DD, Goodman RA. Mutual aid agreements: essential legal tools for public health preparedness and response. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:62–68.

Ключевой компонент 1.5

Компоненты национальной программы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

Определяющий признак 11

Национальная программа сектора здравоохранения по снижению рисков

Принципиальные положения

Программа управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения предусматривает необходимость долгосрочных комплексных мультидисциплинарных действий, направленных на укрепление общего потенциала сектора здравоохранения для эффективного управления медико-санитарными аспектами воздействия любых типов опасных факторов. Основными компонентами такой программы являются снижение риска бедствий, обеспечение готовности, реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях.

Программа снижения риска должна быть разработана на основании регулярных оценок рисков (см. определяющий признак 21). На базе суммарных результатов таких оценок составляют национальный профиль, который используется в планировании, для определения имеющихся в сообществах факторов риска различных опасных воздействий и для того, чтобы предупредить перерастание эти воздействий в чрезвычайную ситуацию. После определения конкретных рисков и оценки имеющегося потенциала для их снижения можно провести коррекцию программ, чтобы уделить основное внимание снижению степени риска и усилению потенциала, если в этом есть необходимость.

Оценка и снижение риска бедствий требуют привлечения всех заинтересованных участников, а также особого внимания к обеспечению достаточных объемов ресурсов.

Индикаторные вопросы

- a. **Имеется ли национальная программа снижения рисков для сектора здравоохранения?**
- b. **Если да, то определены ли в ней подверженные риску группы населения на основании анализа рисков, проведенного совместно с национальным оперативным штабом многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями?**
- c. **Определены ли в этой программе на основании анализа рисков медицинские учреждения, подверженные наибольшему риску?**

Члены оценочной группы должны определить, составлен ли на основании анализа рисков национальный профиль медико-санитарных рисков, а если он имеется, то насколько регулярно он обновляется. Члены группы должны убедиться в том, что как профиль, так и карты рисков отражают не только угрозы (опасности), но и сами факторы риска (с использованием следующей формулы для определения риска: *риск* пропорционален *угрозам*, умноженным на *уязвимость* и разделенным на *потенциал*).

Национальный профиль медико-санитарных рисков представляет собой результаты всесторонней

оценки сильных и слабых сторон и угроз как на национальном, так и на субнациональном уровнях, охватывающей определенный промежуток времени.

d. Располагает ли программа ресурсами, необходимыми для снижения уязвимостей и уменьшения рисков?

Члены группы должны проверить, насколько систематически национальная программа снижения рисков использует имеющуюся информацию для того, чтобы определить вероятность тех или иных событий и масштабы их возможных последствий. Программа должна на основании оценки рисков устанавливать их приемлемый уровень и определять, имеются ли достаточные ресурсы для устранения или управления неприемлемыми рисками.

В целях снижения рисков должны выделяться необходимые ресурсы для уменьшения остроты выявленных уязвимостей.

Рекомендуемая литература

Arnold JL. Risk and risk assessment in health emergency management. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2005, 20:143–154.

Boroschek Krauskopf R, Retamales Saavedra R. *Guidelines for vulnerability reduction in the design of new health facilities*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2004 (<http://www.unisdr.org/eng/library/Literature/7760.pdf>, accessed 11 April 2011).

Global assessment of health sector emergency preparedness and response. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf, accessed 11 April 2011).

United Nations International Strategy for Disaster Reduction. *Living with risk. A global review of disaster reduction initiatives*. Geneva, United Nations Publications, 2004 (<http://www.unisdr.org/we/inform/publications/657>, по состоянию на 3 января 2013 г.).

Международная стратегия ООН по уменьшению опасности бедствий, Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. *Безопасность больниц при стихийных бедствиях. Снижение риска, защита больниц, спасение жизней*. Женева, Международная стратегия ООН по уменьшению опасности бедствий, 2009 (<http://www.unisdr.org/2009/campaign/pdf/wdrc-2008-2009-information-kit-russian.pdf>, по состоянию на 20 декабря 2012 г.).

Koob P. *Health sector emergency preparedness guide*. Geneva, World Health Organization, 1998, (<http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc>, accessed 11 April 2011).

Thomalla F et al. Reducing hazard vulnerability: towards a common approach between disaster risk reduction and climate adaptation. *Disasters*, 2006, 30:39–48.

Определяющий признак 12 Многоотраслевая и медико-санитарная программы готовности к чрезвычайным ситуациям

Принципиальные положения

Обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям – это совокупность мер, предпринимаемых для создания и поддержания общего потенциала, необходимого для прогнозирования, реагирования и последующего восстановления при чрезвычайных ситуациях, независимо от их причин.

Готовность – это не то же самое, что подготовка. Готовность нацелена не на конкретное событие (как это можно сказать о подготовке), а имеет системную направленность. Обеспечение готовности означает создание и поддержание общих платформ и операционных систем, необходимых для того, чтобы связанные с конкретным событием предупредительные, подготовительные, оперативные и восстановительные мероприятия могли быть и были осуществлены. Обеспечение готовности к чрезвычайным ситуациям – это непрерывный итерационный процесс, являющийся составной частью общего процесса развития. Обеспечение готовности не может быть просто планом; оно должно опираться на программу со своими собственными финансовыми и кадровыми ресурсами и с ежегодными рабочими планами. Разработка эффективных программ обеспечения готовности требует усилий со стороны государственных структур на всех уровнях, а также координации действий между правительственными учреждениями, частным сектором и неправительственными организациями для выявления угроз и уязвимостей, а также для определения необходимых объемов ресурсов.

Основными компонентами программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям являются нормативно-правовая база (законы, полномочия), направляющее руководство (политика, процедуры, инструкции) и практическое выполнение (планы, ресурсы, знания, навыки, осведомленность и общественные установки). Качество работы, проводимой по каждому из этих компонентов, определяет уровень готовности страны, организации или учреждения эффективно преодолевать чрезвычайные ситуации.

Координация планирования работ по обеспечению готовности и реагирования при чрезвычайных ситуациях (включая научные исследования, обучение и профессиональную подготовку кадров, учения по отработке действий при бедствиях и информирование населения)

обычно осуществляется какой-либо одной ведущей организацией (например, министерством по чрезвычайным ситуациям). Сектор здравоохранения может располагать аналогичной структурой, ответственной за медико-санитарные аспекты чрезвычайной ситуации, или может быть представлен в составе рабочей группы ведущей организации. Программа обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям на каждодневной основе проводит исследования, планирование, подготовку и обучение по всем аспектам реагирования на чрезвычайные ситуации. Эти аспекты включают: проведение анализа рисков для определения влияния реальных или возможных угроз; сотрудничество с соответствующими ведомствами по программам смягчения рисков; составление перечней имеющихся ресурсов; определение дефицита ресурсов и составление рекомендаций для решения этой проблемы; разработку и поддержание протоколов по коммуникациям и системам оповещения; постоянный поиск путей повышения качества самой программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям.

Члены группы должны установить, существуют ли программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям на национальном и/или субнациональном уровнях и включают ли они большинство или все необходимые компоненты.

Индикаторные вопросы

a. Проводятся ли в рамках или при поддержке программ обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, действующих на национальном и субнациональном уровне, профильные научные исследования? (См. также определяющий признак 14.)

b. Предусматривают ли они разработку и распространение руководств по управлению чрезвычайными ситуациями?

Программа должна быть основана на результатах оценки опасностей, уязвимостей и рисков. Простые и гибкие руководства по управлению чрезвычайными ситуациями должны быть разработаны, с учетом наиболее передового опыта, применительно к местным профилям рисков теми специалистами, кто будет осуществлять эти рекомендации на практике.

Члены группы должны установить, имеются ли руководства по проведению тренировок и учений по управлению чрезвычайными ситуациями, а также осуществляется ли обратная связь и формулируются ли после каждого учения рекомендации по дальнейшему совершенствованию руководств и пособий.

c. Предусмотрено ли проведение обзора и пересмотра стратегий управления чрезвычайными ситуациями?

Стратегии и руководства необходимо регулярно в плановом порядке (во многих странах это означает ежегодно) или после каждого чрезвычайного события пересматривать и корректировать. Члены оценочной группы должны выяснить, предусмотрены ли в программе соответствующие механизмы.

d. Обеспечивают ли они разработку, организацию и проведение учебных программ по вопросам управления чрезвычайными ситуациями?

Программа обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям должна гарантировать, чтобы сотрудники сектора здравоохранения на всех уровнях имели возможность принять участие в аккредитованных учебных курсах, подготовке, тренировках или учениях по вопросам управления чрезвычайными ситуациями (см. также определяющий признак 16). Она также должна предусматривать разработку и осуществление образовательных программ для населения.

e. Способствуют ли они привлечению всех заинтересованных сторон к коллективному процессу планирования готовности к чрезвычайным ситуациям?

План обеспечения готовности и реагирования является согласованным и утвержденным перечнем действий по реагированию на чрезвычайную ситуацию и последующему восстановлению. В нем конкретизированы сферы ответственности, управляющие структуры, стратегии и ресурсы (см. также определяющий признак 10).

f. Обеспечивает ли программа мобилизацию и распределение ресурсов для обеспечения готовности? (См. также определяющие признаки 15, 17–20, 31 и 33.)

g. Включает ли программа разработку и поддержание соответствующих информационных систем и баз данных? (См. также определяющие признаки 21–25.)

h. Включает ли программа разработку стратегий коммуникации рисков, укрепления здоровья и просветительной работы? (См. также определяющие признаки 28 и 29.)

i. Включает ли программа разработку и оценку тренировочных упражнений и учений?

j. Включает ли программа разработку и поддержание стандартов для планов управления в чрезвычайных ситуациях?

Планы управления чрезвычайными ситуациями (по снижению рисков, реагированию на чрезвычайные ситуации и обеспечению непрерывности работы) должны существовать на национальном,

субнациональном и учрежденческом уровнях, причем они должны иметь сходную структуру и формат.

к. Предусмотрена ли координация и мониторинг выполнения программы, а также регулярная отчетность?

Заранее предусмотренная система обратной связи должна обеспечивать регулярный мониторинг и оценку хода выполнения программы.

Члены группы должны проверить, регулярно ли планы и отчеты о деятельности программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям публикуются и рассылаются всем заинтересованным участникам.

Рекомендуемая литература

Adini B et al. Assessing levels of hospital emergency preparedness. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2006, 21:451–457.

Ginter PM, Duncan WJ, Abdolrasulnia M. Hospital strategic preparedness planning: the new imperative. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2007, 22(6):529–536.

Glik DC. Risk communication for public health emergencies. *Annual Review of Public Health*, 2007, 28:33–54.

Global assessment of health sector emergency preparedness and response. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf, accessed 11 April 2011).

Koob P. *Health sector emergency preparedness guide*. Geneva, World Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/disasters/repo/5814.doc>, accessed 11 April 2011).

State health emergency response plan (SHERP Victoria). Melbourne, Department of Health, 2009 (http://www.dhs.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/400883/SHERP_2nd_edition_web.pdf, accessed 11 April 2011).

Stier DD, Goodman RA. Mutual aid agreements: essential legal tools for public health preparedness and response. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(1):62–68 (http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/short/97/Supplement_1/S62, accessed 11 April 2011).

Определяющий признак 13

Национальный план сектора здравоохранения по реагированию и восстановлению при чрезвычайных ситуациях

Принципиальные положения

План реагирования при чрезвычайных ситуациях является согласованным перечнем организационных мер, направленных на преодоление возникшей чрезвычайной ситуации и облегчение процесса последующего восстановления. Задачи плана – обеспечить защиту жизни людей, имущества и окружающей среды, а также функционирование в базовом объеме систем жизнеобеспечения и основных служб. Чтобы иметь возможность планировать ответные мероприятия на случай чрезвычайной ситуации, ответственные представители центрального и местного руководства должны иметь четкое представление о наличии рисков и уязвимостей, о возможности возникновения чрезвычайных ситуаций и о преимуществах предварительного планирования действий в таких ситуациях. Национальный план реагирования сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях по своей сути является основой, на которой строятся взаимодействия между всеми структурами, осуществляющими реагирование, и соответствующими секторами и уровнями правительства, каждый из которых имеет свои собственные планы. Ответственностью правительства на национальном уровне является не проведение конкретных работ, а оказание поддержки структурам реагирования и местным органам власти в их деятельности. Таким образом, на национальном уровне акцент делается на мобилизации ресурсов, обеспечении логистики, коммуникации и координации действий органов и ведомств различного подчинения, технической поддержке и информировании населения. Специфическими сферами ответственности на национальном уровне являются также национальная безопасность, внешняя помощь, иммиграционный и пограничный контроль, таможенные пошлины и акцизы, координация донорской помощи, проблемы беженцев и трансграничная координация.

Реализацию национального плана реагирования сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях обеспечивает соответствующее законодательство (см. также определяющие признаки 1 и 3) и назначение организации, ответственной за координацию планирования мер реагирования и восстановительных работ при возникновении чрезвычайных ситуаций (см. также определяющие признаки 6–9).

Индикаторные вопросы

- a. **Основа ли национальный план реагирования при чрезвычайных ситуациях на принципе учета всех опасностей и на результатах оценки рисков?**
- b. **Включает ли план особые меры на случай непредвиденных обстоятельств?**
- c. **Совместим ли этот план с соответствующими межсекторальными и субнациональными планами сектора здравоохранения?**

- d. **Определены ли в плане механизмы его активации, координации и командного управления?**
- e. **Основан ли план на имеющихся ресурсах?**
- f. **Рассылается ли план ключевым заинтересованным сторонам после каждого его пересмотра?**
- g. **Проводится ли регулярное тестирование плана посредством соответствующих упражнений, учений и моделирования ситуаций?**
- h. **Ознакомлена ли общественность с этим планом?**

При разработке национального плана реагирования при чрезвычайных ситуациях необходимо учитывать наличие планов, уже существующих на более низких административных уровнях, других национальных планов, а также планов, разработанных на случай воздействия конкретных опасностей. Все планы должны быть разосланы заинтересованным сторонам. Их следует обновлять ежегодно или после любого чрезвычайного события.

Рекомендуемая литература

Perry RW, Lindell MK. Preparedness for emergency response: guidelines for the emergency planning process. *Disasters*, 2003, 27(4):336–350.

State Health Emergency Response Plan (SHERP Victoria). Melbourne, Department of Health, 2009 (http://www.dhs.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/400883/SHERP_2nd_edition_web.pdf, accessed 11 April 2011).

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что министерство здравоохранения поддерживает совершенствование научно-технических методов и наращивание потенциала для оценки, мониторинга и раннего предупреждения о рисках посредством научных исследований, укрепления партнерств, обучения, а также развития технических мощностей. Министерство здравоохранения должно всячески развивать использование методов локального и спутникового наблюдения, применение космических технологий, дистанционное зондирование, применение географических информационных систем, моделирования и прогнозирования угроз, моделирования и прогнозирования погодных условий и климата, совершенствование средств связи, а также анализ затрат и выгод в отношении оценки рисков и раннего оповещения.

Рекомендуемая литература

A methodological approach to monitoring and assessing scientific advice provision and impact: a test case analysis of the mechanism by which scientific advice catalyses interactions among societal actors. Framework contract no. RTD–JRC/00–06 June 2003. Final report for the European Commission. Twickenham, The Evaluation Partnership, 2003 (http://ec.europa.eu/research/science-society/pdf/bioterrorism_report_en.pdf, accessed 7 August 2011).

Nelson CD et al. How can we strengthen the evidence base in public health preparedness? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2008, 2:247–249.

Определяющий признак 14 Научно-доказательная база

Индикаторные вопросы

- a. **Определена ли повестка дня исследований?**
- b. **Выделены ли ресурсы на проведение исследований?**
- c. **Используются ли результаты исследований на практике?**

Повестка дня научных исследований должна быть определена министерством здравоохранения с обращением особого внимания на поддержку эффективного и экономичного процесса принятия решений. Учения и тренировки позволяют получать фактические данные о том, какие меры являются эффективными, а какие не обладают таким качеством; распространение этой информации должно быть узаконенной практикой. По всем аспектам готовности сектора здравоохранения к чрезвычайным ситуациям должны проводиться мониторинг и оценка; накопленный опыт будет полезен для целей планирования, разработки программ и выстраивания политики.

РАЗДЕЛ 2. КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ

Работники здравоохранения – это главный ресурс системы оказания медицинской помощи. От них зависит доступность, качество и стоимость медицинских услуг, а также проведение мероприятий для улучшения здоровья населения, включая прогресс в достижении связанных со здоровьем целей развития, поставленных в Декларации тысячелетия, и претворение в жизнь принципа «Здоровье для всех».

| | |
|--------------------------------|--|
| Ключевой компонент 2.1 | Кадровые ресурсы для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения |
| Определяющий признак 15 | Развитие кадровых ресурсов |

Принципиальное положение

Программа обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям отвечает за то, чтобы с учетом конкретных обстоятельств и имеющихся ресурсов (например, объем финансовых средств или госпитальные мощности для оказания помощи при массовом потоке пострадавших) система располагала достаточным числом квалифицированных сотрудников различного профиля для оказания помощи в условиях любого кризиса и чтобы функционировали соответствующие программы непрерывного повышения квалификации и профессиональной подготовки.

Индикаторные вопросы

а. Существует ли план подготовки кадров для управления чрезвычайными ситуациями и если да, то включает ли он перечень установленных компетенций?

Члены оценочной группы должны выяснить, имеет ли министерство здравоохранения четкую стратегию подготовки кадров. Эта стратегия должна быть основана на результатах оценки имеющихся кадровых ресурсов на национальном уровне, включая анализ пробелов в кадровом обеспечении, и содержать описание требуемых знаний и навыков (компетенций) персонала, участвующего в управлении чрезвычайными ситуациями.

Помимо этого, члены группы должны убедиться в том, что:

- функции, сферы ответственности и полномочия каждого работника, по своему должностному положению участвующего в

осуществлении ответных мер при кризисных ситуациях, четко определены и по каждой функции имеются письменные должностные инструкции;

- принимаются меры для выявления нехватки квалифицированных работников и критически важные должности укомплектовываются путем найма или на базе обучения и профессиональной подготовки.

Следует предусматривать возможность резкого наращивания кадровой мощности и формировать необходимый резерв соответствующего персонала для экстренного привлечения к работе в случае чрезвычайной ситуации.

В соответствующие государственные органы и учреждения должны быть направлены инструкции о процедурах мобилизации персонала, а также информация об функциях, сферах ответственности и полномочиях привлекаемых сотрудников.

б. Имеется ли база данных по сотрудникам, прошедшим обучение по вопросам управления чрезвычайными ситуациями, и регулярно ли она обновляется?

Министерство здравоохранения должно иметь базу данных по кадровым ресурсам на национальном уровне, а также детальную информацию о функциях различных категорий работников в условиях возможной кризисной ситуации. База данных может включать сведения о таких категориях работников, как, например, врачи, медицинские сестры, парамедицинские работники, водители, административный персонал, лаборанты, диспетчеры, специалисты по общественным связям и коммуникации, а также о соответствующих сотрудниках государственных и частных медицинских учреждений, МФОККиКП, НПО, организаций гражданского общества, международных организаций, учреждений армии, полиции и гражданской обороны.

Национальный оперативный штаб для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения должен иметь доступ к этой информации, чтобы при необходимости использовать кадровые ресурсы для эффективных действий.

с. Предусмотрены ли процедуры привлечения национальных и международных волонтеров

к работе на местах в условиях чрезвычайных ситуаций?

Политика привлечения волонтеров включает процедуры для координации их работы в целях поддержания необходимого качества предоставляемых услуг. Необходимо разрабатывать и проводить учебные курсы повышения квалификации волонтеров.

Рекомендуемая литература

Hsu EB et al. Healthcare worker competencies for disaster training. *BMC Medical Education*, 2006, 6:19 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1471784/>, accessed 12 April 2011).

Reilly M, Markenson DS. Education and training of hospital workers: who are essential personnel during a disaster? *Prehospital and Disaster Medicine*, 2009, 24:239–245.

Schultz CH, Stratton SJ. Improving hospital surge capacity: a new concept for emergency credentialing of volunteers. *Annals of Emergency Medicine*, 2007, 49(5):602–609 ([http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(06\)02349-3/abstract](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(06)02349-3/abstract), accessed 12 April 2011).

Stier DD, Goodman RA. Mutual aid agreements: essential legal tools for public health preparedness and response. *American Journal of Public Health*, 2007, 97:62–68 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854975/>, accessed 12 April 2011).

Williams J, Nocera M, Casteel C. The effectiveness of disaster training for health care workers: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 2008, 52(3):211–222.e2 ([http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(07\)01624-1/abstract](http://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(07)01624-1/abstract), accessed 12 April 2011).

Определяющий признак 16

Обучение и профессиональная подготовка

Принципиальные положения

Одна из ключевых задач программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям – создать все необходимые условия для разработки и проведения актуальных по содержанию и эффективных программ обучения и профессиональной подготовки по вопросам управления чрезвычайными ситуациями. Решение этой задачи включает периодическую оценку соответствующих управленческих, технических и административных навыков у всех медицинских работников, а также отражение этих требований в должностных обязанностях; следует также предоставлять возможность всем сотрудникам повысить свою квалификацию путем участия в ряде различных учебных курсов.

Члены группы должны уточнить перечень функций и сфер ответственности министерства здравоохранения и других заинтересованных структур, таких как министерство по чрезвычайным ситуациям, министерство образования и НПО, работающие в области медико-санитарного просвещения. Они также должны определить наличие возможностей для профессиональной подготовки и повышения квалификации по вопросам управления службами общественного здравоохранения и оказания медицинской помощи.

В большинстве стран значительную часть медицинских кадров составляют медицинские сестры. Они предоставляют основные услуги на всех уровнях системы здравоохранения и на всех этапах оказания помощи, способствуя укреплению здоровья, обеспечивая заботу о пациентах, проводя медицинские вмешательства и внося вклад в улучшение результатов лечения. Задача обучения медицинских сестер по вопросам управления чрезвычайными ситуациями имеет поэтому важнейшее значение.

Индикаторные вопросы

- a. **Позволяют ли проводимые оценки потребностей определить требуемую периодичность обучения, актуальное содержание учебных программ и предполагаемую численность участников курсов?**
- b. **Существует ли план обучения, основанный на реальных потребностях?**
- c. **Отражают ли учебные программы различные требуемые компетенции?**

Национальные программы должны обеспечить наличие программ обучения и профессиональной подготовки, рассчитанных на различные категории медицинских работников (медицинских сестер, парамедицинских работников, врачей, административный персонал больницы). Учебные программы должны получать поддержку со стороны академических учреждений, быть аккредитованы и проводиться на языке (языках) данной страны. Программы и формат учебных курсов должны регулярно анализироваться и обновляться в соответствии с местными потребностями (например, необходимые навыки персонала). Должны предоставляться возможности для дополнительного обучения, например обучения на рабочем месте, пред- и последипломные курсы.

Члены оценочной группы должны выяснить, установлен ли набор знаний и навыков в области управления чрезвычайными ситуациями, которыми должны владеть ключевые сотрудники министерства здравоохранения, и включены ли они в перечень должностных обязанностей. Они

должны убедиться в том, насколько регулярно проводится оценка потребностей в обучении кадров, а также в какой мере содержание и методика программ обучения и профессиональной подготовки базируются на принципе формирования компетенций.

Учебные программы должны охватывать следующие темы (все или по выбору): управление рисками; оценка рисков; быстрая оценка потребностей при бедствии; управление массовыми потоками пострадавших; обеспечение готовности больницы; поисковые и спасательные работы; контроль инфекционных болезней и пандемий; химические аварии и несчастные случаи; продовольственное обеспечение и вопросы питания; управление запасами; помощь при неинфекционных заболеваниях в условиях чрезвычайных ситуаций.

Все планы ответных мер при бедствиях должны тестироваться, а сотрудники – проходить обучение по их применению.

d. *Согласованы ли учебные программы и пособия с аналогичными материалами других заинтересованных сторон?*

Оперативные руководства и технические документы, касающиеся управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения, должны рассылаться всем партнерам для обеспечения единых подходов к ответным действиям.

e. *Имеется ли формальный механизм пересмотра и обновления учебных программ?*

f. *Предусматривают ли программы практические упражнения и учения?*

g. *Созданы ли возможности для обучения по вопросам управления чрезвычайными ситуациями?*

Все курсы по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения, а также учения и упражнения должны быть доступны для всех соответствующих партнеров, чтобы обеспечить единство методологии и гарантировать применение унифицированных стандартных операционных процедур. Ключевым ответственным работникам должна быть предоставлена возможность участия в международных учебных курсах, например проводимых Региональным бюро ВОЗ и/или Европейским центром профилактики и контроля заболеваний (ECDC).

h. *Выделяются ли достаточные ресурсы для проведения учебных программ?*

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что в годовые бюджеты программ обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям закладывается достаточно средств для обучения и профессиональной подготовки кадров.

Рекомендуемая литература

Core public health worker competencies for emergency preparedness and response. Columbia, Center for Health Policy, Columbia University School of Nursing, 2001 (http://www.nnepi.org/pdf/IC_Public_Health1.pdf, accessed 17 July 2011).

Ghori Uddin S et al. Emergency preparedness: addressing a residency training gap. *Academic Medicine*, 2008, 83:298–304.

Hsu EB et al. Effectiveness of hospital staff mass-casualty incident training methods: a systematic literature review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2004, 19:192–200.

РАЗДЕЛ 3. МЕДИЦИНСКАЯ ПРОДУКЦИЯ, ВАКЦИНЫ И ТЕХНОЛОГИИ

Для оказания высококачественной медико-санитарной помощи и снижения смертности и заболеваемости при чрезвычайных ситуациях необходимо иметь соответствующие потребностям и экономически эффективные препараты, материалы и оборудование для диагностики и лечения.

| | |
|--------------------------------|---|
| Ключевой компонент 3.1 | Медицинские материалы и оборудование для реагирования при чрезвычайных ситуациях |
| Определяющий признак 17 | Медицинские материалы и оборудование для оказания догоспитальной и стационарной помощи (включая временные медицинские учреждения) и проведения других медико-санитарных мероприятий |

Индикаторные вопросы

- Составлен ли на основании оценки и анализа рисков перечень основных медицинских материалов и оборудования для работы в условиях чрезвычайных ситуаций?*
- Имеются ли они постоянно в наличии и в достаточных объемах?*
- Проверяются ли периодически запасы медицинских материалов и подвергаются ли списанию негодные материалы или с истекшим сроком хранения в соответствии с установленными инструкциями?*

Члены оценочной группы должны проверить наличие стандартных перечней материалов и оборудования на случай возникновения чрезвычайных ситуаций, убедиться в том, что они составлены в соответствии с потребностями, установленными в результате оценки рисков, что они включают все нужные материалы и оборудование (т. е. соответствуют политике и инструкциям министерства здравоохранения, а также не противоречат лучшему международному опыту), а также что существуют механизмы для своевременной доставки этих материалов, в случае необходимости, на местный уровень. Все запасы должны храниться в безопасных и легко доступных местах.

Национальное хранилище должно быть организовано с обеспечением оптимальных

условий для оперативного реагирования; здесь должны храниться, например, антибиотики, химические антидоты, антитоксические сыворотки, препараты для поддержания основных жизненных функций, оснащение для внутривенного введения лекарств и поддержания проходимости дыхательных путей, хирургические материалы и инструменты. Хранилище должно быть предназначено для дополнительного обеспечения медицинских учреждений на национальном и субнациональном уровнях при возникновении чрезвычайных ситуаций. Аналогичным образом должны быть созданы запасы материалов и оборудования на случай пандемии гриппа (включая, например, противовирусные препараты, вакцины, индивидуальные средства защиты для медицинских работников и диагностическое лабораторное оборудование). Объемы запасаемых материалов следует рассчитывать на основании данных о ежегодных потребностях в масштабах всей страны.

Должен быть обеспечен инвентарный учет, чтобы гарантировать постоянное наличие минимальных запасов основных медицинских материалов и оборудования. Соответствующие запасы должны создаваться также на субнациональном уровне и в медицинских учреждениях.

- Соответствуют ли установленным правилам текущий инвентарный учет и периодическое обновление, а также практика безопасного хранения медицинских материалов и оборудования?*
- Существуют ли механизмы, включая систему холодной цепи, для распределения медицинских материалов и оборудования в случае возникновения чрезвычайной ситуации в секторе здравоохранения?*
- Существуют ли процедуры для внеплановых закупок медицинских материалов, которые не были включены в список основных материалов и оборудования?*

Члены группы должны убедиться в наличии процедур для периодической проверки, замены и/или списания хранящихся на складах медицинских материалов и оборудования. Должны также иметься процедуры для заключения контрактов на поставку материалов и предоставление услуг при возникно-

вении чрезвычайных ситуаций, включая технические спецификации и информацию о ценах, сроках доставки, качестве материалов и надежности оборудования. Должен также иметься механизм отслеживания поставок и сигнализации нарушений.

Кроме того, члены группы должны проверить, имеются ли процедуры для подачи заявок, приема или отказа от приема лекарств, персонала, полевых госпиталей, других услуг (пожертвований), предоставляемых зарубежными партнерами, а также есть ли договоренности об ускоренном прохождении импортируемых медицинских материалов через таможенную и об их освобождении от таможенных сборов.

Рекомендуемая литература

Emergency response and recovery. Non statutory guidance accompanying the civil contingencies act, 2004. London, HM Government, 2010 (<http://www.worcestershire.gov.uk/cms/pdf/EmergencyResponse&Recovery%20April%202010.pdf>, accessed 15 April 2011).

Balcik B et al. Coordination in humanitarian relief chains: practices, challenges and opportunities. *International Journal of Production Economics*, 2010, 126(1):22–34.

Brown DW et al. Evidence-based approach for disaster preparedness authorities to inform the contents of repositories for prescription medications for chronic disease management and control. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2008, 23(5):447–457.

Pan American Health Organization. *Guidelines for the use of foreign field hospital in the aftermath of sudden-impact disasters.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003 (<http://helid.digicollection.org/en/p/printable.html>, accessed 15 April 2011).

Pan American Health Organization. *Humanitarian assistance in disaster situations. A guide for effective aid.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 1999 (<http://www.paho.org/english/ped/pedhuman.pdf>, accessed 15 April 2011).

Pan American Health Organization. *Humanitarian supply management and logistics in the health sector.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org/english/ped/HumanitarianSupply-part1.pdf>, accessed 15 April 2011).

Structural, non-structural and functional indicators. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/E554CC53-4C8C-4340-9CCC-47EE5727BB0C/0/IndicatorsforSafeHospitalsDRAFT April2009.pdf>, accessed 15 April 2011).

Определяющий признак 18 Фармацевтические службы

Индикаторные вопросы

- a. Составлен ли на основании оценки рисков перечень основных фармацевтических препаратов для работы в условиях чрезвычайных ситуаций?
- b. Имеются ли они постоянно в наличии и в достаточных объемах?
- c. Проверяются ли периодически запасы фармацевтических препаратов и подвергаются ли списанию негодные препараты или с истекшим сроком хранения в соответствии с установленными инструкциями?
- d. Соответствуют ли установленным правилам текущий инвентарный учет и периодическое обновление, а также практика безопасного хранения фармацевтических препаратов?
- e. Существуют ли механизмы, включая систему холодной цепи, для распределения фармацевтических препаратов в случае возникновения чрезвычайной ситуации в секторе здравоохранения?
- f. Существуют ли процедуры для внеплановых закупок фармацевтических препаратов, которые не включены в перечень основных лекарственных средств?

Члены группы должны убедиться в наличии процедур для периодической проверки, замены и/или списания хранящихся на складах фармацевтических препаратов. Должны также существовать процедуры для заключения контрактов на поставку фармацевтических препаратов при возникновении чрезвычайных ситуаций, включая наличие технических спецификаций и информации о ценах, сроках доставки и качестве продукции. Должен также иметься механизм отслеживания поставок и сигнализации отклонений от нормы.

Кроме того, члены группы должны проверить, имеются ли процедуры для подачи заявок, приема или отказа от приема лекарств, персонала, полевых госпиталей, других услуг (пожертвований), предоставляемых зарубежными партнерами, а также есть ли договоренности об ускоренном прохождении импортируемых фармацевтических препаратов через таможенную и об их освобождении от таможенных сборов.

Рекомендуемая литература

Pan American Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific. *Humanitarian supply management and logistics in the health sector.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org>)

english/ped/HumanitarianSupply-part1.pdf, accessed 15 April 2011).

World Health Organization et al. *The interagency emergency health kit 2006. Medicines and medical devices for 10 000 people for approximately 3 months. An interagency document.* Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/PSM/PAR/2006.4) (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js13486e/6.10.5.html>, accessed 8 May 2011).

Определяющий признак 19 Лабораторные службы

Индикаторные вопросы

- a. Составлен ли на основании анализа рисков перечень основных лабораторных материалов и оборудования для работы в условиях чрезвычайных ситуаций?
- b. Имеются ли они постоянно в наличии и в достаточных объемах?
- c. Проверяются ли периодически запасы лабораторных материалов и оборудования и подвергаются ли списанию негодные материалы или с истекшим сроком хранения в соответствии с установленными инструкциями?
- d. Существуют ли процедуры для внеплановых закупок лабораторных материалов и оборудования?
- e. Обеспечены ли условия для безопасной транспортировки внутри страны и за рубеж биологических материалов и проб из окружающей среды для тестирования и/или подтверждения национальными и международными референс-лабораториями? Члены группы должны убедиться в наличии процедур для периодической проверки, замены и/или списания хранящихся на складах лабораторных материалов и оборудования. Должны также иметься процедуры для заключения контрактов на поставку материалов и предоставление услуг при возникновении чрезвычайных ситуаций, включая технические спецификации и информацию о ценах, сроках доставки, качестве материалов и надежности оборудования. Должен также иметься механизм отслеживания поставок и сигнализации нарушений.

Кроме того, члены группы должны проверить, имеются ли процедуры для подачи заявок, приема или отказа от приема лекарств, персонала, полевых госпиталей, других услуг (пожертвований), предоставляемых зарубежными партнерами, а также есть ли договоренности об ускоренном прохождении импортируемых лабораторных

материалов через таможенную и об их освобождении от таможенных сборов.

Должны существовать и периодически проверяться процедуры для срочного диагностического исследования проб. Должно быть постоянно обеспечено выполнение основных лабораторных услуг и исследований, таких как общий клинический анализ крови, биохимические анализы, исследования электролитов и газового состава крови, гемокультура и исследование мокроты. Должны иметься соглашения с национальными лабораториями и референс-лабораториями об оперативном обмене информацией и пробами, включая вывоз проб за пределы страны в международные референс-лаборатории.

Рекомендуемая литература

Guidelines for the collection of clinical specimens during field investigation of outbreaks. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.4) (<http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/surveillance/whocdscsredc2004.pdf>, assessed 15 April 2011).

Pan American Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific. *Humanitarian supply management and logistics in the health sector.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org/english/ped/HumanitarianSupply-part1.pdf>, accessed 15 April 2011).

State health emergency response plan (SHERP Victoria). Second edition. Melbourne, Department of Health, 2009 (http://www.dhs.vic.gov.au/_data/assets/pdf_file/0005/400883/SHERP_2nd_edition_web.pdf, accessed 15 April 2011).

World Health Organization et al. *The interagency emergency health kit 2006. Medicines and medical devices for 10 000 people for approximately 3 months. An interagency document.* Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/PSM/PAR/2006.4) (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js13486e/6.10.5.html>, accessed 8 May 2011).

Определяющий признак 20 Службы крови

Индикаторные вопросы

- a. Составлен ли на основании анализа рисков перечень основных материалов и оборудования для работы служб крови?
- b. Имеются ли запасы крови постоянно в наличии и в достаточных объемах?

- с. **Имеются ли механизмы (включая кампании донорства крови), обеспечивающие срочный внеплановый сбор, хранение и распределение донорской крови, и соответствуют ли эти механизмы установленным инструкциям?**
- д. **Существуют ли процедуры для внеплановых закупок материалов и оборудования для служб крови?**
- е. **Обеспечивается ли безопасность крови и продуктов крови (включая безопасное удаление списываемых препаратов) в соответствии с установленными инструкциями?**

Члены группы должны убедиться в наличии процедур для периодической проверки, замены и/или списания хранящихся материалов и оборудования для служб крови. Должны также иметься процедуры для заключения контрактов на поставку материалов и предоставление услуг при возникновении чрезвычайных ситуаций, включая технические спецификации и информацию о ценах, сроках доставки, качестве материалов и надежности оборудования. Должен также иметься механизм отслеживания поставок и сигнализации нарушений.

Кроме того, члены группы должны проверить, имеются ли процедуры для подачи заявок, приема или отказа от приема лекарств, персонала, полевых госпиталей, других услуг (пожертвований), предоставляемых зарубежными партнерами, а также есть ли договоренности об ускоренном прохождении импортируемых продуктов крови через таможенную и об их освобождении от таможенных сборов.

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии надлежащего учета запасов крови, что имеет важнейшее значение на начальном этапе реагирования при бедствии. Должен постоянно поддерживаться семидневный запас крови всех групп, за исключением тех случаев, когда результаты анализа рисков свидетельствуют об иных потребностях.

Рекомендуемая литература

Безопасность крови и лабораторные методы [веб-сайт на англ. яз.]. Нью-Дели, Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии, 2012 (<http://www.searo.who.int/entity/bloodsafety/en/index.html>, по состоянию на 21 декабря 2012 г.).

Pan American Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific. *Humanitarian supply management and logistics in the health sector*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org/english/ped/HumanitarianSupply-part1.pdf>, accessed 15 April 2011).

World Health Organization et al. *The interagency emergency health kit 2006. Medicines and medical devices for 10 000 people for approximately 3 months. An interagency document*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/PSM/PAR/2006.4) (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js13486e/6.10.5.html>, accessed 15 April 2011).

РАЗДЕЛ 4. ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

| | |
|--------------------------------|---|
| Ключевой компонент 4.1 | Системы управления информацией для программ снижения рисков и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям |
| Определяющий признак 21 | Информационная система для оценки рисков и планирования готовности к чрезвычайным ситуациям |

Принципиальные положения

Для проведения оценки рисков и планирования готовности к чрезвычайным ситуациям необходимы новейшие надежные данные и информация, что позволяет принимать обоснованные решения. Эти данные и информация должны поступать через надежную информационную систему, состоящую из оперативно-совместимых компонентов, распределенных среди организаций и учреждений (включая министерство здравоохранения), ответственных за сбор и обработку информации. Данные, поступающие из этих различных учреждений, должны быть взаимно сопоставимыми и документированными, с учетом необходимости их обобщения в контексте оценки рисков и планирования готовности к чрезвычайным ситуациям. Наконец, использование географической информационной системы (ГИС) в качестве нейтральной платформы для интеграции этих данных, чтобы визуализировать и анализировать риски, делает необходимым наличие информационной системы, которая оптимальным образом объединяет в себе географические и временные параметры.

Все перечисленные выше элементы обычно осуществляются посредством Национальной инфраструктуры пространственных данных (НИПД), т. е. структуры, которая объединяет партнеров в соответствии с заключенным ими соглашением о политике, стандартах и процедурах, необходимых в целом для обеспечения сопоставимости данных и совместимости систем, а в частности – для обеспечения управления чрезвычайными ситуациями.

Если такая система существует, то в дополнение к ней необходимы соответствующий технический потенциал и ресурсы, чтобы проводить оценку рисков и использовать полученные результаты в качестве основы для планирования мероприятий с целью снижения рисков и повышения готовности к чрезвычайным ситуациям.

Оценка рисков начинается с определения потенциальных угроз, которые представляют наибольшую опасность на национальном, субнациональном (местные сообщества и муниципальные образования) или инфраструктурном уровнях. Затем на основании имеющихся данных и информации оценивают уязвимости и потенциал соответствующих групп населения, учреждений и служб системы здравоохранения на этих уровнях и объединяют результаты этой оценки с профилями вышеуказанных угроз; в итоге получают характеристику географического распределения рисков.

Так как планирование готовности к чрезвычайным ситуациям основано на оценке рисков, степень готовности в итоге будет зависеть от качества такой оценки.

Индикаторные вопросы

- Определены ли сферы ответственности и полномочия, касающиеся информационной системы?**
- Установлены ли протоколы и процедуры для сбора, обработки, анализа и распространения данных, необходимых для оценки рисков и планирования готовности к чрезвычайным ситуациям?**
- Существует ли национальный профиль рисков для здоровья и если да, основан ли он на отдельных данных о рисках, угрозах и уязвимостях?**

Проведение географически привязанной оценки рисков для разработки национального профиля рисков для здоровья требует использования больших массивов данных.

Члены оценочной группы должны проверить, когда в последний раз проводилась национальная перепись населения, а также выяснить, использовалась ли ГИС и доступны ли демографические данные в формате, который может быть использован для оценки рисков.

Необходимо также проверить наличие обновленного перечня административно-территориальных единиц вплоть до местного уровня (например, до района или муниципалитета) и выяснить, обозначены ли границы этих административных единиц в формате ГИС.

d. Осуществляется ли регулярная публикация и рассылка отчетов о работе программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям?

Рекомендуемая литература

Communicable disease control in emergencies. A field manual. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200527/ISBN_9241546166.pdf, accessed 16 April 2011).

Framework and standards for country health information systems. Second edition. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf, accessed 16 April 2011).

| | |
|--------------------------------|--|
| Определяющий признак 22 | Национальная система информации по здравоохранению |
|--------------------------------|--|

Принципиальные положения

Национальная информационная система по здравоохранению собирает данные из сектора здравоохранения и анализирует их вместе с данными, полученными из других соответствующих секторов, обеспечивая их качество, надежность и своевременность, а также трансформирует эти данные в информацию, пригодную для использования в процессе принятия решений в области здравоохранения. Надежная и своевременная медико-санитарная информация имеет огромное значение для проведения мероприятий в области охраны здоровья населения, в том числе направленных на укрепление систем здравоохранения. Необходимость в надежной информации особенно важна в связи с появлением новых, ранее неизвестных болезней и других внезапных угроз для здоровья населения, когда быстрое оповещение, расследование и реагирование могут спасти жизни людей и предупредить возникновение вспышек на уровне всей страны и даже глобальных пандемий.

Одним из ключевых элементов системы информации по здравоохранению является эпидемиологический надзор (см. также определяющий признак 24). Этот элемент имеет особое значение в случаях, когда необходимость своевременного представления отчетности и реагирования (как, например, в случаях эпидемических болезней), а также поддержание эффективных связей со структурами, отвечающими за контроль болезней, предъявляет дополнительные требования к системе информации по здравоохранению.

Ответственность за данные по вопросам здравоохранения нередко разделена между различными министерствами или учреждениями, поэтому координация данной работы может представлять трудности в связи

с финансовыми и административными барьерами. Тем не менее информационные системы здравоохранения должны отвечать нуждам и требованиям всех заинтересованных структур, что должно быть обеспечено единым всеобъемлющим планом, разработанным на основе широкого сотрудничества. Контроль основных болезней также должен быть организован комплексно и согласованно.

Для эффективного использования медико-санитарной информации необходим потенциал, обеспечивающий сбор, обработку и рассылку информации всем заинтересованным структурам 24 часа в сутки 7 дней в неделю. В идеале это должен быть информационный центр по здравоохранению, удовлетворяющий следующим требованиям:

- доступен 24 часа в сутки 7 дней в неделю;
- связан со многими источниками информации (станции скорой помощи, метеорологические бюро, министерства и т. д.) (см. также определяющий признак 27), чтобы обеспечивать непрерывное получение и рассылку информации о тех или иных возможных кризисных ситуациях (в том числе на международном уровне);
- является автономным (функционирование обеспечено независимо от каких-либо внешних источников, например источников электроэнергии или систем телекоммуникаций, работа которых может быть нарушена в условиях кризиса);
- использует в работе стандартные операционные процедуры, что обеспечивает унифицированный подход к управлению информацией среди всех партнеров;
- по мере необходимости представляет доклады всем заинтересованным участникам, используя стандартные форматы и шаблоны.

Члены оценочной группы должны проверить, создан ли вышеописанный потенциал в соответствии с обязанностями страны по обеспечению оперативного обмена информацией в пределах страны и в международном масштабе при возникновении кризисной ситуации.

Индикаторные вопросы

- a. Предоставляет ли национальная система информации по здравоохранению дезагрегированные данные для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях?**
- Национальная информационная система здравоохранения в значительной мере способствует эффективному управлению чрезвычайными ситуациями на всех уровнях сектора здравоохранения. Соответствующие данные о докризисной ситуации являются исходной точкой для сравнительного анализа, который позволяет делать обоснованные выводы о негативных эффектах кризиса и о приоритетных ответных мерах.

Поэтому члены оценочной группы должны прежде всего проверить, имеются ли полные и регулярно обновляемые реестры, позволяющие отображать следующие данные:

- медико-санитарные учреждения (государственные и частные);
- аптеки и магазины изделий медицинского назначения;
- склады-холодильники;
- лаборатории;
- банки крови;
- кадровые ресурсы (работников здравоохранения);
- медицинские расходные материалы и оборудование для реагирования при чрезвычайных ситуациях.

Затем члены группы должны определить, по каким показателям здоровья имеются данные в системе информации по здравоохранению, и выяснить уровни их дезагрегирования.

Наконец, члены группы должны проверить, существуют ли механизмы для своевременного предоставления указанной выше дезагрегированной исходной информации, имеющей значение для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях.

b. Определены ли пусковые механизмы, включающие переход от плановой к экстренной отчетности?

Элементы отчетности (например, периодичность представления, содержание) в условиях чрезвычайных ситуаций существенно отличаются от плановой отчетности.

Члены группы должны убедиться в наличии пусковых механизмов, обеспечивающих переход от плановой к экстренной отчетности.

Рекомендуемая литература

Framework and standards for country health information systems. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf, accessed 18 April 2010).

Health information systems development and strengthening: guidance on needs assessment for national health information systems development. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa, 2000.

Measuring health systems strengthening and trends: a toolkit for countries. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/healthinfo/HSS_MandE_framework_Oct_2010.pdf, accessed 6 August 2010).

Определяющий признак 23

Национальный и международный обмен информацией

(См. также определяющий признак 40 – Профилактика и контроль инфекционных болезней и иммунизация.)

Принципиальные положения

Обмен информацией и стратегии передачи информации внутри страны и за ее пределы составляют неотъемлемый компонент планирования национальной готовности к чрезвычайным ситуациям. Детальные планы с указанием того, какую информацию, кто, кому и как передает в случаях возникновения чрезвычайных ситуаций, должны составляться заблаговременно и систематически пересматриваться. В коммуникационных стратегиях для различных возможных сценариев должны быть определены конкретные задачи, целевые группы населения, ключевые сообщения, каналы коммуникации и планы действий.

Члены группы должны проверить, существуют ли механизмы поддержки коммуникации и обмена информацией между заинтересованными сторонами и партнерами, в том числе за пределами сектора здравоохранения, на национальном и международном уровнях. При возникновении чрезвычайных ситуаций информация должна поступать в обоих направлениях. Целью эпидемиологического надзора, опросов населения и расследования вспышек является не только сбор данных и передача медико-санитарной информации, но также оценка эффективности ответных действий системы здравоохранения на чрезвычайную ситуацию и обратная связь со структурами, осуществляющими первичный сбор данных. Существенное значение при этом имеют тесные взаимосвязи между системами эпиднадзора, существующими в медицинских учреждениях и в службах охраны общественного здоровья. Должны существовать механизмы, обеспечивающие немедленную передачу всей имеющейся информации относительно возможных угроз для общественного здоровья в местные органы общественного здравоохранения, а через них – на национальный и международный уровни.

Индикаторные вопросы

a. Созданы ли на уровне местных сообществ информационные механизмы для использования в условиях чрезвычайных ситуаций и имеется ли подготовленный персонал для этой работы?

Очень важно, чтобы группы населения, подверженные риску, располагали необходимой информацией для принятия обоснованных решений и соответствующих мер в целях защиты своего здоровья и обеспечения безопасности в чрезвычайных ситуациях.

Члены оценочной группы должны проверить, имеются ли соответствующие информационные механизмы на уровне местных сообществ. Каналы коммуникации должны быть четко определены, соответствующие работники – обучены и готовы немедленно приступить к выполнению своих функций.

b. Обеспечивает ли система обработки информации передачу данных в соответствии с требованиями ММСП и других систем обязательного информирования?

Государства-участники ММСП (2005 г.) взяли на себя обязательство выполнять требования Правил, касающиеся информирования, верификации и оценки событий в области общественного здравоохранения, имеющих международное значение, осуществления рекомендованных ВОЗ контрольных мер и создания основных возможностей для проведения эпиднадзора и реагирования. ММСП (2005 г.) также требуют от государств-участников тесного сотрудничества друг с другом, а также с ВОЗ и другими партнерами при оценке значимых событий в области здравоохранения и реагирования на них.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что система управления информацией удовлетворяет требованиям ММСП и других систем отчетности и что она используется в данных целях.

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://www.terzomondo.org/library/essentials/IFRC_Public_Health_Guide.pdf, accessed 18 April 2004).

Early recognition, reporting and infection control management of acute respiratory diseases of potential international concern. Aide memoire. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/entity/csr/disease/avian_influenza/guidelines/EPR_AM4_E3.pdf, accessed 18 April 2011).

Международные медико-санитарные правила (2005 г.). 2-е изд. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789244580417_rus.pdf, по состоянию на 23 декабря 2012 г.).

World Health Organization outbreak communication planning guide. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf>, accessed 18 April 2011).

Определяющий признак 24 Системы эпиднадзора

(См. также определяющий признак 22.)

Принципиальные положения

Эпидемиологический надзор – это непрерывный систематический сбор, анализ и интерпретация медико-санитарных данных. Получаемая на основе этих данных информация используется для планирования и реализации приоритетных вмешательств в области общественного здравоохранения, а также для мониторинга и оценки эффективности этих вмешательств. Таким образом, данные эпиднадзора облегчают принятие решений и помогают оценивать выполнение программы. Эпиднадзор имеет большое значение для мониторинга динамики заболеваемости и показателей питания, а также для выявления групп или ситуаций высокого риска. Применение системы эпиднадзора в условиях чрезвычайных ситуаций требует своевременного сбора, анализа и распространения информации.

В условиях чрезвычайных ситуаций приоритетное значение имеет быстрое и информированное принятие решений. На ранних стадиях чувствительность оценки более важна, чем специфичность, поэтому система эпиднадзора должна быть модифицирована соответствующим образом. Для обеспечения точности анализа медико-санитарных данных эпидемиологи склонны следовать протоколам плановой отчетности. Специальное обучение методам проведения эпидемиологического расследования в условиях чрезвычайных ситуаций облегчит им понимание несколько отличающихся подходов к сбору данных, которыми следует руководствоваться в чрезвычайных ситуациях (например, применение синдромного эпидемиологического надзора). Члены группы должны проверить, предоставлена ли работникам возможность пройти такое обучение.

При затяжных чрезвычайных ситуациях потребуются данные по таким вопросам, как травматизм, инфекционные болезни и переносчики, безопасность пищевых продуктов, питание, инвалидность, некоторые приоритетные неинфекционные заболевания, безопасность крови, психическое здоровье и т. д. Система эпиднадзора в чрезвычайных ситуациях должна получать эти данные из сообществ, больниц, лабораторий и банков крови в системе государственного здравоохранения, так и частной медицины, а также обеспечивать интеграцию собранной информации в специальных докладах.

Эпиднадзор за ситуацией с использованием нескольких ключевых показателей позволяет осуществлять мониторинг и документацию ее развития во времени. В ситуации бедствия первостепенное значение име-

ет мониторинг краткосрочных тенденций, особенно выявление избыточного по сравнению с фоновыми показателями числа случаев заболеваний (травм). Из-за ограниченности времени и средств для сбора, анализа и передачи данных, особенно в острой фазе чрезвычайной ситуации, следует использовать только самые важные показатели. Они должны быть отобраны заранее, исходя из известных рисков. При возникновении чрезвычайной ситуации следует тщательно анализировать и при необходимости, с учетом конкретных обстоятельств, вносить временные коррективы в стандартные определения и критерии подтверждения случаев, пороговые значения для обязательного уведомления, правила и форматы отчетности.

При создании систем эпидемиологического надзора важно учитывать местную структуру заболеваемости населения и включать наиболее важные виды патологии в программу отслеживания.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что определены все заинтересованные стороны, участвующие в сборе медико-санитарных данных, и что их усилия координируются процессом эпиднадзора и интегрированы в этот процесс. Для обеспечения согласованности данных все организации и учреждения, представляющие информацию в рамках системы эпиднадзора, должны использовать стандартные определения случаев. Система должна быть основана на принципе обязательной «нулевой отчетности»; это означает, что каждый пункт надзора должен представлять данные за каждый отчетный период даже тогда, когда не было выявлено ни одного случая. Это позволяет избежать ошибочного отождествления понятий «нет сведений» и «нет случаев». Система также должна быть откалибрована по времени (например, вначале представляется ежедневная нулевая отчетность) и иметь четкие критерии для изменения интервалов между представлением отчетности (например, переход с ежедневного на еженедельное представление данных) и для возврата к режиму планового эпиднадзора.

Индикаторные вопросы

- a. **Имеют ли руководители программы управления чрезвычайными ситуациями доступ к соответствующим данным (включая данные о травматизме, инфекционных, в том числе трансмиссивных, болезнях, качестве воды, питании, неинфекционных заболеваниях и безопасности пищевых продуктов)?**
- b. **Предпринимаются ли меры эпидемической разведки (исходные уровни заболеваемости, определение тенденций, порогов оповещения и принятия мер на первичном уровне, регулярный анализ эпидемических болезней и т. д.)?**
- c. **Имеется ли система раннего предупреждения для выявления и представления отчетности в**

течение 24 часов о любом событии, имеющем потенциальное значение для общественного здравоохранения?

Система раннего предупреждения является важным компонентом эпидемиологического надзора. Она нацелена на своевременное прогнозирование, выявление и подтверждение событий, имеющих значение для общественного здравоохранения, а также на передачу соответствующей информации с тем, чтобы могли быть предприняты эффективные медико-санитарные меры.

Члены оценочной группы должны проверить наличие механизмов, облегчающих раннее распознавание событий, имеющих потенциальное значение для системы здравоохранения, и обеспечивающих уведомление об этих событиях в течение 24 часов.

- d. **Может ли система эпиднадзора обеспечить наличие достаточного числа работников с необходимой подготовкой?**
- e. **Существует ли сетевая инфраструктура, включая потенциал экстренного наращивания оперативных мощностей, для обеспечения адекватных ответных мер при возникновении события?**
- f. **Есть ли в системе эпиднадзора стандартные протоколы, регламентирующие функции, сферы ответственности и процедуры, касающиеся стандартизации, сбора, обработки, анализа и распространения данных?**
- g. **Обеспечивает ли система эпиднадзора обмен данными с системами сельскохозяйственного, ветеринарного и экологического надзора?**

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://www.terzomondo.org/library/essentials/IFRC_Public_Health_Guide.pdf, accessed 18 April 2004).

Handbook for participants, management of public health risks in disasters. Regional training course on management of public health risks in disasters (MPHR). Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008.

Ключевой компонент 4.2

Системы управления информацией для реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях

Определяющий признак 25

Быстрая оценка медико-санитарных потребностей

Принципиальные положения

Быстрая оценка медико-санитарных потребностей² представляет собой сбор субъективной и объективной информации, которая может быть использована для определения масштабов нанесенного ущерба, основных потребностей пострадавшего населения, а также уровня и типов необходимых мер реагирования. Быстрая оценка включает следующие основные шаги: определение приоритетов для проведения оценки; сбор данных (путем анализа имеющихся сведений, инспектирования пораженных территорий, опроса ключевых лиц и проведения экспресс-обследования); анализ и интерпретация полученной информации; представление результатов и выводов. Быстрая оценка медико-санитарных потребностей – это не самоцель, а только первый этап последовательного и непрерывного процесса. Такая оценка не только позволяет получить первоначальную информацию для принятия наиболее адекватных мер, но и служит основой для проведения последующих, более всесторонних оценок.

Задачами гуманитарных действий по защите здоровья в острой фазе чрезвычайной ситуации является максимально быстрое сокращение избыточной заболеваемости и смертности, а также стабилизация состояния здоровья населения. В ситуации замешательства, нестабильности и нередко сохраняющейся опасности руководители должны иметь доступ к непрерывному потоку информации, которая – в результате складывающихся обстоятельств – может и не быть абсолютно точной.

В большинстве случаев при возникновении чрезвычайных ситуаций предпочтение должно быть отдано не точности, но своевременности, так как это позволяет даже на основании неполных данных принимать решения, которые будут способствовать спасению жизни людей. Хотя задача быстрой оценки медико-санитарных потребностей – не допустить принятия решений, не основанных на достаточной информации, в то же время следует избегать ситуаций «аналитического паралича» (paralysis by analysis), так как цена получения более точной и исчерпывающей информации может оказаться очень высокой. Информация на ранних стадиях чрезвычайных ситуаций не обязательно должна быть точной. Сектор здравоохранения нередко придает чрезмерное значение точности информации и теряет много времени в попытках ее добиться. Например, вполне достаточно знать, что данным источником водоснабжения пользуются около тысячи человек, и

² Быстрая оценка медико-санитарных потребностей должна дать ответы на следующие ключевые вопросы: Является ли данная ситуация чрезвычайной или нет? Каковы природа, масштабы негативного воздействия и возможные пути дальнейшего прогрессирования данной чрезвычайной ситуации? Какие территории и группы населения пострадали в наибольшей степени? Какова наиболее существенная медико-санитарная проблема? Каков имеющийся потенциал реагирования? Каковы наиболее важные информационные пробелы (подлежат заполнению при последующих оценках)? Какие действия рекомендуется предпринять в первую очередь? Какие ресурсы необходимы для осуществления этих первоочередных мероприятий? (17)

совсем не обязательно тратить время на то, чтобы подтвердить, что точное число пользователей составляет, например, ровно 992.

Существует целый ряд разновидностей быстрой оценки медико-санитарных потребностей. При каждом событии обязательно проводятся оценки на местном уровне силами местных работников. Эти оценки должны выполняться по стандартной методике, в стандартном формате и с использованием унифицированных знаменателей для статистических расчетов, чтобы можно было эффективно суммировать информацию, поступающую из многочисленных источников. Оценки, проводимые органами здравоохранения национального уровня, международными агентствами и неправительственными организациями, должны выполняться в качестве совместных мероприятий.

Индикаторные вопросы

- a. *Имеются ли механизмы для проведения быстрых оценок медико-санитарных потребностей?*
- b. *Есть ли для этого необходимые ресурсы и обученный персонал?*

Члены оценочной группы должны проверить наличие следующих элементов:

- четко определенные критерии для быстрой оценки медико-санитарных потребностей, т. е. когда нужно и когда не нужно проводить оценку, как это делать и какие собирать данные;
- соглашение с субнациональными органами власти о полномочиях оценочной команды;
- информация о поддержке работы оценочных команд (безопасность, транспорт, каналы связи, финансирование);
- согласованные и надежные знаменатели для эпидемиологических расчетов, полученные из различных реестров, имеющихся в информационной системе здравоохранения (см. определяющий признак 22), а также самые последние демографические данные (см. определяющий признак 21);
- адекватная подготовка персонала и наличие механизмов, гарантирующих наличие достаточного опыта у тех, кто будет проводить оценку;
- сбалансированная команда (по уровню экспертизы, представительству различных структур и т. д.).

Так как при быстрой оценке медико-санитарных потребностей необходим широкий анализ, в команду следует включать не узких специалистов, а работников общественного здравоохранения общего профиля.

Члены группы также должны убедиться в том, что проведен анализ всех возможных вариантов для выявления потенциала, необходимого для проведения быстрых оценок медико-санитарных потребностей. Так, например, можно составить перечень учреждений и организаций, которые могут предоставить необходимые ресурсы, и предусмотреть их вклад в общем планировании.

с. Повлияют ли результаты быстрой оценки медико-санитарных потребностей на распределение ресурсов и первоочередные действия?

Члены группы должны убедиться в том, что имеются механизмы для распределения ресурсов и планирования приоритетных мероприятий на основании результатов быстрой оценки медико-санитарных потребностей. Для этого необходимо, чтобы отчеты о результатах оценки были четкими, стандартизованными, ориентированными на активные действия и своевременными и чтобы они доводились до сведения всех заинтересованных сторон.

d. Отражают ли эти данные реальные потребности населения в получении медико-санитарной помощи?

Характерной ошибкой при выполнении быстрых оценок медико-санитарных потребностей является формулирование потребностей исходя из наличия или отсутствия тех или иных медико-санитарных услуг, без учета состояния здоровья населения и рисков, которым это население подвергается. Должны быть установлены системные связи между медико-санитарными потребностями и следующими факторами: (i) существующие прогнозируемые риски для здоровья; (ii) потенциал для оказания приоритетных медико-санитарных услуг; (iii) текущие показатели здоровья населения. Улучшение показателей здоровья пострадавшего населения требует воздействия на его детерминанты; необходимо определить систематические пути такого воздействия.

Нет необходимости в том, чтобы данные собирали внешние команды. Хорошо организованная местная система отчетности о чрезвычайных ситуациях, которая продолжает функционировать в условиях кризиса, может предоставить всю необходимую информацию так же эффективно, причем с гораздо меньшими затратами времени и средств.

Рекомендуемая литература

Darcy J, Hofmann C A. *According to need? Needs assessment and decision-making in the humanitarian sector. HPG Report 15, September 2003*. London, Overseas Development Institute, 2003 (<http://www.odi.org.uk/resources/download/239.pdf>, accessed 28 October 2011).

Inter-Agency Standing Committee, Global Health Cluster. *Health Cluster guide. A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HAC_MAN_2009.7_eng.pdf, accessed 18 April 2011).

Rapid health assessment guidelines. Regional training course on rapid health assessment, 27–30 November 2007, Ha Noi, Viet Nam. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2007 (<http://www.wpro.who.int/internet/files/eha/dir/Regional%20Training%20Course%20on%20Rapid%20Health%20Assessment/RHA%20global%20health%20cluster.pdf>, accessed 18 April 2011).

Thieren M. Health information systems in humanitarian emergencies. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(8):584–589 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>, accessed 18 April 2011).

Thieren M. Health information systems in humanitarian emergencies. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83(8):584–589 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/8/584.pdf>, accessed 18 April 2011).

| | |
|--------------------------------|---|
| Определяющий признак 26 | Многоотраслевая первоначальная быстрая оценка (ПБО) |
|--------------------------------|---|

Принципиальные положения

Цель многоотраслевой ПБО – оперативно представить результаты анализа чрезвычайной ситуации на основании ключевых межсекторальных данных, определить немедленные последствия кризиса, оценить потребности и уязвимости пострадавшего населения, а также установить приоритеты для оказания гуманитарной помощи (18). Оцениваются такие параметры как безопасность, инфраструктура, кров, санитария, наличие продовольствия и воды. Нередко в такой анализ не включают данные о состоянии здоровья, так как обычно предполагается, что сектор здравоохранения сам эффективно собирает необходимые данные, используя собственные системы регистрации. Другие отрасли не имеют такой службы, функционирующей в рамках их обычного режима работы. Тем не менее важно, чтобы сектор здравоохранения был представлен в команде, которая будет проводить ПБО. Это позволяет работникам здравоохранения уже в ранней фазе иметь доступ к данным о значимых детерминантах здоровья, что облегчает прогнозирование ситуации и предупреждение рисков для здоровья в будущем. Кроме того, команда ПБО может получить ценную информацию и замечания от медицинских работников, что позволит улучшить качество и полезность ее отчета.

В состав команды для проведения ПБО должны входить не только узкие специалисты, но и, преимущественно, работники широкого профиля из различ-

ных ведомств. Хотя участие последних увеличивает гибкость и сокращает расходы средств и времени, оно тем не менее не исключает необходимости в специалистах. В процессе сбора данных могут эффективно участвовать сотрудники младшего звена, однако для общей координации и руководства процессом ПБО необходим значительный опыт работы как в выполнении оценки, связанной с чрезвычайными ситуациями, так и в проведении мониторинга.

Получаемые при проведении ПБО данные носят предварительный характер, а их качеству препятствуют дефицит времени и проблемы структурирования выборки и получения информации в начальной фазе чрезвычайной ситуации. Работа сводится к приблизительной оценке масштабов ущерба и первоочередных потребностей; при этом не могут быть получены исчерпывающие, статистически достоверные и детальные качественные данные. ПБО является первым этапом непрерывного процесса и поэтому позволяет определить потребности, которые должны быть учтены при проведении более всесторонних последующих оценок (см. также определяющий признак 25).

Одной из самых распространенных ошибок при проведении ПБО является сбор избыточного объема данных и/или ненужной информации. Важно, чтобы информация, необходимая на различных этапах управления чрезвычайными ситуациями, была четко определена заранее (см. также определяющий признак 12).

Индикаторные вопросы

- a. **Принимает ли сектор здравоохранения полноценное участие в планировании, подготовке и проведении ПБО?**
- b. **Получают ли работники здравоохранения соответствующую подготовку для проведения ПБО?**

Хотя сектор здравоохранения не является ответственным за весь процесс ПБО, он должен принимать активное участие в этой работе. Оценка ущерба, нанесенного сектору здравоохранения (потеря сотрудников, нарушение работы служб, отсутствие водоснабжения в медицинских учреждениях и т. д.), является очень важным вопросом.

Члены оценочной группы должны убедиться, что лица, проводящие ПБО, получили надлежащую подготовку и имеют достаточный опыт в проведении оценок, связанных с чрезвычайными ситуациями, и их мониторинге и что они хорошо владеют методологией и имеют полное представление о практических аспектах и ограничениях этой работы.

с. **Имеются ли механизмы для распределения ресурсов и начала проведения первоочередных мероприятий на основании результатов ПБО?**

Члены группы должны убедиться в наличии механизмов для распределения ресурсов и определения приоритетов на основании результатов ПБО. Для этого необходимо, чтобы отчеты о результатах ПБО были четкими, стандартизованными, ориентированными на активные действия и своевременными и чтобы они доводились до сведения всех заинтересованных сторон.

Рекомендуемая литература

Checchi F, Roberts L. *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies: A primer for non-epidemiologists*. Humanitarian Practice Network (HPN) paper no. 52, September 2005. London, Overseas Development Institute, 2005 (<http://www.odihpn.org/documents/networkpaper052.pdf>, accessed 19 April 2011).

Guidelines for emergency assessment. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2005 (<http://www.preventionweb.net/english/professional/publications/v.php?id=2647>, accessed 4 January 2013).

Handbook for participants, management of public health risks in disasters. Regional training course on management of public health risks in disasters (MPHR). Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2008.

Initial rapid assessment (IRA): guidance notes for country level. Version for field testing. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2007 (http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc, accessed 19 April 2011).

Определяющий признак 27

Система представления отчетности при чрезвычайных ситуациях

Принципиальные положения

Система отчетности при чрезвычайных ситуациях представляет информацию обо всех действиях сектора здравоохранения за исключением эпидемиологического надзора, который обычно имеет свою собственную систему. Она дает руководителям, принимающим решения, ежедневную сводку о работе конкретного подразделения, программы, больницы, службы или учреждения, а также информацию о проблемах и трудностях, с которыми им пришлось столкнуться. Она также представляет оперативные сводки по таким вопросам, как функционирование оборудования (повреждения,

ремонт), штатное обеспечение, материальное снабжение, безопасность и др., а также сведения о рабочей нагрузке (например, ежедневное число принятых пациентов или исследованных проб), о состоявшихся совещаниях и принятых решениях.

Плановое представление отчетных данных осуществляется еженедельно или ежемесячно. Данные, которые собираются и обрабатываются в плановом порядке, обычно основаны на наборе показателей. Однако плановая система отчетности, требующая сбора большого объема данных, при возникновении чрезвычайных ситуаций неэффективна. Она не включает в себя данные о поврежденных или разрушенных учреждениях, о выбывших из строя сотрудниках или утраченных материалах и, таким образом, не может предоставить всю соответствующую информацию, необходимую для оперативного принятия решений в чрезвычайных ситуациях. Кроме того, эта система работает крайне медленно и не обеспечивает выявления серьезных чрезвычайных ситуаций (например, вспышек инфекций) на ранних стадиях.

В условиях чрезвычайных ситуаций следует собирать и обрабатывать только данные, необходимые для принятия решений. Эти данные с самого начала чрезвычайной ситуации следует представлять в более оперативном режиме (ежедневно). Плановая система отчетности может не содержать показателей для оценки новых, непредвиденных событий, поэтому в чрезвычайных ситуациях исследования иногда приходится выполнять без них. Это означает, что надзор должен опираться не только на стандартный набор показателей, но и на оценку реальных чрезвычайных событий.

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии механизмов, которые обеспечивают своевременное представление информации о чрезвычайных событиях.

Индикаторные вопросы

a. Существует ли система отчетности в чрезвычайных ситуациях?

b. Есть ли для этого необходимые ресурсы и обученный персонал?

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии системы отчетности в чрезвычайных ситуациях, механизмов ее активации и выключения и в том, что сотрудники прошли обучение по ее использованию.

c. Предоставляет ли система отчетности в чрезвычайных ситуациях информацию об основных кадровых ресурсах, об инфраструктуре сектора здравоохранения и т. п.?

Члены группы должны убедиться в том, что имеются механизмы для объединения информации

из отчетов всех программ и служб министерства здравоохранения и что они гарантируют своевременное предоставление информации руководителям, принимающим решения.

d. Собирает ли система отчетности в чрезвычайных ситуациях данные от всех участников процесса?

Члены группы должны проверить наличие механизмов, обеспечивающих при необходимости сбор и обработку данных от всех участников.

Основной справочный документ

Connolly MA, ed. *Communicable disease control in emergencies. A field manual*. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHO/CDS/2005.27) (http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/whocds200527/ISBN_9241546166.pdf, accessed 19 April 2011).

| | |
|--------------------------------|--|
| Ключевой компонент 4.3 | Коммуникация риска |
| Определяющий признак 28 | Стратегии коммуникации риска с населением и средствами массовой информации |

Принципиальные положения

В чрезвычайных ситуациях следует тщательно планировать и осуществлять коммуникацию с общественностью и средствами массовой информации. Коммуникация должна также четко отражать проводимые меры управления чрезвычайной ситуацией³. Для эффективного воздействия через средства массовой информации⁴ руководители программ реагирования должны четко планировать свои коммуникационные стратегии и быть готовы оперативно выступать с ясными сообщениями, отвечая на вопросы, вызывающие общественную обеспокоенность. Это укрепляет доверие общественности, сводит к минимуму вторичный ущерб (например, негативные последствия для экономики или политической ситуации) и поддерживает авторитет сектора здравоохранения.

Индикаторные вопросы

a. Основаны ли стратегии коммуникации на результатах оценки рисков?

³ ВОЗ предлагает использовать следующие принципы коммуникации во время вспышек болезней: 1) доверие; 2) раннее информирование; 3) информационная открытость («прозрачность»); 4) внимание к общественным настроениям (умение слушать); планирование (19).

⁴ Для эффективного взаимодействия со средствами массовой информации во время чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения ВОЗ рекомендует последовательные действия, которые можно разделить на 7 этапов: 1) оценка потребностей средств массовой информации, их ограничений и внутреннего потенциала; 2) разработка целей, планов и стратегий; 3) обучение лиц, ответственных за связи со средствами массовой информации; 4) подготовка сообщений; 5) определение доступных средств массовой информации и их возможностей; 6) передача сообщений; 7) оценка воздействия информации и ее эффективности (20).

b. Имеются ли координационные механизмы для обеспечения участия заинтересованных сторон в формулировании информации для общественности и средств массовой информации, чтобы гарантировать ее последовательность?

Чтобы обеспечить своевременное предоставление точной и последовательной информации, должны существовать механизмы координации для оптимизации обмена информацией между различными заинтересованными сторонами.

c. Существуют ли процедуры для распространения информации?

Члены оценочной группы должны проверить, определены ли каналы распространения информационных сообщений (например, радио, телевидение, Интернет, телефонные информационные службы, социальные сети), а также имеются ли официальные планы и процедуры для взаимодействия со средствами массовой информации и с общественностью во время чрезвычайных ситуаций.

d. Осуществляется ли регулярная передача средств массовой информации и населению информации о повседневной работе для обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям?

e. Охвачены ли в коммуникационных стратегиях меньшинства и уязвимые группы населения?

Члены оценочной группы должны проверить, имеются ли механизмы для охвата уязвимых и изолированных групп населения, а также меньшинств (включая пути решения проблем, связанных с технологиями, а также языком и культурными особенностями этих групп) и участвуют ли представители этих групп в процессе планирования.

f. Определены ли функции пресс-секретаря?

Чтобы обеспечить эффективные коммуникации со средствами массовой информации во время чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения нужны хорошо подготовленный опытный специалист по коммуникациям (пресс-секретарь) и команда для связей со средствами массовой информации.

Члены оценочной группы должны проверить, назначен ли пресс-секретарь, имеющий необходимую подготовку по вопросам коммуникации риска и общественного здравоохранения. Пресс-секретарь должен обладать отличными навыками коммуникации и иметь достаточный опыт работы, чтобы максимально упростить информационные потоки и обеспечить согласованность содержания информационных сообщений. В случае необходимости следует иметь резерв подготовленных специалистов по коммуникации, которые могут быть

задействованы при различных вариантах развития ситуации.

Рекомендуемая литература

Effective media communication during public health emergencies. A WHO handbook. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHO/CDS/2005.31) (<http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20HANDBOOK.pdf>, accessed 19 April 2011).

Effective media communication during public health emergencies. A WHO field guide. Geneva, World Health Organization, 2005 (WHO/CDS/2005.31a) (<http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20FIELD%20GUIDE.pdf>, accessed 19 April 2011).

Pan American Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific. *Creating a communication strategy for pandemic influenza.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2009 (http://www.paho.org/english/ad/PAHO_CommStrategy_Eng.pdf, accessed 19 April 2011).

World Health Organization outbreak communication planning guide. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/ihr/elibrary/WHOOutbreakCommsPlanngGuide.pdf>, accessed 19 April 2011).

Определяющий признак 29

Стратегии коммуникации риска с работниками, участвующими в операциях экстренного реагирования

Принципиальные положения

При осуществлении мер реагирования в условиях чрезвычайных ситуаций степень риска варьирует, и могут возникнуть угрозы безопасности, иногда приводящие к жертвам среди работников команд экстренного реагирования. Несмотря на то что риски в отношении безопасности при проведении этих мероприятий ликвидировать полностью невозможно, их можно свести к абсолютному минимуму. Один из возможных путей достижения этого – детальное информирование работников об имеющихся рисках и немедленное обеспечение их необходимой поддержкой (транспорт, средства защиты и т. д.), чтобы они могли выполнять свои обязанности. Все работники команд экстренного реагирования должны пройти обучение на курсах по различным аспектам безопасности, таких как радиосвязь, местный язык и культура, а также знать, как себя вести на контрольно-пропускных пунктах, при дорожно-транспортных происшествиях, криминальных инцидентах или в конфликтных ситуациях.

Сектор здравоохранения несет полную ответственность за то, чтобы работники всех команд экстренного реагирования имели доступ к точной и надежной информации о рисках для здоровья, с которыми они могут столкнуться при выполнении своих обязанностей в чрезвычайных ситуациях, и чтобы они получили рекомендации, как защитить себя в этих условиях. Важно, чтобы существовали механизмы, позволяющие оперативно подготавливать специфическую для данной чрезвычайной ситуации информацию для организаций, участвующих в реализации мер экстренного реагирования, и передавать эту информацию всем заинтересованным сторонам.

Что касается оборудования для телекоммуникаций (см. также определяющий признак 48), то жизненно необходимо, чтобы коммуникационные системы обеспечивали постоянную и непосредственную связь между всеми заинтересованными сторонами, между руководством и работниками команд экстренного реагирования, а также между самими работниками. Важно, чтобы все работники команд экстренного реагирования, независимо от их ведомственной принадлежности, прошли обучение по настройке и использованию телекоммуникационного оборудования. Члены оценочной группы должны также проверить наличие основных правил соблюдения безопасности.

Должны быть определены стандартные процедуры для систематического и немедленного уведомления о любых нарушениях безопасности, когда под угрозой оказывались члены команд экстренного реагирования. В соответствующие извещения следует включать только факты, избегая каких-либо предположений или заключений. В то же время сами работники, осуществляющие меры экстренного реагирования, должны иметь возможность докладывать о любых признаках опасности. Прогрессирующий риск, например возобновление смещений грунта после оползня или селя, вызванного наводнением или землетрясением, может быть замечен участниками мер реагирования, находящимися на некотором расстоянии от места, где эти опасности могут угрожать жизни работников, осуществляющих меры экстренной гуманитарной помощи.

Индикаторные вопросы

a. *Существуют ли координационные механизмы, обеспечивающие последовательность информации, которую заинтересованные стороны направляют работникам, осуществляющим меры реагирования?*

В ходе операций полевые работники могут получать противоречивую информацию, что объясняется тем, что различные структуры по-разному оценивают риски; это может негативно сказаться на безопасности работников. Кроме того, если они будут получать информацию, противоречащую их

собственным наблюдениям, они могут начать сомневаться в надежности любой предоставляемой информации.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что все заинтересованные стороны имеют механизмы для обеспечения последовательности информации о рисках, направляемой работникам экстренного реагирования, а также точности и надежности рекомендаций в отношении индивидуальных и коллективных мер защиты.

b. *Существуют ли процедуры для передачи информации о рисках от заинтересованных сторон работникам экстренного реагирования?*

Важно, чтобы работники команд экстренного реагирования в условиях чрезвычайных ситуаций получали своевременную и надежную информацию по вопросам безопасности и рисков для здоровья.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что существуют процедуры, позволяющие заинтересованным сторонам передавать работникам команд экстренного реагирования нужную информацию.

c. *Имеется ли заранее подготовленная информация о конкретных рисках и мерах защиты для членов команд экстренного реагирования, работающих в чрезвычайных ситуациях, и если да, то проводится ли ее регулярное обновление и распространение?*

Должны существовать механизмы, позволяющие осуществлять оперативную передачу работникам команд экстренного реагирования информации о возможных рисках и индивидуальных и коллективных мерах защиты. Например, при быстро прогрессирующей чрезвычайной ситуации может возникнуть необходимость оперативно решать вопросы, связанные с ИСЗ, вакцинацией, химиопротекцией и т. п. Информация такого рода должна регулярно обновляться и рассылаться. Кроме того, члены команды должны понимать, что действия одного из них могут прямо или косвенно сказываться на безопасности других. Поэтому работники команд экстренного реагирования должны заботиться как о своей собственной безопасности, так и о безопасности всей команды⁵.

⁵ Для повышения индивидуальной ответственности полезной может быть следующая концепция «семи основ безопасности»: 1) принятие (согласие с тем, что обычные личностные свободы могут быть ограничены); 2) опознавательные признаки (всегда иметь соответствующие опознавательные признаки мероприятия, транспортные средства, персонала и т. д.); 3) информация (принимать на себя ответственность за обновление информированности о безопасности ситуации); 4) правила (всегда следовать соответствующим положениям и правилам безопасности, например в отношении перемещений, соблюдения комендантского часа и т. д.); 5) поведение (быть честным, соблюдать самодисциплину и проявлять уважение к местным социальным обычаям и культуре); 6) коммуникация (соблюдать правило безопасности, требую-

Рекомендуемая литература

Emergency response and recovery. Non statutory guidance accompanying the Civil Contingencies Act 2004. London, Her Majesty's Government, 2010 (<http://www.worcestershire.gov.uk/cms/pdf/EmergencyResponse&Recovery%20April%202010.pdf>, accessed 19 April 2011).

Resilient telecommunications. In: *Emergency response and recovery. Non statutory guidance accompanying the Civil Contingencies Act 2004. Third edition.* London, Her Majesty's Government, 2010 (http://www.cabinetoffice.gov.uk/sites/default/files/resources/emergency-response-recovery_0.pdf, accessed 19 April 2011).

щее оперативного информирования о своем местонахождении); 7) защита (предпринимать простые меры предосторожности для защиты себя и других членов команды, а также знать правила эвакуации) (21).

РАЗДЕЛ 5. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В этой главе дается оценка стратегий финансирования здравоохранения и механизмов, которые требуются для обеспечения финансирования и финансовой защиты, необходимых для того, чтобы система здравоохранения могла уменьшить существующие риски и предупредить появление новых рисков.

De Lorenzo RA. Financing hospital disaster preparedness. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2007, 22(5):436–439.

Определяющий признак 31 Механизмы финансирования сектора здравоохранения

Ключевой компонент 5.1 Национальные и субнациональные стратегии финансирования деятельности сектора здравоохранения по управлению чрезвычайными ситуациями

Определяющий признак 30 Многоотраслевые механизмы финансирования действий по обеспечению готовности и управлению чрезвычайными ситуациями

Принципиальное положение

Стратегия финансирования министерства здравоохранения должна обеспечивать действия по управлению чрезвычайными ситуациями, включая меры снижения риска, обеспечения готовности и реагирования. Это также означает финансирование действий, которые позволяют определить устойчивость ключевых медицинских учреждений (больницы, лаборатории, банки крови, склады и т. д.) к негативным воздействиям и произвести необходимые улучшения в соответствии с планом работы, основанным на результатах оценки рисков и уровне значимости конкретного учреждения. Одним из бюджетных приоритетов должно быть финансирование для снижения структурной и неструктурной уязвимости медико-санитарных учреждений.

Индикаторные вопросы

- Имеются ли на национальном и субнациональном уровнях ресурсы для обеспечения многоотраслевой готовности к чрезвычайным ситуациям и управления ими?*
- Включают ли многоотраслевые механизмы устойчивое финансирование для осуществления мер реагирования и восстановления на национальном и субнациональном уровнях?*
- Существуют ли процедуры многоотраслевого финансирования, позволяющие запрашивать, принимать и использовать международную финансовую помощь?*

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что в национальном бюджете имеются средства для обеспечения готовности и управления чрезвычайными ситуациями, в частности для обеспечения кадрами, координации, обучения персонала, управления информацией, проведения учений, информирования общественности, приобретения материалов и оборудования, а также для мониторинга и оценки. Должен существовать ускоренный механизм для направления министерством здравоохранения запросов на получение средств из национального фонда для непредвиденных расходов в чрезвычайных ситуациях.

Рекомендуемая литература

Langabeer JR et al. Investment, managerial capacity, and bias in public health preparedness. *American Journal of Disaster Medicine*, 2009, 4(4):207–215.

Индикаторные вопросы

- Включают ли механизмы финансирования сектора здравоохранения бюджетные средства для реализации программы снижения рисков?*
- Выделены ли средства на программу обеспечения готовности сектора здравоохранения к чрезвычайным ситуациям?*
- Существуют ли механизмы использования резервных фондов для обеспечения работ по экстренному реагированию и восстановлению в секторе здравоохранения?*

Члены оценочной группы должны определить, имеет ли министерство здравоохранения резервные средства, а если имеет, то будут ли они легко доступны тогда, когда кризисная ситуация вызовет необходимость незамедлительных ответных действий, требующих увеличения расходов сверх обычного бюджета. Резервные фонды должны быть достаточными для удовлетворения первоочередных потребностей в краткосрочной перспективе (персонал, закупки важнейших материалов и оборудования и оплата

услуг) в соответствии со сценариями, намеченными по результатам оценки рисков. Административные процедуры для получения и распределения резервных фондов в условиях кризиса должны быть гибкими, прозрачными и оперативными.

d. Включают ли механизмы финансирования сектора здравоохранения эффективное и быстрое восстановление разрушенной и поврежденной инфраструктуры (например, медицинских учреждений)?

Важнейшие учреждения должны быть застрахованы на случай повреждения в результате природных бедствий и техногенных катастроф. Страхование должно быть всесторонним, и должны иметься механизмы ускоренного получения страховой компенсации, необходимой для восстановления учреждения.

Медицинские работники, привлекаемые к участию в операциях в условиях кризиса на национальном и международном уровнях, должны иметь страховку от несчастных случаев, заболеваний или смерти на время выполнения ими своих функций. Должны быть доступны специальные катастрофные облигации, которые помогут страховым компаниям выполнить свои обязательства при возникновении крупных катастроф, последствия и масштабы которых превышают потенциал этих компаний.

Рекомендуемая литература

Hanfling D. Equipment, supplies and pharmaceuticals: how much might it cost to achieve basic surge capacity? *Academic Emergency Medicine*, 2006, 13:1232–1237.

РАЗДЕЛ 6. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

| | |
|--------------------------------|--|
| Ключевой компонент 6.1 | Оперативные мощности и функциональные возможности реагирования |
| Определяющий признак 32 | Субнациональные планы сектора здравоохранения по реагированию при чрезвычайных ситуациях |

(См. также определяющий признак 13.)

Индикаторные вопросы

а. Лежит ли в основе субнациональных планов реагирования при чрезвычайных ситуациях национальная политика?

Субнациональные планы медико-санитарного реагирования при чрезвычайных ситуациях должны обеспечивать проведение безопасных, эффективных и скоординированных медико-санитарных мероприятий в условиях чрезвычайных ситуаций, включая осуществление следующих мер:

- создание на субнациональном уровне сектора здравоохранения структуры управления происшествиями, которая взаимодействует и работает совместно с аналогичной структурой национального уровня;
- координация ресурсов здравоохранения (от места происшествия до медицинских учреждений, оказывающих помощь пострадавшим);
- управление догоспитальными ресурсами и обеспечение взаимодействия между больницами.

Планы мероприятий в чрезвычайных ситуациях должны базироваться на принципе учета всех опасностей; эта концепция признает, что, несмотря на различные источники и природу опасных факторов (природные, техногенные, социальные), нередко они ставят перед системами здравоохранения одни и те же вызовы. Таким образом, принципы, изложенные в планах реагирования при чрезвычайных ситуациях, должны быть применимы к чрезвычайным ситуациям любого типа. Опыт показывает, что значительная часть мер реагирования имеет общий характер (распространение медико-санитарной информации, создание оперативного штаба для работы в чрезвычайных ситуациях, координация мероприятий, логистика, коммуникация с общественностью и т. д.), независимо от вида угрозы. Приоритизация этих общих мер реагирования обеспечивает синергизм, который повышает эффективность и улучшает результаты всей работы.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что субнациональные планы реагирования при чрезвычайных ситуациях соответствуют национальной политике и предусматривают участие всех заинтересованных сторон, что будет способствовать более эффективному управлению и координации всех ответных мероприятий системы здравоохранения.

б. Совместимы ли эти планы с соответствующим субнациональным многоотраслевым планом действий при чрезвычайных ситуациях?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что планы реагирования сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях совместимы и согласованы с соответствующими субнациональными многоотраслевыми планами реагирования.

с. Определены ли планами механизмы активации, координации, управления и контроля?

При создании действенных механизмов для активации, координации, управления и контроля мер реагирования при чрезвычайной ситуации крайне важно, чтобы существовала интегрированная система управления инцидентами (СУИ). Эта система охватывает персонал, директивные положения, процедуры, учреждения и оборудование, объединенные в общую организационную структуру, предназначенную в условиях чрезвычайной ситуации для улучшения ответных операций любых типов и уровней сложности. Чрезвычайные операции реагирования на происшествие (инцидент), природа и масштабы которого могут оказывать негативное влияние на состояние здоровья и благополучие населения, предусматривают участие большого числа организаций и требуют интеграции их планов действий в чрезвычайных ситуациях.

д. Основаны ли планы на имеющихся ресурсах?

е. Проводятся ли тестирование, валидация, тренировочная отработка и поддержание планов в рабочем состоянии?

ф. Проводится ли пересмотр и корректировка планов на основании уроков из опыта?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что субнациональные планы: (i) основаны на доступных ресурсах; (ii) регулярно тестируются, подвергаются валидации, отрабатываются на учениях и поддерживаются в рабочем состоянии; (iii) пересматриваются на основании уроков из опыта. Они также должны установить, проводится ли регулярная подготовка ключевых работников, отвечающих

за реагирование в секторе здравоохранения, как часть процесса по обеспечению действенности планов.

г. Рассылаются ли эти планы ключевым заинтересованным сторонам после каждого пересмотра?

Составление субнационального плана реагирования сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях требует участия многих организаций; это позволит осуществлять руководство и координировать действия на основании целостного подхода к здоровью. Поэтому важно направлять план реагирования при чрезвычайных ситуациях после каждой корректировки ключевым заинтересованным организациям.

N.B. В целом требуется, чтобы ключевые заинтересованные структуры разрабатывали, в консультации с партнерскими агентствами, стандартные операционные процедуры (СОПы), соответствующие положениям плана реагирования при чрезвычайных ситуациях. СОПы являются важным компонентом плана, поэтому они должны быть ясно сформулированы, регулярно обновляться и после каждой корректировки рассылаться всем участникам.

Рекомендуемая литература

Mass casualty management systems. Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf, accessed 25 April 2011).

State health emergency response plan. SHERP Victoria. Second edition – 2009. Melbourne, Department of Health, 2009 (http://www.dhs.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/400883/SHERP_2nd_edition_web.pdf, accessed 25 April 2011).

Wahle T, Beatty G. *Emergency management guide for business & industry: a step-by-step approach to emergency planning, response and recovery for companies of all sizes.* Washington, DC, Federal Emergency Management Agency, 1993 (<http://www.fema.gov/pdf/business/guide/bizindst.pdf>, accessed 25 April 2011).

Определяющий признак 33

Возможность резкого наращивания оперативной мощности субнациональных структур здравоохранения для реагирования при чрезвычайных ситуациях

(См. также ключевой компонент 2.1.)

Принципиальные положения

Возможность резкого наращивания оперативной мощности медицинских служб (medical surge) является краеугольным камнем планирования готовности к серьезным происшествиям, имеющим медицинские последствия. Термин «surge» (буквально – «резкий наплыв») можно определить как «спрос на услуги здравоохранения в условиях происшествия с массовым количеством пострадавших, когда возникает потребность в дополнительной оперативной мощности (определяемой численностью персонала, оборудования или расходных материалов) и/или дополнительного функционального потенциала (определяемого наличием специальной экспертизы)» (22).

Понятие «возможность резкого наращивания оперативной мощности медицинских служб» включает, таким образом, два компонента – пропускную мощность (capacity) и функциональный потенциал (capability). Возможность экстренного наращивания пропускной мощности медицинских учреждений обозначает способность обследовать и оказывать квалифицированную помощь резко возросшему потоку пациентов (превышающему обычные возможности учреждения). Возросшие потребности могут выходить за рамки непосредственного оказания помощи пациентам, но и обуславливать резко увеличенный объем лабораторных анализов или эпидемиологических исследований.

Возможность экстренного наращивания функционального потенциала медицинских учреждений обозначает способность инфраструктуры системы здравоохранения оказывать помощь пациентам (например с высококонтагиозными инфекциями), нуждающимся в особых и специализированных методах диагностики и лечения (т.е. в участии специализированных медико-санитарных служб), которые в обычных условиях отсутствуют там, где возникли экстренные потребности. Экстренное наращивание функционального потенциала также включает специальные вмешательства для обеспечения безопасности медицинских работников, оказывающих помощь таким больным, и для защиты других пациентов, находящихся в медицинском учреждении.

Ключевым элементом обеспечения возможности резкого наращивания наращивания пропускной мощности и функционального потенциала медицинских учреждений является обучение персонала.

Происшествие с массовым количеством пострадавших – это событие, в результате которого одновременно появляется больше пациентов, чем может обслужить местная система здравоохранения, используя обычные процедуры. Решение этой проблемы требует чрезвычайных организационных мер и получения дополнительной или экстраординарной помощи (23). Другое определение такого происшествия – событие,

приведшее к настолько массовой численности пострадавших, что это нарушает нормальную работу служб экстренного реагирования и оказания медицинской помощи (24).

Для правильной организации работы при происшествиях с массовым количеством пострадавших большое значение имеет наличие национальной политики, решающую роль в успешном выполнении национального плана действий при чрезвычайных ситуациях играет готовность на субнациональных (региональном и муниципальном) уровнях. Стратегии резкого наращивания пропускной мощности и функционального потенциала медицинских служб требуют системного подхода, основанного на междисциплинарной координации на местном уровне. В идеале такой подход должен быть направлен на координацию усилий больниц, больничных сетей и систем управления на национальном и субнациональном уровнях и включать следующие иерархические «ярусы»: управление работой отдельных медико-санитарных учреждений (1-й ярус); управление работой больничных сетей (2-й ярус); управление мерами реагирования на муниципальном уровне (3-й ярус); управление мерами реагирования на региональном уровне (4-й ярус); национальная координация и поддержка более низких уровней (5-й ярус) (22). В крупных странах работа может быть организована на всех пяти ярусах, однако ограниченные возможности небольших стран могут не позволить это сделать. Для придания многоярусному подходу большей гибкости можно устанавливать определенные масштабы ответных действий для каждого яруса.

Ярусы системы управления при происшествиях с массовым количеством пострадавших работают не в вакууме. Для максимальной эффективности мероприятий при таких происшествиях необходимо обеспечить четкую координацию между различными ярусами, а также между ними и деятельностью немедицинских партнеров по реагированию на происшествия. Также важно максимально использовать имеющиеся ресурсы и службы, а при необходимости – укреплять и развивать их.

Индикаторные вопросы

a. Существуют ли механизмы для быстрой мобилизации и перераспределения дополнительных ресурсов (кадров, оборудования и материалов) для субнациональных уровней и между ними? Масштабированный подход к экстренному наращиванию оперативной мощности медицинских учреждений при массовом количестве пострадавших требует объединения усилий всех участников процесса и наличия соответствующих ресурсов (полевые госпитали, мобильные центры, военные транспортные средства и т. д.) как на национальном, так и на субнациональном уровнях, включая частный сектор, неправительственные организа-

ции, армейские подразделения и др. (см. также определяющий признак 4).

b. Существуют ли процедуры для заблаговременного размещения запасов основных материалов и для их доставки в зоны высокого риска?

Для дополнительного увеличения ресурсов сектора здравоохранения в качестве резервных мощностей следует использовать частные медицинские структуры (включая частные службы скорой помощи, больницы и медицинских работников) и неправительственные организации. Местные органы управления чрезвычайными ситуациями должны располагать перечнями имеющихся сил и средств (включая кадровые ресурсы). Должны существовать процедуры для заблаговременного размещения запасов различных материалов (например, лекарств, материалов для экстренного реагирования) и соответствующая система управления. В планировании ответных действий при происшествиях с массовым количеством пострадавших, а также в проведении соответствующих тренировок и учений должны принимать участие структуры частного сектора, НПО и другие заинтересованные стороны. Частные компании могут внести значительный вклад в планирование и осуществление мер реагирования. В этом контексте следует иметь в виду, что ключевыми элементами в обеспечении тесного сотрудничества и координации действий всех партнеров являются стандартизированные процедуры и коммуникация рисков.

c. Существуют ли механизмы для сетевой координации работы различных больниц?

В условиях чрезвычайных ситуаций государственные диагностические и лечебные учреждения могут оказаться перегруженными, поэтому большое значение имеет создание возможностей для перераспределения потоков лиц, нуждающихся в медицинской помощи. В этих целях субнациональными (региональными и муниципальными) планами реагирования при чрезвычайных ситуациях должно быть предусмотрено объединение больниц в единую сеть.

d. Существуют ли процедуры и необходимый потенциал (респираторы, транспортные куветы и др.) для поддержания жизненно важных функций и проведения интенсивной терапии во время транспортировки пациентов в больницы, находящиеся за пределами пострадавшей территории?

Рекомендуемая литература

American Red Cross et al. *Emergency management guide for business and industry. A step-by-step approach to*

emergency planning, response and recovery for companies of all sizes. Washington, DC, Federal Emergency Management Agency, 1993 (<http://www.fema.gov/pdf/business/guide/bizindst.pdf>, accessed 26 April 2011).

Knebel A, Trabert E, eds. *Medical surge capacity and capability: a management system for integrating medical and health resources during large-scale emergencies.* Washington, DC, Department of Health and Human Services, 2007 (<http://www.phe.gov/preparedness/planning/mscc/handbook/pages/default.aspx>, accessed 20 July 2011).

Mass casualty management systems. Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf, accessed 26 April 2011).

Определяющий признак 34 Управление оказанием догоспитальной медицинской помощи

Индикаторные вопросы

а. Существует ли система для управления оказанием медицинской помощи непосредственно на месте происшествия?

Догоспитальная медицинская помощь включает медицинскую эвакуацию и сортировку пострадавших, а также их транспортировку и прием в медицинские учреждения. В плане локализации оказания догоспитальной медицинской помощи начинается на месте бедствия и продолжается до места сортировки больных или приемного отделения соответствующей больницы; в плане времени эта помощь начинается с момента объявления тревоги (или с момента тревожного предупреждения, если такое предусмотрено) и до госпитализации последнего пострадавшего. В каждой стране существует собственная система оказания догоспитальной медицинской помощи, и министерство здравоохранения должно в рамках этой системы опубликовать соответствующие директивные положения и инструкции о применении системы на межведомственном уровне (см. также ключевые компоненты 5 и 6).

Независимо от того, какая тактика будет использована для предупреждения различных экстренных служб (например, использование единого для всей страны номера телефона экстренной помощи), члены оценочной группы должны убедиться в том, что для этих целей существует эффективная система связи и четкие процедуры, в соответствии с многоотраслевым планом действий при чрезвычайных ситуациях.

При оценке системы управления медицинской помощью на догоспитальном этапе необходимо принимать во внимание широкий круг следующих компонентов:

- интегрированная командная система управления инцидентами (см. также определяющий признак 32);
- возможность резкого наращивания оперативной мощности медицинских служб (см. также определяющий признак 33);
- заблаговременное размещение запасов на случай бедствия;
- организация медицинских мероприятий на местах;
- виды помощи, требуемые услуги и учреждения, которые будут оказывать эти услуги;
- сортировка пострадавших (различные типы и алгоритмы; бригады медицинской сортировки при бедствиях и др.);
- коммуникации в условиях чрезвычайных ситуаций;
- логистика для оказания догоспитальной медицинской помощи (см. также определяющий признак 50);
- процесс эвакуации пострадавших;
- межсекторальная координация;
- координация между догоспитальным и больничным компонентами;
- готовность сектора здравоохранения (например, бригады для работы в условиях бедствия и травматологические бригады);
- различные виды обучения работников;
- готовность населения.

Члены оценочной группы должны определить, предусмотрены ли на этапе догоспитальной помощи все семь звеньев догоспитальной помощи⁶ и применима ли данная система к различным характеристикам бедствий (тип, магнитуда, масштабы, доступность места бедствия и т. д.). Основными предпосылками успеха работы являются следующие факторы: межсекторальная стратегия управления чрезвычайными ситуациями с учетом широкого спектра вопросов здравоохранения; четкое определение общих полномочий и обязанностей (также в отношении места, где произошло бедствие); регулярное проведение учебных программ по вопросам управления чрезвычайными ситуациями; наличие медицинских бригад, хорошо обученных и готовых действовать в трудных условиях.

⁶ Цель догоспитальной помощи состоит из следующих семи звеньев: 1) тревога (в некоторых ситуациях – оповещение); 2) рекогносцировка на местности; 3) развертывание медицинского учреждения переднего края; 4) сортировка пострадавших и оказание экстренной помощи; 5) оказание медицинской помощи в ходе гуманитарных и поисково-спасательных операций; 6) медицинская эвакуация; 7) прием пострадавших в больницах (25).

b. Имеется ли стандартизированная система сортировки пострадавших?

Когда число пострадавших в условиях чрезвычайной ситуации превышает возможности отдельных медицинских бригад, необходимо в кратчайшие сроки организовать процесс сортировки. Хотя главной целью сортировки является создание наилучших шансов для спасения жизни максимально возможному числу пострадавших, члены оценочной группы должны помнить о том, что сортировка – это непрерывный процесс, который включает повторную оценку состояния пациентов на каждом этапе оказания помощи. Сортировка будет эффективна только при наличии в этом процессе всех следующих элементов: оценка медицинского состояния пострадавших; оказание базовых видов экстренной помощи, направленных на поддержание основных жизненных функций; принятие решения об очередности для дальнейшего оказания медицинской помощи; и/или эвакуация. Поэтому протоколы сортировки пострадавших необходимо интегрировать в более широкие рамки системы управления при массовом потоке пострадавших.

Система сортировки должна быть стандартизированной по таким параметрам, как протоколы, методология (регистрационные формы и опознавательные бирки), обучение персонала и ресурсы. В разных странах используется множество различных протоколов сортировки пострадавших. В некоторых из них участие в немедицинской сортировке принимают обученные лица из числа населения и работники поисково-спасательных команд (например, пожарные). В других странах, где в оказании помощи при происшествиях с массовым количеством пострадавших активно участвуют врачи, протоколы основаны на принципах медицинской сортировки, которая выполняется медицинскими работниками, имеющими клинический опыт (преимущественно, но не исключительно средним медицинским персоналом и врачами систем скорой медицинской помощи, а также хирургами-травматологами). Для всех стран предпочтительнее разрабатывать механизмы и протоколы медицинской сортировки, нежели использовать немедицинские протоколы.

Сам по себе процесс сортировки не является гарантией эффективного управления оказанием помощи на догоспитальном этапе и использования ограниченных ресурсов. Для обеспечения благоприятных исходов в отношении здоровья пациентов при происшествиях с массовым количеством пострадавших наибольшее значение имеет оказание основных видов экстренной помощи по непо-

средственному поддержанию жизненных функций и адекватная эвакуация⁷.

c. Существует ли система для проведения медицинской эвакуации и направления пострадавших в соответствующие медицинские учреждения?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются процедуры для эвакуации пострадавших и направления их в соответствующие больницы. Это один из основных элементов управления реагированием при чрезвычайных ситуациях.

Направление пациентов не сводится лишь к транспортировке. При направлении пострадавших важно использовать заблаговременно установленные критерии, такие как оперативная мощность и функциональный потенциал принимающих больниц.

Кроме того, члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются положения о создании передовых медицинских пунктов (ПМП) для регистрации, сортировки, оказания медицинской помощи, выписки или эвакуации всех пострадавших при чрезвычайной ситуации. ПМП может состоять из ряда подразделений (например, командный пункт, отделение эвакуации, отделение для оказания медицинской помощи, административные службы), каждое из которых выполняет свои функции в соответствии с планом действий на случай чрезвычайной ситуации. Однако создание формального ПМП требуется не при всех ситуациях. В некоторых случаях функции ПМП берет на себя одно из квалифицированных медицинских учреждений, располагающих возможностями транспортировки пациентов, или может быть решено сразу отправлять пострадавших в больницы (особенно если общее число тяжелых случаев невелико).

d. Включают ли поисково-спасательные операции медицинский компонент?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что поисково-спасательные операции включают медицинский компонент. Целью включения медицинских работников в состав поисково-спасательных групп является обеспечение мер защиты здоровья и оказание экстренной медицинской помощи самим участникам поисково-спасательных работ, а также проведение неотложных медицинских мероприятий для спасения жизни пострадавших. В то же время не предполагается, что эти медицинские работники должны действовать как самостоятельный медицинский ресурс в месте бедствия. В первую очередь общую медицинскую

⁷ Эвакуация пострадавших имеет два следующих компонента: количественный (транспортные мощности, виды транспортных средств и т. д.); и качественный (виды медицинской помощи, медицинский персонал и учреждения, необходимые для оказания помощи пациентам и их эвакуации).

помощь пострадавшим от бедствия должны оказывать действующие учреждения местной системы здравоохранения.

е. Предусмотрены ли специальные меры для догоспитального оказания помощи пациентам с заболеваниями, имеющими эпидемический потенциал, а также пострадавшим от воздействия химических, биологических, радиационных и ядерных поражающих факторов (ХБРЯ)?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что планы и процедуры догоспитальной помощи включают следующие компоненты: оказание помощи при заболеваниях с эпидемическим потенциалом⁸ и поражениях ХБРЯ (наличие соответствующих ресурсов – ИЗС, антитоты, персонал и др.); обучение; защита системы санитарного транспорта; участие в надзоре за инфекционными болезнями и мерах ликвидации эпидемических вспышек; система дозорного эпиднадзора и предупреждения на случай необычных событий (ХБРЯ); меры массовой деконтаминации пострадавших; удаление отходов. Должны также иметься соответствующие договоренности со всеми заинтересованными сторонами вне сектора здравоохранения (полиция, пожарные службы и др).

Рекомендуемая литература

Mass casualty management system. Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf, accessed 26 April 2011).

Urban search and rescue capability guidelines for structural collapse response. Canberra, Emergency Management Australia, 2002 ([http://www.ema.gov.au/www/emaweb/rwpattach.nsf/VAP/\(3273BD3F76A7A5DEDAE36942A54D7D90\)~Manual16-UARCapabilityGuidelinesforStructuralCollapseResponse.pdf/\\$file/Manual16-USARCapabilityGuidelinesforStructuralCollapseResponse.pdf](http://www.ema.gov.au/www/emaweb/rwpattach.nsf/VAP/(3273BD3F76A7A5DEDAE36942A54D7D90)~Manual16-UARCapabilityGuidelinesforStructuralCollapseResponse.pdf/$file/Manual16-USARCapabilityGuidelinesforStructuralCollapseResponse.pdf), accessed 26 April 2011).

Определяющий признак 35

Управление ситуациями, сопровождающимися массовой гибелью людей и большим количеством пропавших без вести

Принципиальное положение

Члены оценочной группы должны убедиться в том, имеются ли механизмы и процедуры в связи с погибшими и пропавшими без вести. Правительства стран играют решающую роль в стандартизации соответствующих

⁸ Важно отметить, что инфекционные болезни, имеющие эпидемический потенциал, представляют серьезную проблему независимо от того, происходит ли передача инфекции от человека к человеку или нет.

процедур, обеспечении соблюдения правовых норм и гарантии уважения к погибшим и членам их семей (см. также определяющий признак 1).

Работа в связи с погибшими включает ряд процессов: поиск тел; их транспортировка в учреждения, выполняющие функции моргов; при необходимости – процедуры опознания; передача тел погибших членам их семей; захоронение тел (в соответствии с пожеланиями семей, а также с местными религиозными и культурными нормами). Эта работа требует участия различных действующих лиц, таких как сотрудники поисково-спасательных групп, судебно-медицинские эксперты, представители прокуратуры и полиции, административный и вспомогательный персонал, психологи, представители НПО и международных организаций, добровольцы из числа местных жителей и религиозные деятели.

Члены оценочной группы должны выяснить, какая организация играет ведущую роль в работе в связи с погибшими и пропавшими без вести. Обычно основные функции в решении медико-санитарных вопросов, связанных с телами погибших (например, по предполагаемым эпидемиологическим рискам), а также в оказании медицинской и психологической помощи их семьям выполняет сектор здравоохранения. Чтобы предупредить дублирование усилий, первостепенное значение имеет координация всех проводимых мероприятий. Если осуществляется также зарубежная гуманитарная помощь, то работа становится еще более сложной. В таких случаях к работе должны подключаться посольства и министерство иностранных дел. Координация действий на ранних этапах очень важна на субнациональных (региональном и муниципальном) уровнях, что должно быть учтено в национальных планах обеспечения готовности к бедствиям (см. также определяющие признаки 10, 12 и 13).

Индикаторные вопросы

- a. Существуют ли механизмы для опознания тел погибших и поисков пропавших людей?**
- b. Существуют ли механизмы для хранения и выдачи тел погибших?**

Прибытие судебно-медицинских экспертов иногда задерживается на несколько дней, в результате чего упускаются возможности раннего опознания вследствие разложения трупов. Несмотря на риск ошибок, визуальное опознание трупа (в частности, по фотографии, сделанной вскоре после наступления смерти) является простейшей формой опознания погибших и может максимально повысить эффективность процесса ранней идентификации, без участия судебно-медицинских экспертов. Визуальное опознание должно подтверждаться идентификацией других объектов, таких как одежда, предметы индивидуального пользования.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что процедуры опознания включают следующие элементы: *уникальное кодирование* (последовательное применение уникальных регистрационных кодов для каждого тела или каждой части тела); *маркировка* (указание каждого уникального кода на прикрепленной к телу бирке); *фотографирование* (на каждой фотографии должен быть хорошо виден уникальный код); *регистрация* (документирование данных о каждом трупе, например пол, возраст, личные вещи); *обеспечение сохранности* (надежная упаковка личных вещей с маркировкой, имеющей тот же уникальный код, который присвоен телу или части тела, и хранение их вместе с телом или частью тела).

Ответственное учреждение не должно выдавать тела погибших до тех пор, пока не будет произведено точное опознание. Оно же должно оформлять сопроводительную документацию (официальное письмо или свидетельство о смерти).

Специального внимания требуют вопросы сбора и хранения тел погибших. В условиях чрезвычайных ситуаций сбор трупов может занять от нескольких дней до ряда недель; однако при бедствиях очень крупного масштаба (например, землетрясение) это может потребовать значительно большего времени. При отсутствии холодильных камер для хранения трупов их разложение происходит очень быстро. Захоронение в земле обеспечивает сохранность признаков, которые могут иметь ценность для последующего судебно-медицинского расследования, поэтому считается наиболее рекомендуемым методом. Следует всячески избегать кремации неопознанных трупов.

c. Существуют ли механизмы для информирования населения о погибших?

При массовой гибели людей очень важно, каким способом будет производиться информирование населения о погибших и выдача тел. Широко распространенное мнение о том, что трупы людей и животных представляют угрозу для общественного здоровья, является причиной необоснованных тревог как властей, так и населения. Опыт ранее пережитых кризисных ситуаций показывает, что такое ошибочное мнение нередко приводило к неправильному распределению приоритетов и к нерациональному расходованию ограниченных ресурсов.

d. Существуют ли механизмы для оказания помощи международным бригадам опознания жертв бедствия, если возникнет необходимость в их использовании?

e. Предусмотрены ли механизмы резкого наращивания оперативных мощностей судебно-медицинской службы и моргов?

В условиях чрезвычайной ситуации судебно-медицинские службы и морги могут оказаться перегруженными. Необходимо тесное сотрудничество между специалистами, выполняющими судебно-медицинские процедуры⁹, и учреждениями, которые могут обеспечить эти виды работы. Состав судебно-медицинской рабочей группы при массовой гибели людей будет варьировать в зависимости от условий в зоне бедствия, имеющихся на месте кадровых ресурсов и плана обеспечения готовности. В случае бедствия должны быть задействованы местные ресурсы, включая специалистов различного профиля – по поддержке семей, логистике, распространению информации и коммуникации. Должны быть заключены договоренности с соответствующими специалистами или группами в отношении необходимого персонала, рабочих зон, транспорта, инструментов, средств связи и других вопросов. Следует учитывать возможность использования временных помещений для проведения судебно-медицинских процедур, в том числе в нормативно предназначенных для других целей (например, склады, ангары, фермы, спортивные площадки). Во многих странах все чаще и чаще используются специализированные команды опознания жертв бедствий, которые вместе с необходимой экипировкой готовятся заблаговременно.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются механизмы резкого наращивания мощностей судебно-медицинской службы и моргов, чтобы удовлетворить возросшие потребности (см. также определяющий признак 33).

Рекомендуемая литература

Disaster victim identification guide. Lyon, Interpol, 1997 (<http://www.interpol.int/public/DisasterVictim/guide/default.asp>, accessed 1 May 2011).

Guidance on dealing with fatalities in emergencies. London, Home Office and Cabinet Office, 2004 (http://www.kenyoninternational.com/useful_info/UK%20Home%20Office%20Guidance%20on%20Dealing%20with%20Fatalities%20in%20Emergencies,%202004.pdf, accessed 1 May 2011).

⁹ Судебно-медицинские процедуры включают решение следующих задач: юридически определить и констатировать факт смерти; найти останки погибших; установить личности умерших; ориентировочно определить время наступления смерти; определить причину смерти; объяснить возможные обстоятельства наступления смерти; подготовить останки к захоронению; проанализировать событие с целью предотвращения таких случаев в будущем.

Morgan O, Tidball-Binz M, van Alphen D. *Management of dead bodies after disasters: a field manual for first responders*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2006 (<http://www.paho.org/english/dd/ped/deadbodiesfieldmanual.htm>, accessed 1 May 2011).

Pan American Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific. *Management of dead bodies in disaster situations*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2004 (Disaster management and guidelines series, No. 5; <http://www.paho.org/english/dd/ped/DeadBodiesBook.pdf>, accessed 1 May 2011).

Ключевой компонент 6.2 Система СМП и управление ситуациями с массовым количеством пострадавших

Определяющий признак 36 Потенциал для управления ситуациями с массовым количеством пострадавших

Принципиальные положения

Поскольку согласованного на международном уровне определения понятия «система скорой (экстренной) медицинской помощи» (компоненты, участники, механизмы предоставления услуг, структуры управления) не существует, каждая страна должна иметь свое определение этого понятия. Часто используется следующее определение:

«...система, функционирующая на уровне местных сообществ, которая обеспечивает использование имеющегося персонала, оборудования, средств транспорта и связи для оказания эффективной и скоординированной медицинской помощи (например, первой медицинской помощи и поддержания основных жизненно важных функций организма) в экстренных ситуациях, возникающих при несчастных случаях, острых заболеваниях или других чрезвычайных происшествиях – от места события до момента госпитализации, а также для участия в мерах экстренного реагирования при событиях с массовым количеством пострадавших (включая бедствия)» (26).

Система скорой медицинской помощи (СМП) должна предоставлять на базе сообщества медицинские услуги, которые полностью интегрированы в общую систему предоставления медицинской помощи (государственные и прочие лечебно-профилактические учреждения) и скоординированы с деятельностью структур общественной безопасности (органы экстренного реагирования; добровольцы по оказанию первой помощи). Система СМП должна принимать участие в выявлении и уточнении рисков заболеваний и травм, оказании медицинской помощи в случаях острых заболеваний и травм, мониторинге состояния здоровья

населения и эффективном управлении действиями при происшествиях с большим количеством пострадавших.

Независимо от особенностей определения, целью планирования и осуществления СМП должно быть предоставление полнообъемной помощи от места чрезвычайного события до этапа оказания госпитальной помощи и реабилитации. Система СМП должна постоянно играть лидирующую роль в оказании медицинской помощи. Для обеспечения общественной безопасности и предоставления экстренной медицинской помощи необходимо использовать все ресурсы, имеющиеся на местном уровне (включая ресурсы частного сектора и НПО). Это предполагает создание на национальном уровне совета или комитета по СМП (ответственного за политику, правила, нормы, стандарты и т. д.) и аналогичных структур на уровне местных органов государственного управления (отвечающих за принятие оперативных решений, проведение мероприятий и финансирование). Выполнение консультативных функций необходимо на обоих уровнях. Должны существовать законы и правила, касающиеся юридической ответственности, подотчетности, институциональной устойчивости и профессионализма системы СМП. Правила и стандарты должны гарантировать качество оказания помощи и оптимальное использование имеющихся ресурсов. Чтобы избежать дублирования и обеспечить эффективность работы, действия всех заинтересованных сторон в рамках системы СМП должны быть интегрированы и скоординированы в рамках единой функциональной сети. Чрезвычайную актуальность имеет интеграция догоспитального и госпитального компонентов как в общем плане, так и во время крупных чрезвычайных ситуаций (см. также определяющий признак 34). Также ключевое значение имеет стандартизация элементов системы СМП (оснащение автомобилей скорой помощи; обучение персонала; аккредитация).

Индикаторные вопросы

- a. **Позволяют ли планы СМП (по направлению пострадавших в лечебные учреждения, оказанию помощи на месте, транспортировке и эвакуации) адаптацию к условиям происшествий с массовым количеством пострадавших или к другим подобным кризисным ситуациям?**
- b. **Включают ли эти планы вопросы одновременного управления каждодневными чрезвычайными происшествиями?**

Чтобы обеспечить гибкость системы СМП для удовлетворения не только ежедневных экстренных потребностей, но и для оказания, при необходимости, помощи в ситуации с массовым количеством пострадавших, необходимо четко определить географические границы зоны действия системы СМП. Каждый регион страны должен иметь свою систему СМП, которые в совокупности могут

гарантировать охват всей территории страны. Уровень охвата населения службами СМП может быть особенно низким в сельской местности, поэтому там должны создаваться местные группы реагирования при чрезвычайных ситуациях (МГРЧС), выступающие в качестве неотъемлемого компонента общей системы скорой медицинской помощи. МГРЧС – это гибкая модель оказания помощи, которая помогает решать проблему продолжительного ожидания бригад скорой помощи в сельской местности и в отдаленных населенных пунктах. Благодаря тесному взаимодействию между системой СМП и местным сообществом МГРЧС обеспечивают до приезда скорой помощи поддержание основных жизненно важных функций и оказание первой помощи больным и пострадавшим.

Одним из существенных компонентов системы СМП является надежная система коммуникации, которая может быть простой или сложной в зависимости от числа организаций-участников. Территория, охватываемая данной системой коммуникации (зона охвата), должна быть четко определена. Жизненно важно, чтобы коммуникационные механизмы обеспечивали бесперебойное взаимодействие всех основных участников системы СМП (прямая радиосвязь между всеми задействованными работниками и медицинскими учреждениями), чтобы гарантировать готовность и возможность принимающих учреждений к приему и лечению пациентов, а также обеспечение безопасности пациентов и медиков.

Понятие системы коммуникации не ограничивается только физическими средствами связи (например, радио), но включает также и управление информацией (см. также определяющий признак 48).

Так как определение медицинских показаний и, по мере необходимости, направление пациентов в соответствующие лечебные учреждения в зоне охвата является ключевой функцией любой системы СМП, каждая организация несет ответственность за использование системы коммуникации, совместимой с аналогичными системами местных диспетчерских центров и больниц. Должны быть разработаны протоколы, определяющие минимальные стандарты как для диспетчерских центров (для обеспечения единых подходов к медицинской эвакуации пациентов), так и для проведения обучения и сертификации диспетчеров.

Должен существовать механизм для мониторинга качества функционирования системы коммуникаций (например, сроки эксплуатации и надежность оборудования и качество процесса медицинской эвакуации).

с. Существуют ли механизмы для оперативного задействования ресурсов систем СМП на местном, региональном и национальном уровнях?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются механизмы для оперативной мобилизации, в случае необходимости, ресурсов местной системы СМП.

Очень важно, чтобы деятельность всех заинтересованных структур системы СМП (таких как полиция, больницы и мобильные бригады скорой медицинской помощи) эффективно координировалась и ее ресурсы использовались в оптимальном режиме. Таким образом, каждая из заинтересованных организаций, равно как и вся система СМП в целом, должны регулярно оцениваться на предмет удовлетворения потребностей сообщества и максимально эффективного оказания помощи с учетом имеющихся ресурсов.

Все участники системы СМП должны располагать достаточными ресурсами (в том числе кадровыми), чтобы иметь возможность координировать ответные действия и предпринимать меры, за которые они отвечают. Первостепенное значение имеет стандартизация: разработанные различными организациями системы сбора данных должны обеспечивать мониторинг имеющихся ресурсов и быть полностью совместимыми. Собранные данные должны быть постоянно готовы к использованию для определения объема, качественных характеристик и направлений использования ресурсов; они также должны включать сведения об имеющихся официальных программах для набора и поддержания кадрового состава для системы СМП, включая волонтеров.

d. Четко ли определена роль СМП в выявлении и подаче уведомлений о необычных происшествиях в области общественного здравоохранения?

Наряду с другими функциями система СМП имеет определенные обязанности в рамках системы общественного здравоохранения, например участие в проведении эпиднадзора за вспышками инфекционных болезней, а также дозорного эпиднадзора и раннего предупреждения о необычных событиях (ХБРЯ).

e. Участвуют ли работники системы СМП в координационных совещаниях, совместных учебных занятиях, тренировках и учениях?

Периодические тренировки и учения в условиях, моделирующих чрезвычайные ситуации, помогают оценивать эффективность работы, совершенство-

вать управление и проводить обучение персонала и населения.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что тренировки и учения проводятся регулярно, что все представители системы СМП участвуют в координационных совещаниях, совместных тренировках и учениях и получают отзывы о качестве их работы.

Рекомендуемая литература

De Boer J, Dubouloz M, eds. *Handbook of disaster medicine. Emergency medicine in mass casualty situations*. Zeist, VSP International Science Publishers, 2000.

Mass casualty management systems. Strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf, accessed 1 May 2011).

Strategy & recommendations in organizing & managing emergency medical services (EMS) in developing countries in managing daily emergencies & disasters. An ADPC perspective. Bangkok, Asian Disaster Preparedness Center, 2003 (<http://www.adpc.net/v2007/ikm/ONLINE%20DOCUMENTS/downloads/ADUMP/EMS%20Paper%20FINAL.pdf>, accessed 1 May 2011).

Ключевой компонент 6.3

Управление больницами при происшествиях с массовым количеством пострадавших

Определяющий признак 37

Программа обеспечения готовности больниц к чрезвычайным ситуациям

Индикаторные вопросы

- Имеется ли формальная программа обеспечения готовности больницы к чрезвычайным ситуациям?**
- Если да, то назначены ли конкретные сотрудники для ее реализации?**
- Выделены ли финансовые средства на эту программу?**
- Имеются ли в программе соответствующие ресурсы?**
- Отражает ли эта программа в полном объеме концепцию повышения безопасности больниц?**
Способность больницы оптимально управлять своими ресурсами в чрезвычайных ситуациях и согласовывать свои действия с общими ответными мерами на местном уровне во многом зависит от качества ее программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям. Обеспечение готовности – это непрерывный процесс. Программа обеспечения готовности больницы к чрезвычайным

ситуациям должна охватывать все разделы ее деятельности – не только в период непосредственного реагирования, но также на этапе ликвидации последствий, восстановления и т. д., принимая во внимание все потенциальные опасности (принцип учета всех опасностей). Программа включает планирование (особенно в отношении ответных действий больницы и экстренных мер в чрезвычайных ситуациях), тренировки, обучение, образовательную работу среди населения, управление информацией, системы коммуникации и раннего предупреждения. При планировании готовности чрезвычайно важно определить систему (каким образом будут организованы все ресурсы) и процесс (действия и взаимодействия). Сотрудники должны проходить обучение и тренировки, чтобы знать, как функционирует система, и приобрести необходимые навыки для выполнения отведенных им функций.

Неотъемлемой частью программы готовности больницы к чрезвычайным ситуациям является план работы больницы в чрезвычайных ситуациях. Этим планом определяется структура управления больницей и методология, которая будет использована больницей для работы в чрезвычайных ситуациях или для подготовки больницы к такой работе, если оповещение получено заблаговременно (см. также определяющий признак 38). Ключевыми элементами готовности больниц являются способность к резкому наращиванию оперативной мощности, а также сетевое взаимодействие больниц и систем направления пациентов на субнациональных уровнях (а при определенных сценариях – и на национальном уровне). Таким образом, программа готовности больницы к чрезвычайным ситуациям должна предусматривать обеспечение совместности, взаимодополняемости и/или синергизма больничных планов реагирования, а также любые вопросы трансграничного сотрудничества (см. также определяющий признак 33). В процессы сетевого взаимодействия больниц и направления пациентов на другие уровни оказания помощи должны быть включены все соответствующие медицинские учреждения, как государственные, так и частные.

Рекомендуемая литература

Контрольный вопросник для оценки готовности больниц к чрезвычайным ситуациям. Пособие на случай любых угроз для администраторов больниц и ответственных за действия в чрезвычайных ситуациях. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154133/e95978R.pdf, по состоянию на 27 декабря 2012 г.).

Международная стратегия ООН по уменьшению опасности бедствий, Всемирная организация

здравоохранения, Всемирный банк. Безопасность больниц при стихийных бедствиях. Снижение риска, защита больниц, спасение жизней. Женева, Международная стратегия ООН по уменьшению опасности бедствий, 2009 (<http://www.unisdr.org/2009/campaign/pdf/wdrc-2008-2009-information-kit-russian.pdf>, по состоянию на 20 декабря 2012 г.).

Mass casualty management hospital emergency response plan. Regional training course on mass casualty management and hospital preparedness. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2008 (http://acilafet.org/upload/dosyalar/Hospital_emergency_response_plan_Toolkit_.pdf, accessed 2 May 2011).

Safe hospitals. A collective responsibility. A global measure of disaster reduction. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2008 (<http://www.paho.org/english/dd/ped/SafeHospitalsBooklet.pdf>, accessed 2 May 2011).

Определяющий признак 38

Больничные планы реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях

Принципиальные положения

План реагирования и последующего восстановления при чрезвычайных ситуациях является неотъемлемой частью программы готовности больницы и представляет собой специально подготовленный документ, определяющий структуру управления и методологию, которые будут использованы больницей в период реагирования в чрезвычайной ситуации (или для подготовки больницы к реагированию, если информация о чрезвычайной ситуации будет получена заблаговременно), а также для организации процесса максимально быстрого возврата к нормальному функционированию после фазы восстановления (см. также определяющий признак 37).

Неудача больничных планов реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях нередко обусловлена следующими причинами:

- планы были разработаны изолированно, силами очень небольшой группы специалистов;
- исполнители планов (сотрудники учреждения) не участвовали в их разработке и не получили соответствующей подготовки;
- была нарушена коммуникация;
- планы не были подвергнуты валидации и не обновлялись;
- в планах отсутствовали механизмы координации с внешними партнерами, включая догоспитальный компонент, и с другими медицинскими учреждениями.

Члены оценочной группы должны целенаправленно проанализировать изучаемые больничные планы реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях на предмет наличия этих недостатков.

Больничный план *реагирования* при чрезвычайных ситуациях определяет структуру управления и методологию, которые будут использованы больницей в период реагирования на возникновение чрезвычайной ситуации (или для подготовки больницы к реагированию, если предупреждение будет получено заблаговременно). План имеет критическое значение для определения процесса управления, который позволит больнице координировать свои действия с другими медицинскими учреждениями и структурами экстренного реагирования.

Когда больничный план реагирования при чрезвычайных ситуациях вступает в силу, группа командного управления принимает решение о приоритетных действиях, которые должны быть предприняты в рамках этого плана. В чрезвычайной ситуации каждое подразделение учреждения получает конкретное задание в рамках системы управления чрезвычайными ситуациями, которое помещают на организационной схеме, а также контрольный перечень оперативных инструкций для исполнителей. Организационная схема и оперативные инструкции являются стержнем плана. Схема должна регулярно анализироваться и модифицироваться в соответствии с реальным состоянием служб и отделов.

Больничный план *восстановления* после чрезвычайных ситуаций нацелен на реабилитацию пострадавших, восстановление сообществ и инфраструктуры в минимальные сроки и с максимальным эффектом. Для этого прежде всего необходимо эффективное управление. Как и планы реагирования, планы восстановления должны регулярно пересматриваться и корректироваться, особенно после реально случившихся серьезных происшествий.

Очень большое значение имеет подготовка тех сотрудников, которые принимают активное участие в разработке больничных планов реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях.

Индикаторные вопросы

а. Есть ли в больницах комитеты, ответственные за разработку планов реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях?

Разработка планов реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях является важнейшим компонентом управления больницей на случай происшествий с массовым количеством пострадавших; эта работа требует пристального внимания и полной поддержки со стороны руководящих

органов системы здравоохранения и местного сообщества. В состав больничных комитетов по разработке планов реагирования и восстановления должны входить сотрудники, прошедшие специальное обучение по вопросам подготовки таких планов.

Члены оценочной группы должны проверить, имеется ли в больнице такой комитет и если да, то имеет ли он четкий мандат и всесторонние полномочия для разработки планов реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях. Они должны запросить список членов комитетов с описанием их функций и специализации.

- b. Есть ли в больницах планы реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях?**
- c. Если такие планы имеются, были ли они подготовлены путем систематического процесса с участием комитета по планированию?**
- d. Согласуются ли эти планы с национальной политикой?**

Члены оценочной группы должны проверить, были ли планы подготовлены путем систематического непрерывного процесса. Больничные планы реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях являются только одним из результатов планирования на случай чрезвычайных ситуаций и служат основой для выделения ресурсов на обеспечение готовности больницы к чрезвычайным ситуациям. Другие важные результаты следующие: повышение осведомленности сотрудников больницы; внедрение культуры управления рисками в медицинском учреждении; проведение анализа уязвимостей с последующим составлением рекомендаций для смягчения последствий, предупреждения, а также коррекции планов; мотивирование основных сотрудников на активное сотрудничество с администрацией больницы по вопросам управления рисками; организация партнерских отношений с другими заинтересованными организациями; разработка тренировочных занятий; оптимизация управления повседневными нештатными ситуациями в работе больницы.

Кроме того, члены оценочной группы должны удостовериться в том, что планы были разработаны с учетом существующих стратегий, других планов и имеющихся ресурсов, а также в том, что эти планы согласуются с национальной политикой.

- e. Является ли наличие плана реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях обязательным требованием для аккредитации больницы?**
- f. Проводились ли валидация и аккредитация планов реагирования и восстановления при**

чрезвычайных ситуациях в соответствии с национальными критериями?

- g. Проводятся ли регулярно анализ, тренировочная отработка, пересмотр и обновление планов?**

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что больничные планы реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях не являются просто копиями других планов, но были разработаны путем интерактивного процесса и удовлетворяют национальным критериям планирования, а также что они были апробированы и прошли оценку в соответствии с национальными критериями. Кроме того, члены оценочной группы должны проверить, хорошо ли знают основные сотрудники учреждения детали этих планов – это будет свидетельствовать о том, что они регулярно проходят обучение и подготовку. Тренировки и учения должны проводиться регулярно, а полученные уроки должны быть использованы для модификации планов, которая также должна проводиться регулярно. В этой связи члены оценочной группы должны опросить не только главного врача и членов комитета по планированию, но также ведущих сотрудников различных подразделений больницы.

- h. Согласованы ли больничные планы с субнациональными многоотраслевыми планами реагирования при чрезвычайных ситуациях?**

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что больничные планы не изолированы от субнациональных планов реагирования сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях и соответствующих многоотраслевых планов. Важно, чтобы больничные планы отражали роль больницы в операциях реагирования в чрезвычайных ситуациях на субнациональном уровне и чтобы они были согласованы с соответствующими региональными и муниципальными планами реагирования сектора здравоохранения или многоотраслевыми планами реагирования в чрезвычайных ситуациях.

- i. Включены ли в план меры реагирования на случай внутренних происшествий и местных угроз?**

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что процесс планирования и сами планы составлены в соответствии с принципом учета всех опасностей, то есть что в них предусмотрено реагирование на всевозможные потенциальные опасности. Общий план служит основой для разработки планов и процедур на случай нештатных ситуаций, которые будут использованы при возникновении местных угроз и внутренних инцидентов (например, при вспышках инфекционных заболеваний или локальных пожарах).

j. Включены ли в планы механизмы для перехода на режим чрезвычайной ситуации?

В планах должны быть детально описаны механизмы для активации планов реагирования при чрезвычайных ситуациях и планов действий на случай нештатных ситуаций, а также уровень активации, что позволит приступить к действиям в любой момент на основании соответствующих критериев. Эти критерии не должны быть основаны только на показателях травматизма; больничная система эпиднадзора должна быть способна обнаруживать кластеры случаев, неожиданных для данного времени или места (например, пандемические случаи, групповые случаи инфекционных заболеваний или подострые интоксикации химической природы). В планах также должно быть четко указано, кто отвечает за активацию планов, каким образом она осуществляется и в каких ситуациях. В процессе тренировок и учений эти процедуры должны регулярно отрабатываться и при необходимости обновляться.

Рекомендуемая литература

Контрольный вопросник для оценки готовности больниц к пандемии гриппа. С акцентом на пандемию (H1N1) 2009. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78989/E93006R.pdf, по состоянию на 28 декабря 2012 г.).

Контрольный вопросник для оценки готовности больниц к чрезвычайным ситуациям. Пособие на случай любых угроз для администраторов больниц и ответственных за действия в чрезвычайных ситуациях. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154133/e95978R.pdf, по состоянию на 27 декабря 2012 г.).

Mass casualty management hospital emergency response plan. Regional training course on mass casualty management and hospital preparedness. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2008 (http://acilafet.org/upload/dosyalar/Hospital_emergency_response_plan_Toolkit_.pdf, accessed 2 May 2011).

Mass casualty management systems, strategies and guidelines for building health sector capacity. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596053_eng.pdf, accessed 2 May 2011).

| | |
|--------------------------------|--|
| Ключевой компонент 6.4 | Непрерывность основных медико-санитарных программ и услуг |
| Определяющий признак 39 | Непрерывное предоставление основных медицинских услуг, включая стационарную помощь |

Принципиальные положения

Бедствия нарушают работу больниц, нередко – с серьезными последствиями. Для оптимизации лечения пациентов в чрезвычайных ситуациях необходимо определить и поддерживать наиболее важные медицинские услуги. Для обеспечения непрерывности функционирования больницы и предоставления основных услуг очень важны такие действия, как, например, поддержание основного оборудования в рабочем состоянии, снабжение электроэнергией и водой, а также участие в оценке ущерба и восстановлении коммуникаций.

Индикаторные вопросы

a. Имеются ли возможности для немедленной оценки структурной, неструктурной и функциональной безопасности после любого происшествия?

Оценка повреждений и безопасности здания больницы – это первое, что необходимо сделать в соответствующей обстановке сразу же после бедствия. Должны быть назначены сотрудники, ответственные за проведение такой оценки, их список должен периодически уточняться. При проведении оценки потребуется участие инженерно-технических работников, обычно привлекаемых из сторонних организаций. Поэтому больничные планы реагирования при чрезвычайных ситуациях должны включать процедуры для координации и сотрудничества с другими заинтересованными сторонами и для определения необходимой внешней технической экспертизы. В планах должны также быть определены механизмы восстановления, совместно с соответствующими коммунальными службами, важнейшего оборудования и коммуникаций.

b. Существуют ли процедуры для подключения аварийных систем жизнеобеспечения (например, водо- и электроснабжения, отопления и т. п.)?

Члены оценочной группы должны проверить, есть ли процедуры для аварийного снабжения важнейшими ресурсами (электроэнергия, кислород, вода и др.), а также основных линий жизнеобеспечения учреждения. Должны существовать механизмы для определения оперативного уровня основного оборудования и для создания системы мониторинга, чтобы облегчить прогнозирование возможных проблем, таких как дефицит или перегрузка (см. также определяющий признак 51).

c. Имеются ли планы для обеспечения непрерывности оказания больницей жизненно важных видов помощи (например, родовспоможение, гемодиализ и др.)?

При любых чрезвычайных ситуациях больницы должны обеспечивать непрерывность основных видов помощи (то есть услуг, которые должны

предоставляться в любое время) параллельно с мерами реагирования в связи с чрезвычайной ситуацией. Планы должны содержать перечень всех видов помощи в порядке приоритетности с указанием, какие из них являются жизненно важными. Для обеспечения непрерывности предоставления больницей основных видов помощи важное значение имеет координация работы с руководящими органами системы здравоохранения и с соседними больницами. Должны быть четко определены функции и сферы ответственности каждого учреждения, входящего в местную лечебно-профилактическую сеть.

Рекомендуемая литература

Контрольный вопросник для оценки готовности больниц к пандемии гриппа. С акцентом на пандемию (H1N1) 2009. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78989/E93006R.pdf, по состоянию на 28 декабря 2012 г.).

Контрольный вопросник для оценки готовности больниц к чрезвычайным ситуациям. Пособие на случай любых угроз для администраторов больниц и ответственных за действия в чрезвычайных ситуациях. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154133/e95978R.pdf, по состоянию на 27 декабря 2012 г.).

Pandemic flu: managing demand and capacity in health care organisations. (Surge). London, Department of Health, 2009 (http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098750.pdf, accessed 1 May 2011).

Safe hospital in emergencies and disasters. Structural, non-structural and functional indicators. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/390133EC-089F-4C77-902D-DFEE8532F558/0/SafeHospitalsinEmergenciesandDisasters160709.pdf>, accessed 1 May 2011).

Определяющий признак 40

Профилактика и контроль инфекционных болезней и иммунизация

Принципиальные положения

Медицинские учреждения должны иметь четкую политику в отношении раннего выявления контагиозных больных, особенно с инфекционными заболеваниями, возбудители которых передаются от человека к человеку, а также практические рекомендации по процедурам догоспитальной и госпитальной сортировки, госпитализации, лечения, изоляции и подачи отчетности (в соот-

ветствии с директивами и руководствами, рекомендуемыми руководящими органами здравоохранения) (см. также определяющий признак 27).

Например, во время пандемии должна быть обеспечена координация действий между больницей и другими учреждениями, где осуществляется лечение заболевших. Программа контроля инфекций и соответствующие процедуры должны включать стандартные меры предосторожности, предупреждение контактной и воздушно-капельной передачи инфекции, контроль состояния окружающей среды, технический контроль и административное управление.

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии конкретных внутриучрежденческих систем контроля состояния окружающей среды (например, системы вентиляции), а также в наличии в медицинском учреждении индивидуальных средств защиты для персонала, пациентов и посетителей. Они также должны оценить уровень готовности (компетенций, знаний, умений и навыков) сотрудников, отвечающих за проведение плановых и специальных мер контроля инфекции и срочное проведение учебных занятий, необходимых при различных сценариях развития ситуации. Сотрудники должны быть способны решать медико-санитарные задачи – от профилактики до оказания лечебной помощи и последующего наблюдения пациентов. Должны быть организованы и постоянно соблюдаться стандартные меры предосторожности, например следующие: гигиена рук; использование ИСЗ (включая перчатки, защиту лица, халаты); в соответствующих случаях респираторная гигиена и кашлевой этикет; предупреждение профессиональной травмы иглами и острыми инструментами; санитарная обработка помещений; удаление использованных перевязочных материалов и других отходов; дезинфекция предметов ухода за больными.

На местном (больничном) уровне члены оценочной группы должны проверить, предусматривают ли планы реагирования при чрезвычайных ситуациях следующие меры:

- назначение госпитального эпидемиолога с возложением на него общей ответственности за все мероприятия, связанные с ранним предупреждением и проведением мониторинга в больнице;
- определение информации, которая должна собираться в плановом порядке и при чрезвычайных ситуациях, а также составление инструкции по использованию этих данных;
- создание каналов связи в пределах самих медицинских учреждений, а также для контактов с органами общественного здравоохранения, по которым медицинские работники могут уведомлять о необычных медико-санитарных событиях;
- создание механизмов для сбора данных и представления отчетности в соответствии с

национальной политикой в области охраны здоровья населения и директивами, адаптированными к местным условиям;

- создание процедур для проведения немедленного расследования в соответствии с донесениями медицинских работников о необычных медико-санитарных событиях и/или с сигналами, полученными из систем мониторинга;
- оперативная передача врачам и другим ответственным лицам информации, полученной при проведении мониторинга и/или в результате расследования необычных медико-санитарных событий и/или сигналов;
- создание процедур для беспрепятственного поступления в медицинские учреждения больных с подозреваемыми или подтвержденными эпидемическими или пандемическими инфекционными заболеваниями, например оперативное информирование населения, сотрудников и всех заинтересованных сторон, включая службу СМП, диспетчерский центр и врачей частных медицинских учреждений;
- создание специальных процедур для профилактики и контроля инфекций на таких этапах, как поступление в приемное отделение больных с эпидемическими или пандемическими инфекционными заболеваниями, их физикальное обследование, сортировка, оказание медсестринской помощи, организация перемещения пациентов с эпидемическими, пандемическими и неэпидемическими заболеваниями в самой больнице и за ее пределами;
- создание процедур для обустройства в больнице хорошо вентилируемого помещения для изоляции больных, объединение в когорты пациентов с однотипными эпидемическими и пандемическими инфекциями, соблюдение требований о минимальном допустимом расстоянии между кроватями (что имеет особо важное значение для профилактики воздушно-капельной передачи инфекции);
- создание процедур для направления в другие учреждения не принятых в больницу пациентов с эпидемическими и пандемическими заболеваниями и последующий контроль;
- обучение сотрудников для выполнения ими различных функций с обращением особого внимания на меры инфекционного контроля;
- создание процедур для планирования материально-технического обеспечения, например для закупки ИСЗ, оборудования и расходных материалов;
- организация оказания амбулаторной помощи (обустройство помещений, функциональные аспекты, процедуры, персонал, оборудование и управление);
- создание процедур для внедрения стандартизированных протоколов лечения больных с подозреваемыми и подтвержденными

инфекционными заболеваниями с учетом необходимости профилактики распространения инфекций и защиты персонала;

- создание процедур для передачи информации пациентам, посетителям, персоналу и населению;
- создание механизмов для обеспечения непрерывного оказания помощи инфекционным больным в чрезвычайных ситуациях (например, продолжение лечения ВИЧ-инфицированных пациентов).

Индикаторные вопросы

a. Имеется ли система для осуществления активного эпиднадзора с потенциалом раннего предупреждения?

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии действующей программы планового инфекционного контроля и системы эпиднадзора, которая может быть использована как система раннего предупреждения об инфекционных заболеваниях. Она должна служить основанием для создания дополнительного потенциала на случай крупных эпидемий (см. также раздел «Информация по здравоохранению» и ключевые компоненты 8, 9 и 10). Система эпиднадзора должна быть способна выявлять на как можно более ранних стадиях кластеры случаев болезни, атипичные клинические формы и другие подобные явления. Выявление первых случаев инфекционных заболеваний, имеющих потенциал эпидемического распространения, должно немедленно сопровождаться проведением в медицинском учреждении соответствующих мероприятий (см. также определяющий признак 1).

Например, во время пандемии гриппа необычные медицинские проявления могут свидетельствовать о возникновении новых вирусов гриппа или об изменениях характеристик циркулирующих вирусов (повышение вирулентности, развитие устойчивости к противовирусным препаратам, повышение контактиозности), что требует проведения специального расследования. Лабораторные и эпидемиологические данные, получаемые в результате систематического сбора и анализа информации, не только используются для целей раннего предупреждения, но и позволяют органам общественного здравоохранения осуществлять мониторинг прогресса в борьбе с тяжелыми формами гриппа и информировать о вмешательствах, направленных на защиту людей с наиболее высоким риском осложнений и неблагоприятного исхода.

b. Имеется ли достаточный потенциал для развертывания специальных программ иммунизации для удовлетворения конкретных потребностей?

При возникновении ЧС пострадавшее население нередко вынуждено покидать жилища и нужда-

ется во временном размещении. Вынужденному переселению могут сопутствовать такие проблемы, как высокая скученность, неудовлетворительные условия проживания, водоснабжения и санитарии, отсутствие даже базовых видов медицинской помощи. В таких ситуациях возрастает угроза инфекционных заболеваний и создается высокий риск возникновения эпидемий.

Системный подход к организации контроля инфекционных заболеваний является ключевым компонентом гуманитарной деятельности и имеет решающее значение в защите здоровья пострадавшего населения. В таких ситуациях необходимо сотрудничество организаций, работающих на местном, национальном и международном уровнях, а также тесное сотрудничество всех секторов, участвующих в реагировании на чрезвычайные ситуации (см. также определяющий признак 47).

Одним из ключевых компонентов профилактики является массовая иммунизация против конкретных инфекций. Для успеха кампании иммунизации необходимо участие населения, органов здравоохранения, международных и неправительственных организаций, частнопрактикующих медицинских работников. Привлечение всех заинтересованных сторон к участию в планировании кампании даст гарантию того, что все участники будут информированы о ее задачах и о целевых группах населения.

Члены оценочной группы должны выяснить следующие вопросы: имеется ли необходимый потенциал для осуществления программ иммунизации; все ли соответствующие сотрудники осведомлены о целях кампании вакцинации и о технических характеристиках конкретной вакцины (вакцин); имеются ли запасы всего необходимого, которые могут быть использованы в нужный момент; обеспечено ли надежное функционирование холодовой цепи.

Рекомендуемая литература

Connolly MA, et al. Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges. *Lancet*, 2004, 364(9449):1974–1983.

Контрольный вопросник для оценки готовности больниц к пандемии гриппа. С акцентом на пандемию (H1N1) 2009. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/78989/E93006R.pdf, по состоянию на 28 декабря 2012 г.).

Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care. WHO interim guidelines, June 2007. Geneva, World Health

Organization, 2007 (WHO/CDS/EPR/2007.6; http://www.who.int/entity/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_2007_6c.pdf, accessed 1 May 2011).

Prevention of hospital-acquired infection. A practical guide. Second edition. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/CSR/EPH/2002.12; <http://www.who.int/csr/resources/publications/whocdscsreph200212.pdf>, accessed 1 May 2011).

Определяющий признак 41 Охрана здоровья матерей и детей и охрана репродуктивного здоровья

Принципиальные положения

Нарушения репродуктивного здоровья являются одной из значительных причин смертности и заболеваемости при чрезвычайных ситуациях. При возникновении чрезвычайной ситуации приоритетное внимание должно быть уделено скорейшему восстановлению служб охраны здоровья матери и ребенка и репродуктивного здоровья, а также инструктированию местных работников по ведению пациентов, лечение которых было прервано или задержано. Предоставление услуг охраны репродуктивного здоровья в условиях чрезвычайной ситуации необходимо для обеспечения физического, психического и социального благополучия пострадавших людей. Эту помощь необходимо оказывать своевременно, причем она должна быть интегрирована в рамки первичной медико-санитарной помощи, а ее осуществление должно координироваться с усилиями других секторов и организаций (см. также определяющий признак 46). Представители пострадавшего сообщества должны участвовать в планировании программы, что позволит правильно учесть религиозные и культурные аспекты.

Индикаторные вопросы

а. Существуют ли механизмы для продолжения в условиях чрезвычайной ситуации бесперебойного осуществления основных компонентов программ охраны репродуктивного здоровья?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются механизмы для сохранения в условиях чрезвычайной ситуации основных компонентов программ охраны репродуктивного здоровья и здоровья матери и ребенка. Этой цели служит разработанный силами ряда международных организаций «Минимальный пакет первичных услуг» (МППУ)¹⁰. Применение МППУ направлено на решение пяти следующих задач: 1) определить ведущую организацию, ответственную за предоставление МППУ; 2) предупредить и смягчить

¹⁰ Дополнительная информация о МППУ имеется на сайте <http://misp.rhrc.org/> (по состоянию на 28 июля 2011 г.).

последствия сексуального насилия; 3) снизить частоту передачи ВИЧ-инфекции; 4) предупредить избыточную заболеваемость и смертность матерей и новорожденных; 5) запланировать функционирование комплексных служб охраны сексуального и репродуктивного здоровья, интегрированных в систему ПМСП настолько, насколько это позволяет ситуация. Предоставление МППУ нацелено прежде всего на внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), и на комплексные чрезвычайные ситуации и подчеркивает приоритетность стратегий и мероприятий, направленных на сохранение жизни пострадавших, которые должны быть реализованы в самом начале любого гуманитарного кризиса. Этот пакет является отправной точкой для разработки программы по охране сексуального и репродуктивного здоровья, которая должна быть нацелена на формирование всеобъемлющих служб по охране сексуального и репродуктивного здоровья.

В то время как МППУ обращает внимание на приоритетные стратегии и мероприятия, в «Наборе для охраны репродуктивного здоровья в чрезвычайных ситуациях», разработанном Фондом ООН в области народонаселения (ЮНФПА), имеются материальные ресурсы, которые необходимы для выполнения этой работы. ЮНФПА подготовил 12 автономных наборов для охраны репродуктивного здоровья, которые совместимы с разработанным ВОЗ «Новым набором для оказания медико-санитарной помощи при чрезвычайных ситуациях».

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что задачи МППУ включены в планы обеспечения готовности и реагирования и что имеются процедуры для получения, в случае чрезвычайной ситуации, соответствующих наборов для охраны репродуктивного здоровья.

b. Существуют ли механизмы для продолжения бесперебойного оказания неонатальной и экстренной акушерской помощи?¹¹

При чрезвычайных ситуациях важно, чтобы беременные женщины могли по-прежнему получать необходимую помощь в течение всей беременности и при родах. Это включает дородовую и послеродовую помощь, уход за новорожденным, поддержку грудного вскармливания (см. также определяющий признак 45) и направление для оказания специализированной помощи при акушерских осложнениях, в том числе связанных с небезопасным абортom. В равной мере важно предоставлять услуги планирования семьи и проводить просветительную работу по вопросам репродуктивного здоровья.

При возникновении чрезвычайных ситуаций матерям и их новорожденным детям должны быть обеспечены следующие виды услуг: дородовая помощь; родовспоможение; оказание экстренной акушерско-гинекологической (врачебной) помощи; послеродовая помощь; просвещение по вопросам здоровья.

Систематическая *дородовая помощь* играет важную роль в поддержании здоровья матери и плода в течение всей беременности. В ходе оказания дородовой помощи медицинские работники, опираясь на объективные показатели здоровья, могут выявить возможные осложнения и/или факторы риска.

В целях обеспечения круглосуточного доступа к учреждениям экстренной помощи для *родовспоможения*, необходимо создать или укрепить системы направления пациентов. Обеспечение родовспоможения включает следующие вмешательства: предоставление квалифицированной помощи по приему родов; проведение родов в чистых и безопасных условиях; раннее выявление и лечение осложнений; круглосуточное направление и транспортировка в дежурные акушерские учреждения.

Для оказания *экстренной акушерско-гинекологической (врачебной) помощи* необходимы соответствующие ресурсы: адекватные запасы лекарств и оборудования; безопасная кровь для переливаний; подготовленный персонал (для выявления неотложной акушерской патологии); консультирование матерей, относящихся к группам высокого риска; надежная система направления и транспортировки женщин с экстренной акушерской патологией, нуждающихся в более специализированной помощи.

Послеродовая помощь обеспечивает постоянный мониторинг состояния здоровья матери и ребенка в течение времени, достаточного для выявления осложнений, которые могут развиваться после родов. Это особенно важно в чрезвычайных ситуациях, когда женщина нередко живет одна или несет функции главы семьи.

Санитарное просвещение способствует снижению материнской смертности, поскольку помогает в раннем выявлении факторов риска во время беременности и своевременном осуществлении необходимого вмешательства. Большинство женщин не знают о причинах материнской смертности или о признаках акушерских осложнений. Необходимо определить пути осуществления программ по охране здоровья матерей, а также работы в области информации, образования и коммуникации (ИОК), чтобы обеспечить раннее выявление

¹¹ Включая меры по обеспечению безопасного материнства и профилактику инфекций, передаваемых половым путем. Эти меры особенно важны для ВПЛ.

акушерских осложнений и, при необходимости, проведение соответствующих вмешательств.

При чрезвычайных ситуациях, которые существенно нарушают оказание плановой медико-санитарной помощи, а также для работы в условиях временного размещения населения необходимы иметь инструкции по организации, управлению, отчетности и последующему свертыванию временных или замещающих служб до- и послеродовой помощи. Больничные планы реагирования при чрезвычайных ситуациях должны содержать конкретные рекомендации для сотрудников по оказанию помощи при акушерских осложнениях. Для оптимизации межбольничной транспортировки пациентов и сведения к минимуму излишних задержек необходимо привлекать имеющиеся средства общественного и санитарного транспорта. Акушерские работники должны быть информированы о любых временных вариантах оказания послеродовой помощи в условиях чрезвычайной ситуации.

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://www.terzomondo.org/library/essentials/IFRC_Public_Health_Guide.pdf, accessed 18 April 2004).

Minimum initial service package (MISP) for reproductive health in crisis situations: a distance learning module. New York, Women's Refugee Commission, 2006 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_MISP.pdf, accessed 3 May 2011).

Reproductive health during conflict and displacement. A guide for programme managers. Geneva, World Health Organization, 2000 [WHO/RHR/00.13] (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_00.13.pdf, accessed 3 May 2011).

United Nations Population Fund, United Nations Refugee Agency, World Health Organization. *Reproductive Health in refugee situations an Interagency field manual.* Geneva, UNHCR, 1999 (<http://www.unhcr.org/3bc6ed6fa.html>, accessed 3 May 2011).

Определяющий признак 42 Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка

Принципиальные положения

До недавних лет существовала общая тенденция рассматривать основные потребности людей, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций, с точки зрения физических травм и материального ущерба, но не

душевных страданий. Из всех негативных последствий, связанных с бедствием, психологические и социальные шрамы являются самыми тяжелыми, а некоторые из них даже затрагивают следующие поколения. В настоящее время общепризнано, что при любой чрезвычайной ситуации поддержание психического здоровья, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне является вопросом приоритетной важности. Недостаточно лишь знать планы и соответствующие стратегии, необходимые для успешного проведения поисково-спасательных операций; спасатели, пожарные и медики, участвующие во всей цепи догоспитальной и больничной помощи пострадавшим, должны хорошо понимать социальные и психологические потребности лиц, переживших бедствие, как непосредственно после травмирующих событий, так и в более долгосрочной плане. При этом важно, чтобы усилия работников служб охраны психического здоровья и психосоциальной помощи были тесно связаны с деятельностью социальных служб.

Члены оценочной группы должны проверить соблюдение общих принципов ВОЗ (27) в отношении психических и социальных аспектов последствий чрезвычайных стрессовых воздействий.

- В рамках обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям должны быть разработаны соответствующие планы на национальном уровне. Они должны включать систему координации с указанием ответственных контактных лиц в каждом учреждении и организации, а также детальное описание предусматриваемой подготовки соответствующих работников по вопросам оказания социальной и психологической помощи.
- Проведению всех мероприятий должны предшествовать всесторонняя оценка местной ситуации и тщательное планирование.
- Мероприятия должны включать консультации и сотрудничество с другими государственными учреждениями и НПО, работающими в зоне чрезвычайной ситуации. Активное участие государственных структур (предпочтительно) или местных неправительственных организаций имеет важное значение для поддержания устойчивости программы.
- Мероприятия по охране психического здоровья, проводимые учреждениями здравоохранения, должны быть интегрированы с ПМСП, при этом следует максимально использовать семейные и коммунальные возможности ухода за пострадавшими (см. также определяющий признак 46).
- Организовывать отдельные вертикальные службы по охране психического здоровья для конкретных групп населения не рекомендуется. Насколько возможно, такая помощь должна быть доступна для всего населения, а не ограничена только субпопуляциями, идентифицированными на основании того, что они

подверглись определенным стрессовым воздействиям.

- *Обучение персонала и контроль его работы* должны осуществляться специалистами по охране психического здоровья или под их руководством.
- Желательно, чтобы мероприятия по охране психического здоровья не сводились к кратковременному облегчению психического стресса в острой фазе, а осуществлялись с особым вниманием к *средне- и долгосрочной перспективам* посттравматической психосоциальной поддержки (создание в рамках местных структур первичной медико-санитарной помощи служб охраны психического здоровья и проведение соответствующих социальных вмешательств).
- Следует осуществлять отслеживание проводимых мер и их оценку на основании заранее определенных *показателей мониторинга*.

Индикаторные вопросы

a. Существуют ли механизмы для обеспечения в условиях чрезвычайной ситуации непрерывного лечения больных с психическими расстройствами?

Во время острой фазы чрезвычайной ситуации пациенты с нарушениями психики могут потерять доступ к лекарствам и к необходимой психиатрической помощи. Члены оценочной группы должны убедиться в наличии механизмов для обеспечения непрерывности лечения (включая обеспечение лекарствами) и для возобновления психиатрической помощи в максимально ранние сроки (см. также определяющий признак 44).

b. Есть ли возможность для определения психосоциальных нужд групп высокого риска (в том числе семей погибших) и для оказания им соответствующей поддержки?

Одним из важнейших аспектов охраны психического здоровья в чрезвычайных ситуациях является способность выявлять признаки стресса в свете (местных) культурных норм. Чтобы оптимально удовлетворять потребности пострадавшего населения (в частности, при комплексных чрезвычайных ситуациях и при массовом количестве пострадавших), программы охраны психического здоровья должны не рассчитывать лишь на внешнюю экспертизу, но в максимально возможной степени опираться на имеющиеся местные ресурсы ПМСП. Вместе с тем необходимо максимально укреплять национальные структуры, оказывающие социальную и психологическую помощь населению (см. также определяющие признаки 46 и 47).

В качестве наиболее эффективного источника помощи пострадавшим следует рассматривать местное сообщество (за счет социальной сплоченности, общественной поддержки, традиционных

социальных сетей и т. д.). Вместе с тем в условиях чрезвычайной ситуации свои услуги также предлагают различные внешние службы социально-психологической поддержки (например, международные и неправительственные организации). Внешняя помощь порой имеет гипотетический характер, редко предоставляется своевременно и потенциально не адаптирована к местной культуре, поэтому прежде чем рассматривать вопрос о внешней помощи национального или международного уровня, следует максимально использовать имеющиеся местные ресурсы.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются механизмы для регулирования и контроля внешней социально-психологической помощи.

Рекомендуемая литература

Boer J de, Dubouloz M, eds. *Handbook of disaster medicine. Emergency medicine in mass casualty situations*. Utrecht, BRILL, 2000.

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2007 (http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf, accessed 3 May 2011).

Mental health in emergencies. Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf, accessed 3 May 2011).

Определяющий признак 43

Гигиена окружающей среды

Принципиальные положения

Необходимым аспектом стратегического планирования, направленного на повышение способности населения противостоять угрозам бедствий, являются вопросы окружающей среды и здоровья. При этом целью должно быть не только обеспечить эффективное реагирование в условиях бедствий, но и ослабить их негативное воздействие на инфраструктуру и системы, связанные с гигиеной окружающей среды (например, системы водоснабжения и санитарии, места временного размещения пострадавших, контроль переносчиков инфекций), а также укрепить способность людей противостоять условиям, возникающим в результате повреждения этих систем, и быстро восстанавливать их функции.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что программы обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, учитывая потребности в области гигиены окружающей среды при чрезвычайных ситуациях и

бедствиях, предусматривают следующие меры: снизить уязвимость сообщества; обеспечить руководство действиями в области гигиены окружающей среды, которые должны быть предприняты на разных этапах цикла управления чрезвычайными ситуациями (предупреждение, готовность, реагирование и восстановление); обеспечить рекомендациями в отношении простых и практических технических вмешательств для удовлетворения наиболее важных потребностей населения, связанных с гигиеной окружающей среды; включить аспекты гигиены окружающей среды в деятельность системы ПМСП (см. также основной элемент 46), в том числе программы обучения, информационные системы и участие населения; обеспечить межсекторальную координацию и сотрудничество.

Индикаторные вопросы

а. Имеются ли механизмы для обеспечения безопасного водоснабжения в достаточном объеме для нужд медицинских учреждений и пострадавшего населения?

Важнейшее значение в условиях чрезвычайной ситуации имеют функционирующие системы водоснабжения. Должен быть проведен систематический анализ уязвимостей по всей цепочке – источник водоснабжения, точки водозабора, водоводы, водоочистные сооружения, водопроводные сети – чтобы определить, может ли система водоснабжения остаться неповрежденной, с учетом поражающего воздействия на поверхностные источники (например, в случае природных пожаров) или на грунтовые воды (например, при промышленных авариях с выбросом токсических веществ). Кроме того, должны быть приняты во внимание и другие факторы, такие как повреждение резервуаров и водоводов, нарушения электроснабжения, нехватка персонала из-за отсутствия транспорта или выхода из строя, нарушения связи. Каждое учреждение системы водоснабжения в стране (или районе) должно провести анализ имеющихся ресурсов (как материальных, так и кадровых), оценить уязвимость компонентов системы по отношению к различным угрозам и разработать планы ремонтно-восстановительных работ, в которых может возникнуть необходимость.

Для обеспечения в условиях чрезвычайной ситуации достаточного по объему и безопасного водоснабжения должны существовать механизмы проведения оценки неудовлетворенных потребностей и масштабов повреждения систем водоснабжения. В ходе оценки неудовлетворенных потребностей необходимо определить следующие показатели: численность населения, снабжаемого водой в недостаточных объемах или неудовлетворительного качества; объемы воды, необходимые для удовлетворения различных нужд (для питьевых потреб-

ностей людей, домашних животных, для бытовых целей, для сельскохозяйственного использования, для промышленных предприятий); как часто требуется подача воды; потребность в дополнительном оборудовании для обработки, хранения и распределения воды. Первоочередные усилия должны быть направлены на восстановление поврежденных систем обычного водоснабжения. Если эти системы разрушены в значительной степени или если большие группы людей проживают в местах временного размещения, необходимо предпринять шаги для обеспечения водой по временным схемам.

Члены оценочной группы должны проверить наличие механизмов для решения следующих задач: оценка неудовлетворенных потребностей в воде, степени повреждения систем водоснабжения и состояния водных ресурсов; гарантированное обеспечение работников служб и пострадавшего населения безопасной водой в необходимых количествах; организация постоянного мониторинга качества воды¹² в период чрезвычайной ситуации (28). Кроме того, члены оценочной группы должны проверить наличие и возможность быстрой мобилизации квалифицированных сотрудников и технического оборудования для исследования качества воды.

б. Существуют ли механизмы, позволяющие органам здравоохранения выявлять и контролировать экологические факторы, опасные для здоровья?

Члены оценочной группы должны проверить, существуют ли механизмы для проведения оценок экологической уязвимости, позволяющих органам здравоохранения выявить опасные для здоровья экологические факторы и прогнозировать проблемы, с которыми могут столкнуться определенные группы населения в случае бедствия и в период восстановления.

Во-первых, вопросы гигиены окружающей среды должны быть включены в первоначальную оценку всех угроз и типов уязвимостей, характерных для данного сообщества. Анализ должен быть проведен по различным географическим регионам, а уязвимости различных этнических и социально-экономических групп населения (применительно, например, к первоочередным потребностям –

¹² Качество воды обычно определяется отсутствием или наличием определенных групп микроорганизмов. Их наличие указывает на возможную фекальную контаминацию. Поскольку в одном грамме человеческих фекалий обычно содержится десятки миллионов бактерий, с помощью бактериологического мониторинга можно обнаружить даже следовые количества фекалий в воде. Фекальные колиформные бактерии – это микроорганизмы, которые обычно обнаруживаются в фекалиях млекопитающих. Исследования на другие индикаторные бактерии, например кишечную палочку, фекальные стрептококки, на всю группу колиформных бактерий, имеют такое же значение: если бактерий не обнаруживается, значит, вода безопасная (28).

таким как водоснабжение, канализация, санитария и гигиена, удаление отходов, гигиена жилища и пищевых продуктов) должны быть документированы. В план обследования должны быть включены и приоритетные нужды вынужденно перемещенных групп населения (см. также определяющий признак 47).

Во-вторых, следует проанализировать расположение и уровень безопасности промышленных предприятий по отношению к населенным пунктам, а также риски воздействия радиации, пожаров, взрывов, случайной утечки ядовитых веществ и других аналогичных инцидентов.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются механизмы для контроля факторов окружающей среды, которые оценены как потенциально опасные для здоровья людей (например, твердые, жидкие и медицинские отходы).

c. Существуют ли процедуры и структуры для безопасного удаления медицинских отходов в условиях чрезвычайной ситуации?

С особой тщательностью следует обращаться с медицинскими отходами из лечебно-профилактических учреждений, которые можно разделить на следующие основные виды: инфекционные отходы, патоморфологические отходы, использованные колющие и режущие предметы, фармацевтические отходы, генотоксические отходы, химические отходы; отходы с высоким содержанием тяжелых металлов, аэрозольные контейнеры и радиоактивные отходы (29). Каждый тип отходов требует особых мер обращения, хранения, сбора и уничтожения¹³. Для предупреждения рисков для здоровья наиболее эффективны такие меры, как глубокое компактное захоронение и, особенно, сжигание (инсинерация) медицинских отходов.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что методы, используемые для безопасного удаления медицинских отходов, согласуются с национальными рекомендациями и стандартами. Должны иметься механизмы для раздельного сбора медицинских отходов, предназначенных для вывоза и для уничтожения, а также по видам отходов (например, мешки и пластиковые контейнеры разного цвета). Этими же гигиеническими принципами должны руководствоваться и мобильные

госпитали, работающие в условиях чрезвычайной ситуации.

d. Существуют ли процедуры для безопасного удаления немедицинских отходов в условиях чрезвычайной ситуации?

В чрезвычайных ситуациях могут возникать проблемы с транспортом и перебои с удалением отходов, что порой случается даже в обычных условиях. При этом во время чрезвычайных ситуаций могут накапливаться дополнительные объемы или появляться новые типы немедицинских отходов, например обломки и мусор из поврежденных зданий и других сооружений, в количествах, превышающих возможности служб вывоза твердых отходов. Такие отходы не представляют опасности для здоровья, но могут создавать препятствия для мер реагирования вследствие блокирования дорог (что затрудняет оценку истинных размеров повреждений) и дренажных систем (что может приводить к переполнению системы канализации и местным затоплениям).

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что существуют процедуры и имеется потенциал для безопасного удаления немедицинских отходов. На стадии обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям каждое учреждение, осуществляющее удаление отходов в стране (или в районе), должно провести анализ имеющихся ресурсов (как материальных, так и кадровых), оценить уязвимость компонентов системы по отношению к различным угрозам и разработать планы необходимых ремонтных работ для временной компенсации возможных повреждений.

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC Public Health Guide for Emergencies*. Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU086.pdf, accessed 22 July 2011).

Справочное руководство проекта «Сфера». *Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании помощи в случае стихийных бедствий, катастроф, конфликтов и чрезвычайных ситуаций*. Женева, Проект «Сфера», 2004 (<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4b1fc3092>, по состоянию на 19 августа 2012 г.).

¹³ Для небольших медицинских учреждений, особенно в сельской местности, приемлемым может быть адекватно организованное захоронение отходов на месте. В более крупных медицинских центрах с большими объемами колюще-режущих и инфекционных отходов может также потребоваться сжигание. При наличии в медицинских учреждениях диагностических лабораторных служб, рентгенологической диагностики, лечебных отделений, аптек и т. д. ликвидация отходов является специализированной функцией, для выполнения которой необходим хорошо обученный персонал и соответствующее оборудование (29).

Принципиальное положение

Для удовлетворения специальных нужд пациентов с хроническими и неинфекционными заболеваниями во время бедствий ключевое значение имеет правильное планирование. Чрезвычайные условия – такие как стресс, дефицит пищи и воды, экстремальная жара или холод, а также контакт с возбудителями инфекций – могут способствовать быстрому ухудшению течения хронических заболеваний, которые находились под контролем до начала бедствия. Так, например, у пациентов с хроническими заболеваниями возникает повышенный риск смертельного исхода от гриппозной инфекции во время эпидемии или пандемии гриппа. Прерывание курсов лечения и перебои с доступностью тех или иных медицинских процедур могут также приводить к обострению имеющегося заболевания (например, сахарного диабета) и повышать риск смертности.

Индикаторные вопросы

- a. *Существуют ли механизмы для обеспечения доступа к основным лекарственным средствам и медицинским услугам?*
- b. *Имеются ли механизмы для обеспечения доступа к услугам реабилитации?*

Члены оценочной группы должны проверить наличие следующих элементов:

- механизмы для обеспечения доступа, через систему ПМСП, к лекарственным препаратам, необходимым для планового непрерывного лечения тяжелых хронических заболеваний;
- механизмы для обеспечения непрерывности межучрежденческого перевода и направления тех больных с хроническими и неинфекционными заболеваниями, кому необходимо регулярное проведение специального лечения в условиях стационара (например, гемодиализа или химиотерапии);
- достаточный оперативный потенциал больницы, включая службы реабилитации (резервный план, способность к экстремному наращиванию оперативной мощности, квалифицированный персонал, оборудование), для обеспечения непрерывности лечения больных с хроническими и неинфекционными заболеваниями в условиях чрезвычайной ситуации;
- системы географического картирования для определения на этапе обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям территорий с большим числом пациентов с хроническими и неинфекционными заболеваниями;
- система выявления и регистрации случаев хронических и неинфекционных заболеваний;

- механизмы для улучшения координации и взаимодействия, как на этапе обеспечения готовности, так и в ходе реагирования, между учреждениями общественного здравоохранения, лечебными учреждениями, службами экстренного реагирования и другими структурами, оказывающими помощь людям, страдающим хроническими и неинфекционными заболеваниями;
- предоставление пациентам с хроническими и неинфекционными заболеваниями соответствующей информации по вопросам готовности к чрезвычайным ситуациям;
- система экстренной поддержки для обслуживания на дому при чрезвычайной ситуации, включая условия для оказания экстренной медицинской помощи и системы связи для лиц, оказывающих уход за больными на дому;
- формальная стандартизированная мультидисциплинарная учебная программа для подготовки медицинских работников к оказанию помощи при чрезвычайной ситуации помощи хроническим больным и удовлетворению их потребностей в уходе в условиях временного приюта;
- механизмы для использования специальных временных приютов для оказания медицинской помощи в большем объеме, чем простая первая помощь, больным, находящимся в стабильном состоянии;
- ресурсы частного сектора (например, частнопрактикующие медики, частные аптеки).

Рекомендуемая литература

Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Prevention Chronic Disease*, 2008, 5(1) (http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0135.htm, accessed 3 May 2011).

Jellinek I. *Perspectives from the private sector on emergency preparedness for seniors and persons with disabilities in New York City: lessons learned from our city's aging services providers from the tragedy of September 11, 2001*. New York, Council of Senior Centers and Services of New York City Inc., 2002.

Справочное руководство проекта «Сфера». *Гуманитарная хартия и минимальные стандарты, применяемые при оказании помощи в случае стихийных бедствий, катастроф, конфликтов и чрезвычайных ситуаций*. Женева, Проект «Сфера», 2004 (<http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4b1fc3092>, по состоянию на 19 августа 2012 г.).

Принципиальные положения

Крупные бедствия, как природные, так и антропогенные, обычно приводят к нарушениям продовольственного снабжения и, следовательно, к страданиям людей, ухудшению состояния их здоровья, росту заболеваемости и смертности. Характерным проявлением чрезвычайной ситуации являются нарушения питания, особенно при длительных и комплексных чрезвычайных ситуациях, при которых показатели общего нарушения питания нередко становятся очень высокими. Такие чрезвычайные ситуации также характеризуются значительным ростом инфекционной заболеваемости, особенно среди уязвимых групп населения, таких как дети грудного и младшего возраста, что приводит к дальнейшему ухудшению состояния их питания.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что соответствующие органы могут проанализировать все стадии продовольственного обеспечения, включая производство пищевых продуктов, их транспортировку, распределение по предприятиям общественного питания и розничную продажу. Должна существовать политика по вопросам питания населения, охватывающая следующие аспекты:

- распределение функций и сфер ответственности и установление границ полномочий (см. также раздел «Руководство и управление»);
- минимальные стандарты безопасности пищевых продуктов;
- задачи, относящиеся к приоритетным вопросам общественного здравоохранения;
- координация с деятельностью других секторов для эффективного решения приоритетных задач, предупреждения пробелов и дублирования в работе;
- принятие мер, направленных на то, чтобы частные и зарубежные организации действовали в соответствии с национальными рекомендациями и под контролем национальных структур и чтобы предоставляемая гуманитарная помощь соответствовала национальным стандартам;
- учет местных условий (экономических, социальных, политических и экологических).

Индикаторные вопросы

а. Существуют ли механизмы для удовлетворения потребностей в пищевых продуктах и питании?

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии механизмов для анализа состояния питания населения в условиях чрезвычайной ситуации. Оценка должна проводиться по следующим направлениям: (i) выявление потребностей в отношении питания отдельных лиц, семей, уязвимых групп и всего населения в целом; (ii) мониторинг адек-

ватности рациона в этих группах; (iii) обеспечение адекватных объемов закупок безопасных пищевых продуктов и товаров для общего рациона и селективных программ лечебного питания. Эта работа должна включать первоначальную быструю оценку (как основу для планирования программ продовольственной помощи), индивидуальный скрининг (для выявления лиц, нуждающихся в специальной помощи) и эпиднадзор за состоянием питания населения (30).

Члены оценочной группы должны также убедиться в том, что существуют механизмы для оценки степени доступности пищевых продуктов на местном административном уровне и более детально – на уровне домохозяйств. Следует также оценить социальную и экономическую ситуацию, принимая во внимание нарушения нормальной семейной жизни и школьного обучения, насилие, возможности трудоустройства, вынужденные перемещения населения, уязвимые меньшинства, наличие необходимых услуг и товаров, например топлива.

Следует также определить, имеются ли программы распределения пищевых продуктов и организации питания. Целью этих программ должно быть снабжение населения продовольствием для обеспечения необходимого общего рациона¹⁴. Однако в некоторых ситуациях может возникнуть необходимость в обеспечении конкретных групп населения дополнительным питанием на определенный период; речь идет о группах с уже имеющейся или угрожающей алиментарной недостаточностью¹⁵.

б. Существуют ли механизмы для обеспечения контроля качества и безопасности пищевых продуктов?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что существуют механизмы для оценки влияния чрезвычайной ситуации на качество и безопасность пищевых продуктов. Должно быть правилом, чтобы до возобновления работы после чрезвычайной ситуации предприятия пищевой промышленности (включая скотобойни) и общественного питания были проинспектированы на предмет гарантий безопасности пищевых продуктов.

¹⁴ Общее распределение продовольствия обеспечивает пострадавшее население достаточным количеством пищевых продуктов для поддержки здоровья и нормального состояния питания. Пищевые продукты, поставляемые в рамках общих и дополнительных продовольственных программ, должны соответствовать пищевым потребностям и привычкам населения, быть удобными для транспортировки, хранения и выдачи и распределяться справедливым образом.

¹⁵ Селективное распределение пищевых продуктов – это предоставление дополнительного продовольствия отдельным уязвимым группам населения, а также лицам, нуждающимся в восстановлении нарушенного статуса питания. Выделяют две субкатегории – обеспечение дополнительными пищевыми продуктами и лечебное питание.

В чрезвычайной ситуации должна быть проведена оценка степени и типа продовольственных потерь, по результатам которой должно быть принято решение о сортировке и восстановлении тех пищевых продуктов, которые полностью не утратили годности. Должны существовать контрольные процедуры, гарантирующие невозможность реализации безнадежно поврежденных пищевых продуктов, а также контролирующие соблюдение температурного режима и предельных сроков хранения продуктов, продаваемых на рынках, в розничной торговле или уличными торговцами, не допуская реализации недоброкачественных товаров.

Должны быть гарантии того, что пищевые продукты, не пострадавшие в результате чрезвычайной ситуации, не будут контаминированы из других источников и не будут храниться в условиях, способствующих росту микроорганизмов, например на складах, которые пострадали от затопления (высокая влажность стимулирует рост плесневых грибов и бактерий).

Должны существовать механизмы для мониторинга качества предоставленных в качестве безвозмездных пожертвований или импортированных пищевых продуктов, начиная с пунктов ввоза. Пищевые продукты, употребление которых по результатам визуальной инспекции и/или лабораторных исследований невозможно, должны быть возвращены поставщикам.

Разъяснительная работа среди населения о безопасности пищевых продуктов имеет большое значение во все времена, однако при чрезвычайных ситуациях она становится жизненно важной. В условиях чрезвычайной ситуации возможная контаминация сырых продуктов, загрязнение окружающей среды и нарушение деятельности основных медико-санитарных служб увеличивают как риск возникновения эпидемий болезней пищевого происхождения, так и тяжесть их негативных последствий для здоровья. Члены оценочной группы должны убедиться в том, что существуют механизмы и процедуры для наращивания разъяснительной работы по безопасности пищевых продуктов, а при необходимости – и расширения каналов коммуникации с населением, используемых для этих целей¹⁶.

¹⁶ Важнейшие правила безопасного приготовления пищи: тщательно обрабатывайте сырые продукты; употребляйте приготовленную пищу немедленно; готовьте пищу только на один прием; не допускайте контакта сырых продуктов и приготовленной пищи; в целях безопасности используйте только обработанные пищевые продукты; чаще мойте руки; во всех местах приготовления пищи поддерживайте безукоризненную чистоту; используйте только безопасную воду; соблюдайте осторожность при использовании готовых блюд, приготовленных «на стороне»; обеспечьте грудное вскармливание младенцам (31).

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://www.terzomondo.org/library/essentials/IFRC_Public_Health_Guide.pdf, accessed 18 April 2004).

De Boer J, Dubouloz M, eds. *Handbook of disaster medicine. Emergency medicine in mass casualty situations.* Utrecht, BRILL, 2000.

Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>, accessed 4 May 2011).

Rapid health assessment protocols for emergencies. Geneva, World Health Organization, 1999.

Определяющий признак 46

Первичная медико-санитарная помощь

Принципиальные положения

При чрезвычайных ситуациях нередко формируются большие группы вынужденно перемещенного населения, которые проживают в скученных, негигиеничных и зачастую небезопасных условиях (см. также определяющий признак 47). Значительная часть такого населения может не иметь доступа к базовым услугам, включая медицинскую помощь. В этой ситуации предоставление лишь лечебной помощи едва ли приведет к улучшению состояния здоровья большинства этих людей. Значительного снижения бремени болезней среди пострадавшего населения можно добиться только при сочетании лечебной помощи с профилактическими мероприятиями и вмешательствами в области общественного здравоохранения.

После завершения острой фазы чрезвычайной ситуации акцент постепенно сдвигается от экстренной медицинской помощи к ПМСП¹⁷. Этот сдвиг происходит быстрее при внезапно развившихся бедствиях, чем при ситуациях с большим числом беженцев. Между стратегиями ПМСП и экстренной медицинской помощи

¹⁷ Понятие ПМСП определяется как важная часть медико-санитарного обеспечения, основанная на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в сообществе при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые сообщество и страна в целом могут позволить в духе самостоятельности и самоопределения (32). Конечной целью стратегии ПМСП является улучшение здоровья для всех. ВОЗ сформулировала следующие пять элементов этой цели: снижение уровней социальной дискриминации и неравенств в отношении здоровья (реформы для достижения всеобщего охвата); организация услуг здравоохранения в соответствии с потребностями и запросами людей (реформы предоставления услуг); интеграция охраны здоровья во все сектора общества (реформы государственной политики); всемерное продвижение моделей сотрудничества в форме стратегического диалога (реформы лидерства); более активное участие в процессе всех заинтересованных сторон.

существуют значительные различия. Так, например, экстренная медицинская помощь не уделяет внимания вопросам социально-экономического развития, поскольку в этой ситуации ожидается, что пострадавшие (перемещенные) группы населения вскоре после бедствия возвратятся к местам своего прежнего проживания. Эффективность мер экстренной медицинской помощи в облегчении страданий перемещенных лиц и содействии их восстановлению зависит от того, насколько стратегия экстренной медицинской помощи отражает стратегию ПМСП.

В рамках ПМСП перемещенным лицам должна предоставляться гуманитарная помощь, так чтобы любые навыки, приобретенные ими через участие в деятельности сообщества, например в области санитарно-просветительной работы, питания и профилактических медико-санитарных мер, могли помочь им принять на себя ответственность за свое здоровье и за построение своего нового будущего.

Индикаторные вопросы

Существуют ли механизмы, которые будут гарантировать:

- a. **доступ пациентов к услугам клинического обследования и лечения и**
- b. **бесперебойную работу системы направлений для оказания специализированной помощи?**

Члены оценочной группы должны проверить наличие механизмов, которые:

- обеспечат оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим людям в рамках существующей системы ПМСП, благодаря чему навыки, приобретенные ими благодаря деятельности сообщества, санитарно-просветительной работе и профилактическим медико-санитарным мерам, смогут помочь им принять на себя ответственность за свое здоровье и за построение своего нового будущего.
- будут гарантировать, что перемещенные лица в условиях чрезвычайных ситуаций будут иметь доступ к основным видам клинического обследования и лечения (в том числе к услугам охраны психического здоровья, охраны здоровья матери и ребенка и охраны репродуктивного здоровья), проводимых в учреждениях ПМСП (см. также основные элементы 41 и 42);
- обеспечат бесперебойное функционирование системы направления пациентов из учреждений ПМСП на последующие уровни оказания медицинской помощи (см. также основные элементы 34 и 36);
- будут способствовать укреплению сотрудничества с системой направления больных для максимально эффективного использования

ресурсов и рабочего времени, а также для обеспечения соответствующего уровня оказания помощи;

- укрепят существующую инфраструктуру системы общественного здравоохранения (базовые медико-санитарные учреждения, сеть коммунального здравоохранения, местная система направления больных, водоснабжение, контроль болезней и др.);
- позволят использовать пропускную мощность и функциональные возможности системы ПМСП для повышения способности резкого наращивания оперативных мощностей медицинских учреждений (см. также определяющий признак 33).

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://www.terzomondo.org/library/essentials/IFRC_Public_Health_Guide.pdf, accessed 18 April 2004).

Определяющий признак 47

Медико-санитарные услуги для перемещенного населения

Принципиальные положения

В условиях чрезвычайных ситуаций перемещенные лица – это люди, которые были вынуждены покинуть свои дома в результате природных, техногенных или преднамеренно причиненных бедствий (33). Нередко их размещают в крупных лагерях, где меры гигиены окружающей среды соблюдаются не в полной мере. К числу перемещенных лиц относятся внутренне перемещенные лица (перемещенные в пределах своей страны, ВПЛ) и беженцы (перемещенные лица, пересекшие границы между государствами).

Под термином «беженец» подразумевается лицо, которое в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений (34).

Единого общепринятого определения термина ВПЛ нет. ООН определяет ВПЛ как «...лица или группы лиц, которых заставили или вынудили бросить или покинуть свои дома или места обычного проживания, в частности в результате или во избежание последствий вооруженного конфликта, повсеместных проявлений насилия, нарушений прав человека, стихийных или вызванных деятельностью человека бедствий, и которые

не пересекали международно признанных государственных границ» (35).

В отличие от беженцев ВПЛ не являются объектом какой-либо специальной международной конвенции. Тем не менее ВПЛ находятся под защитой различных нормативно-правовых документов, прежде всего относящихся к национальному законодательству, правам человека, а если они находятся в стране с наличием вооруженного конфликта, то под защитой международного гуманитарного права.

Условия, в которых оказываются перемещенные лица, могут оказывать тяжелейшее воздействие на здоровье и благополучие на индивидуальном и групповом уровнях. Перемещение в сочетании с отсутствием надлежащего жилища, плохими санитарно-гигиеническими условиями, недостатком пищевых продуктов и безопасной воды может в значительной мере нарушить способность людей эффективно противостоять воздействию факторов риска для здоровья.

Такие риски могут по-разному влиять на людей в зависимости от широкого спектра характеристик, включая возраст и пол. Обычно более уязвимыми к нарушениям здоровья являются дети раннего возраста, пожилые люди, беременные женщины и лица с ограниченными физическими возможностями и страдающие серьезными заболеваниями; в этих же группах могут возникать дополнительные трудности в получении доступа к медицинской помощи. Очень важно, чтобы риски и потребности были оценены дифференцированно, а результаты такой оценки были учтены при планировании и осуществлении медико-санитарных вмешательств.

Индикаторные вопросы

a. Имеются ли механизмы, обеспечивающие для перемещенных лиц доступность основных медико-санитарных услуг, включая ПМСП?

(См. также определяющий признак 47.)

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что имеются механизмы, которые гарантируют доступность для перемещенных лиц основных программ медицинской помощи, таких как иммунизация, охрана репродуктивного здоровья, охрана здоровья матери и ребенка, охрана психического здоровья, экстренная медицинская помощь, лечение и реабилитация.

На территориях, куда возвращаются перемещенные лица после разрешения кризисной ситуации, ресурсы для оказания медицинской помощи, как правило, ограничены. Поэтому члены оценочной группы должны проверить, будет ли осуществляться гуманитарная помощь в рамках ПМСП, позволяющая перемещенным лицам, через участие в деятельности сообщества благодаря санитар-

ному просвещению, приобрести навыки, которые смогут помочь им принять на себя ответственность за свое здоровье и за построение своего нового будущего.

b. Имеются ли механизмы для формирования мобильных бригад для работы с перемещенными лицами за пределами медицинских учреждений?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что, при необходимости, существующие медицинские учреждения могут формировать мобильные бригады для оказания медицинской помощи перемещенным лицам. Помимо медицинской помощи в центре внимания их деятельности должно быть развитие потенциала перемещенных групп для противостояния кризисным условиям путем обучения и создания возможностей для развития. Наличие достаточного числа квалифицированных местных работников позволит перемещенным лицам лучше противостоять будущим бедствиям и снизит их долгосрочную зависимость от внешней поддержки.

c. Имеются ли механизмы, обеспечивающие эффективный мониторинг состояния здоровья лиц, проживающих во временных поселениях и приспособленных помещениях?

Наиболее информативными показателями состояния здоровья перемещенных лиц, проживающих во временных поселениях, являются уровни смертности и нарушений питания; они отражают адекватность и качество общих усилий по оказанию гуманитарной помощи. Залогом эффективного планирования и мониторинга является регулярный, систематический и надежный сбор, обобщение и анализ данных. Существенное значение при этом имеет изучение данных в разбивке по полу и возрасту.

Члены оценочной группы должны проверить, какие показатели используются для мониторинга, а также ознакомиться с механизмами сбора, обобщения и анализа данных. Также должно быть обеспечено наличие обученных работников и оборудования.

d. Имеются ли механизмы для учета культурных особенностей?

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии механизмов, которые обеспечивают, чтобы услуги оказания медицинской помощи перемещенным лицам не противоречили их культурным нормам, были доступными и недорогими. Для этого очень важно, чтобы в планировании и предоставлении услуг участвовали сами представители перемещенных групп населения.

е. Имеются ли механизмы для обеспечения перемещенных лиц удовлетворительными условиями санитарии и помещениями для процедур личной гигиены?

(См. также определяющий признак 44.)

В условиях гуманитарных чрезвычайных ситуаций одной из приоритетных задач является обеспечение санитарии в местах проживания перемещенных лиц. Результаты эпидемиологических исследований в развивающихся странах показали, что наличие простейших уборных выгребного типа или других подобных санитарно-технических удобств обеспечивает более эффективную защиту от диарейных болезней, нежели любые иные меры гигиены окружающей среды.

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии механизмов для обеспечения адекватных условий санитарии для перемещенных лиц, с учетом культурных особенностей, наличия санитарно-технических средств и обучения правильному пользованию ими, а также поддержания эффективного дренирования поверхностных вод.

Соблюдение правил личной гигиены (регулярное мытье рук и тела, предупреждение контактов с загрязненными предметами, поддержание чистоты одежды) способствует сохранению здоровья и предупреждает распространение инфекционных болезней, возбудители которых передаются контактным путем. С учетом культурных особенностей, наиболее эффективно проводить разъяснительную работу о правилах личной гигиены (обязанность соблюдения которых лежит в конечном счете на самих людях) смогут местные специалисты.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что существуют механизмы для популяризации правил личной гигиены среди перемещенных лиц (например, соответствующие санитарно-просветительные материалы) и для предоставления им необходимых материалов (например, моющих средств) и условий.

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://www.terzomondo.org/library/essentials/IFRC_Public_Health_Guide.pdf, accessed 18 April 2004).

Guiding principles on internal displacement. Geneva, Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2001 (<http://ochanet.unocha.org/p/Documents/GuidingPrinciplesDispl.pdf>, accessed 7 May 2011).

Handbook for the protection of internally displaced persons. Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2007 (<http://www.unhcr.org/refworld/docid/4790c02.html>, accessed 7 May 2011).

Position on internally displaced persons (IDPs) (May 2006). Geneva, International Committee of the Red Cross, 2006 (<http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/46e943710.pdf>, accessed 7 May 2011).

Refugee health. Geneva, The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees, 1995 (<http://www.unhcr.org/print/3ae68bf424.html>, accessed 7 May 2011).

| | |
|--------------------------------|--|
| Ключевой компонент 6.5 | Логистика и функции оперативной поддержки при чрезвычайных ситуациях |
| Определяющий признак 48 | Телекоммуникация при чрезвычайных ситуациях |

Принципиальные положения

Чрезвычайные ситуации нередко возникают в отдаленных районах, где системы телекоммуникационных связей обычно развиты слабо. Надежные средства связи играют центральную роль в реагировании и последующем восстановлении (см. также определяющий признак 36). Хорошо функционирующая система телекоммуникации существенно повышает эффективность оказываемой помощи, в связи с чем очень важно при возникновении чрезвычайной ситуации оперативно создавать новые системы связи.

Индикаторные вопросы

- a. Имеются ли руководства и процедуры для создания стандартизированных систем телекоммуникации, объединяющих все секторы?**
- b. Имеются ли протоколы по использованию временных средств телекоммуникации?**
Надежные и прочные средства телекоммуникации могут существенно ослаблять негативное влияние различных нарушений (например, прекращения электроснабжения) на нормальный ход жизни. Такие нарушения могут возникать в результате природных событий или преднамеренных действий. Оценка их последствий должна сопровождаться рекомендациями по планированию схемы проверки надежности средств связи между структурами экстренного реагирования; эта схема может быть адаптирована к местным условиям.

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии стратегии по обеспечению надежности национальной системы телекоммуникаций (36)

(см. ключевой компонент 1.3), которая направлена на решение следующих задач:

- сотрудничество между провайдерами и группами экстренного реагирования в наращивании повседневной коммуникации с использованием надежных общедоступных технических средств;
- совершенствование управления, внедрения и надежности специальных систем связи, которые доступны только для служб экстренного реагирования;
- создание высоконадежной системы телекоммуникаций, которая обеспечивает связь на национальном, региональном и местном уровнях между управлением и службами в ключевых районах;
- создание надежных способов безопасного обмена информацией между всеми местными, региональными и национальными службами реагирования, как в период обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям, так и на этапе реагирования;

На местном уровне должен быть составлен план улучшения системы телекоммуникации между службами реагирования и их партнерами, включающий следующие элементы:

- определение ключевых местных структур реагирования и их партнеров, их требований к средствам связи и механизмов телекоммуникации;
- анализ применяемых систем телекоммуникации для определения потенциальных слабых мест в плане надежности и прочности, в свете требований к работе средств связи и местных рисков для телекоммуникации;
- действия для повышения надежности и прочности систем телекоммуникации и составление календарного плана для проведения необходимых работ;
- связь с соседними структурами, пользующимися надежной системой телекоммуникации;
- проверка работы средств связи и проведение тренировочных упражнений.

c. Обучен ли персонал правилам использования средств связи при чрезвычайных ситуациях?

d. Имеются ли необходимые кадры для обеспечения телекоммуникации при чрезвычайных ситуациях?

Члены оценочной группы должны проверить во всех секторах, получают ли соответствующие сотрудники инструктаж по правилам настройки средств телекоммуникации и пользования ими. Должно быть обеспечено наличие обученного персонала и соответствующего оборудования. Регулярно обновляемый список сотрудников, прошедших обучение по подключению и настройке

телекоммуникационного оборудования, облегчит быструю организацию связи при возникновении чрезвычайной ситуации.

Рекомендуемая литература

Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and IFRC public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://www.terzomondo.org/library/essentials/IFRC_Public_Health_Guide.pdf, accessed 18 April 2004).

Emergency response and recovery. Non statutory guidance accompanying the Civil Contingencies Act 2004. London, Her Majesty's Government, 2010 (<http://interim.cabinetoffice.gov.uk/media/353478/err-guidance-050410.pdf>, accessed 7 May 2011).

Определяющий признак 49 Временные медицинские учреждения

Принципиальные положения

Природные и комплексные чрезвычайные ситуации могут приводить к резкому увеличению спроса на экстренную медицинскую помощь. При этом местные медицинские службы порой работают с перегрузкой, а при повреждениях инфраструктуры амбулаторий и больниц – могут полностью терять свои функции. В этих условиях, взамен или в дополнение к местным системам оказания медицинской помощи используют временные медицинские учреждения, например полевые госпитали. Полевой госпиталь – это «мобильное, полностью автономное медицинское учреждение, способное к быстрому развертыванию (и последующему свертыванию) в целях удовлетворения первоочередных потребностей в экстренной помощи в течение определенного периода» (37).

Согласно критериям Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ) и ВОЗ, основные требования к полевым госпиталям, развертываемым в рамках международной помощи, следующие:

- способность приступить к работе на месте происшествия в течение 24 часов после возникновения бедствия;
- способность полностью развернуть все функциональные мощности в течение 3–5 дней;
- полная автономность;
- возможность предоставлять медицинскую помощь на равном или более высоком уровне по сравнению с уровнем обслуживания, имевшим место в пострадавшей стране до возникновения чрезвычайной ситуации;
- минимальные потребности в поддержке со стороны местных сообществ;

- укомплектованность персоналом, обладающим базовыми сведениями о состоянии здоровья населения, владеющим местным языком и уважающим местные обычаи;
- возможность оказания отдельных видов специализированной помощи;
- соответствие требованиям экологической устойчивости (наличие соответствующих технологий);
- отсутствие других, более экономных альтернатив;
- пострадавшая страна не несет расходов на их развертывание и функционирование.

Эти оперативные критерии, сформулированные ПАОЗ и ВОЗ, включают широкий перечень медицинских специальностей и требуют от сотрудников полевого госпиталя знания медицинской ситуации и культуры пострадавшей страны (37).

Индикаторные вопросы

a. Существуют ли руководства и процедуры по созданию временных медицинских учреждений?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что существуют механизмы для создания временных медицинских учреждений. Должны иметься инструкции по оснащению полевых госпиталей. Механизмы для мобилизации дополнительных ресурсов на местном, региональном и национальном уровнях должны включать интеграцию всех имеющихся мощностей полевых госпиталей (см. также определяющий признак 33).

b. Четко ли определены функции полевых и мобильных госпиталей?

Функции полевых и мобильных госпиталей в условиях чрезвычайной ситуации могут варьировать. Их можно использовать как для замещения, так и для дополнения местных систем оказания медицинской помощи в период после происшествий с внезапным разрушительным воздействием. Члены оценочной группы должны убедиться в наличии руководств и процедур, в которых четко изложены функции полевых и мобильных госпиталей в различных ситуациях.

c. Имеются ли достаточные ресурсы для создания временных медицинских учреждений базового уровня?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что для развертывания мобильных и полевых госпиталей имеются достаточно подготовленные сотрудники, оборудование и финансовые средства.

Рекомендуемая литература

Mass casualty management hospital emergency response plan. Regional training course on mass casualty management and hospital preparedness. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2008 (<http://>

acilafet.org/upload/dosyalar/Hospital_emergency_response_plan_Toolkit_.pdf, accessed 2 May 2011).

WHO-PAHO Guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden-impact disasters. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003 (http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=30&Itemid, accessed 8 May 2011).

Определяющий признак 50 Логистика

Принципиальные положения

Логистика – это совокупность систем, которые обеспечивают доставку необходимых материальных ресурсов в нужном объеме, надлежащего качества, по разумной цене в нужное место и в нужное время. Логистику и снабжение нельзя начинать с нуля лишь после возникновения чрезвычайной ситуации, этим вопросам принадлежит важнейшее место в процессе планирования и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям.

Логистика должна быть активным компонентом национального и субнациональных планов реагирования при чрезвычайных ситуациях, а также соответствующих планов ключевых учреждений. Логистика должна быть тесно связана со всеми оперативными мероприятиями реагирования.

Индикаторные вопросы

a. Существуют ли руководства и процедуры для управления системами логистики и их использования в условиях чрезвычайной ситуации?

Должны существовать процедуры для оценки потребностей в отношении логистики и материального снабжения в условиях чрезвычайной ситуации (потребности населения; наличие местных возможностей и ресурсов; дополнительные возможности и ресурсы, необходимые для удовлетворения потребностей).

Члены оценочной группы должны убедиться в наличии инструкций и руководств по вопросам обращения за международной помощью. Такие обращения могут быть сделаны только в том случае, если оценка потребностей четко демонстрирует недостаточность местных ресурсов для того, чтобы справиться с ситуацией. В идеале результаты такой оценки можно использовать для анализа поступивших предложений о помощи, для того чтобы сократить число нерациональных пожертвований и гарантировать доставку надлежащих материалов тогда и туда, где они наиболее необходимы (см. также определяющий признак 5).

b. Существует ли система логистики, включающая такие компоненты, как отслеживание поставок, мониторинг и отчетность?

Управление логистикой включает в себя также регистрацию и регулярное обновление инвентарных перечней поставок, включая лекарства, расходные материалы и др.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что системы логистики включают отслеживание, мониторинг и отчетность.

c. Проходят ли сотрудники обучение по использованию систем логистики при чрезвычайных ситуациях?

d. Имеются ли необходимые ресурсы для обеспечения поддержки системам логистики при чрезвычайных ситуациях?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что все компоненты системы логистики и цепи поставок (закупка, транспортировка, хранение, распределение и кадровые ресурсы) приняты во внимание и тесно взаимосвязаны.

e. Имеются ли договоренности с партнерами и/или частными компаниями о предоставлении услуг логистики в целях обеспечения непрерывности важнейших функций?

В планах по логистике должны быть четко обозначены процедуры, сферы ответственности и графики выполнения. В оказании помощи при чрезвычайных ситуациях принимают участие различные структуры, чьи полномочия и методы работы могут в значительной степени варьировать.

Члены оценочной группы должны проверить наличие координационных механизмов (рекомендаций и процедур) для координации усилий всех действующих лиц в полевых условиях. При этом следует предусматривать следующие действия:

- определение специализации и направлений деятельности всех национальных, международных, правительственных и некоммерческих организаций, работающих в стране;
- проведение регулярных встреч и совместное принятие решений по мерам, предпринимаемым до, во время и после чрезвычайной ситуации (и совместная тренировочная отработка этих мер на практических учениях);
- разработка совместных планов и соглашений о сотрудничестве с различными организациями о мерах, предпринимаемых до, во время и после чрезвычайной ситуации;
- создание и регулярное обновление перечня полезных ресурсов и контактов на случай чрезвычайной ситуации (на национальном, региональном или учрежденческом уровне, в зависимости от обстоятельств);

- обмен между всеми действующими структурами информацией о ресурсах, которые могут быть полезны в случае возникновения чрезвычайной ситуации;
- создание и регулярное обновление перечня поставщиков и производителей (включая контактную информацию и сведения о производственных возможностях и о сроках производства и доставки).

Рекомендуемая литература

Humanitarian supply management and logistics in the health sector. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org/english/ped/HumanitarianSupply-part1.pdf>, accessed 8 May 2011).

SUMA. The WHO/PAHO supply management system. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org/english/ped/suma.pdf>, accessed 8 May 2011).

World Health Organization et al. *The interagency emergency health kit 2006. Medicines and medical devices for 10 000 people for approximately 3 months. An interagency document.* Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/PSM/PAR/2006.4) (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js13486e/6.10.5.html>, accessed 8 May 2011).

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Определяющий признак 51 | Функция поддержки работы служб |
|--------------------------------|--------------------------------|

Индикаторные вопросы

a. Гарантирована ли безопасность медицинских учреждений при чрезвычайных ситуациях?

Крайне важно, чтобы медицинским учреждениям была обеспечена защита и безопасность. Это комплексная задача, которая включает безопасность не только инфраструктуры учреждения, но также его сотрудников, пациентов, посетителей и окружающей территории.

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что:

- в планы обеспечения готовности и реагирования включены вопросы безопасности и защиты медицинских учреждений, а также проведение специальных защитных мероприятий, таких как использование ИСЗ, вакцинация и химиофилактика;
- определены характеристики возможных чрезвычайных ситуаций и угроз, которые они могут создавать для безопасности медицинских учреждений;
- в медицинских учреждениях назначены руководители службы безопасности, которые входят в состав учрежденческой группы управления инцидентами;

- для управления мерами безопасности подготовлены соответствующие процедуры, списки должностных обязанностей, формы и регистрационные журналы;
- подъездные пути к медицинским учреждениям свободны и защищены; существуют процедуры для применения сигнальных обозначений для опознавания медицинского персонала;
- имеются заранее установленные организационные договоренности, руководства и процедуры для взаимодействий с сотрудниками внутренней службы безопасности и с внешними структурами, такими как полиция и служба пожарной охраны;
- имеется необходимое оборудование (маркированные жилеты, указательные знаки, сигнальные ленты) для маркировки подъездных путей, сцепления определенных территорий и обозначения границ запретных зон;
- проводятся совместные тренировки и учения со службами безопасности (с полицией, пожарными и др.).

b. Запланированы ли меры поддержания бесперебойной работы систем жизнеобеспечения медицинских учреждений при чрезвычайных ситуациях?

Во время чрезвычайных ситуаций с тяжелыми последствиями медицинские учреждения нередко несут серьезные потери, включая гибель персонала и больных, разрушение зданий и систем жизнеобеспечения. Скорейшее восстановление систем жизнеобеспечения и важнейшего оборудования является задачей ключевой важности. Решающую роль в обеспечении функционирования учреждения и предоставления населению основных услуг играют мероприятия, направленные на восстановление основного оборудования, поддержание электро- и водоснабжения, а также на оценку повреждений (совместно со службами безопасности) и восстановление других систем жизнеобеспечения (см. также определяющий признак 39).

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что:

- в планы обеспечения готовности и реагирования включены вопросы поддержания систем жизнеобеспечения;
- установлены рабочие контакты со всеми заинтересованными сторонами и поставщиками, которые могут привлекаться для обеспечения работы важнейшего оборудования или восстановления систем жизнеобеспечения;
- определены источники внешней технической помощи (например, коммунальные службы), которые при необходимости могут быть задействованы без промедления;

- учтены различные дополнительные факторы, такие как обеспечение безопасности инженерно-технического персонала во время его работы в медицинском учреждении (например, выдача работникам ИСЗ в случае пандемии);
- существуют механизмы для создания систем мониторинга для прогнозирования возможных проблем, таких как дефицит или перегрузка;
- имеются возможности для проведения квалифицированной оценки повреждений зданий, а также безопасности и работоспособности систем жизнеобеспечения (электро- и водоснабжение);
- существуют и регулярно проверяются аварийные системы электро- и водоснабжения, запасы топлива для транспортных средств и т. д.;
- задействованные сотрудники медицинского учреждения и представители внешних партнерских организаций участвуют в совместных тренировках и учениях.

c. Учтены ли при планировании вопросы обеспечения транспортом и топливом при чрезвычайных ситуациях?

Члены оценочной группы должны убедиться в том, что существуют механизмы и процедуры для обеспечения в условиях чрезвычайной ситуации транспортом и топливом в необходимых объемах. Резервные запасы топлива на случай чрезвычайной ситуации крайне важны для обеспечения дополнительных связей с другими учреждениями и для транспортировки пациентов. Топливо также необходимо для работы резервных систем жизнеобеспечения лечебного учреждения (например, электрогенераторов). При планировании одним из возможных вариантов является заключение соответствующих соглашений с местными транспортными агентствами и поставщиками топлива.

Рекомендуемая литература

Hospital safety index. Guide for evaluators. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2008 (http://www.preventionweb.net/files/8974_SafeHosEvaluatorGuideEng1.pdf, accessed 8 May 2011).

Safe hospitals in emergencies and disasters. Structural, non-structural and functional indicators. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2009 (<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/390133EC-089F-4C77-902D-DFEE8532F558/0/SafeHospitalsinEmergenciesandDisasters160709.pdf>, accessed 8 May 2011).

Библиография

1. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed on 1 July 2011).
2. *Hospital safety index. Guide for evaluators*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2008 (http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=663&Itemid=924, accessed 1 July 2011).
3. *Health sector self-assessment tool for disaster risk reduction*. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2010 (http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1375&Itemid=1&lang=en, accessed 1 July 2010).
4. *Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005) in accordance with Annex 1 of the IHR. A guide for assessment teams. December 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf, accessed 1 July 2011).
5. Резолюция WHA58.1. Мероприятия в области здравоохранения, связанные с кризисами и катастрофами, с особым акцентом на землетрясения и цунами, произошедшие 26 декабря 2004 года. В документе: *Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 16–25 мая 2005 г. Резолюции и решения. Приложение*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/russe/A58_2005_REC1-ru.pdf, по состоянию на 29 декабря 2012 г.).
6. Резолюция WHA59.22. Готовность к чрезвычайным ситуациям и ответные меры. В документе: *Пятьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 22–27 мая 2006 г. Резолюции и решения. Приложение*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/r/WHA59_2006_REC1-ru.pdf, по состоянию на 29 декабря 2012 г.).
7. *Хиогская рамочная программа действий на 2005–2015 годы: создание потенциала противодействия бедствиям на уровне государств и общин*. В документе A/CONF.206/6 Генеральной Ассамблеи ООН «Доклад Всемирной конференции по уменьшению опасности бедствий Кобе, Хиого, Япония, 18–22 января 2005 года», с. 8–43 (http://www.unisdr.org/files/1037_finalreportwcdrrussian1.pdf, по состоянию на 18 декабря 2012 г.).
8. *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on strengthening coordination on generic preparedness planning for public health emergencies at EU level, Brussels, 28.11.2005*. Brussels, Commission of the European Communities, 2005 (COM(2005) 605; http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0605en01.pdf, accessed 8 August 2011).
9. *Interim document: technical guidance on generic preparedness planning for public health emergencies*. Brussels, European Union, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_threats/Bioterrorisme/keydo_bio_01_en.pdf, accessed on 8 August 2011).
10. Резолюция WHA58.5. Повышение готовности к пандемическому гриппу и реагирования на него. В документе: *Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 16–25 мая 2005 г. Резолюции и решения. Приложение*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/russe/A58_2005_REC1-ru.pdf, по состоянию на 29 декабря 2012 г.).
11. *Международные медико-санитарные правила (2005 г.). Второе изд.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789244580417_rus.pdf, по состоянию на 23 декабря 2012 г.).
12. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf, по состоянию на 24 августа 2012 г.).
13. *Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 (<http://www.euro.who.int/document/e91438r.pdf>, по состоянию на 29 декабря 2012 г.).

14. *Key components of a well functioning health system.* Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/entity/healthsystems/HSSkeycomponents.pdf>, accessed 1 July 2011). См. также Структурные элементы систем здравоохранения [веб-сайт], <http://www.who.int/healthsystems/topics/ru/> (по состоянию на 29 декабря 2012 г.)
15. *Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 года, касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов (Протокол I), 8 июня 1977 года.* Женева, Международный комитет Красного Креста, 2005 (<http://www.icrc.org/rus/resources/documents/misc/treaties-additional-protocol-1.htm>, по состоянию на 18 декабря 2012 г.)
16. Health Metrics Network, World Health Organization. *Framework and standards for country health information systems. Second edition.* Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf, assessed 1 July 2011).
17. Hanoi School of Public Health, WHO Regional Office for the Western Pacific. *Rapid health assessment guidelines. Regional Training course on rapid health assessment, Hanoi, Viet Nam, 27–30 November 2007.* Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2007 (<http://www.wpro.who.int/internet/files/eha/dir/Regional%20Training%20Course%20on%20Rapid%20Health%20Assessment/RHA%20global%20health%20cluster.pdf>, accessed 8 August 2011).
18. *Initial rapid assessment (IRA) guidance notes for country level. Version for field testing.* Geneva, Inter-Agency Standing Committee, 2007 (http://www.humanitarianreform.org/humanitarianreform/Portals/1/cluster%20approach%20page/clusters%20pages/health%20cluster/RT/IRA_Guidance_Country%20Level_field_test.doc, last accessed 1 July 2011).
19. *Outbreak communication. Best practices for communicating with the public during an outbreak. Report of WHO Expert Consultation on Outbreak Communications, Singapore, 21–23 September 2004.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf, assessed 1 July 2011).
20. *Effective media communication during public health emergencies. A WHO handbook.* Geneva, World Health Organization, 2005 (WHO/CDS/2005.31) (<http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20HANDBOOK.pdf>, accessed 1 July 2011).
21. Abdallah S, Burnham G, eds. *The Johns Hopkins and Red Cross/Red Crescent public health guide for emergencies. First edition.* Geneva, International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies, 2004 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACU086.pdf, accessed 1 July 2011).
22. The CNA Corporation Institute for Public Research. *Medical surge capacity and capability: a management system for integrating medical and health resources during large-scale emergencies.* Washington, DC, Department of Health and Human Services, 2007 (<http://www.phe.gov/preparedness/planning/mscc/handbook/documents/mscc080626.pdf>, accessed 1 July 2011).
23. *Mass casualty management systems. Strategies and guidelines for building health sector capacity.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/entity/hac/techguidance/MCM_guidelines_inside_final.pdf, assessed 1 July 2011).
24. *Establishing a mass casualty management system.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2001 (<http://www.paho.org/english/ped/masscas.pdf>, assessed 1 July 2011).
25. *On-site activities for mass casualty incidents. Regional training course on mass casualty management and hospital preparedness. Toolkit.* Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2008 (<http://www.gujhealth.gov.in/pdf/on-site-mass-casualty-mg-hospital-preparedness.pdf>, accessed 8 August 2011).
26. *Module 3. Emergency medical service systems. Regional training course on mass casualty management and hospital preparedness. Oral Presentation and Workshop, Ho Chi Minh City, Vietnam, October 2010.* Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2010.
27. *Mental health in emergencies. Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors.* Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/mental_health/media/en/640.pdf, assessed 1 July 2011).
28. *Руководство по обеспечению качества питьевой воды. Третье издание, Т. 1. Рекомендации.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004.
29. Wisner B, Adams J, eds. *Environmental health in emergencies and disasters. A practical guide.* Geneva, World Health Organization, 2002 (http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/emergencies2002/en/, accessed 1 July 2011).

30. *Rapid health assessment protocols for emergencies.* Geneva, World Health Organization, 1999 (<http://www.healthlibrary.com/book51.htm>, accessed 28 October 2011).
31. *Глобальная стратегия ВОЗ в области безопасности пищевых продуктов. Более безопасная пища ради лучшего здоровья.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 (http://www.who.int/foodsafety/publications/general/en/strategy_ru.pdf, по состоянию на 29 декабря 2012 г.).
32. *Алма-Атинская декларация.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1978 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf, http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml, по состоянию на 29 декабря 2012 г.).
33. Гигиена окружающей среды при чрезвычайных ситуациях. Перемещенные лица [веб-сайт, на англ. яз.]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (http://www.who.int/environmental_health_emergencies/displaced_people/en/, по состоянию на 29 декабря 2012 г.).
34. Конвенция о статусе беженцев. Принята 28 июля 1951 года Конференцией полномочных представителей по вопросу о статусе беженцев и апатридов, созванной в соответствии с резолюцией 429 (V) Генеральной Ассамблеи от 14 декабря 1950 года (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml, по состоянию на 30 декабря 2012 г.).
35. Руководящие принципы по вопросу о перемещении лиц внутри страны. Приняты в 1998 году. Составлены Представителем Генерального секретаря по вопросу о внутренне перемещенных лицах (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/internal_displacement_principles.shtml, по состоянию на 28 декабря 2012 г.).
36. *Emergency response and recovery: non-statutory guidance to complement emergency preparedness.* London, HM Government, 2005 (<http://products.ihsc.com/cis/Doc.aspx?AuthCode=&DocNum=280662>, accessed 1 July 2011).
37. *WHO-PAHO guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden-impact disasters.* Washington, DC, Pan American Health Organization, 2003 (<http://helid.digicollection.org/en/d/Js8253e/>, accessed 8 August 2011).

Приложение 1. Словарь терминов

| | |
|--|---|
| <p>бедствие <i>disaster</i></p> | <p>Событие, которое серьезно нарушает жизнь местных сообществ и общества, является причиной жертв среди населения, а также обширного материального, экономического или экологического ущерба и других тяжелых последствий, масштабы которых превышают способность местного сообщества или общества в целом справиться с ними собственными силами (2).</p> |
| <p>восстановление <i>recovery</i></p> | <p>Возвращение к исходному состоянию и, по мере целесообразности, улучшение объектов, средств к существованию и условий жизни в сообществах, пострадавших от бедствий, включая работу по сокращению факторов риска бедствий (2).</p> |
| <p>готовность <i>preparedness</i></p> | <p>Знания и потенциал государственных органов, профессиональных служб, отвечающих за реагирование и восстановление, сообществ и отдельных лиц, используемые для того, чтобы эффективно прогнозировать, реагировать и ликвидировать последствия вероятных, неизбежных или уже имеющих место опасных событий или условий (2).</p> |
| <p>коммуникация риска <i>risk communication</i></p> | <p>Коммуникация по вопросам рисков при чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения включает в себя широкий спектр коммуникационных мероприятий, проводимых на стадиях обеспечения готовности, реагирования и последующего восстановления при чрезвычайных ситуациях в целях содействия принятию информированных решений, формированию позитивных поведенческих установок и поддержанию общественного доверия (4).</p> |
| <p>кризис <i>crisis</i></p> | <p>Событие или серия событий, представляющих критическую угрозу для здоровья, безопасности и благополучия сообщества, как правило на большой территории. Сопровождаться развитием гуманитарного кризиса или приводить к нему могут вооруженные конфликты, эпидемии, голод, природные бедствия, чрезвычайные экологические ситуации и другие масштабные деструктивные события (1).</p> |
| <p>Международные медико-санитарные правила, ММСП <i>International Health Regulations, IHR</i></p> | <p>Юридически обязательный инструмент международного права, который ведет свое происхождение от Международных санитарных конвенций 1851 года, составленный и принятый в ответ на растущую озабоченность по поводу связей между распространением болезней и международной торговлей (трансграничные риски для здоровья) (4).</p> |
| <p>митигация, смягчение последствий <i>mitigation</i></p> | <p>Уменьшение или ограничение пагубного воздействия опасных факторов и связанных с ними бедствий (2).</p> |
| <p>национальная система информации по здравоохранению <i>national health information system</i></p> | <p>База данных, собираемых на популяционном уровне и из учреждений здравоохранения с использованием, например, переписей, обследований домохозяйств, (выборочных) данных регистрации естественного движения населения, санитарно-эпидемиологического надзора, медико-санитарных служб и мониторинга деятельности системы здравоохранения; в работе системы информации выделяют шесть аспектов: (1) ресурсы; (2) используемые показатели; (3) источники данных; (4) управление данными; (5) информационные продукты; (6) распространение и использование информации (5).</p> |

| | |
|--|---|
| <p>опасность, фактор опасности, угроза <i>hazard</i></p> | <p>Опасное явление, вещество, деятельность человека или условия, которые могут повлечь гибель людей, увечья или другой вред здоровью, ущерб имуществу, потерю средств к существованию и услуг, социальные и экономические потрясения или вред окружающей среде (2).</p> |
| <p>осведомленность общества, осведомленность населения <i>public awareness</i></p> | <p>Степень распространенности общедоступных знаний о рисках бедствий, факторах, приводящих к возникновению бедствий, а также о возможных индивидуальных и коллективных действиях, для того чтобы сократить подверженность опасным воздействиям и уменьшить уязвимость в отношении угроз (2).</p> |
| <p>оценка риска <i>risk assessment</i></p> | <p>Методика определения природы и масштаба риска посредством анализа и оценки потенциальных опасностей и существующих условий уязвимости, которые в своем сочетании могут обусловить нанесение вреда людям, имуществу, средствам к существованию и окружающей среде, от которой они зависят (2).</p> |
| <p>планирование на случай чрезвычайных обстоятельств <i>contingency</i></p> | <p>Процесс управления, в рамках которого осуществляется анализ конкретных потенциально возможных событий или возникающих ситуаций, которые могут представлять угрозу для общества или окружающей среды, и заблаговременно создаются механизмы, обеспечивающие своевременное, эффективное и адекватное реагирование на такие события и ситуации (2).</p> |
| <p>предотвращение, предупреждение <i>prevention</i></p> | <p>Полное устранение возможности неблагоприятного воздействия тех или иных опасностей и связанных с ними бедствий (2).</p> |
| <p>принцип учета всех опасностей <i>all-hazards concept</i></p> | <p>Принцип учета всех опасностей предполагает разработку и осуществление стратегий управления ЧС для всего спектра возможных рисков и типов чрезвычайных ситуаций (природных, биологических, технологических и социальных). Различные опасности и чрезвычайные ситуации могут привести к возникновению одних и тех же проблем в обществе, поэтому предпринимаемые меры – планирование, раннее предупреждение, межсекторальная и внутрисекторальная координация, эвакуация, оказание медицинской помощи и восстановление сообщества – как правило, осуществляется по одной и той же принятой модели, независимо от причины ЧС (1).</p> |
| <p>реагирование, ответные действия <i>response</i></p> | <p>работа экстренных служб и оказание государственной поддержки во время или непосредственно после бедствия для спасения жизни людей, снижения неблагоприятных воздействий на здоровье, обеспечения общественной безопасности и удовлетворения первоочередных потребностей пострадавшего населения (2).</p> |
| <p>риск <i>risk</i></p> | <p>Сочетание вероятности события и его негативных последствий (2).</p> |
| <p>система раннего оповещения, система раннего предупреждения <i>early-warning system</i></p> | <p>Совокупность возможностей, необходимых для выработки и распространения своевременной и важной предупреждающей информации, чтобы дать возможность населению, сообществам и организациям, которым угрожает опасность, заблаговременно подготовиться и принять необходимые меры для снижения вероятности ущерба и потерь (2).</p> |
| <p>снижение риска бедствий <i>disaster risk reduction</i></p> | <p>Концепция и практические действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения бедствий посредством систематической работы по анализу и контролю 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 (2).</p> |

| | |
|--|---|
| <p>управление риском <i>risk management</i></p> | <p>Системный подход и практические действия, направленные на максимальное снижение вероятности потенциального вреда и ущерба в условиях неопределенности (2).</p> |
| <p>управление риском бедствий <i>disaster risk management</i></p> | <p>Систематический процесс, включающий применение административных мер, привлечение различных организаций и использование функциональных навыков и оперативных возможностей для осуществления стратегий, политики и укрепленного потенциала реагирования для сокращения масштабов неблагоприятного воздействия угроз и снижения вероятности бедствия (2).</p> |
| <p>управление чрезвычайными ситуациями, предупреждение и ликвидация чрезвычайных ситуаций <i>emergency management</i></p> | <p>Организация и управление ресурсами и ответственными функциями для противодействия всем аспектам чрезвычайных ситуаций; включает обеспечение готовности, реагирование и первоначальные мероприятия по восстановлению (2).</p> |
| <p>устойчивость к внешним воздействиям, прочность <i>resilience</i></p> | <p>Способность системы, местного сообщества или общества в целом противостоять угрозам, гасить и преодолевать их разрушительное воздействие, приспосабливаться к ним и восстанавливаться своевременно и эффективно, например обеспечивая сохранение и восстановление своих основополагающих структур и функций (2).</p> |
| <p>уязвимость <i>vulnerability</i></p> | <p>Характеристики и условия, присущие общине, системе или имуществу, повышающие их восприимчивость к разрушительному воздействию фактора опасности (2).</p> |
| <p>чрезвычайная ситуация, ЧС <i>emergency</i></p> | <p>Внезапное и, как правило, непредвиденное событие, которое требует незамедлительных мер по минимизации его негативных последствий (3).</p> |
| <p>эпидемиологический надзор, эпиднадзор <i>surveillance</i></p> | <p>Систематический непрерывный сбор, обобщение и анализ данных для целей общественного здравоохранения, и своевременное распространение медико-санитарной информации для оценки ситуации и проведения необходимых медико-санитарных вмешательств (4).</p> |

Библиография

1. *Risk reduction and emergency preparedness. WHO six-year strategy for the health sector and community capacity development.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_preparedness_eng.pdf, accessed 1 July 2011).
2. *2009 UNISDR. Терминологический глоссарий по снижению риска бедствий.* Женева, Международная стратегия ООН по уменьшению опасности бедствий, 2009 (http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyRussian.pdf, по состоянию на 31 декабря 2012 г.).
3. *Internationally agreed glossary of basic terms related to disaster management.* Geneva, United Nations Department of Humanitarian Affairs, 1992 (<http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/04DFD3E15B69A67C1256C4C006225C2-dha-glossary-1992.pdf>, accessed 1 July 2011).
4. *Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005) in accordance with Annex 1 of the IHR. A guide for assessment teams.* December 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf, accessed 1 July 2011).
5. Медико-санитарная статистика и система информации по здравоохранению [веб-сайт, на англ. яз.]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 (<http://www.who.int/healthinfo/systems/en/>, по состоянию на 14 сентября 2011 г.).

Приложение 2. Источники информации, необходимой для оценки определяющих признаков

- a. Документы: конституция страны; законодательство и политика, относящиеся к чрезвычайным ситуациям и здравоохранению; ежегодные доклады; публикации; отчеты по проектам; международные конвенции и соглашения и др.**

 - службы СМП;
 - медийные структуры (включая пресс-секретарей и ответственных за связи со СМИ);
 - фонды медицинского страхования;
 - религиозные организации;
 - судебно-медицинские учреждения и морги;
 - онкологические учреждения;
 - дома престарелых;
 - службы безопасности (полиция, пожарная охрана, гражданская оборона и др.);
 - учреждения вооруженных сил;
 - диспетчерские центры и передовые медицинские пункты;
 - сотрудничающие структуры, задействованные по следующим направлениям: программы иммунизации; охрана здоровья матери и ребенка и охрана репродуктивного здоровья; охрана психического здоровья; сбор мусора и удаление отходов; питание и безопасность пищевых продуктов; быстрая оценка медико-санитарных потребностей;
 - складские службы;
 - лаборатории и банки крови.
- b. Базы данных по вопросам здравоохранения и народонаселения на глобальном и региональном уровнях.**
- c. Интервью на национальном и региональном уровнях с представителями следующих структур:**

 - министерство здравоохранения и другие соответствующие министерства (например, сельского хозяйства, защиты окружающей среды, по чрезвычайным ситуациям, внутренних дел, обороны, иностранных дел, транспорта);
 - национальные учреждения (институты общественного здоровья, органы управления здравоохранением, научно-исследовательские центры, санитарно-эпидемиологические службы, национальные информационные центры, академические учреждения и др.);
 - учреждения Организации Объединенных наций и другие международные организации, такие как ВОЗ, Всемирная продовольственная программа (ВПП), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), МФОККиКП, Управление Верховного комиссара по делам беженцев (УВКБ ООН) и др.;
 - НПО, участвующие в операциях реагирования;
 - донорские агентства;
 - структуры частного сектора;
 - ведущие медицинские учреждения, представляющие отчетные данные в органы здравоохранения;
 - больницы (руководители отделений, имеющих отношение к чрезвычайным ситуациям и несчастным случаям, отделений инфекционных болезней, терапии, профессиональных заболеваний, психического здоровья, акушерства и гинекологии, педиатрии, отделов снабжения и логистики; члены больничных комитетов по планированию реагирования и восстановления);
 - другие медицинские учреждения (помимо больниц);
 - статистические бюро;
 - системы надзора за болезнями животных и растений;

Приложение 3. Перечень определяющих признаков в соотнесении с принятыми ВОЗ функциями системы здравоохранения и их ключевыми компонентами

| Раздел | Принятые ВОЗ функции системы здравоохранения | № п/п | Ключевые компоненты | № п/п | Определяющие признаки |
|--------|--|-------|--|-------|--|
| 1. | Руководство и управление | 1.1 | Правовые основы общегосударственного многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями | 1. | Законы, стратегические подходы, планы и процедуры, имеющие отношение к общегосударственному многоотраслевому управлению чрезвычайными ситуациями |
| | | 1.2 | Правовые основы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | 2. | Национальная структура для многоотраслевого управления и координации при чрезвычайных ситуациях |
| | | 1.3 | Национальные организационные механизмы многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями | 3. | Законы, стратегические подходы, планы и процедуры, имеющие отношение к управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения |
| | | 1.4 | Национальные организационные механизмы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | 4. | Структура для управления и координации работы сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях |
| | | | | 5. | Регулирование внешней помощи в области здравоохранения при чрезвычайных ситуациях |
| | | | | 6. | Национальный комитет многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями |
| | | | | 7. | Национальный оперативный штаб для многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями |
| | | | | 8. | Национальный комитет управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения |

| Раздел | Принятые ВОЗ функции системы здравоохранения | № п/п | Ключевые компоненты | № п/п | Определяющие признаки |
|-----------|--|-------|---|-------|---|
| | | | | | |
| | | 1.5 | Компоненты национальной программы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | 9. | Национальный оперативный штаб по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения |
| | | | | 10. | Механизмы координации и создания партнерств |
| | | 1.5 | Компоненты национальной программы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | 11. | Национальная программа сектора здравоохранения по снижению рисков |
| | | 1.5 | Компоненты национальной программы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | 12. | Многоотраслевая и медико-санитарная программы готовности к чрезвычайным ситуациям |
| | | | | 13. | Национальный план сектора здравоохранения по реагированию и восстановлению при чрезвычайных ситуациях |
| | | | | 14. | Научно-доказательная база |
| 2. | Кадровые ресурсы здравоохранения | 2.1 | Кадровые ресурсы для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | 15. | Развитие кадровых ресурсов |
| | | | | 16. | Обучение и профессиональная подготовка |
| 3. | Медицинская продукция, вакцины и технологии | 3.1 | Медицинские расходные материалы и оборудование для реагирования при чрезвычайных ситуациях | 17. | Медицинские материалы и оборудование для оказания догоспитальной и стационарной помощи (включая временные медицинские учреждения) и проведения других медико-санитарных мероприятий |
| | | | | 18. | Фармацевтические службы |
| | | | | 19. | Лабораторные службы |
| | | | | 20. | Службы крови |
| 4. | Информация по здравоохранению | 4.1 | Системы управления информацией для программ снижения рисков и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям | 21. | Информационная система для оценки рисков и планирования готовности к чрезвычайным ситуациям |

| Раздел | Принятые ВОЗ функции системы здравоохранения | № п/п | Ключевые компоненты | № п/п | Определяющие признаки |
|--------|--|-------|---|-------|---|
| | | 4.2 | Системы управления информацией для реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях | 22. | Национальная система информации по здравоохранению |
| | | | | 23. | Национальный и международный обмен информацией |
| | | | | 24. | Системы эпиднадзора |
| | | 4.3 | Коммуникация риска | 25. | Быстрая оценка медико-санитарных потребностей |
| | | | | 26. | Многоотраслевая первоначальная быстрая оценка (ПБО) |
| 5. | Финансирование здравоохранения | | | 27. | Система представления отчетности при чрезвычайных ситуациях |
| | | | | 28. | Стратегии коммуникации риска с населением и средствами массовой информации |
| | | | | 29. | Стратегии коммуникации риска с работниками, участвующими в операциях экстренного реагирования |
| 5. | Финансирование здравоохранения | 5.1 | Национальные и субнациональные стратегии финансирования деятельности сектора здравоохранения по управлению чрезвычайными ситуациями | 30. | Многоотраслевые механизмы финансирования действий по обеспечению готовности и управлению чрезвычайными ситуациями |
| 6. | Предоставление услуг | 6.1 | Оперативные мощности и функциональные возможности реагирования | 31 | Механизмы финансирования сектора здравоохранения |
| | | | | 32. | Субнациональные планы сектора здравоохранения по реагированию при чрезвычайных ситуациях |
| | | | | 33. | Возможность резкого наращивания оперативной мощности субнациональных структур здравоохранения для реагирования при чрезвычайных ситуациях |
| | | | | 34. | Управление оказанием догоспитальной медицинской помощи |
| | | | | 35. | Управление ситуациями, сопровождающимися массовой гибелью людей и большим количеством пропавших без вести |

| Раздел | Принятые ВОЗ функции системы здравоохранения | № п/п | Ключевые компоненты | № п/п | Определяющие признаки |
|--------|--|-------|---------------------|-------|--|
| 6.2 | Система СМП и управление ситуациями с массовым количеством пострадавших | 36. | | | Потенциал для управления ситуациями с массовым количеством пострадавших |
| 6.3 | Управление больницами при происшествиях с большим количеством пострадавших | 37. | | | Программа обеспечения готовности больниц к чрезвычайным ситуациям |
| | | 38. | | | Больничные планы реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях |
| 6.4 | Непрерывность основных медико-санитарных программ и услуг | 39. | | | Непрерывное предоставление основных медицинских услуг, включая стационарную помощь |
| | | 40. | | | Профилактика и контроль инфекционных болезней и иммунизация |
| | | 41. | | | Охрана здоровья матерей и детей и охрана репродуктивного здоровья. |
| | | 42. | | | Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка |
| | | 43. | | | Гигиена окружающей среды |
| | | 44. | | | Хронические и неинфекционные заболевания |
| | | 45. | | | Питание и безопасность пищевых продуктов |
| | | 46. | | | Первичная медико-санитарная помощь |
| 6.5 | Логистика и функции оперативной поддержки при чрезвычайных ситуациях | 47. | | | Медико-санитарные услуги для перемещенного населения |
| | | 48. | | | Телекоммуникация при чрезвычайных ситуациях |
| | | 49 | | | Временные медицинские учреждения |
| | | 50 | | | Логистика |
| | | 51 | | | Функция поддержки работы служб |

Приложение 4. Контрольный перечень основных элементов коммуникации при проведении оценки на местах

(Адаптировано из: *Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations*¹⁸)

Коммуникация между членами оценочной группы

Определите руководителя группы.

Представьте членов группы друг другу. Это важно для создания обстановки коллегиальности.

Определите объекты для проведения оценки и договоритесь о сроках и продолжительности визитов.

Перед каждым визитом определите функции и сферы ответственности каждого члена группы. Функции могут меняться в зависимости от посещаемого объекта.

Обеспечьте логистику и снабжение всеми необходимыми материалами (включая оснащение для сбора данных, канцелярские принадлежности и др.).

Регулярно общайтесь (рекомендуются ежедневные встречи членов группы с ее руководителем). Такое общение особенно важно перед внесением изменений в инструментарий, методику или локализацию работ.

Убедитесь в том, что каждый член группы получил официальное письмо из министерства здравоохранения о целях, задачах и ожидаемых результатах работы группы, а также о последующих действиях.

Встречи на местах

с руководителями / ответственными лицами

Выясните, кто является ответственным лицом (лицами) в оцениваемом регионе (регионах), районе (районах) и/или учреждении (учреждениях).

Заблаговременно запланируйте соответствующие консультативные встречи.

Представьте заинтересованным лицам членов группы и расскажите о целях: (i) данной ознакомительной встречи и (ii) самой оценочной миссии.

Подчеркните, что целью оценки является не критика или поиск виновных в недостатках, а укрепление национального потенциала для осуществления надзора

и реагирования и выработка рекомендаций по улучшению работы.

Предложите ответственным лицам высказать свои замечания и предложения.

Объясните, каким образом будет осуществляться информирование заинтересованных лиц о результатах оценки и последующих действиях.

Встречи с медицинскими работниками

Подробно расскажите медицинским работникам о задачах миссии и об их возможном участии в проведении оценки.

Обсудите с медицинскими работниками их функции при проведении оценки (например, они могут участвовать в интервью или в сборе данных, а также позволить наблюдать за тем, как они выполняют свои должностные обязанности).

Если применимо, сообщите медицинским работникам о том, что они получают информацию о результатах проведенной оценки, и объясните, каким образом это будет сделано.

Знакомство с местными сообществами

Выберите удобное для местных участников время для проведения оценочных мероприятий в местных сообществах.

Соблюдайте и уважайте местные общественные нормы.

Четко и лаконично расскажите заинтересованным лицам о задачах миссии.

Ответьте на возникшие вопросы. Будьте честными; такие миссии могут порождать ожидания.

¹⁸ *Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005) in accordance with Annex 1 of the IHR. A guide for assessment teams.* December 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf, accessed 1 July 2011).

Приложение 5. Обзор результатов оценки с использованием цветových обозначений



Отметьте нужным цветом (по результатам оценки) кружки, соответствующие каждому вопросу: ● – да; ● – отчасти; ● – нет.

Раздел 1. Руководство и управление

1.1 Правовые основы общегосударственного многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями

(a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (k)

1. Законы, стратегические подходы, планы и процедуры, имеющие отношение к общегосударственному многоотраслевому управлению чрезвычайными ситуациями

2. Национальная структура для многоотраслевого управления при чрезвычайных ситуациях

1.2 Правовые основы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

3. Законы, стратегические подходы, планы и процедуры, имеющие отношение к управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

4. Структура для управления и координации работы сектора здравоохранения при чрезвычайных ситуациях

5. Регулирование внешней помощи в области здравоохранения при чрезвычайных ситуациях

1.3 Национальные организационные механизмы многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями

6. Национальный комитет многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями

7. Национальный оперативный штаб для многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями



(a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

1.4 Национальные организационные механизмы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

- 8. Национальный комитет управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения
- 9. Национальный оперативный штаб по управлению чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения
- 10. Механизмы координации и создания партнерств

1.5 Компоненты национальной программы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

- 11. Национальная программа сектора здравоохранения по снижению рисков
- 12. Многоотраслевая и медико-санитарная программы готовности к чрезвычайным ситуациям
- 13. Национальный план сектора здравоохранения по реагированию и восстановлению при чрезвычайных ситуациях
- 14. Научно-доказательная база

Раздел 2 . Кадровые ресурсы здравоохранения

2.1 Кадровые ресурсы для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения

- 15. Развитие кадровых ресурсов
- 16. Обучение и профессиональная подготовка

Раздел 3. Медицинская продукция, вакцины и технологии

3.1 Медицинские материалы и оборудование для реагирования при чрезвычайных ситуациях

17. Медицинские материалы и оборудование для оказания догоспитальной и стационарной помощи (включая временные медицинские учреждения) и проведения других медико-санитарных мероприятий (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

18. Фармацевтические службы (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

19. Лабораторные службы (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

20. Службы крови (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

Раздел 4. Информация по здравоохранению

4.1 Системы управления информацией для программ снижения рисков и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям

21. Информационная система для оценки рисков и планирования готовности к чрезвычайным ситуациям (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

22. Национальная система информации по здравоохранению (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

23. Национальный и международный обмен информацией (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

24. Системы эпиднадзора (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

4.2 Системы управления информацией для реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях

25. Быстрая оценка медико-санитарных потребностей (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

(a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

26. Многоотраслевая первоначальная быстрая оценка (ПБО)

27. Система представления отчетности при чрезвычайных ситуациях

4.3 Коммуникация рисков

28. Стратегии коммуникации риска с населением и средствами массовой информации

29. Стратегии коммуникации риска с работниками, участвующими в операциях экстренного реагирования

Раздел 5. Финансирование здравоохранения

5.1 Национальные и субнациональные стратегии финансирования деятельности сектора здравоохранения по управлению чрезвычайными ситуациями

30. Многоотраслевые механизмы финансирования действий по обеспечению готовности и управлению чрезвычайными ситуациями

31. Механизмы финансирования сектора здравоохранения

Раздел 6. Предоставление услуг

6.1 Оперативные мощности и функциональные возможности реагирования

32. Субнациональные планы сектора здравоохранения по реагированию при чрезвычайных ситуациях

33. Возможность резкого наращивания оперативной мощности субнациональных структур здравоохранения для реагирования при чрезвычайных ситуациях

34. Управление оказанием догоспитальной медицинской помощи

(a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k)

35. Управление ситуациями, сопровождающимися массовой гибелью людей и большим количеством пропавших без вести

6.2. Система СМП и управление ситуациями с массовым количеством пострадавших

36. Потенциал для управления ситуациями с массовым количеством пострадавших

6.3 Управление больницами при происшествиях с массовым количеством пострадавших

37. Программа обеспечения готовности больниц к чрезвычайным ситуациям

38. Больничные планы реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях

6.4 Непрерывность основных медико-санитарных программ и услуг

39. Непрерывное предоставление основных медицинских услуг, включая стационарную помощь

40. Профилактика и контроль инфекционных болезней и иммунизация

41. Охрана здоровья матерей и детей и охрана репродуктивного здоровья.

42. Охрана психического здоровья и психосоциальная поддержка

43. Гигиена окружающей среды

44. Хронические и неинфекционные заболевания

(a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (k)

45. Питание и безопасность пищевых продуктов

46. Первичная медико-санитарная помощь

47. Медико-санитарные услуги для перемещенного населения

6.5 Логистика и функции оперативной поддержки при чрезвычайных ситуациях

48. Телекоммуникация при чрезвычайных ситуациях

49. Временные медицинские учреждения

50. Логистика

51. Функция поддержки работы служб

Приложение 6. Шаблон для составления плана работы

| Функция | Основные итоги оценки | Цели | Задачи | Ожидаемые результаты | Мероприятия | Этапы реализации (целевые ориентиры) | Сроки | | Ответственные | Ресурсы | Препятствия (риски и допущения) | Показатели эффективности |
|---------|-----------------------|------|--------|----------------------|-------------|--------------------------------------|--------|------------|---------------|---------|---------------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | Начало | Завершение | | | | |

Руководство и управление

Кадровые ресурсы здравоохранения

Медицинская продукция, вакцины и технологии

Информация по здравоохранению

Финансирование здравоохранения

Предоставление услуг

Приложение 7. План отчета о результатах оценки

| | |
|---|---|
| Благодарности | Медицинская продукция, вакцины и технологии |
| Сокращения | Медицинские материалы и оборудование для реагирования при чрезвычайных ситуациях |
| Резюме | Информация по здравоохранению |
| Введение | Системы управления информацией для программ снижения рисков и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям |
| Краткие сведения о стране | Системы управления информацией для реагирования и восстановления при чрезвычайных ситуациях |
| География | Коммуникация риска |
| Демография | Финансирование здравоохранения |
| Показатели социально-экономического развития и общественного здоровья | Национальные и субнациональные стратегии финансирования деятельности сектора здравоохранения по управлению чрезвычайными ситуациями |
| Основные опасности и угрозы здоровью | Предоставление услуг |
| Задачи оценки | Оперативные мощности и функциональные возможности реагирования |
| Методология | Система СМП и управление ситуациями с массовым количеством пострадавших |
| План проведения оценки (посещения объектов, интервью, изучение документации и т.д.) | Управление больницами при происшествиях с массовым количеством пострадавших |
| Регистрация и анализ данных | Непрерывность основных медико-санитарных программ и услуг |
| Ознакомление представителей оцениваемых структур с предварительными результатами и получение обратной связи | Логистика и функции оперативной поддержки при чрезвычайных ситуациях |
| Руководство и управление | Первоочередные меры |
| Правовые основы общегосударственного многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями | Последующие шаги и проект плана действий |
| Правовые основы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | Библиография |
| Национальные организационные механизмы многоотраслевого управления чрезвычайными ситуациями | Приложения |
| Национальные организационные механизмы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | Члены оценочной группы, опрошенные представители, посещенные объекты |
| Компоненты национальной программы управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | |
| Кадровые ресурсы здравоохранения | |
| Кадровые ресурсы для управления чрезвычайными ситуациями в секторе здравоохранения | |

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония

«Новые болезни представляют глобальные угрозы для здоровья, вызывая также потрясения в экономике и обществе. Защита от этих угроз повышает также нашу коллективную безопасность. Безопасность в отношении здоровья необходима и общинам. Это означает обеспечение основополагающих предпосылок здоровья: продуктов питания в достаточном объеме, безопасной воды, крова и доступа к основной медицинской помощи и основным медицинским препаратам. Эти основные потребности должны также удовлетворяться в случаях чрезвычайных ситуаций или стихийных бедствий».

– д-р Маргарет Чен
Генеральный директор ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

UN City Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00. Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

ISBN 978 92 890 0295 0

оригинал: английский



9 789289 002950