

# УСТОЙЧИВОСТЬ К БЕДСТВИЯМ ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ГОРОДОВ

Апрель 2020г.

ДОПОЛНЕНИЕ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ УСТОЙЧИВОСТИ  
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Версия 2.0 для проведения консультаций



# Оценочный лист по устойчивости к бедствиям для городов: Устойчивость системы здравоохранения – Дополнение

В разработанном УСРБ ООН [Оценочном листе по устойчивости к бедствиям для городов](#) (далее "Оценочный лист") вопросам здравоохранения и последствиям бедствий в нем не уделяется должного внимания. И хотя наиболее очевидные аспекты здравоохранения, такие как потенциал больничных служб, структурные и неструктурные параметры безопасности, в Оценочном листе отражены (в разделе "Основной принцип 8" – см. далее), некоторые другие факторы были раскрыты не полностью. Настоящее дополнение, распространяемое УСРБ ООН при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и партнеров, было разработано для устранения этого пробела. Дополнение следует использовать в сочетании с Оценочным листом УСРБ ООН и [Концепцией предотвращения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и риска бедствий в области здравоохранения \(КЧСРБ по здравоохранению\), разработанной ВОЗ](#).

Используемый здесь термин "проблемы в области здравоохранения" обозначает типичные последствия для здоровья населения, которые наступают в результате чрезвычайных ситуаций и бедствий. Некоторые из них перечислены далее:

- Самостоятельные события (например, вспышка заболевания или пандемия, засуха, землетрясение, наводнение, торнадо, голод, лесные пожары, пики загрязнения воздуха);
- Непосредственные последствия бедствия (например, массовая гибель людей, физические травмы, болезни и последствия для психического здоровья);
- Вторичные последствия бедствий, влекущие риск и влияющие на здоровье (например, недоедание, вспышки заболеваний, передаваемых через воду, из-за повреждения систем удаления отходов, нарушение средств жизнеобеспечения, перебои в проведении программ вакцинации, долгосрочные психологические воздействия, рост числа неинфекционных заболеваний или многочисленные последствия длительного пребывания в условия временного жилья);
- Перебои в оказании медицинских услуг лицам, имевшим заболевания до возникновения кризиса (например, отсутствие доступа к лекарствам для лечения хронических состояний или выход из строя домашних диализных аппаратов или электрических инвалидных кресел в случае длительных перебоев с электроснабжением);
- Учет потребностей уязвимых групп населения после бедствия (например, малоимущих, малолетних детей, инвалидов, пожилых людей, женщин);
- Способность городской системы здравоохранения (в широком понимании – см. далее) решать эти проблемы, продолжая при этом выполнять свои повседневные функции по оказанию помощи заболевшим и пострадавшим и смягчать риск для здоровья населения в целом.

Термин "система здравоохранения" включает в себя без ограничения все компоненты, перечисленные в Приложении 2 к "КЧСРБ по здравоохранению", а также некоторые другие элементы. Некоторые из них приведены далее:

- Медицинские службы;
- Больницы;
- Дома-интернаты и дома престарелых;
- Местные поликлиники, кабинеты семейных врачей и амбулаторные учреждения;
- Психиатрические учреждения;
- Государственные органы управления здравоохранением;
- Системы эпидемиологического надзора;
- Медицинские лаборатории;
- Системы снабжения и распределения фармацевтических препаратов, медицинских инструментов и оборудования;
- Системы защиты окружающей среды (например, для управления опасными материалами);
- Системы водоснабжения и санитарии;
- Системы распределения и обеспечения безопасности продуктов питания;
- Средства и структуры для информирования общественности, взаимодействия и работы с населением;
- Центры управления при чрезвычайных ситуациях;
- Системы, не входящие в структуру здравоохранения, которые могут серьезно влиять на ее работу – энергетика, водоснабжение, связь, дороги, осведомленность сообщества и т.д. (более подробно см. Оценочный лист для городов УСРБ ООН);
- Весь медицинский и другой персонал, волонтеры, помещения, имущество, оборудование и средства защиты, необходимые для управления и работы вышеуказанных систем.

Система здравоохранения в более широком смысле включает все виды деятельности, основной целью которых является укрепление, восстановление и / или поддержание здоровья. Таким образом, это понятие может охватывать людей, учреждения и ресурсы как в структуре здравоохранения, так и в других секторах. Оценочный лист для городов и настоящее Дополнение можно использовать для демонстрации вклада всех секторов в смягчение последствий для здоровья населения в результате бедствий.

В основе настоящего варианта Дополнения по оценке устойчивости системы здравоохранения лежит версия для консультаций 1.0, обсуждение было начато в июле 2018 года.

## Структура оценки устойчивости системы здравоохранения

Также как и Оценочный лист настоящее Дополнение состоит из разделов, посвященных [Десяти основным принципам повышения устойчивости городов](#). Такая структура неизбежно ведет к частичному совпадению с задачами по поддержке больниц и распределению продуктов питания, обозначенными в Основном принципе 8, и может рассматриваться как их усиление.

- Интеграция систем здравоохранения и управления (Основной принцип 1);
- Включение ЧС, связанных со здоровьем населения, в сценарии возникновения бедствий (Основной принцип 2);
- Согласование потребностей здравоохранения и программ финансирования (Основной принцип 3);
- Интеграция потребностей здравоохранения и норм землепользования / строительства (Основной принцип 4);
- Управление экосистемными услугами, которые влияют на здоровье населения (Основной принцип 5);
- Согласование планов развития здравоохранения и организационного потенциала (Основной принцип 6);
- Согласование планов развития здравоохранения и потенциала общества (Основной принцип 7);
- Согласование вопросов развития здравоохранения и устойчивости инфраструктуры (Основной принцип 8);
- Согласование планов по охране здоровья населения и реагирования на бедствия (Основной принцип 9);
- Согласование планов действий в области здравоохранения и планов восстановления с учетом более высоких стандартов (Основной принцип 10).

В общей сложности оценочный лист содержит 23 вопроса / показателя, каждый из которых оценивается по шкале от 0 до 5, где 5 баллов выставляется за использование оптимальных подходов.

## Данные, необходимые для анализа

Чтобы ответить на вопросы настоящего Дополнения, вам понадобятся следующие данные:

- Потенциал системы здравоохранения, перечень заинтересованных сторон, документы с изложением планов и соответствующих процедур;
- Планы управления при ЧС и документы, устанавливающие соответствующие процедуры;
- Описание инфраструктуры здравоохранения (см. Основной принцип 8);
- Данные о воздействии предыдущих бедствий на здоровье населения, если таковые имеются;
- Демографические данные, в том числе по уязвимым группам населения;
- Отзывы представителей сообщества и профессионалов о возможностях и эффективности системы.

## Благодарности

УСРБ ООН выражает признательность всем людям, которые внесли свой вклад в разработку этого дополнения:

- Йошико Абэ, Ph.D., специалист по стратегиям устойчивого развития, Международная штаб-квартира, Kokusai Kogyo Co., Ltd.
- Джонатан Абрахамс, сотрудник Программы по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения
- Санджана Чинталапуди, консультант по преобразованию рабочих процессов, IBM
- Джон Филипсборн, помощник вице-президента, директор отдела по разработке практических мер адаптации к изменению климата, сектор стран Северной и Южной Америки, AECOM
- Бекка Филипсборн, доцент кафедры педиатрии Университета Эмори и Института глобального здравоохранения Эмори
- Бенджамин Райан, Ph.D., Доцент кафедры наук об окружающей среде, Бейлорский университет
- Дейл Сэндс, доктор медицины, директор Sands Consulting Solutions LLC.
- Ник Стейнберг, консультант по климатическим рискам, 427 Consulting
- Питер Уильямс, Ph.D., Заслуженный инженер IBM (на пенсии), основатель и руководитель Peter Williams Solutions LLC.

Координаторы: Санджая Бхатия и Мутарика Пруксапонг, Глобальный институт образования и профессиональной подготовки (GETI), УСРБ ООН.

Перевод: Владимир Куимов.



## Основной принцип 01: Организационные меры для повышения устойчивости

### Дополнение – Интеграция систем здравоохранения и управления

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
A.1	Интеграция систем здравоохранения и управления (Основной принцип 1)			
A1.1	<b>Сектор здравоохранения является частью многоотраслевой системы управления риском бедствий</b>	Насколько полно вопросы здравоохранения учтены в существующих механизмах управления риском бедствий?	<p>5 – Представители всех функциональных областей здравоохранения (см. справа) регулярно участвуют в совершенствовании механизма / проведении совещаний по управлению устойчивостью к бедствиям на уровне города и их вклад в рабочем порядке учитывается во всех основных программах и документах по обеспечению устойчивости к бедствиям. (Участие может осуществляться через назначенного координатора, который представляет интересы нескольких функциональных областей).</p> <p>4 – Представители большинства функциональных областей здравоохранения обычно посещают крупные городские совещания по борьбе с бедствиями и вносят вклад в основные программы, но они могут не участвовать во всех мероприятиях, относящихся к соответствующим областям.</p> <p>3 – Функциональные области здравоохранения имеют свои собственные форумы и механизмы обеспечения устойчивости к бедствиям, но, хотя они включают весь спектр функций, эти механизмы не полностью согласованы с деятельностью других структур, таких как городские органы власти, органы управления снабжением или общественные группы. Внимание может быть сосредоточено на непосредственном реагировании на события, а не на вопросах устойчивости в более широком смысле, таких как долгосрочные воздействия.</p> <p>2 – Представители некоторых областей здравоохранения участвуют в некоторых мероприятиях по обеспечению устойчивости города к бедствиям, но сотрудничество ведется не в полном объеме.</p> <p>1 – Участие представителей функциональных областей здравоохранения в мероприятиях по обеспечению устойчивости города находится в зачаточном состоянии.</p> <p>0 – В регионе учреждения здравоохранения не работают, а если и работают, то они вообще не занимаются вопросами обеспечения устойчивости к бедствиям.</p>	<p>Используемый здесь термин "функциональные области здравоохранения" включает в себя все пункты, указанные в Приложении 2 концепции "КЧСРБ по здравоохранению", ссылка на которую приводилась выше. Некоторые из них приведены далее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение и борьба с инфекционными заболеваниями;</li> <li>• Травматологическая служба;</li> <li>• Первичная медицинская помощь;</li> <li>• Педиатрическая и гериатрическая помощь;</li> <li>• Неотложная помощь;</li> <li>• Санитарное состояние окружающей среды;</li> <li>• Эпидемиология;</li> <li>• Борьба с переносчиками инфекций;</li> <li>• Машины скорой помощи и медицинский транспорт;</li> <li>• Поставки фармацевтических препаратов и медицинского оборудования;</li> <li>• Водоснабжение и санитария;</li> <li>• Безопасность пищевых продуктов, холодное хранение и распределение;</li> <li>• Безопасность химических и опасных веществ (например, в районах, где расположены химические заводы);</li> <li>• Психиатрическая помощь и охрана психического здоровья в сообществах, включая психологическую помощь при потере близких людей или психологических травмах;</li> <li>• Руководители органов здравоохранения городского, областного и общенационального уровня.</li> </ul> <p>Представители этих функциональных областей должны иметь возможность излагать свое авторитетное мнение о ресурсах, имеющихся в городе и регионе для поддержания системы здравоохранения.</p>



## Основной принцип 02: Определять, осмысливать и использовать сценарии реализации существующих и будущих факторов риска

Дополнение – Включение ЧС, связанных со здоровьем населения, в сценарии возникновения бедствий

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
<b>A.2</b>	<b>Включение ЧС, связанных со здоровьем населения, в сценарии возникновения бедствий (Основной принцип 2)</b>			
<b>A2.1</b>	<b>Включение ряда чрезвычайных ситуаций и бедствий (например, вспышки болезней / пандемии, голод, нехватка воды и т. д.) в качестве отдельных сценариев возникновения бедствий</b>	В какой степени чрезвычайные ситуации и бедствия, такие как вспышки заболеваний, учитываются в планах по снижению риска бедствий?	<p>5 – Чрезвычайные ситуации и бедствия, включая вспышки заболеваний, учитываются в полной мере – либо как самостоятельные сценарии риска, либо как компоненты "составного" сценария. Вероятное влияние на доступность персонала и на медицинские учреждения моделируется и планируется как отдельно, так и в сочетании с другими рисками, когда эпидемия или пандемия может затруднять возможности реагирования.</p> <p>4 – Чрезвычайные ситуации и бедствия, включая вспышки заболеваний, учитываются, как указано выше, но они, как правило, рассматриваются в отрыве от других рисков, вследствие чего взаимное влияние с другими рисками оценивается не в полной мере.</p> <p>3 – Чрезвычайные ситуации и бедствия, включая вспышки заболеваний, учитываются наряду с их вероятными последствиями, но эти последствия до конца не изучены.</p> <p>2 – Чрезвычайные ситуации и бедствия, включая вспышки заболеваний, могут учитываться, но только на высоком уровне.</p> <p>1 – Риск вспышек заболеваний может учитываться в качестве возможной проблемы, но активное изучение последствий и разработка мер реагирования не проводится.</p> <p>0 – Возможность возникновения пандемии вообще не учитывается.</p>	Согласно оценочному листу, для создания планов по обеспечению устойчивости необходимо разработать (как минимум) "наиболее неблагоприятный" и "стандартный" сценарий развития ситуации. Этот вопрос оценивает, в какой степени чрезвычайные ситуации и бедствия, включая вспышки заболеваний, учтены в сценариях риска, принятых городскими органами. Следующий вопрос касается влияния проблем здравоохранения на планирование, реагирование и восстановление после бедствий.



A2.2	<p><b>Учет прогнозируемых последствий других сценариев риска бедствий (например, наводнений, аномально высоких температур, землетрясений) на здравоохранение</b></p>	<p>В какой степени воздействие на здравоохранение учитывается при разработке городскими органами сценариев возникновения рисков других бедствий?</p>	<p>5 – При разработке городскими органами сценариев возникновения риска других бедствий учитывается весь комплекс последствий бедствий для системы здравоохранения. Моделируется вероятное воздействие на доступность персонала, медицинские учреждения, системы водоснабжения и санитарии, лечение и уход, включая непосредственное воздействие и долгосрочные последствия для физического и психологического здоровья. Планы разрабатываются сообразно результатам моделирования.</p> <p>4 – Проблемы в области здравоохранения учитываются в полной мере, как указано выше, но они, как правило, рассматриваются в отрыве от других воздействий, вследствие чего влияние, которое они могут оказать на процесс восстановления, оценивается не полностью.</p> <p>3 – Ряд проблем, которые возникнут в области здравоохранения в случае бедствий, учитывается, возможно даже достаточно подробно, но охват всего спектра проблем отсутствует. Долгосрочные проблемы в сфере физического и психического здоровья чаще всего не учитываются.</p> <p>2 – Некоторые проблемы здравоохранения, которые могут возникнуть непосредственно после бедствия анализируются и учитываются в планах, но только в общих чертах.</p> <p>1 – Проблемы в области здравоохранения в случае бедствий могут признаваться, но никаких реальных планов для их устранения не разрабатывается.</p> <p>0 – Проблемы здравоохранения, которые могут возникнуть в результате бедствий, вообще не рассматриваются.</p>	<p>Согласно оценочному листу, для создания планов по обеспечению устойчивости необходимо разработать (как минимум) "наиболее неблагоприятный" и "стандартный" сценарий развития ситуации. Этот вопрос касается учета вероятных проблем в области здравоохранения в случае бедствий при анализе рисков, разработке сценариев и городских планов.</p> <p>Как указано в концепции КЧСРБ по здравоохранению, такие вопросы должны включать, среди прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лечение и уход при травмах;</li> <li>• Лечение и уход при хронических состояниях;</li> <li>• Педиатрическую и гериатрическую помощь;</li> <li>• Заболевания, передаваемые через воду и пищу (которые иногда относят к категории "гигиена окружающей среды");</li> <li>• Карантинную базу;</li> <li>• Временные укрытия;</li> <li>• Воздействие на психическое здоровье, включая психологическую помощь при потере близких людей или психологических травмах;</li> </ul> <p>Кроме того, следует учитывать влияние бедствий на преодоление существующих проблем здравоохранения, и как они, в свою очередь, могут препятствовать восстановлению.</p>
A2.3	<p><b>Учет при планировании на случай бедствий ранее существовавших хронических заболеваний, включая неинфекционные заболевания</b></p>	<p>В какой степени ранее существовавшие хронические проблемы со здоровьем учитываются в сценариях, согласно которым бедствия могут усугубить эти проблемы или они могут воспрепятствовать восстановлению?</p>	<p>5 – Хронические состояния здоровья всесторонне анализируются и включаются в определение сценария и планирование; ИЛИ, согласно анализу, никакие хронические состояния не окажут влияния на ситуацию.</p> <p>4 – В целом, хронические состояния определены и учитываются при разработке сценариев и планов.</p> <p>3 – Большинство применимых хронических состояний учитываются при разработке сценариев и планов, но имеются некоторые пробелы.</p> <p>2 – О хронических состояниях известно, но они не учитываются при разработке сценариев и планов.</p> <p>1 – Существуют серьезные пробелы в выявлении хронических состояний и их включении в сценарии и планы.</p> <p>0 – Никакие меры по выявлению и включению в планы хронических состояний не предпринимаются.</p>	<p>Существует взаимосвязь между бедствиями и распространенными в регионе хроническими состояниями, такими как, недоедание, эндемические заболевания, например, малярия или холера, хроническая наркомания или большая доля пожилых людей в структуре населения. Это влечет следующие последствия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Усиливается воздействие бедствий;</li> <li>• Возникают дополнительные осложнения при выполнении работ по восстановлению;</li> <li>• По достижении определенного переломного момента, эти проблемы обостряются до масштаба эпидемии или сами превращаются в бедствия (см. 2.1 выше).</li> </ul> <p>Они должны учитываться при оценке риска.</p>



## Основной принцип 03: Укрепить финансовые возможности для обеспечения устойчивости

### Дополнение – Согласование потребностей здравоохранения и программ финансирования

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
<b>А3</b>	<b>Согласование потребностей здравоохранения и программ финансирования (Основной принцип 3)</b>			
А3.1	<b>Финансирование аспектов здравоохранения, влияющих на устойчивость</b>	Определены и доступны ли финансовые средства для устранения риска для здоровья населения и последствий бедствий?	<p>5 – Финансовые средства для устранения всех известных последствий для здоровья населения в случае реализации самого неблагоприятного сценария (см. Основной принцип 2) определены и доступны.</p> <p>4 – Финансирование определено и доступно для устранения всех известных последствий для здоровья в результате реализации наиболее вероятного сценария (см. Основной принцип 2).</p> <p>3 – Потребности в финансировании определены, но существует некоторый дефицит финансирования. Эта проблема активно решается.</p> <p>2 – Потребности в полной мере не определены. Также выявлены некоторые области, куда направляется недостаточно средств. Могут предприниматься некоторые попытки для устранения этих пробелов.</p> <p>1 – Потребности в финансировании здравоохранения были определены только в общих чертах, и имеются лишь общие сведения о существовании источников финансирования. Работа по привлечению средств не ведется.</p> <p>0 – Никакая работа по определению потребностей в финансировании и привлечению средств не ведется.</p>	<p>Как указано в основном Оценочном листе, при анализе источников финансирования необходимо учитывать "дивиденды". Они могут быть двух типов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Входящие" – расходы на другие действия, которые могут принести некоторую пользу здравоохранению / повысить устойчивость, например, перенос пунктов предоставления основных больничных услуг выше зоны затопления, установка резервных генераторов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи или строительство нового общественного центра, который может также использоваться в качестве временного лечебного центра;</li> <li>• "Исходящие" – расходы на здравоохранение / повышение устойчивости, которые могут также принести и другие выгоды – например, когда в связи с озабоченностью по поводу заболеваний, передающихся через воду, производится модернизация или перенос в другое место водоочистных сооружений или, когда бесперебойное снабжение медицинскими товарами обеспечивается за счет противопаводковых мероприятий на транспортных маршрутах.</li> </ul>



## Основной принцип 04: Применять нормы городского развития, направленные на обеспечение устойчивости

### Дополнение – Интеграция потребностей здравоохранения и норм землепользования / строительства

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
<b>A4</b>	<b>Интеграция потребностей здравоохранения и норм землепользования / строительства (Основной принцип 4)</b>			
A4.1	<b>Соответствие ключевых медицинских учреждений нормам и правилам устойчивого землепользования и строительства</b>	Соответствуют ли места расположения и методы строительства ключевых медицинских учреждений критериям, которые позволят им продолжать работу после бедствия?	<p>5 – Места расположения и методы строительства всех ключевых медицинских учреждений позволяют им выдержать воздействие при "наиболее неблагоприятном" сценарии бедствия.</p> <p>4 – Места расположения и методы строительства всех ключевых медицинских учреждений позволяют им выдержать воздействие при "наиболее вероятном" сценарии бедствия.</p> <p>3 – Места расположения и методы строительства некоторых ключевых медицинских учреждений не соответствуют критериям, которые позволили бы им выдержать воздействие при "наиболее вероятном" сценарии бедствия.</p> <p>2 – Места расположения и методы строительства более чем 50% ключевых медицинских учреждений не соответствуют критериям, которые позволили бы им выдержать воздействие при "наиболее вероятном" сценарии бедствия.</p> <p>1 – Места расположения и методы строительства более чем 75% ключевых медицинских учреждений не соответствуют критериям, которые позволили бы им выдержать воздействие при "наиболее вероятном" сценарии бедствия.</p> <p>0 – Оценка не проводилась.</p>	<p>Принцип 8 в основном Оценочном листе касается больниц и распределения продуктов питания. Пользователи могут выбрать, включать ли эти данные в данный инструмент оценки. Другие ключевые учреждения здравоохранения могут включать, среди прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Больницы, которые не учтены в основном Оценочном листе (Принцип 8);</li> <li>• Клиники на базе сообществ, центры здоровья и учреждения сестринского ухода, особенно обслуживающие целые районы (например, отделения диализа, ожоговые отделения);</li> <li>• Аптеки и диспансеры;</li> <li>• Центры питания;</li> <li>• Пункты обогрева или охлаждения;</li> <li>• Лаборатории и центры тестирования;</li> <li>• Объекты, на базе которых может быть организована изоляция.</li> <li>• Учреждения интернатного типа и дома для престарелых;</li> <li>• Предметы медицинского назначения, а также логистические объекты и цепочки снабжения;</li> <li>• Пункты раздачи продовольствия в чрезвычайных ситуациях, если они не учтены в основном Оценочном листе (Принцип 8);</li> <li>• Энергоснабжение и водоснабжение, а также подъездные пути к любым вышеперечисленным объектам;</li> <li>• Доступность рабочей силы после бедствия.</li> </ul>





## Основной принцип 05: Беречь естественные буферные зоны, чтобы усилить возможности защиты, предлагаемой природными экосистемами

### Дополнение – Управление экосистемными услугами, которые влияют на здоровье населения

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
A5	Управление экосистемными услугами, которые влияют на здоровье населения (Основной принцип 5)			
A5.1	<b>Сохранение полезных для здоровья населения экосистемных услуг</b>	Насколько хорошо поставлена работа по выявлению и охране полезных для здоровья населения экосистемных услуг?	<p>5 – Все соответствующие экосистемные услуги выявляются, охраняются и, по оценкам специалистов, пребывают в отличном состоянии.</p> <p>4 – Все соответствующие экосистемные услуги выявляются, и в теории, охраняются, но, возможно, находятся не в лучшем состоянии.</p> <p>3 – Выявлены некоторые, но не все соответствующие экосистемные услуги. Те, которые выявлены, в теории, охраняются, но, возможно, находятся не в лучшем состоянии.</p> <p>2 – Значительные пробелы в практике выявления и охраны соответствующих экосистемных услуг. Благополучие некоторых экосистемных услуг, за состоянием которых ведется наблюдение, вызывает серьезные вопросы.</p> <p>1 – Предпринимаются минимальные усилия по выявлению и защите соответствующих экосистемных услуг. Множество проблем с состоянием и благополучием тех экосистемных услуг, которые были выявлены.</p> <p>0 – Никакие попытки выявить или защитить соответствующие экосистемные услуги и высокая вероятность того, что они будут признаны серьезно нарушенными, если они будут определены.</p>	<p>Примеры полезных для здоровья населения экосистемных услуг, включают, среди прочего, следующие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Естественная фильтрация воды (благодаря водно-болотным угодьям или водоносным пластам);</li> <li>• Лесной покров для уменьшения эффекта тепловых куполов или уменьшения загрязнения воздуха;</li> <li>• Виды, которые питаются комарами и другими потенциальными переносчиками болезней;</li> <li>• Продукты питания (например, рыба), земля для ключевых элементов питания.</li> </ul>



## Основной принцип 06: Укрепление организационного потенциала для обеспечения устойчивости

### Дополнение – Согласование планов развития здравоохранения и организационного потенциала

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
<b>А6</b>	<b>Согласование планов развития здравоохранения и организационного потенциала (Основной принцип 6)</b>			
А6.1	<b>Наличие медицинских работников, имеющих соответствующие компетенции и навыки для обеспечения устойчивости к бедствиям</b>	Оцените обеспеченность города кадрами, владеющими навыками и компетенциями, которые требуются для планирования и поддержания систем и служб здравоохранения с учетом вопросов обеспечения устойчивости к бедствиям.	<p>5 – Все необходимые компетенции и навыки работников определены и признаны отвечающими задачам планирования на случай бедствий, поддержания служб здравоохранения и восстановления после бедствий, как с точки зрения глубины навыков, так и количества их носителей.</p> <p>4 – Все необходимые навыки определены, но выявлен незначительный дефицит определенных навыков или количества людей, ими владеющих.</p> <p>3 – Все необходимые навыки определены, но выявлен значительный дефицит навыков и количества людей, ими владеющих.</p> <p>2 – Необходимые навыки определены не полностью и выявлен значительный дефицит навыков и количества людей, ими владеющих.</p> <p>1 – Слабые попытки определения необходимых навыков – дефицит навыков и владеющих ими специалистов во всех областях.</p> <p>0 – Данный вопрос вообще не рассматривался.</p>	<p>Принцип 8 в основном Оценочном листе касается количества врачей, медицинских сестер и сотрудников служб реагирования и имеющихся у них навыков. Пользователи могут выбрать, включать ли эти данные в данный инструмент оценки.</p> <p>Как указано в концепции КЧСРБ по здравоохранению, упоминавшейся выше, основные навыки в области здравоохранения включают, среди прочего, навыки следующих специалистов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Врачи, медсестры и другие работники здравоохранения, которые не были учтены в основном Оценочном листе (Принцип 8);</li> <li>• Сотрудники служб экстренного реагирования, которые не учтены в основном Оценочном листе (Принцип 8);</li> <li>• Другие работники больницы или медицинского учреждения;</li> <li>• Психиатрическая служба – врачи, медсестры;</li> <li>• Работники, обеспечивающие уход на дому;</li> <li>• Фармацевты;</li> <li>• Специалисты по гигиене окружающей среды (включая экспертов по водоснабжению и санитарии, специалистов по контролю качества пищевых продуктов и по борьбе с переносчиками инфекций)</li> <li>• Эпидемиологи;</li> <li>• Врачи-лаборанты и другой персонал лабораторий;</li> <li>• Работники цепочек снабжения.</li> </ul>
А6.2	<b>Предоставление данных системы здравоохранения другим заинтересованным сторонам</b>	В каком объеме предоставляются данные здравоохранения об уязвимых местах, возможностях здравоохранения и рисках, а также оповещения о вспышках заболеваний другим заинтересованным сторонам, которым это необходимо?	<p>5 – определены соответствующие данные и сведения. Качественные данные гарантированно распространяются среди всех заинтересованных сторон, которые в них нуждаются, включая общественность, если это применимо.</p> <p>4 – Определены все ключевые данные и сведения в области здравоохранения. Качественные данные системы здравоохранения гарантированно распространяются среди большинства заинтересованных сторон, включая общественность, если это применимо.</p> <p>3 – Большинство данных определены и распространяются, но они их качество и надежность могут быть ниже, и они предоставляются ограниченному кругу заинтересованных сторон.</p> <p>2 – Некоторые данные и сведения предоставляются только одной или двум заинтересованным сторонам; известно, что качество и надежность данных низкие.</p> <p>1 – Слабые попытки определения необходимых данных и их распространения. Предоставляемые данные неточны и ненадежны.</p> <p>0 – Необходимые данные системы здравоохранения не определены и не распространяются.</p>	<p>Термин "необходимые данные" в данном случае обозначает, среди прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Данные раннего предупреждения и эпиднадзора за вспышками заболеваний;</li> <li>• Данные о месторасположении, вместимости и состоянии объектов и учреждений здравоохранения, до и после бедствия;</li> <li>• Данные об уровне навыков и количестве имеющихся сотрудников;</li> <li>• Данные о проблемах снабжения;</li> <li>• Данные о вероятных последствиях бедствий – вероятные проблемы в области здравоохранения, ухудшение возможностей;</li> <li>• Данные о текущем состоянии, выполнении прогнозных результатов мер реагирования на бедствия и проблемах здоровья населения после бедствия – степень заболеваемости (включая хронические заболевания, группы населения, не получающие помощь и т.д.)</li> </ul> <p>Распространение данных может осуществляться из единого источника, например, через координатора по вопросам управления при ЧС.</p>

А6.2.1	<b>Предоставление других данных заинтересованным сторонам в системе здравоохранения</b>	Насколько хорошо поставлена работа по предоставлению данных из других критически важных систем заинтересованным сторонам в системе здравоохранения, которые в них нуждаются?	<p>5 – Необходимые данные и сведения других критически важных систем определены. Качественные данные гарантированно распространяются среди всех заинтересованных сторон в системе здравоохранения, которые в них нуждаются.</p> <p>4 – Все ключевые данные и сведения определены. Качественные данные гарантированно распространяются среди большинства заинтересованных сторон в системе здравоохранения.</p> <p>3 – Большинство данных определены и распространяются, но их качество и надежность могут быть ниже, и они предоставляются ограниченному кругу заинтересованных сторон в системе здравоохранения.</p> <p>2 – Некоторые данные и сведения предоставляются только одной или двум заинтересованным сторонам в системе здравоохранения. Известно, что качество и надежность данных низкие.</p> <p>1 – Слабые попытки определения необходимых данных и их распространения. Предоставляемые данные неточны и ненадежны.</p> <p>0 – Необходимые данные о критически важных системах не определены и не предоставляются заинтересованным сторонам в системе здравоохранения.</p>	<p>Термин "необходимые данные" в данном случае обозначает, среди прочего, следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изменения сценариев риска (Основной принцип 2), которые влияют на здоровье населения;</li> <li>• Прогнозы (например, о погодных явлениях) и сведения о фактических масштабах и интенсивности бедствий;</li> <li>• Состояние других критически важных систем (например, энергоснабжения, водоснабжения, подъездных путей) и вероятное влияние на здоровье населения.</li> </ul>
А6.2.2	<b>Защита индивидуальной медицинской документации и доступ к ней</b>	В какой степени записи о состоянии здоровья граждан и прописанных лекарствах защищены от уничтожения при бедствии и доступны после бедствия?	<p>5 – Все медицинские записи граждан (о состоянии здоровья, выписанные рецепты) хранятся в безопасном месте, а также доступны работникам служб экстренного реагирования (например, тем, кто предоставляет медицинскую помощь во временных убежищах, больницах, куда могут доставляться пострадавшие).</p> <p>4 – Медицинские карты граждан в основном хранятся в безопасном месте и доступны, за некоторыми незначительными исключениями, например, относящимися к некоторым медицинским специалистам или некоторым небольшим группам населения, проживающего в отдаленных местах.</p> <p>3 – Медицинские записи в основном хранятся в безопасном месте, но могут быть недоступны из-за проблем со связью, которые, скорее всего, возникнут после бедствия.</p> <p>2 – Более существенные пробелы в обеспечении безопасности медицинской документации.</p> <p>1 – Серьезные пробелы – данные значительных групп населения могут быть утрачены.</p> <p>0 – Попытки обеспечить безопасность или доступность медицинской документации не предпринимаются.</p>	<p>Медицинские карты граждан должны быть защищены от риска уничтожения или повреждения (в идеале, с помощью систем резервного копирования, расположенных за пределами соответствующего района и / или создания избыточных систем). Кроме того, они должны быть доступны после бедствий, которые могут привести к большому числу травм или ситуациям, когда медицинская помощь оказывается во временных убежищах специалистами, не знакомыми с историей болезни пострадавших. Могут возникнуть затруднения в связи с хранением резервных данных за пределами зоны бедствия и доступностью данных после возникновения ЧС – это подразумевает необходимость устойчивой связи между районом бедствия и местом, где хранятся резервные данные.</p> <p>Также могут возникнуть противоречия между нормативными актами, регулирующими защиту и раскрытие данных о состоянии здоровья, и требованиями по обеспечению устойчивости и реагированию на бедствия. В некоторых странах (например, в Японии), чтобы решить эту проблему, людей просят хранить свои медицинские карточки с наклеенными на них копиями рецептов, которые они предъявляют при поступлении во временные убежища – хотя эти карточки могут быть утеряны, и для такой системы может потребоваться разработка соответствующего закона.</p>



## Основной принцип 07: Иметь ясное представление о потенциале восстановления общества и работать над его повышением

### Дополнение – Согласование планов развития здравоохранения и потенциала общества

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
A7	<b>Согласование планов развития здравоохранения и потенциала общества (Основной принцип 7)</b>			
A7.1	<b>Способность системы здравоохранения эффективно вовлекать представителей сообщества в мероприятия по управлению риском бедствий</b>	Насколько хорошо сообщество понимает и способно выполнять свои функции по поддержанию надлежащего уровня здоровья и благосостояния населения до, во время и после бедствия?	<p>5 – Жители каждого сообщества или района города понимают, принимают и могут выполнять возлагаемые на них функции до, во время и после бедствия под руководством уполномоченной организации.</p> <p>4 – 90% жителей сообщества понимают, принимают и способны выполнять возлагаемые на них функции.</p> <p>3 – 75% членов сообщества в целом понимают и способны выполнять ключевые элементы своих функций.</p> <p>2 – Меньше половины членов сообщества понимают свои функции, но при наступлении таких ситуаций могут выполнять их лишь частично.</p> <p>1 – Члены сообщества очень слабо представляют свои функции в поддержании здоровья населения и имеют крайне низкие возможности их исполнения.</p> <p>0 – Функции сообщества фактически не определены или не доведены до сведения членов сообщества. О способности населения выполнять эти функции данных нет.</p>	<p>Функции сообщества, в числе прочего, могут включать следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эпидемиологический надзор на уровне сообществ (выявление, мониторинг и оповещение);</li> <li>• Тестирование качества воздуха и воды (исследования с привлечением добровольцев – гражданская наука);</li> <li>• Осведомленность;</li> <li>• Помощь людям, страдающим хроническими заболеваниями (например, помощь в доставке и распределении лекарств);</li> <li>• Распространение информации от органов здравоохранения;</li> <li>• Распределение ресурсов (например, бутилированной воды, подгузников, одеял);</li> <li>• Помощь людям с ограничениями физического или психического здоровья, поддержка уязвимых групп населения (например, пожилых, бедных);</li> <li>• Оказание помощи семьям с новорожденными и маленькими детьми;</li> <li>• Передача сведений о существующих потребностях медицинским работникам и сотрудникам аварийных служб.</li> </ul> <p>Уполномоченными организациями могут быть общественные организации и сети реагирования на чрезвычайные ситуации, местные больницы или врачебные кабинеты, если таковые имеются, или – при условии проведения обучения – кружки учащихся, религиозные или другие группы членов сообщества.</p>

A7.1.2	<b>Доступ сообщества к информации, касающейся здоровья населения, и доверие к ней</b>	Насколько полную информацию, касающуюся здоровья населения, получают сообщества, в какой мере они ей доверяют и готовы действовать на основании этой информации?	<p>5 – Опыт предыдущих бедствий доказывает, что все сообщества получают рекомендации об охране здоровья, доверяют им и действуют в соответствии с ними.</p> <p>4 – Ожидается, что рекомендации об охране здоровья будут получены большинством жителей, которые отнесутся к ним с доверием и будут действовать сообразно с ними.</p> <p>3 – Некоторые сообщества или другие подгруппы могут не получить информацию, касающуюся здоровья населения, не согласиться с ней или не принимать соответствующих мер.</p> <p>2 – Более 50% жителей города могут не получить важную информацию, касающуюся здоровья населения, после бедствия, не согласиться с ней или не принимать соответствующих мер.</p> <p>1 – Информация, касающаяся здоровья населения, предоставляется бессистемно и не вызывает доверия.</p> <p>0 – Попытки передать информацию, касающуюся здоровья населения, даже не предпринимаются.</p>	<p>Информация, касающаяся здоровья населения, охватывает, помимо прочего, следующие потребности после бедствия:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оповещения о загрязнении (например, кипятить воду, рекомендации не выходить из дома);</li> <li>• Рекомендации по вопросам гигиены при ЧС и профилактики заболеваний;</li> <li>• Рекомендации по безопасности пищевых продуктов;</li> <li>• Рекомендации по уходу за людьми с предшествующими психическими или соматическими заболеваниями;</li> <li>• Рекомендации для людей с хроническими заболеваниями (например, сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, респираторные заболевания и т.д.);</li> <li>• Информация о вспышках заболеваний, признаках и симптомах болезни, когда и куда обращаться за помощью и лечением;</li> <li>• Расположение пунктов неотложной медицинской помощи.</li> </ul> <p>Общественность также должна знать о том, что является безопасным и небезопасным с точки зрения здравоохранения до, во время и после бедствия?</p> <p>Меры безопасности касаются (среди прочего):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Продуктов питания (что есть можно, а что нет);</li> <li>• Воды (питьевой она качества или нет);</li> <li>• Качества воздуха или риска вдыхания опасных веществ;</li> <li>• Информирования населения о существовании определенных опасных зон</li> <li>• Соблюдения мер безопасности при входе в здания после бедствия;</li> <li>• Безопасности транспортных маршрутов;</li> <li>• Другие требования, касающиеся поведения, такие как дополнительные меры гигиены.</li> </ul>
A7.2	<b>Способность сообщества "вернуться к нормальной жизни" – психическое здоровье</b>	Насколько полно удовлетворяются потребности сообщества в области охраны психического здоровья?	<p>5 – Существуют общественные организации, группы психосоциальной поддержки, учебные заведения, центры по преодолению последствий психологических травм и психотерапевты. Они оснащены всем необходимым для решения всего спектра вопросов в сфере психического здоровья населения для каждого района, независимо от уровня благосостояния, возраста, демографических характеристик и т.д.</p> <p>4 – Деятельностью таких структур охвачено более 75% городских кварталов. Имеются общественные группы поддержки и центры по преодолению последствий психологических травм.</p> <p>3 – Деятельностью таких структур охвачено от 50 до 75% городских кварталов.</p> <p>2 – Деятельностью таких структур охвачено от 25 до 50% городских кварталов.</p> <p>1 – Существуют планы наладить взаимодействие с населением, но они пока почти нигде не реализованы кроме одного или двух городских кварталов.</p> <p>0 – Меры, направленные на удовлетворение потребностей населения в области психического здоровья, не принимаются.</p>	<p>Общественные организации должны включать группы поддержки пострадавших в результате бедствий. Для устранения последствий бедствий, включая посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) и потрясения в связи с утратой близких людей необходимо предусмотреть неотложную психосоциальную помощь, центры по преодолению последствий психологических травм и услуги психотерапевтов.</p> <p>Основной принцип 10 также касается устранения долгосрочных психологических последствий среди пострадавших групп населения и сотрудников служб экстренного реагирования.</p>



## Основной принцип 08: Повышать устойчивость объектов инфраструктуры

### Дополнение – Согласование вопросов развития здравоохранения и устойчивости инфраструктуры

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
A8	Согласование вопросов развития здравоохранения и устойчивости инфраструктуры (Основной принцип 8)			
A8.1	Повышение структурной и неструктурной безопасности и функциональности объектов инфраструктуры здравоохранения, не учитываемых в Основном принципе 8	Каков уровень устойчивости инфраструктуры здравоохранения (помимо больниц)?	<p>5 – Вся инфраструктура здравоохранения, включая службы, от которых она зависит, способна выдержать воздействие "наиболее неблагоприятного" сценария с минимальными перебоями в предоставлении услуг.</p> <p>4 – Вся инфраструктура здравоохранения, включая службы, от которых она зависит, способна выдержать воздействие "наиболее вероятного" сценария с минимальными перебоями в предоставлении услуг.</p> <p>3 – Работа инфраструктуры здравоохранения будет серьезно нарушена в случае "наиболее неблагоприятного" сценария, но предоставление некоторых услуг будет продолжаться для 75% населения города. Однако большинство последствий при "наиболее вероятном" сценарии удастся смягчить.</p> <p>2 – Работа инфраструктуры здравоохранения будет серьезно нарушена в случае "наиболее вероятного" сценария, но предоставление некоторых услуг будет продолжаться для 75% населения города; и для 50% населения в случае "наиболее неблагоприятного" сценария.</p> <p>1 – Инфраструктура здравоохранения будет значительно нарушена или станет недоступной для более чем 50% населения города. В случае реализации "наиболее неблагоприятного" сценария она фактически перестанет функционировать.</p> <p>0 – Кроме больниц никакой инфраструктуры нет вообще.</p>	<p>Принцип 8 в основном Оценочном листе касается больниц и распределения продуктов питания. Пользователи могут выбрать, включать ли эти данные в данный инструмент оценки. Другие ключевые учреждения здравоохранения могут включать, среди прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Больницы, которые не учтены в основном Оценочном листе (Принцип 8);</li> <li>• Клиники на базе сообществ, центры здоровья и учреждения сестринского ухода, особенно обслуживающие целевые районы (например, отделения диализа, ожоговые отделения);</li> <li>• Аптеки и диспансеры;</li> <li>• Центры питания;</li> <li>• Пункты обогрева или охлаждения;</li> <li>• Лаборатории и центры тестирования;</li> <li>• Объекты, на базе которых может быть организована изоляция.</li> <li>• Учреждения интернатного типа и дома для престарелых;</li> <li>• Предметы медицинского назначения, а также логистические объекты и цепочки снабжения;</li> <li>• Пункты раздачи продовольствия и лекарств в чрезвычайных ситуациях, если они не учтены в основном Оценочном листе (Принцип 8).</li> <li>• Службы инфекционного контроля в медицинских учреждениях</li> <li>• Доступность рабочей силы после бедствия.</li> </ul> <p>Оценка должна учитывать устойчивость медицинских учреждений к потере ключевой вспомогательной инфраструктуры, такой как системы связи, энергоснабжения, водоснабжения и санитарии, транспорта, поставок топлива, поддержания правопорядка и т.д.</p>



A8.2	<p><b>Потенциал экстренной мобилизации инфраструктуры здравоохранения, не учтенный в рамках Основного принципа 8</b></p>	<p>В какой степени больницы и центры неотложной помощи способны справиться с внезапным притоком больных?</p>	<p>5 – Потенциал экстренной мобилизации достаточен для удовлетворения дополнительных потребностей в области здравоохранения, которые могут возникнуть в результате "наиболее неблагоприятного" сценария. Этот потенциал проверяется либо в условиях реальных событий, либо в ходе учений – мобилизация ресурсов может быть проведена в течение 6 часов.</p> <p>4 – Потенциал экстренной мобилизации достаточен для удовлетворения дополнительных потребностей в области здравоохранения, которые могут возникнуть в результате "наиболее вероятного" сценария. Этот потенциал проверяется либо в условиях реальных событий, либо в ходе учений – мобилизация ресурсов может быть проведена в течение 6 часов.</p> <p>3 – Потенциал мобилизации существует, но согласно имеющимся фактам или предположениям, в случае "наиболее вероятного" сценария могут проявиться незначительные недостатки. Мобилизация ресурсов может быть проведена в течение 6 часов. В случае "наиболее неблагоприятного" сценария возникнут более серьезные пробелы по территориальному охвату или видам предоставляемых услуг. Мобилизация ресурсов может быть проведена только в течение 12 часов.</p> <p>2 – Потенциал мобилизации существует, но известно, что в нем имеются более существенные пробелы по территориальному охвату или видам предоставляемых услуг. Мобилизация ресурсов может быть проведена только в течение 12 часов. Потенциал мобилизации на случай "наиболее неблагоприятного" сценария не оценивался.</p> <p>1 – Потенциал мобилизации теоретически существует, но его оценка и тестирование на предмет возникновения "наиболее вероятного" сценария не проводились.</p> <p>0 – Потенциал экстренной мобилизации не определен.</p>	<p>При оценке потенциала экстренной мобилизации следует учитывать возможности систем оказания помощи при большом количестве пострадавших, включая функции учреждений здравоохранения. Эта оценка должна учитывать предполагаемое число потерянных критически важных койко-дней и приблизительный объем медицинских товаров первой необходимости для лечения травм и людей с хроническими заболеваниями.</p> <p>Эта оценка должна учитывать возможности доступа ключевых врачей и других медицинских работников в критически важные медицинские учреждения для оказания медицинской помощи в случае бедствий.</p> <p>Необходимый потенциал экстренной мобилизации может быть обеспечен путем заключения договоренностей о взаимопомощи с учреждениями в соседних районах, но в этом случае нужно быть уверенным в бесперебойной работе путей транспортного сообщения для обеспечения доступа к этим учреждениям.</p> <p>Потенциал мобилизации включает в себя медицинский и другой персонал, учреждения, товары и материалы (например, средства индивидуальной защиты), а также другие объекты инфраструктуры, которые поддерживают работу сектора здравоохранения.</p>
------	--	--	--	--

<p><b>A8.3</b></p>	<p><b>Непрерывность ухода за теми, кто уже болен, если это не учитывается в Основном принципе 8.</b></p>	<p>В какой степени возможно поддерживать уход за теми, кто уже болен или зависит от посторонней помощи?</p>	<p>5 – Уход может обеспечиваться в случае "наиболее неблагоприятного" сценария для всех категорий существующих больных. Известно, что транспортные средства и пути сообщения обладают необходимым потенциалом и запасом устойчивости, который позволит переместить больных в случае необходимости в другое место.</p> <p>4 – Уход может обеспечиваться в случае "наиболее вероятного" сценария для всех категорий существующих больных. Известно, что транспортные средства и пути сообщения обладают необходимым потенциалом и запасом устойчивости, который позволит переместить больных в случае необходимости в другое место.</p> <p>3 – Уход за некоторыми категориями больных в случае "наиболее вероятного" сценария может быть осложнен. Перемещение некоторых больных в другие места может оказаться проблематичным. Более масштабные последствия для ухода за некоторыми категориями больных в случае "наиболее неблагоприятного" сценария. Перемещение многих больных может оказаться проблематичным.</p> <p>Более масштабные последствия для ухода за некоторыми категориями больных в случае "наиболее вероятного" сценария. Перемещение многих больных может оказаться проблематичным. В случае реализации "наиболее неблагоприятного" сценария уход за большинством существующих больных будет серьезно затруднен, а их перемещение скорее всего будет возможно только в самых экстренных случаях.</p> <p>1 – В случае реализации "наиболее вероятного" сценария уход за большинством существующих больных будет серьезно затруднен, а их перемещение скорее всего будет возможно только в самых экстренных случаях. В случае реализации "наиболее неблагоприятного" сценария уход за существующими больными будет совершенно прекращен.</p> <p>0 – При реализации "наиболее вероятного" сценария уход за существующими больными будет совершенно или почти полностью прекращен.</p>	<p>Эта оценка должна учитывать предполагаемое число потерянных критически важных койко-дней и приблизительный объем медицинских товаров первой необходимости.</p>
--------------------	--	---	---	---



## Основной принцип 09: Обеспечить эффективное реагирование на бедствия

### Дополнение – Согласование планов по охране здоровья населения и реагирования на бедствия

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
A9	Согласование планов по охране здоровья населения и реагирования на бедствия (Основной принцип 9)			
A9.1	Системы раннего оповещения о чрезвычайных ситуациях, связанных со здоровьем населения	Насколько хорошо организованы системы раннего оповещения о возможных чрезвычайных ситуациях, которые потенциально могут повлиять на состояние здоровья населения?	<p>5 – Существует всесторонняя и эффективная система мониторинга, обеспечивающая эффективное заблаговременное оповещение для устранения риска и последствий для здоровья населения в случае реализации любых угроз, выявленных для данного города. Они обеспечат достаточный запас времени для принятия ответных мер (насколько позволяют современные технологии). Оповещения считаются заслуживающими доверия и учитывающими специфику города.</p> <p>4 – Существует комплексная система мониторинга, пусть даже она не всегда работает максимально эффективно. Системы оповещения существуют, но интервал между оповещением и наступлением события меньше, чем позволяют современные технологии. Оповещения считаются заслуживающими доверия и учитывающими местную специфику.</p> <p>3 – Существующая система мониторинга наиболее вероятных рисков для здоровья населения в целом эффективна, но она не охватывает один или несколько ключевых факторов риска. Мониторинг некоторых угроз не ведется, и интервал между оповещением и наступлением события меньше, чем позволяют современные технологии.</p> <p>2 – Система мониторинга существует, но имеет значительные пробелы. Интервал между оповещением и наступлением события меньше, чем позволяют современные технологии, кроме того могут быть ложные срабатывания. Поэтому могут существовать сомнения относительно надежности оповещений.</p> <p>1 – Мониторинг в лучшем случае ведется на примитивном уровне, а оповещений может не быть совсем. Оповещения воспринимаются как случайные и не заслуживающие доверия. Их скорее всего проигнорируют.</p> <p>0 – Мониторинг или оповещения отсутствуют.</p>	

<p><b>A9.2</b></p>	<p><b>Интеграция здравоохранения в систему управления при чрезвычайных ситуациях</b></p>	<p>В какой степени сектор здравоохранения и соответствующие специалисты интегрированы в систему управления при чрезвычайных ситуациях?</p>	<p>5 – Сектор здравоохранения полностью представлен и задействован в системе управления при чрезвычайных ситуациях и участвует в принятии всех решений, связанных с ЧС. Взаимодействие было проверено в рамках учений (в течение последнего года) или при реагировании на реальные события.</p> <p>4 – Здравоохранение интегрировано в систему управления при ЧС, но участие обеспечивается удаленно (по телефону, через обмен сообщениями). Эффективность взаимодействия проверялась, но это было более 12 месяцев назад.</p> <p>3 – Здравоохранение представлено в системе управления при ЧС, но эффективность взаимодействия не проверялась уже в течение 3 лет; или же представлено не полностью – некоторые ключевые аспекты не учитываются.</p> <p>2 – Процедуры предотвращения и ликвидации последствий бедствий предусматривают проведение консультаций с органами здравоохранения, но только не в ходе событий, а после их завершения. Проверки эффективности процедур не проводятся.</p> <p>1 – Органы, отвечающие за предотвращение и ликвидацию последствий бедствий иногда консультируются по телефону со специалистами и представителями учреждений здравоохранения.</p> <p>0 – Здравоохранение фактически никак не участвует в системе предотвращения и ликвидации последствий бедствий.</p>	<p>В этом пункте оценивается качество и надежность механизмов взаимодействия между сектором здравоохранения, специалистами в области здравоохранения (как определено выше) и другими службами экстренного реагирования, касающихся вопросов планирования и управления, включая меры реагирования.</p>
<p><b>A9.3</b></p>	<p><b>Учет групп повышенного риска или лиц, находящихся дома и имеющих хронические заболевания</b></p>	<p>В какой степени учитываются потребности групп повышенного риска, таких как граждане с уже существующими заболеваниями, инвалидностью или потерей каких-либо функций, которые могут нуждаться в дополнительной поддержке?</p>	<p>5. Определены все граждане на всей территории города, которым может потребоваться дополнительная поддержка или специальные меры, и выделены ресурсы для оказания им помощи.</p> <p>4. Определены 95% граждан на всей территории города, которым может потребоваться дополнительная поддержка или специальные меры, и выделены ресурсы для оказания им помощи.</p> <p>3. Определены 75% граждан на всей территории города, которым может потребоваться дополнительная поддержка или специальные меры, и выделены ресурсы для оказания им помощи.</p> <p>2. Определены 50% граждан на всей территории города, которым может потребоваться дополнительная поддержка или специальные меры, но нет ресурсов для оказания помощи им всем.</p> <p>1. Определены менее 50% граждан, которым может потребоваться дополнительная поддержка или специальные меры, однако в планах по оказанию им помощи имеются значительные пробелы.</p> <p>0 – Планов по выявлению граждан, которым может понадобиться дополнительная помощь, и оказанию им дополнительной поддержки нет.</p>	<p>Граждане, которым может потребоваться дополнительная поддержка или конкретные меры, включают, среди прочего, следующие категории людей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Дети, пожилые люди и ухаживающие за ними лица;</li> <li>• Люди с ограниченными возможностями и потерей некоторых функций, например, с нарушением двигательной функции;</li> <li>• Больные с множественными заболеваниями, больные, которым требуется диализ, или другие больные, пользующиеся сложным медицинским оборудованием в домашних условиях;</li> <li>• Лица (например, больные диабетом или астмой), которым требуются дополнительные лекарства;</li> <li>• Лица, имеющие временные медицинские потребности, например, беременные;</li> <li>• Люди, страдающие психическими заболеваниями или с отклонениями психики.</li> </ul>

<p><b>A9.4</b></p>	<p><b>Способность снабжения нуждающихся товарами, необходимыми для поддержания здоровья населения.</b></p>	<p>В какой степени город способен поставлять товары и оборудование, необходимые для поддержания здоровья населения во время и после бедствия?</p>	<p>5 – Существует исчерпывающий перечень необходимых наименований, а апробированные планы обеспечат их быструю доставку всему населению.</p> <p>4 – Перечень существует, но, возможно, он не является исчерпывающим, а планы не были апробированы или не вполне отвечают потребностям всего города.</p> <p>3 – Перечень существует, и ключевые наименования будут доступны для 75% населения.</p> <p>2 – Перечень отсутствует, но по некоторым наименованиям имеются запасы и резервы. Возможности распределения запасов с охватом 50% населения.</p> <p>1 – Некоторые запасы ключевых товаров существуют, но никакие попытки планирования не предпринимаются и механизмы распределения, даже если они существуют, вряд ли способны справиться с этой задачей.</p> <p>0 – Никакие меры по решению этого вопроса не предпринимаются.</p>	<p>Товары, которые в случае чрезвычайной ситуации необходимо доставлять в сообщества, жилые районы и места временного укрытия включают, в числе прочего:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оборудование, обеспечивающее резервные мощности энергосистемы или холодной цепи для материалов, которые должны храниться при определенной температуре;</li> <li>• Предметы снабжения для оказания первой помощи и инфекционного контроля;</li> <li>• Вода, таблетки и оборудование для очистки воды;</li> <li>• Предметы снабжения для соблюдения правил гигиены и санитарии;</li> <li>• Товары, необходимые маленьким детям;</li> <li>• Снабжение распространенными лекарственными препаратами и медицинским оборудованием для домашнего использования в соответствующих дозировках и комплектации для каждой группы населения;</li> <li>• Средства индивидуальной защиты (СИЗ);</li> <li>• Продукты питания с учетом культурных и возрастных особенностей населения.</li> </ul> <p>В некоторых странах министерства здравоохранения и агентства по чрезвычайным ситуациям специально определяют перечни таких наименований.</p>
--------------------	--	---	---	---



## Основной принцип 10: Ускорить процесс восстановления, причем вновь отстраиваемые здания должны отвечать более высоким стандартам устойчивости

Дополнение – Согласование планов действий в области здравоохранения и планов восстановления с учетом более высоких стандартов

Ссылка	Тема / Проблематика	Вопрос / Область оценки	Ориентировочная шкала измерения	Примечания
<b>A10</b>	<b>Согласование планов действий в области здравоохранения и планов восстановления с учетом более высоких стандартов (Основной принцип 10)</b>			
<b>A10.1</b>	<b>Смягчение долгосрочных последствий для здоровья и благосостояния населения</b>	Существуют ли комплексные планы действий по охране здоровья населения после бедствий?	<p>5 – Существуют комплексные планы, учитывающие долгосрочные потребности охраны здоровья населения в случае реализации "наиболее вероятного" и "наиболее неблагоприятного" сценария.</p> <p>4 – Существуют комплексные планы, учитывающие долгосрочные потребности охраны здоровья населения в случае реализации "наиболее вероятного" сценария.</p> <p>3 – Существуют планы на случай "наиболее вероятного" события, но они имеют ряд недостатков. Планы на случай "наиболее неблагоприятного" сценария имеют более значительные недостатки.</p> <p>2 – Существуют планы на случай "наиболее вероятного" события, но они имеют ряд серьезных недостатков. Планы совершенно не соответствуют параметрам "наиболее неблагоприятного" сценария.</p> <p>1 – Существуют планы на случай "наиболее вероятного" события, но они совершенно не отвечают параметрам угрозы.</p> <p>0 – Никаких планов нет.</p>	<p>Комплексный план здравоохранения должен включать (среди прочего):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Влияние бедствий на ситуацию с неинфекционными заболеваниями;</li> <li>• Долгосрочный план, направленный на удовлетворение потребностей пострадавшего населения и сотрудников служб экстренного реагирования в психосоциальной помощи;</li> <li>• Реабилитационные услуги;</li> <li>• Восстановление служб здравоохранения и экологической безопасности до уровня, существовавшего до возникновения бедствий, и снижение риска таких событий в будущем;</li> <li>• Поддержание профилактических медицинских услуг, таких как иммунизация (с которой часто возникают проблемы в связи с нарушением холодной цепи);</li> <li>• Хранение и распределение лекарственных препаратов;</li> <li>• Распределение продовольствия;</li> <li>• Управление водоснабжением;</li> <li>• Потребности работников.</li> </ul>
<b>A10.2</b>	<b>Обучение и совершенствование навыков</b>	Существует ли официально утвержденный механизм, позволяющий извлечь уроки из показателей работы системы здравоохранения до, во время и после бедствий?	<p>5 – Утвержденный механизм существует и позволяет извлечь уроки из деятельности органов здравоохранения и других структур. Механизм уже использовался и дал осязаемые результаты.</p> <p>4 – Утвержденный механизм существует и позволяет извлечь уроки из деятельности органов здравоохранения и других структур. Механизм пока не применялся, поскольку не было бедствий.</p> <p>3 – Обучение будет проводиться на базе механизма анализа работы органов здравоохранения, но он является односторонним или только двусторонним – извлеченные уроки остаются в пределах функциональной сферы здравоохранения, и нет никаких попыток интегрировать уроки здравоохранения с другими дисциплинами в городе. Аналогичным образом, здравоохранение не может повлиять на обучение в других отраслях.</p> <p>2 – Фактически никакого официально определенного механизма не существует, однако разрозненные мероприятия по извлечению уроков либо уже проводились, либо планируются в случае возникновения бедствий в будущем.</p> <p>1 – Разрозненные и скоротечные попытки изучить полученный опыт и усовершенствовать систему имели место в прошлом или ожидаются в будущем.</p> <p>0 – Попытки изучать полученный опыт или совершенствовать систему отсутствуют.</p>	