

# 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
A.2	Включение ЧС, связанных со здоровьем населения, в сценарии возникновения бедствий (Основной принцип 2)			
A2.1	<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	Сохранение полезных для здоровья населения экосистемных услуг	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	Согласование планов развития здравоохранения и потенциала общества (Основной принцип 7)			
A7.1	<b>Способность системы здравоохранения эффективно вовлечь 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 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 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>



<p>A8.2</p>	<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>	