Міркування щодо впровадження та коригування заходів громадського здоров’я та соціальних заходів у контексті COVID-19

Тимчасові настанови

Всесвітня організація охорони здоров’я

4 листопада 2020 року

Ключові моменти

• Заходи громадського здоров'я та соціальні заходи (далі - PHSM) виявились критично важливими для обмеження передачі COVID-19 та зменшення смертності.

• Рішення про введення, адаптацію чи скасування PHSM повинно базуватися в першу чергу на ситуативній оцінці інтенсивності передачі та здатності системи охорони здоров'я реагувати, але також має розглядатися з огляду на наслідки, які дані заходи можуть мати на загальне благополуччя суспільства та окремих осіб.

• Показники та запропоновані порогові значення використовуються для оцінки як інтенсивності передачі, так і здатності системи охорони здоров'я реагувати. Разом вони створюють основу для коригування PHSM. Заходи носять індикативний характер і потребують адаптації до місцевих контекстів.

• PHSM мають безперервно коригуватися відповідно до інтенсивності передачі та спроможностей системи охорони здоров'я на національному та регіональному рівнях.

• Після коригування PHSM до внесення змін необхідно проконсультувати та залучити громади.

Вступ

Даний документ є оновленням тимчасових настанов, опублікованих 16 квітня 2020 року під назвою «Міркування щодо коригування заходів громадського здоров’я та соціальних заходів у контексті COVID-19».

Заходи громадського здоров'я та соціальні заходи (PHSM) впроваджуються по всьому світу з метою обмеження передачі, зменшення смертності та захворюваності внаслідок COVID-19. PHSM включають немедикаментозні індивідуальні та соціальні втручання з метою боротьби з COVID-19.

Із розгортанням пандемії слід регулярно переглядати та адаптувати PHSM, а також оцінювати їх ефективність з точки зору контролю передачі SARS-CoV-2. Це вимагає швидкого прийняття рішень на основі постійних оцінок ситуації на максимально можливому місцевому адміністративному рівні. Такі оцінки мають базуватися на підході порівняння ризику до вигоди, що враховує інтенсивність передачі, спроможність системи охорони здоров'я реагувати, інші контекстуальні міркування (наприклад, майбутні події, які можуть змінити трансмісію або спроможності) та загальний стратегічний підхід до реагування на COVID-19 у конкретних умовах. Рішення щодо посилення, послаблення або запровадження PHSM з метою боротьби із COVID-19 мають бути зважені з урахуванням впливу цих заходів на суспільство та окремих осіб. Дані міркування включають вплив на економіку, безпеку, психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя, права людини, продовольчу безпеку, соціально-економічні нерівності, безперервність програм охорони здоров'я та громадського здоров'я, лікування та ведення інших станів, окрім COVID-19, ґендерно зумовлене насильство та громадські настрої, а також дотримання PHSM. Отже, загальний стан здоров’я та благополуччя громад має стояти на першому місці під час розгляду рішення про прийняття та впровадження PHSM.

PHSM включають заходи індивідуального захисту (такі як гігієна рук, респіраторний етикет, носіння масок); екологічні заходи (такі як прибирання, дезінфекція, вентиляція), заходи епіднагляду та реагування (включаючи відстеження контактів, ізоляцію та карантин); заходи фізичного дистанціювання (наприклад, обмеження кількості осіб на зустрічах, дотримання дистанції в громадських місцях або на робочих місцях, обмеження пересування вдома); та заходи, що пов'язані з міжнародними подорожами.1 Для забезпечення належного контролю, необхідно щоб PHSM діяли узгоджено та використовувалася їх комбінація. Заходи мають бути індивідуально підготовлені до найнижчого адміністративного рівня, для якого можлива оцінка ситуації, і можуть застосовуватися практично.

Зміни до попередньої версії

Даний документ містить настанови, які допоможуть державам-членам оцінити ситуацію на національному та субнаціональному рівнях, а також ключові рекомендації щодо впровадження PHSM. Документ слід читати спільно з тимчасовими настановами ВООЗ щодо Критичної готовності, підготовленості та дій щодо реагування на COVID-19,2 який охоплює кілька інших елементів готовності, підготовленості та реагування на COVID-19 поза межами PHSM.

Нова настанови містять кілька важливих змін. По-перше, документ надає оновлену класифікацію передачі, розділяючи «передачу в громаді» на чотири підкатегорії, від низької частоти захворюваності до дуже високої. Відповідний додаток містить переглянуті індикатори та порогові значення для класифікації передачі та поточного потенціалу системи охорони здоров’я. Далі документ надає матрицю оцінки ситуації, яка враховує класифікацію передачі та потенціал системи охорони здоров’я досягти загального Рівня ситуації. Нарешті, документ містить настанови щодо впровадження або коригування PHSM на кожному рівні ситуації.

Дані настанови призначені для осіб, які приймають рішення щодо громадського здоров'я та охорони здоров'я на всіх операційних рівнях (тобто на будь-якому рівні, на якому приймаються рішення про індивідуальні PHSM), та для технічних органів, що долучаються до цієї роботи у відповідних секторах (наприклад, залучення громади, освіта, соціальні послуги), підтримуючи або впливаючи на PHSM.

Сценарії передачі

Оцінка рівня передачі є ключовим фактором для оцінки загальної ситуації з COVID-19 у тій чи іншій місцевості, а отже, скеровує основні рішення щодо заходів реагування та адаптації заходів боротьби з епідемією.

Раніше ВООЗ визначила чотири сценарії передачі для описання динаміки епідемії: відсутність зареєстрованих випадків (включаючи як нульову трансмісію, так і відсутність виявлених та зареєстрованих випадків), спорадичні випадки, кластери випадків та передача в громаді.

Оскільки зараз багато країн зіткнулися із передачею в громаді та прагнуть адаптувати PHSM до різних рівнів інтенсивності, з метою надання більшої деталізації і було розроблено оновлення класифікації передачі. Також було розроблено цілу низку індикаторів для фіксації інтенсивності передачі, що сприяє прийняттю рішень.

Класифікація передачі в громаді (ПГ) наразі має чотири рівні, від низького (ПГ1) до дуже високого показника захворюваності (ПГ4). Отже, на даний момент існує сім категорій (наведені нижче визначення є скороченими; детальну інформацію про класифікації передачі можна знайти в Додатку до цього керівництва під назвою «Критерії громадського здоров'я для коригування заходів громадського здоров'я та соціальних заходів у контексті COVID-19»).

• Відсутність (активних) випадків

• Завезені / спорадичні випадки

•Кластери випадків

• ПГ1: Низька захворюваність на місцях із широко розосередженими випадками, що виявлені протягом останніх 14 днів

• ПГ2: Помірна захворюваність на місцях із широко розосередженими випадками, що виявлені протягом останніх 14 днів

• ПГ3: Висока захворюваність на місцях із широко розосередженими випадками протягом останніх 14 днів

• ПГ4: Дуже висока захворюваність на місцях із широко розосередженими випадками протягом останніх 14 днів

Класифікація рівня передачі для географічного району з часом змінюватиметься (покращуватиметься або погіршуватиметься), і різні географічні райони всередині країни, ймовірно, одночасно матимуть різні рівні передачі.

Для забезпечення інформування прийняття рішень PHSM з метою створення розуміння в громаді, що вона утримує реагування в сфері громадського здоров'я, слід впроваджувати стратегії залучення громад, які базуються на суб'єктивних оцінках громади, потребах та зворотному зв’язку. Процес визначення класифікації передачі викладений у Додатку нижче.

Потенціал реагування

Додатково до оцінки рівня передачі також необхідно розуміти наявний потенціал реагування системи охорони здоров'я. Залежно від того чи потенціал є достатнім, помірним чи обмеженим, однаковий рівень передачі може призводити до кардинально іншої ситуації та вимагати різного ступеня впровадження PHSM. Для цілей цього документа «потенціал реагування» охоплює як клінічну допомогу, так і послуги громадського здоров’я, і вимірюється як фактична спроможність (здатність) надавати послуги та показники ефективності цих послуг.

У Додатку нижче наведено метод оцінки потенціалу системи охорони здоров’я до реагування.

Оцінка ситуації з використанням рівня передачі та потенціалу реагування

Рішення про запровадження, адаптацію чи скасування PHSM або про нарощування потенціалу системи охорони здоров’я має базуватися на аналізі рівня передачі, потенціалу до реагування системи охорони здоров’я та інших контекстуальних факторів.

На підставі спільної оцінки даних факторів слід присвоїти Рівень ситуації певній географічній області, яка буде повідомляти чи необхідно і як саме коригувати PHSM (див. Таблицю 1). Оцінка має бути посилена шляхом вивчення кількісної та якісної інформації з кількох джерел, яку слід тріангулювати для забезпечення додаткової перевірки в реальних умовах на вже визначеному Рівні ситуації. Отримані **рівні ситуації мають розглядатися лише як індикативні,** оскільки вони можуть погано узгоджуватися з реагуванням, яке знадобиться в конкретному контексті. Наприклад, у невеликій острівній державі, що розвивається, з обмеженим потенціалом суворі PHSM можуть бути виправданими за відносно низького рівня передачі.

Показники слід регулярно контролювати (наприклад, щотижневий моніторинг), і відповідно оцінювати рівень ситуації, щоб інформувати про доцільність та вплив вжитих заходів PHSM та передбачати майбутні зміни.

Таблиця 1: Матриця оцінки рівня ситуації, що використовує показники рівня передачі та індикаторів потенціалу реагування для коригування PHSM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Потенціал реагування** | | |
| **Рівень передачі** | Адекватний | Помірний | Обмежений |
| Випадки відсутні | 0 0 | | 1 |
| Завезені / спорадичні випадки | 0 | 1 1 | |
| Кластери випадків | 1 1 | | 2 |
| Громада - ПГ1 | 1 | 2 2 | |
| Громада - ПГ2 | 2 2 | | 3 |
| Громада - ПГ3 | 2 | 3 3 | |
| Громада - ПГ4 | 3 3 | | 4 |

* **Рівень ситуації 0** відповідає ситуації, коли за попередні 28 днів не було випадків передачі SARS-CoV-2. Система охорони здоров’я та органи громадського здоров’я готові реагувати, але обмежень повсякденної діяльності бути не повинно.
* **Рівень ситуації 1 –** ситуація, коли діють основні заходи щодо запобігання передачі; або якщо випадки вже є, то боротьба з епідемією здійснюється за допомогою ефективних заходів щодо цих випадків або кластерів випадків з обмеженими та тимчасовими локальними порушеннями соціального та економічного життя.
* **Рівень ситуації 2** представляє ситуацію з низьким рівнем захворюваності в громаді або ризиком передачі в громаді, що виходить за межі кластерів. Для контролю передачі можуть знадобитися додаткові заходи. Водночас, порушення соціальної та економічної діяльності все ще можуть бути обмежені.
* **Рівень ситуації 3 –** ситуація передачі в громаді з обмеженим додатковим потенціалом реагувати та ризиком того, що медичні служби будуть перевантажені. Можливо, знадобиться залучати ширшу комбінацію заходів для обмеження передачі, ведення випадків та забезпечення епідемічного контролю.
* **Рівень ситуації 4** відповідає неконтрольованій епідемії з обмеженими або відсутніми додатковими можливостями реагування системи охорони здоров'я, що вимагає широких заходів для уникнення перевантаження служб охорони здоров'я та значного перевищення показників захворюваності та смертності.

Коригування заходів громадського здоров'я та соціальних заходів

**Основні принципи**

Рішення щодо запровадження, скасування чи посилення заходів та порядок в якому ці заходи мають відбуватися, повинні базуватися на таких керівних принципах:

* Перш за все слід розглядати заходи з найвищим рівнем прийнятності та доцільності, доведеною ефективністю, які мінімізують негативні наслідки для здоров'я та благополуччя всіх членів суспільства та економіки. Прийнятність та доцільність слід визначати шляхом активної дискусії з членами громади, щоб максимізувати ймовірність виконання та прихильності, тоді як ефективність та потенційні негативні наслідки PHSM слід оцінювати за допомогою доказової оцінки (наприклад, огляд наукової літератури, настанови ВООЗ тощо) та активного моніторингу впливу впроваджених PHSM.
* Як тільки ситуація погіршується, а ситуаційний рівень зростає, слід розглянути додаткові заходи. Затримки у запровадженні заходів призводили до збільшення смертності та потреби у більш жорстких заходах для відновлення контролю. Зокрема, слід докласти всіх зусиль для запобігання інтенсифікації передачі від «кластерів» до «передачі в громаді».
* Коли це можливо, заходи слід запроваджувати (або скасовувати) контрольованим, поетапним способом, щоб мати змогу краще зрозуміти вплив кожного окремого заходу на динаміку передачі.
* Дані епіднагляду за громадським здоров’ям та розслідування випадків і кластерів можуть надати важливу інформацію про умови передачі. Така інформація може допомогти у більш цільовому застосуванні або в інтенсифікації певного заходу PHSM без повсюдного застосування цих заходів для всіх.
* Із введенням жорстких заходів PHSM вразливі громади та соціально незахищені

особи можуть зіткнутися з невідкладними проблемами у задоволенні своїх основних життєвих потреб, таких як дохід, притулок та харчування. Дуже важливо, щоб ці основні потреби були задоволені до того, як будуть вжиті заходи. Це дозволить людям їх виконувати. Дуже важливо захистити вразливе та соціально незахищене населення шляхом здійснення конкретних заходів для їх підтримки, мобілізації ресурсів та залучення всіх відповідних секторів і громад для вивчення їх проблем та отримання зворотного зв'язку.

* Будь-яке рішення застосувати жорсткі PHSM має рівною мірою оцінювати вплив заходів (втрачені життя в короткостроковій та довгостроковій перспективі порівняно із врятованими як наслідок застосування PHSM).
* Захист вразливих груп населення (у тому числі тих, хто має клінічний ризик важкого захворювання [вік > 60 років та / або супутні захворювання, які підвищують ризик важкого перебігу COVID-19], та соціально незахищених груп, таких як маргіналізовані групи населення, мігранти та біженці, а також особи, що перебувають в умовах високої щільності населення / низької кількості ресурсів, та груп з низькими доходами) має бути центральним питанням у прийнятті рішення про запровадження, продовження чи скасування заходу.
* Політика, яка обмежує пересування між районами, має базуватися на оцінці їх відповідних рівнів передачі та потенціалу систем охорони здоров’я з метою уникнення повторного інфікування територій із нижчим показником передачі та мінімізації подальшого навантаження на вже навантажені системи охорони здоров’я. У всіх випадках, слід дозволяти пересування ключовим професіям, що необхідні для підтримки продовження надання основних послуг.
* При скасуванні PHSM слід враховувати потенційний вплив їх скасування на здатність системи швидко реагувати на будь-яке нове збільшення випадків.
* Для виявлення, тестування та ведення нових випадків, необхідно мати адекватний потенціал системи охорони здоров’я.
* Слід звести до мінімуму ризик спалахів захворювання в місцях проживання вразливих осіб. Це вимагає ідентифікації всіх основних факторів передачі COVID-19 (наприклад, різних типів закритих закладів) у місцевому контексті із застосуванням відповідних заходів для максимального фізичного дистанціювання та мінімізації ризику нових спалахів. Мають бути вжиті заходи для зменшення ризику внутрішньолікарняної передачі та спалахів в таких закладах, як пансіонати для літніх осіб.
* Ключові фактори передачі в оцінюваній місцевості мають бути добре зрозумілими, використовуючи дані місцевого епіднагляду, і в разі збільшення рівня захворюваності ці заходи мають реалізовуватися швидко. Особлива увага повинна приділятися запобіганню та ранньому виявленню потенційного суперпоширення.

Після коригування PHSM до внесення змін необхідно проконсультувати та залучити громади.3 З громадами, на які направлені PHSM, має бути розроблена чітка, лаконічна та прозора [комунікація,](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/risk-communication-and-community-engagement) включаючи доказове обґрунтування змін в заходах.

А саме:

* Громади мають отримати визначені функції щодо отримання інформації про те, коли і як буде впроваджено або скасовано PHSM.
* Громади матимуть вирішальне значення у впровадженні загальнодержавних PHSM та сприятимуть пом'якшенню соціального та економічного впливу певних заходів (наприклад, порушення в доступності харчування та інших необхідних запасів).

Для забезпечення швидкого визначення та звітування про соціальні зміни внаслідок змін PHSM слід створити механізми зворотного зв'язку.

Громади мають очолювати прийняття рішення, щоб забезпечити ухвалення заходів, які найкраще відповідають місцевим потребам (наприклад, враховуючи місцеві культурні практики) та збільшити ймовірність їх дотримання.

• Для забезпечення сталості зусиль, розбудови спроможностей шляхом навчання місцевих лідерів слід використовувати мережі на рівні місцевих громад.

• Реагування на інфодемію4, що виникла внаслідок перевантаження інформацією та дезінформацією щодо COVID-19, має відбуватися на всіх етапах реагування шляхом надання правильної інформації в правильний час правильним особам через канали, яким можна довіряти (наприклад, громадські та релігійні лідери, сімейні лікарі та інші впливові члени суспільства).

• Перед впровадженням будь-яких змін до PHSM слід розробити стратегію комунікації та залучення громад.3 Стратегію слід розробляти в консультаціях з відповідними заінтересованими сторонами з боку уряду, громадянського суспільства та громадських груп. Плани мають включати, як мінімум, поведінкові цілі, цільові аудиторії, пріоритетні канали та поєднання стратегій і заходів для інформування та залучення громадськості. Така ключова інформація, як обсяг та передбачувана тривалість вжитих заходів, має бути частиною пріоритетних посилів розроблених планів. Залучення громади має важливе значення не лише для дотримання та підтримки заходів громадського здоров’я, але також і для розробки адаптивних соціальних заходів та інформаційної підтримки прийняття рішень щодо PHSM.

**Впровадження PHSM на основі оцінки ситуації**

У таблиці 2 надано більш детальну інформацію про те, які типи заходів можуть бути застосовані для кожного рівня ситуації. Заходи на кожному рівні є індикативними (орієнтовними), оскільки деякі з них можуть бути більш або менш можливими чи доречними у конкретному контексті чи в конкретних місцевостях. Зверніть увагу, рекомендації щодо міжнародних поїздок можна знайти в [окремому документі.](https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel)5

Заходи мають бути обмежені в часі та регулярно проходити переоцінку, принаймні кожні два тижні, разом із рівнем ситуації.

Таблиця 2: Настанови з впровадження PHSM для кожного рівня важкості

|  |  |
| --- | --- |
| **Рівень ситуації** | **Міркування щодо впровадження PHSM за рівнем ситуації\*** |
| **Рівень ситуації 0**: Відсутність даних про трансмісію SARS-CoV-2 за попередні 28 днів. Система охорони здоров’я та органи громадського здоров’я готові реагувати, але обмежень повсякденної діяльності бути не повинно | На цьому рівні епіднагляд має забезпечити можливість виявлення та ведення будь-якого нового випадку якомога раніше, але обмежень щодо повсякденної діяльності бути не повинно.  Органи влади можуть розглядати можливість запровадження наступних заходів:   * Продовження посилення готовності та здатності до реагування на НС, забезпечення адекватних запасів медпрепаратів та медичного обладнання, а також достатньої кількості персоналу, який набрано та підготовлено для подолання очікуваного зростання робочого навантаження. * Люди мають використовувати основні індивідуальні запобіжні заходи та поведінку, такі як [гігієна](https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus) [рук,](https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus)6 етикет кашлю, перебування вдома / [носіння маски7](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak) у разі нездужання, а також добровільне фізичне дистанціювання. * Добре налагоджений [епіднагляд8](https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-surveillanceguidance-2020.7) має працювати для швидкого виявлення та [розслідування випадків підозри та](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19) [кластерів9](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19), а також забезпечити такі заходи громадського здоров'я, як ізоляція та [карантин1](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))0. Вони здійснюються для зменшення подальшого розповсюдження, якщо випадки підтверджуються і контакти відстежуються, відповідно. * Виїзд за межі району має дозволятися відповідно до національної політики; слід звернути увагу на ризик занесення вірусу на територію мандрівниками/подорожніми з районів із більшою захворюваністю. * Громадськість має бути забезпечена чіткою інформацією про те, що робити у разі нездужання та до кого звертатися за консультацією, тестуванням та / або лікуванням. |
| **Рівень ситуації 1** : задіяно базові заходи щодо запобігання передачі; або якщо випадки вже є, то боротьба з епідемією здійснюється за допомогою ефективних заходів щодо цих випадків або кластерів випадків з обмеженими та тимчасовими локальними порушеннями соціального та економічного життя. | На цьому рівні слід вживати конкретних заходів щодо випадків та / або кластерів, а окремі заходи слід посилити. Вплив на соціальну та економічну діяльність обмежений.  На додаток до заходів щодо готовності до надзвичайних ситуацій та реагування та нагляду, індивідуальних запобіжних заходів та повідомлень про ризики, органи влади можуть розглянути можливість здійснення таких заходів:   * Слід акцентувати увагу на виявленні випадків та кластерів, розслідуванні, простежуванні та [відстеження](https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19) [контактних.](https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19) * Особа має використовувати індивідуальні запобіжні заходи та поведінку, такі як гігієна рук, етикет кашлю, перебування вдома у разі нездужання, носіння маски, де це доречно, та фізичне дистанціювання. * Сприяти уникненню «трьох С» (англійською: «3 C» - closed spaces, crowded places and close-contact settings) - закритих приміщень; місць зі скупченням людей; умов, де є тісний контакт з людьми. * Щоденні заходи та служби, такі як навчальні заклади,11 бізнеси12 та заклади відпочинку / туризму можуть залишатися відкритими, за умови застосування заходів безпеки для обмеження ризику поширення хвороби. * Необхідно вжити заходів щодо захисту найбільш вразливих груп, зокрема забезпечення належних заходів у закладах тривалого догляду13 та інших житлових об’єктах. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Рівень ситуації** | **Міркування щодо впровадження PHSM за рівнем ситуації\*** |
| **Рівень ситуації 2** : Низький рівень захворюваності або ризик передачі в громаді, що виходить за межі кластерів. Для контролю передачі можуть знадобитися додаткові заходи. Водночас, порушення соціальної та економічної діяльності все ще можуть бути обмежені | На цьому рівні слід застосовувати заходи щодо обмеження кількості соціальних контактів у громаді, при цьому забезпечуючи відкритість служб за умови забезпечення заходів безпеки. Для контролю передачі може знадобитися ширший діапазон PHSM.  На додаток до заходів щодо готовності до надзвичайних ситуацій та реагування та нагляду, індивідуальних запобіжних заходів та повідомлень про ризики, органи влади можуть розглянути можливість здійснення таких заходів:   * [Навчальні заклади](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19) залишаються відкритими, застосовуючи заходи профілактики інфекції та інфекційного контролю (ПІІК). * Бізнеси залишаються відкритими за умови [забезпечення заходів безпеки.](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-public-health-and-social-measures-in-the-workplace-in-the-context-of-covid-19) Якомога більше заохочується робота у дистанційному режимі. * Особа повинна застосовувати індивідуальні запобіжні заходи та поведінку, такі як гігієна рук, етикет від кашлю, перебування вдома у нездоровому стані, носіння маски, де це доречно, фізичне дистанціювання та уникнення «трьох С» - закритих приміщень, скупчень людей, тісних контактів. * Обмеження розміру громадських та інших [масових зібрань.](https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235)14 * Якщо необхідно, подальша увага може знадобитися на захисті найбільш клінічно вразливих груп шляхом жорсткого використання ЗІЗ та ПІІК, посиленому епіднагляді та обмеженні відвідувань [у закладах тривалого догляду](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-long-term-care-2020-1) та інших закладах догляду за пацієнтами. |
| **Рівень ситуації 3:** | На цьому рівні необхідне посилення всіх PHSM для уникнути більш жорстких обмежень щодо |
| передачі в громаді з обмеженою додатковою спроможністю реагувати та ризиком того, що служби охорони здоров’я будуть перевантажені. Можливо, знадобиться залучати ширшу комбінацію заходів для обмеження передачі, ведення випадків та забезпечення епідемічного контролю. | пересування та інші відповідні заходи, що застосовуються в рамках рівня 4. Всім особам необхідно зменшити кількість своїх соціальних контактів, а деякі види діяльності, можливо, доведеться закрити, залишивши надання основних послуг і, зокрема, шкіл відкритими.  На додаток до заходів щодо готовності до надзвичайних ситуацій та реагування та нагляду, індивідуальних запобіжних заходів та повідомлень про ризики, органи влади можуть розглянути можливість здійснення таких заходів:   * Закриття другорядних бізнесів або дистанційна робота, наскільки це можливо. * Особа повинна застосовувати індивідуальні запобіжні заходи та поведінку, такі як гігієна рук, етикет від кашлю, перебування вдома у нездоровому стані, носіння маски, де це доречно, фізичне дистанціювання та уникнення «трьох С» - закритих приміщень, скупчень людей, тісних контактів. * Розгляньте можливість обмеження очного викладання в університетах та запровадження навчання в електронному вигляді. * Служби по догляду за дітьми, початкові та середні школи мають залишатися відкритими, застосовуючи відповідні заходи безпеки та епіднагляду, доки це дозволяє місцевий контекст. На першому плані всіх відповідних міркувань та рішень має стояти безперервність навчання дітей для їх загального благополуччя, здоров’я та безпеки. * Оцінити проведення спортивних та подібних заходів, використовуючи підхід, заснований на оцінці ризику; якщо вони проводяться, їх слід проводити за суворими правилами безпеки, наприклад, без глядачів. Інші [масові зібрання](https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235) слід призупинити, а також зменшити розмір усіх громадських зібрань. |
| **Рівень ситуації 4** Неконтрольована епідемія з обмеженими або відсутніми додатковими можливостями реагування системи охорони здоров'я, що вимагає широких заходів для уникнення перевантаження служб охорони здоров'я та значного перевищення показників захворюваності та смертності. | На цьому рівні зменшення передачі у громаді буде складним завданням, і, можливо, знадобиться введення більш жорстких обмежень пересування та відповідних заходів значного зменшення кількості особистих зустрічей. Такі заходи повинні географічно обмежуватись там, де це необхідно, бути обмеженими у часі та спрямовані на те, щоб бути якомога коротшими.  На додаток до заходів щодо готовності до надзвичайних ситуацій та реагування та нагляду, індивідуальних запобіжних заходів та повідомлень про ризики, органи влади можуть розглянути можливість здійснення таких заходів:   * Люди мають залишатися вдома та обмежувати соціальні контакти з людьми, які не належать до їх домогосподарства. * Основним професіям потрібно буде продовжувати свою діяльність із максимальною підтримкою та заходами безпеки. * Закриття другорядних підприємств/бізнесів або дистанційна робота. * Розгляньте всі варіанти безперервності очного навчання. Якщо це неможливо, обмежте особисті контакти. Це може включати стратегії очного навчання, змішаного або дистанційного навчання, які суворо обмежують фізичну кількість людей на місці (винятки включають дітей основних професій та їх вчителів). Закриття навчальних закладів слід розглядати лише тоді, коли немає інших альтернатив. * Усі заклади тривалого догляду та інші інтернати повинні розглянути суворі заходи щодо обмеження ризику інфікування, такі як заборона особистого відвідування. |

\*Конкретні заходи, що вживаються на кожному рівні, повинні бути ретельно розглянуті на основі керівних принципів, викладених вище. Заходи на кожному рівні є індикативними (орієнтовними), оскільки деякі з них можуть бути більш або менш можливими чи доречними у конкретному контексті чи в конкретних місцевостях.

Посилання

1. World Health Organization. Taxonomy and Glossary of Public Health and Social Measures that may be Implemented to Limit the Spread of COVID-19. [https://www.who.int/docs/default-source/documents/phsm/20200923-phms-who-](https://www.who.int/docs/default-source/documents/phsm/20200923-phms-who-int.zip?sfvrsn=691966ba_2) [int.zip?sfvrsn=691966ba 2](https://www.who.int/docs/default-source/documents/phsm/20200923-phms-who-int.zip?sfvrsn=691966ba_2)
2. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19 <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
3. World Health Organization. Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID- 19 Preparedness and Response [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance) [engagement-(rcce)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
4. World Health Organization. Managing the COVID-19 Infodemic - Call for Action <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>
5. World Health Organization. Public Health Considerations while Resuming International Travel. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel>
6. World Health Organization. Recommendations to Member States to improve hand hygiene practices to help prevent the transmission of the COVID-19 virus. [https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-](https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus) [improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus](https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus)
7. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19 [https://www.who.int/publications-](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak) [detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak) [novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
8. World Health Organization. Public health surveillance for COVID-19: interim guidance. <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-surveillanceguidance-2020.7>
9. World Health Organization. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19 <https://www.who.int/who-documents-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>
10. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19)) [context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
11. World Health Organization. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19. [https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19) [covid-19](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19)
12. World Health Organization. Getting your workplace ready for COVID-19 [https://www.who.int/docs/default-](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/advice-for-workplace-clean-19-03-2020.pdf) [source/coronaviruse/advice-for-workplace-clean-19-03-2020.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/advice-for-workplace-clean-19-03-2020.pdf)
13. World Health Organization. Infection Prevention and Control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC long term care-2020.1-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf) [eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf)
14. World Health Organization. Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak<https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235>

Додаток: Критерії громадського здоров’я для коригування заходів охорони здоров’я та соціальних заходів у контексті COVID-19

Вступ

У відповідь на пандемію COVID-19 країни всього світу для боротьби з епідемією запровадили заходи громадського здоров'я та соціальні заходи (PHSM). Оскільки місцева епідеміологія захворювання змінюється, країни відповідно коригують (послаблюють / відновлюють) ці заходи.

Даний додаток оновлює додаток, опублікований 12 травня 2020 року, та окреслює процес прийняття рішень щодо адаптації PHSM до епідеміологічної ситуації та спроможності системи охорони здоров’я до реагування. Його слід читати спільно з основною частиною цього документа та тимчасовими настановами щодо критичної готовності, підготовленості та дій щодо реагування на COVID-19.1

Даний додаток призначений для підрозділів громадського здоров'я національних та субнаціональних органів влади на місцях, де запроваджено PHSM, і де розглядають можливість їх коригування. Застосування настанов обмежено сферою громадського здоров'я. Інші документи, опубліковані ВООЗ, стосуються різних міркувань, які повинні долучатися до прийняття рішень щодо запровадження або послаблення PHSM, включаючи добробут та благополуччя населення.

Як користуватися настановами у цьому додатку

Критерії громадського здоров'я у цьому додатку згруповані за двома сферами, які слід оцінювати для вирішення двох основних запитань:

1. **Епідеміологічна ситуація / Класифікація передачі**- Чи епідемія контрольована?

2. **Потенціал системи охорони здоров’я, громадського здоров’я та показники ефективності** - Чи здатна система охорони здоров’я виявляти випадки COVID-19 та справлятися з ними, зберігаючи при цьому надання інших основних медичних послуг?

Критерії не є нормативними, і оцінити деякі з них може бути неможливо. Наприклад, через брак даних. Країни мають зосередитись на критеріях, що найбільш важливі для них для інформування процесу прийняття рішень. Порогові показники є орієнтовними і, можливо, їх доведеться переглянути, оскільки з’явиться додаткова інформація про епідеміологію COVID-19 та вплив заходів. Рекомендовано систематично оцінювати ці критерії щонайменше раз на тиждень на **найнижчому операційному субнаціональному адміністративному рівні**, що є практичним для інформування адаптованого місцевого реагування.

1. Епідеміологічна ситуація / Класифікація передачі

Класифікаційні категорії передачі можуть бути використані для визначення ступеня, до якого епідемія може вважатися контрольованою в кожній країні / регіоні та на субнаціональному рівні. Категорії передачі в одній країні також є корисними для інших під час розгляду змін в політиках щодо торгівлі та подорожей.

**Визначення класифікації передачі**

Раніше ВООЗ визначила чотири сценарії передачі для описання динаміки епідемії: відсутність зареєстрованих випадків (включаючи як нульову трансмісію, так і відсутність виявлених та зареєстрованих випадків), спорадичні випадки, кластери випадків та передача в громаді. Класифікація передачі в громаді (ПЛT) наразі має чотири рівні, від низького (ПГ1) до дуже високого показника захворюваності (ПГ4). Отже, наразі існує сім категорій.

Таблиця 1: Визначення категорій для класифікації передачі

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва категорії** | **Визначення**  *Країни / території / регіони з:* |
| Відсутність (активних) випадків | Жодних нових випадків не виявлено принаймні протягом 28 днів (удвічі перевищує максимальний інкубаційний період) за наявності надійної \* системи епіднагляду. Це передбачає майже нульовий ризик зараження для загального населення. |
| Завезені / спорадичні випадки | Випадки, які виявлені протягом останніх 14 днів, всі є завезеними, спорадичними (наприклад, отримані лабораторно або зоонозні) або всі пов’язані із завезеними / спорадичними випадками. Чітких сигналів про подальшу місцеву трансмісію немає. Це передбачає мінімальний ризик зараження для загального населення. |
| Кластери випадків | Випадки, які виявлені протягом останніх 14 днів, переважно обмежуються чітко визначеними кластерами, які не пов'язані безпосередньо із завезеними випадками, але всі пов'язані часом, географічним розташуванням **і** спільними контактами. Передбачається, що в цій місцевості є низка невиявлених випадків. Це передбачає низький ризик зараження інших у спільноти, якщо уникати контакту із даними кластерами. |
| **Назва категорії** | **Визначення**  *Країни / території / регіони з:* |
| Передача в громаді - рівень 1 (ПГ1) | **Низька захворюваність** на місцевому рівні, широко розозереджені випадки, що виявлено протягом останніх 14 днів. Водночас, багато випадків не пов’язані з конкретними кластерами, передача може бути зосереджена в певних підгрупах населення. Низький ризик зараження загального населення. |
| Передача в громаді - рівень 2 (ПГ2) | **Помірна захворюваність** на місцевому рівні, широко розосереджені випадки, що виявлено протягом останніх 14 днів. Передача менше зосереджена в певних підгрупах населення. Помірний ризик зараження загального населення. |
| Передача в громаді - рівень 3 (ПГ3) | **Висока захворюваність** на місцевому рівні, широко розосереджені випадки протягом останніх 14 днів; передача масштабна і не зосереджена в підгрупах населення. Високий ризик зараження загального населення. |
| Передача в громаді - рівень 4 (ПГ4) | **Дуже висока захворюваність** на місцях, широко розосереджені випадки протягом останніх 14 днів. Дуже високий ризик зараження загального населення. |

\*Зверніть увагу, що у ситуаціях, коли епіднагляд за COVID-19 не є ефективним, відсутність виявлених випадків не слід трактувати як відсутність передачі. Необхідно вивчати альтернативні показники (див. таблицю 5), щоб оцінити можливість невиявлених випадків COVID-19.

Показники для визначення передачі в громаді

У таблиці 2 запропоновано чотири основні показники для визначення передачі в громаді. Вони базуються на даних, які слід регулярно збирати під час пандемії. Відносна важливість кожного наявного показника буде залежати від місцевого контексту (наприклад, достовірність даних кожного показника). Слід брати до уваги описані обмеження інтерпретації кожного показника. Показники мають вимірюватися на найнижчому можливому адміністративному рівні функціонування для інформування цільових заходів громадського здоров'я. Для розробки класифікації передачі на вищому адміністративному рівні слід проводити окремий аналіз із використанням показників для вищого адміністративного рівня, а не намагатися узагальнити класифікації передачі нижчого рівня.

Ці показники слід використовувати спільно з іншою епідеміологічною інформацією, доступною як рутинно, так і за допомогою спеціальних досліджень або модельних оцінок, а також неепідеміологічних даних та інших міркувань для інформування стратегічних та оперативних рішень.

Рекомендовано оцінювати ці показники щотижнево, приймаючи визначення епідеміологічного тижня, що використовується в країні.

Оцінка рівня передачі в громаді

Діапазони для чотирьох показників (у Таблиці 2) були розроблені шляхом огляду наявних даних. Вони можуть бути використані для скерування застосування класифікації передачі на регіональних рівнях. Ці діапазони є орієнтовними і можуть потребувати адаптації до місцевого контексту та на основі показників ефективності (наприклад, чутливості, репрезентативності) місцевої системи епіднагляду та стратегії тестування. І їх слід періодично переглядати. Слід бути обережними при інтерпретації змін показників, що відбуваються в контексті змін у системі епіднагляду (наприклад, збільшення рівня тестування або зміна в групі населення, яка перебуває під епіднаглядом). Зверніть увагу, що деякі показники (наприклад, загальна захворюваність) можуть бути вищими за наявності дуже великих кластерів, таких як спалахи внаслідок масових зібрань, ніж під час передачі в громаді.

Корисно забепечити моніторинг рівнів тестування як міру охоплення епіднаглядом. Мінімальний рекомендований показник - принаймні одна протестована особа на 1 тис. осіб населення на тиждень. Тестування не має обмежуватися певними групами населення (наприклад, лише тими, хто перебуває в міських умовах з високим доступом до тестування). Дані знаменника мають бути доступні на рівні дезагрегації, яка оцінюється (наприклад, район, провінція). Деякі органи влади можуть зробити вибір на користь відстеження цих показників серед осіб, які мають найбільший ризик важких захворювань та смерті.

Після обчислення всіх доступних показників, якщо розраховані на основі кожного показника рівні відрізняються, слід провести якісний огляд для визначення остаточної класифікації передачі. Якщо дані відсутні для всіх показників (або є недостовірними), рекомендовано надавати більшу вагу показникам, які вважаються більш достовірними у місцевому контексті. У багатьох випадках показники, перелічені вище в таблиці 2, можуть бути достовірнішими за показники, що наведені в таблиці нижче.

У місцях, де значення показників не є достовірними, але система є стабільною, як альтернативну оцінку можна використовувати їх тенденції. Одним із прикладів може бути ситуація, коли рівень тестування є дуже низький, і багато випадків, швидше за все, пропущені, але стратегія тестування не змінюється.

Додаткові показники, які можуть надати подальші докази, що допоможуть класифікувати рівень передачі, наведено в Таблиці 3. Водночас, дані показники можуть бути недоступні на найнижчому адміністративному операційному рівні. Тому вони вважаються вторинними по відношенню до первинних чотирьох показників, що наведені у Таблиці 2. Крім того, вони можуть не відображати безпосередньо трансмісію або силу інфекції SARS-CoV-2, або ж можуть бути складнішими для інтерпретації та порівняння, ніж перелічені в Таблиці 2. Порогові значення для вторинних показників не представлені через відсутність доступних даних, високу локальну мінливість або з обох цих причин.

В крайньому випадку, коли значення показників відсутні, можна використовувати суб’єктивну оцінку, але це слід робити протягом декількох тижнів, щоб уникнути впливу перехідних чи несистемних спостережень.

Таблиця 2: Первинні епідеміологічні показники та запропоновані діапазони для оцінки рівня передачі COVID-19 в громаді

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сфера** | **Показник** | **Опис / обґрунтування** | **Основні обмеження** | **Рівень передачі в громаді** | | | |
|  |  |  |  | **ПГ 1** | **ПГ 2** | **ПГ 3** | **ПГ 4** |
| Госпіталізація  Показник | Нових випадків  госпіталізації через COVID-19 на 100 000 населення на тиждень в середньому за двотижневий період. | Підгрупа всіх випадків, що потребують госпіталізації. Таким чином, це непрямий показник захворюваності. Навряд чи підлягатимуть змінам / відмінностям у політиці епіднагляду. | На це може впливати політика щодо госпіталізації. Наприклад, коли навіть легкі випадки госпіталізуються з метою ізоляції. Відкладене вимірювання захворюваності. | < 5 | 5 - <10 | 10 -  <30 | 30+ |
| Смертність | Кількість  випадків смерті від COVID-19 на 100 000 населення на тиждень у середньому за двотижневий період | Підгрупа всіх таких випадків є смертельною, і таким чином є непрямим показником захворюваності. Якщо тестування є комплексним, вплив з боку політики епіднагляду мінімальний. | Відкладене вимірювання захворюваності. На низьких рівнях та в невеликих географічних регіонах цей показник може бути чутливим до незначних коливань (наприклад, один випадок смерті порівнюється з двома випадками). | < 1 | 1- <2 | 2- <5 | 5+ |
| Частота випадків | Нові підтверджені випадки на 100 000 населення на тиждень у середньому за двотижневий період | Пряме вимірювання захворюваності | Сильний вплив мають результати роботи системи епіднагляду, політики тестування та лабораторної спроможності. На низьких рівнях і в невеликих географічних регіонах цей показник може бути чутливим до незначних коливань обрахунку випадків, особливо у випадку періодичного звітування. | <20 | 20 - <50 | 50 - <150 | 150+ |
| Тестування | Частина позитивних тестів з дозорних сайтів у середньому за період двох тижнів. | Потенціал або стратегія епіднагляду не впливає на даний показник. Мінімальний вплив з боку стратегії тестування або спроможності. | Не може бути репрезентативним для загального населення, якщо наявні лише обмежені дозорні сайти. Може пропускати легкі або нетипові випадки, якщо критерії тестування вимагають грипоподібної картини. | < 2% | 2% - <  5% | 5% - <20% | 20%+ |

Примітка: порогові значення в цій таблиці можуть бути оновлені з появою додаткових даних.

Тенденції передачі

На додаток до розрахунку категорії класифікації передачі, важливо також розуміти напрямок тенденцій показників, які їм сприяють (стабільні, зменшуються або зростають), протягом декількох тижнів. Це може допомогти у визначенні того, чи вживані заходи поліпшують епідеміологічну ситуацію в місцевості, а також для планування майбутніх змін або введення випереджальних змін до заходів громадського здоров’я на основі ймовірних змін у класифікації передачі.

Таблиця 3: Додаткові епідеміологічні показники для оцінки рівня передачі інфекції COVID-19 в громаді\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Показник** | **Опис / Обмеження** |
| Пропорційна заповнюваність відділення інтенсивної терапії | Частка нових госпіталізацій до відділення інтенсивної терапії, що віднесені до COVID-19, з усіх госпіталізацій до відділення інтенсивної терапії за той самий період (альтернативно, частка поточних ліжок інтенсивної терапії, що зайняті пацієнтами з COVID-19, від усіх зайнятих ліжок інтенсивної терапії) |
| Ефективний коефіцієнт репродукції (Rt) | Ефективний коефіцієнт репродукції протягом попереднього або декількох епідеміологічних тижнів. І хоча це широко використовуваний показник передачі, він вимагає ознайомлення з різними методами обрахунку та достатньо достовірних і своєчасних даних про захворюваність.2 |
| Час подвоєння | Кількість днів, необхідних для подвоєння загальної сукупної кількості випадків. Пов'язаний із Rt. |
| Частка не пов’язаних між собою випадків серед нових випадків | Визначається як частка випадків, які раніше не входили до списку контактних (альтернативно, частка не пов'язана з відомими кластерами / ланцюгами передачі). Це показник поширення в громаді за межі відомих кластерів. На нього сильно впливає розслідування випадку та здатність відстежувати контакти. |
| Загальна (недозорна) позитивність тесту | Може бути корисним показником у випадку обмеженої кількості дозорних сайтів. Може фіксувати нетипові випадки краще, ніж дозорний епіднагляд. Сильний вплив з боку стратегії та потенціалу тестування. |
| Тенденції грипоподібного захворювання (ГПЗ) або тяжкої гострої респіраторної інфекції (ТГРІ) | Не є безпосередньо індикативним для випадків COVID-19, але дозорний епіднагляд за ГПЗ і ТГРІ також може фіксувати певну частку випадків COVID-19, а, отже, це корисно для моніторингу тенденцій COVID-19. Такий показник може бути корисним, якщо специфічний епіднагляд за COVID-19 не є ефективним. |
| Тенденції показників госпіталізації з усіх причин | Не є безпосередньо індикативними для COVID-19 госпіталізацій, проте коли випадки COVID-19 складають значну частку госпіталізацій, показник може бути корисним для виявлення тенденцій у випадках COVID-19. Дані показники можуть знижуватися через обмежене надання послуг та інші заходи громадського здоров'я. Тенденції необхідно аналізувати в контексті інших потенційних причин зміни рівнів госпіталізації (наприклад, одночасна циркуляції грипу). Дані тенденції можуть бути корисними там, де специфічний епіднагляд за COVID-19 не є ефективним. |
| Тенденції смертності від усіх причин (надлишкової) | Даний показник не є безпосередньо індикативним для випадків захворювання / смертності від COVID-19, проте коли смертність від COVID-19 становить значну частку від загальної смертності, він може бути корисним для виявлення тенденцій у випадках COVID-19. Тенденції необхідно аналізувати в контексті інших потенційних причин змін рівня смертності (наприклад, одночасна циркуляція грипу) і, за ідеальних умов, порівнювати з базовими даними про смертність, щоб виявити перевищення очікуваних (наприклад, сезонних) коливань. Хоча це широко використовуваний показник передачі, він вимагає ретельного врахування похибок властивих методам оцінки смертності.3 Дані тенденції можуть бути корисними там, де специфічний епіднагляд за COVID-19 не є ефективним. |

\* Даний перелік не слід вважати вичерпним.

2. Потенціал та показники ефективності системи охорони здоров’я та громадського здоров’я

Здатність реагувати на наявну епідеміологічну ситуацію з COVID-19 (тобто класифікацію передачі) є ключовим фактором у прийнятті рішення про адаптацію PHSM. Клінічний догляд та послуги громадського здоров'я є двома ключовими сферами, які відображають здатність країни адаптуватися та реагувати як на кількість випадків COVID-19, так і на тягар захворювання в цілому. Для лікування стаціонарних та амбулаторних випадків захворювання на COVID-19 потрібен достатній потенціал клінічної допомоги, який гарантуватиме, що система охорони здоров'я не перевантажена і може продовжувати працювати зі звичайною кількістю пацієнтів, особливо під час сезонних пікових показників, таких як сезон грипу, а також в період швидкого або великого збільшення передачі COVID-19. Реагування в галузі громадського здоров'я покладається на потенціал системи епіднагляду виявляти та реагувати на зміни у передачі COVID-19, і фокусується на ключових заходах, включаючи виявлення випадків, діагностичне тестування та відстеження контактів. Кожна з двох сфер (охорона здоров'я та громадське здоров'я) ділиться на дві основних підсфери, а саме: потенціал (вихідні показники) та показники ефективності (показники результату і впливу).

Незважаючи на те, що цей розділ не має нормативного характеру, він містить кількісні порогові показники (Таблиця 4) для класифікації потенціалу реагування та ефективності на три категорії: адекватні, помірні та обмежені. Важливо зазначити, що потенціал потрібно оцінювати в контексті поточної класифікації передачі. Потенціал реагування, який визнано адекватним, у випадку розвитку сценарію з більш високим рівнем захворюваності може бути зменшений до помірного або обмеженого рівня.

Оцінка загального рівня потенціалу та ефективності системи охорони здоров'я та громадського здоров'я

Для оцінки загального рівня потенціалу та ефективності роботи системи охорони здоров'я та громадського здоров'я органи влади мають використовувати той самий підхід, що визначений для класифікації передачі. Сюди входить визначення пріоритетів доступних та достовірних показників, а також коригування порогових значень до місцевого контексту та достовірності даних; інтерпретація змін показників у контексті змін механізмів збору даних; проведення якісного огляду для визначення остаточного рівня спроможності системи охорони здоров’я, якщо рівні, розраховані на основі кожного показника, відрізняються; використання тенденцій замість кількісних порогових значень, коли дані не є достовірними, але знаменники - стабільні; використання суб’єктивної оцінки в крайньому випадку, якщо дані відсутні; та спостереження за тенденціями показників для прогнозування майбутніх змін у системі охорони здоров’я, спроможності служб громадського здоров’я та рівні їх ефективності. Додаткові показники, які можна використовувати для тріангуляції, наведені в Таблиці 5. Оцінки слід оновлювати щотижнево.

Таблиця 4: Первинні епідеміологічні показники та запропоновані діапазони для оцінки рівня потенціалу та ефективності системи охорони здоров’я та служб громадського здоров’я щодо COVID-19

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сфера** | **Показник** | **Опис / обґрунтування** | **Основні обмеження** | **Потенціал реагування** | | |
|  |  |  |  | **Адекватний** | **Помірний** | **Обмежений** |
| Потенціал клінічної допомоги | Частка зайнятих лікарняних ліжок | Якщо недостатньо спроможностей для госпіталізації важких випадків, спостерігатиметься висока захворюваність та смертність. Слід враховувати всі випадки госпіталізації, не лише COVID-19. | На цей показник може впливати політика госпіталізації (наприклад, коли всі випадки ізольовані в лікарні), що не свідчить про істине насичення лікарняних спроможностей. | ■ 75%- | 75-- 90%- | 90%+ ' |
| Ефективність клінічної допомоги | Показник летальності закритих (тобто, відомий результат) госпіталізованих випадків | Загальний показник впливу адекватного догляду за COVID-19. | Сильно залежить від віку та різних похибок. 3 Має враховувати будь-які зміни у стратегії виявлення випадків або тестування. | Тенденція до зниження | Стійка тенденція | Тенденція до зростання |
| Потенціал реагування громадського здоров'я | Кількість протестованих осіб на 1000 населення на тиждень із середнім значенням за двотижневий період | Без достатнього тестування важко належним чином ізолювати та лікувати випадки. | Не всі лабораторії можуть подавати звіти щодо протестованих осіб. Якщо можуть, то можуть порахувати кількість нових, а не повторних тестів. У іншому випадку можуть порахувати кількість тестів, але це може ввести в оману через повторне тестування. Лабораторії, які не повідомляють про місцезнаходження випадків, можуть таким чином маскувати диспропорції у тестуванні (наприклад, серед неміських груп населення). Якщо використовуються експрес-діагностичні тести, їх слід використовувати відповідно до керівництв, і, можливо, знадобиться підвищити порогові значення. | 2+ | 1 - ■ 2 | ■1 |
| Ефективність реагування громадського здоров'я | Частка випадків, щодо яких було проведено розслідування протягом 24 годин після ідентифікації | Це вказує на спроможність виявлення ризиків передачі та контактних осіб. Якщо розслідування не реєструється безпосередньо, цей показник може бути виміряно за допомогою непрямого показника - частка випадків із зазначеними контактними особами. | Отримувати дані вчасно може бути важко. | 80%+ | 60-<80% | <60% |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Сфера** | **Показник** | **Опис / обґрунтування** | **Основні обмеження** | **Потенціал реагування** | | |
|  |  |  |  | **Адекватний** | **Помірний** | **Обмежений** |
| Ефективність реагування громадського здоров'я | Підтримка /  Прихильність до  PHSM | Якісна оцінка на основі спостереження, моніторингу ЗМІ, опитування сприйняття чи поведінки, гарячих ліній, фокус-груп тощо. Введено предиктор ефективності PHSM; важливо визначити не лише поточний стан, але й будь-які перешкоди чи можливості для поліпшення. | Може сильно варіюватися між підгрупами та окремими PHSM. Важко оцінити об’єктивно. | Високий  (майже повсюдне виконання більшості PHSM). | Помірний (помірне виконання більшості  PHSM або змінна прихильність до  окремих  PHSM). | Низький (мінімальне виконання більшості PHSM). |

t Зайнятість лікарень, зазвичай, сильно різниться в залежності від країни, тому необхідно брати до уваги базову заповнюваність**.**

Таблиця 5: Додаткові епідеміологічні показники для оцінки рівня системи охорони здоров’я та спроможності служб громадського здоров’я щодо COVID-19\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Показник** | **Опис / Обмеження** |
| Кількість підготовленого персоналу відділень інтенсивної терапії на 10 000 населення | Це свідчить про достатню клінічну спроможність реагувати на випадки, які мають найбільшу вірогідність призвести до смерті. Даний показник може бути більш релевантним, якщо вимірювати його серед груп клінічно вразливих осіб, якщо такі дані є в наявності. Даний показник виміряти важко. Це необхідне, але недостатня міра здатності надавати інтенсивну терапію. |
| Кількість ліжок відділень інтенсивної терапії на 10 000 клінічно вразливого населенняi | У випадку перевищення спроможностей інтенсивної терапії, смертність від COVID-19 стане найвищою. Лише підрахунок кількості ліжок інтенсивної терапії не гарантує успішного догляду у випадку недостатньої кількості персоналу, обладнання чи засобів постачання. |
| Частка зайнятих ліжок інтенсивної терапії | Даний показник свідчить про достатню клінічну спроможність реагувати на випадки, які мають найбільшу вірогідність призвести до смерті. Показник може бути не дуже корисним в країнах, де дуже мало ліжок інтенсивної терапії (у цих ситуаціях можна замінити часткою зайнятих лікарняних ліжок з наявністю / відсутністю кисню). Якщо даний показник є дуже низьким, загальний потенціал системи охорони здоров’я слід вважати обмеженим, незалежно від адекватних рівнів інших показників спроможності |
| Частка зайнятих ліжок із доступом до кисню | Оскільки кисень є важливим способом лікування COVID-19, достатній потенціал у забезпеченні киснем може бути корисним навіть за відсутності спроможностей інтенсивної терапії. Даний показник може бути важко вимірювати, і він не може бути корисним у країнах з дуже низьким потенціалом. |
| Загальний показник летальності від COVID-  19 | Є загальним показником впливу адекватного догляду за COVID-19. Він сильно залежить від віку та інших факторів ризику, а також від різних систематичних похибок у наданні інформації пацієнтами.3 Аналіз тенденцій повинен враховувати будь-які зміни у стратегії виявлення випадків або тестування. Країнам рекомендується збирати додаткову інформацію про вік, оскільки на цей показник буде сильно впливати вікова структура населення. |
| Кількість спеціалістів з відстеження контактів на 100 000 населення [альтернативно на кількість нових випадків за тиждень] | Це вказує на спроможність проводити достатню кількість відстежень контактів для переривання передачі. Це вхідний показник, який може погано корелювати з фактичними результатами відстеження контактів. Для визначення порогових значень існує мінімальна доказова база. Може бути важко точно виміряти, коли відстеження контактів здійснюють особи, які не є офіційно визначеними «спеціалістами з відстеження контактів». |
| Кількість працівників епіднагляду на пунктах в'їзду на 100 000 щоденних мандрівників | Даний показник здатності успішно пом'якшувати ризик завезення. Це поганий показник фактичної внутрішньої національної спроможності; є мінімально актуальним під час широкого розповсюдження в громаді, і може бути досягнутий, коли людські ресурси неналежним чином відволікаються від внутрішнього національного застосування. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Показник** | **Опис / Обмеження** |
| Частка нових підтверджених або ймовірних випадків, що опитані для пошуку контактних осіб протягом 24 годин після ідентифікації | Даний показник вимірює своєчасність переліку контактів, що скорочує контакт із потенційно інфікованими особами. Кращою метрикою своєчасності переліку контактів є фактична частка контактів, ідентифікованих та відстежених / поміщених на карантин протягом 48 годин. |
| Частка контактних осіб нових випадків, за якими спостерігають протягом 14 днів (або період час, що визначений на місцях) | Це вказує на те, що контактні контролюються до тих пір, поки вони більше не ризикують стати вторинними випадками (пов'язаними з конкретним джерелом). Цей показник може бути особливо важливим для оцінки ефективності роботи громадського здоров’я у сценаріях передачі „завезених / спорадичних” та „кластерних” випадків. Він може бути хибно завищений через неякісний список контактних осіб. |
| Частка виявлених випадків, ізольованих протягом 24 годин після позитивного результату тесту (або визначення як імовірного випадку) | Це свідчить про те, що розслідування та ізоляція нових випадків є достатньо швидкими, аби мінімізувати генерацію вторинних випадків. Даний показник може бути особливо важливим для оцінки ефективності роботи громадського здоров’я у сценаріях передачі „завезених / спорадичних” та „кластерних” випадків. |
| Час від появи симптомів до підтвердження випадку | Вимірює здатність системи епіднагляду швидко виявляти, тестувати та підтверджувати симптоматичні випадки. Окремі компоненти (тобто час від появи симптомів до виявлення, виявлення до тестування та час на виконання тесту також можуть вимірюватися незалежно. |
| Частка випадків, що виявляються зі списків контактних | Описує ступінь, коли нові випадки вже фіксуються системою епіднагляду та відомі їй завдяки адекватному розслідуванню випадків. Коли показник низький, це свідчить про масштабні «приховані» ланцюги передачі та / або неякісне розслідування випадків. |

\*Даний перелік не слід вважати вичерпним.

i «Клінічно вразливі» у даному контексті відноситься до осіб віком > 60 років та / або з супутніми захворюваннями, що підвищують ризик серйозних захворювань на COVID-19, включаючи серцево-судинні захворювання, астму та діабет.

Посилання

1. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Geneva: World Health Organization; [(https://www.who.mt/publications/i/item/critical-preparedness-readmess-and-response-actions-for-covid-19)](https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19)
2. Megan O'Driscoll, Carole Harry, Christl A Donnelly, Anne Cori, Ilaria Dorigatti, A comparative analysis of statistical methods to estimate the reproduction number in emerging epidemics with implications for the current COVID-19 pandemic, Clinical Infectious Diseases, 2020; ciaa1599,<https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1599>
3. Estimating mortality from COVID-19: Scientific brief. Geneva: World Health Organization;  
   [https ://apps.who. int/iris/handle/10665/333642.](https://apps.who.int/iris/handle/10665/333642)

ВООЗ продовжує уважно стежити за ситуацією щодо будь-яких змін, які можуть вплинути на дані тимчасові настанови. Якщо зміняться будь-які фактори, ВООЗ оприлюднить подальше оновлення. В іншому випадку, дія цього тимчасового керівного документу закінчується через 2 роки після дати публікації.

© World Health Organization 2020 Some rights reserved. This work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo) licence. WHO reference number: WHO/2019-nCoV/Adjusting\_PH\_measures/2020.2