



СТАНДАРТ НАТО

AMedP-9.1

МОДУЛЬНИЙ ПІДХІД ДО БАГАТОНАЦІОНАЛЬНИХ ВІЙСЬКОВО- МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ (ВМЗ)

Видання А, Версія 1

ЛИСТОПАД 2018



ОРГАНІЗАЦІЯ ПІВНІЧНОАТЛАНТИЧНОГО ДОГОВОРУ

МЕДИЧНА ПУБЛІКАЦІЯ НАТО

Опубліковано
Офісом СТАНДАРТИЗАЦІЇ НАТО (NSO)
© НАТО/ОТАН

Перекладено командою tccc.org.ua



НАЦІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР ПЕРІОДИЧНОЇ РЕФОРМАЦІЇ

НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ



ОРГАНІЗАЦІЯ ПІВНІЧНОАТЛАНТИЧНОГО ДОГОВОРУ (НАТО)

ОФІС СТАНДАРТИЗАЦІЇ НАТО (NSO)

ПОВІДОМЛЕННЯ НАТО ПРО ОФІЦІЙНЕ ОПРИЛЮДНЕННЯ

9 листопада 2018

1. Цим документом оприлюднюється Медична публікація НАТО AMedP-9.1, Видання А, Версія 1, МОДУЛЬНИЙ ПІДХІД ДО БАГАТОНАЦІОНАЛЬНИХ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ (ВМЗ), яка була схвалена країнами у Раді Військового комітету з медичної стандартизації. Згода країн використовувати цю публікацію зафіксована в STANAG 6506.
2. AMedP-9.1, Видання А, Версія 1 набуває чинності з моменту отримання.
3. Жодна частина цієї публікації не може бути відтворена, збережена в пошуковій системі, використана в комерційних цілях, адаптована або передана в будь-якій формі чи за допомогою будь-яких засобів (електронних, механічних, фотокопіювання, запису чи іншим чином) без попередньої згоди з боку видавця. За винятком комерційних продажів, це не стосується країн-членів або партнерів, а також командувань і органів НАТО.
4. Цю публікацію слід використовувати відповідно до С-М(2002)60.

Zoltan GULYAS
Brigadier General, HUNAF
Director, NATO Standardization Office

Перекладено командою tccc.org.ua



НАЦІОНАЛЬНИЙ ЦЕНТР
РЕФОРМАЦІЇ

НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ

ЗАРЕЗЕРВОВАНО ДЛЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ОФІЦІЙНЕ ОПРИЛЮДНЕННЯ



НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ



НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ

ПЕРЕЛІК КОНКРЕТНИХ ЗАСТЕРЕЖЕНЬ

| [країна] | [опис застереження] |
|-----------------|--|
| ФРАНЦІЯ | <p>Структурування медичної допомоги на 2 і 3 етапах у модулі стосується тільки концепції модульного підходу для побудови багатонаціональних ВМЗ.</p> <p>За межами цієї сфери застосування, медична допомога на етапах та медичні установи визначені на основі їхніх можливостей, як зазначено в АJP-4.10.</p> |
| ВЕЛИКА БРИТАНІЯ | <p>Частина 1</p> <p>Загалом, Велика Британія продовжує підтримувати розвиток багатонаціональних підходів до надання медичної допомоги під час операцій Альянсу і такі ініціативи, як Розумний захист та концепція Рамкових країн. Велика Британія вважає, що на сьогоднішній день єдиним доведеним підходом є підхід Провідної країни, а багатонаціональні підходи, такі як Об'єднання та спільне використання, а також Рамкові національні групи, залишаються концептуальними за своєю природою та неперевіреними у використанні. Таким чином, національна перевага Великої Британії щодо розгортання багатонаціональних медичних установ надається підходу Провідної країни.</p> <p>Велика Британія вважає, що модульний підхід корисний для держав у випадку визначення функціональних компонентів ВМЗ. На додачу, підхід допомагає медичним командирам та фахівцям з планування у визначенні вимог оперативної сумісності, необхідних для успішного функціонування групи модулів як одного цілого. У контексті багатонаціональних підходів, цей підхід має схожу цінність; однак, ця цінність наразі обмежена при пошуку рішень для проблем, породжених такими факторами, як відмінності національних оборонних пріоритетів, національних законодавств та політик, медичної освіти та регулювання, а також клінічних стандартів та управління.</p> <p>Частина 3</p> <p>Велика Британія застосовує підхід Провідної країни в контексті медичних установ. Такий підхід необхідний для усунення складних факторів, що стосуються національного суверенітету, які часто виступають перешкодами для «медичної багатонаціональності». Ці перешкоди включають відмінності в національному законодавстві та політиці; медичній освіті та регулюванні; професійних обов'язках, а також клінічних стандартах та управлінні. Крім того, Велика Британія вважає, що її підхід сприяє розвитку, досягненню та підтримці високих рівнів сумісності, які є обов'язковою вимогою. У конкретному контексті багатонаціонального військово-медичного закладу, Велика Британія (як провідна країна, або країна, що надає війська) наразі розуміє підхід Провідної країни так:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Провідна країна відповідальна за планування та виконання призначеного медичного завдання; (2) Провідна країна має повноваження OPCOM або OPCON щодо сил, призначених державами, що надають війська; |

| | |
|---|---|
| | <p>(3) Провідна країна несе відповідальність за всі відповідні можливості розвитку (наприклад, принцип NATO DOTMLPF-I: Doctrine, Organization, Training, Material, Leadership, Personnel, Facilities, Interoperability/ доктрина, організація, тренування, матеріали, керівництво, персонал, засоби, оперативна сумісність);</p> <p>(4) Країни, що надають війська, будуть забезпечувати виключно персонал (з необхідними спеціальними навичками), для роботи в структурі провідної країни;</p> <p>(5) Призначені збройні сили країн, що надають війська, мають відповідати вимогам провідної країни щодо знань, теоретичної та польової підготовки, спільних навчань та сертифікації;</p> <p>(6) Повноваження, обов'язки та вимоги будуть деталізовані у двосторонній(их) угоді(ах) між провідною країною та країнами, що надають війська.</p> |
| США | <p>(1) RE: 2.3.2.7. Військова фармацевтична служба США закуповує, відпускає, рекомендує або використовує тільки ті ліки, які схвалені Управлінням контролю якості харчових продуктів та лікарських засобів США (FDA). Матеріали військового резерву та обладнання, що використовується, мають відповідати нормам FDA. Додатково, медичне обладнання, що використовується у сфері аеромедичної евакуації, має бути схвалене як безпечне та ефективне для роботи на стратегічних повітряно-транспортних платформах.</p> <p>(2) RE: 3.2.1. Деякі можливості розгортання Сполучених Штатів не розраховані на незалежну роботу та покладаються на забезпечення основних потреб у місці розгортання, що може або не може бути здійсненим для розташованих поруч потужностей країн-партнерів.</p> |
| <p>Примітка: Застереження, перелічені на цій сторінці, включають лише ті, які були зареєстровані на момент оприлюднення та можуть бути неповними. Щоб отримати повний список існуючих застережень, зверніться до Баз даних стандартизаційних документів НАТО.</p> | |

Зміст

| | |
|---|-----|
| ЧАСТИНА 1. ВСТУП | 1-1 |
| 1.1 ПЕРЕДУМОВИ | 1-1 |
| 1.2 МЕТА | 1-2 |
| 1.3 СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ | 1-3 |
| ЧАСТИНА 2. МОДУЛІ | 2-1 |
| 2.1 МОДУЛЬНІ КОМПОНЕНТИ | 2-1 |
| 2.2 ОСНОВНІ МОДУЛІ | 2-1 |
| 2.3 МОДУЛІ ПОСИЛЕННЯ | 2-2 |
| 2.4 ДОДАТКОВІ МОДУЛІ | 2-3 |
| ЧАСТИНА 3. ОБОВ'ЯЗКИ | 3-1 |
| 3.1 ВСТУП | 3-1 |
| 3.2 ОБОВ'ЯЗКИ ПРОВІДНОЇ КРАЇНИ ЩОДО БАГАТОНАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ УСТАНОВИ | 3-1 |
| 3.3 ОБОВ'ЯЗКИ КРАЇН-КОНТРИБУТОРІВ ЩОДО БАГАТОНАЦІОНАЛЬНОГО ВМЗ | 3-2 |
| ДОДАТОК А. СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПУБЛІКАЦІЙ | A-1 |
| ДОДАТОК В. РОЗПОДІЛ ОБОВ'ЯЗКІВ ПРИ СТВОРЕННІ БАГАТОНАЦІОНАЛЬНОГО ВМЗ ДЛЯ КОНКРЕТНОЇ ОПЕРАЦІЇ | B-1 |



НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ

ЧАСТИНА 1. ВСТУП

1.1 ПЕРЕДУМОВИ

1.1.1 Так історично склалося, що медичне забезпечення в операціях НАТО завжди було національною відповідальністю. Однак, за останні декілька років розрив між вимогами, які необхідно задовольнити, та доступністю національних військово-медичних закладів (ВМЗ) постійно збільшується. Відтак, під час останніх розгортань стає все більш поширеним застосування багатонаціональних підходів до медичного забезпечення як спосіб розділити оперативне навантаження та допомогти у випадку нестачі національних можливостей. До цього часу, мультинаціональні рішення, в яких елементи більш ніж однієї нації роблять внесок до загального медичного забезпечення з метою покращення ефективності функціонування медичної служби, одночасно беручи до уваги відмінність між націями, були засновані на дво- або багатосторонніх угодах між державами.

1.1.2 Значні складнощі для держав НАТО зберігати темп в умовах мінливого операційного середовища, одночасно розвиваючи можливості для розгортання медичного забезпечення, змусили Військовий комітет визначити медичну службу як одну з критичних областей, проблеми в якій можуть перешкоджати досягненню амбіцій НАТО. Завдання підготувати пропозиції щодо того, як Військове керівництво НАТО буде долати визначені критичні недоліки, було доручено Комітету начальників військово-медичних служб НАТО (COMEDS). У цьому контексті, об'єднані зусилля національних представників в усіх підструктурах COMEDS та медичних підрозділів Міжнародного військового штабу (IMS), Командування ОЗС НАТО з питань операцій (ACO) та Командування ОЗС НАТО з питань трансформації (ACT) привели до створення плану зменшення негативного впливу проблем медичного забезпечення (Посилання А), схваленого як Військовим комітетом, так і COMEDS. План уточнює низку додаткових підходів, необхідних для вирішення або пом'якшення негативного впливу проблем медичного забезпечення, а також вимогу щодо узгодження зусиль в рамках НАТО. Щоб досягти цього, потрібні спільні концепції як відправна точка для національної участі та зобов'язань.

1.1.3. Тим часом було започатковано ініціативу Розумного захисту (англ., Smart Defence, SD), метою якої було сприяти досягненню амбіцій НАТО в контексті, визначеному зменшенням ресурсів. SD-ініціатива спрямована на встановлення пріоритетів, спільний розвиток можливостей, отримання найкращої віддачі інвестицій в оборону і таким чином збільшення ефективності. Це вважалося ідеальною, так би мовити, "парасолькою", яка могла одночасно пом'якшити негативний вплив усіх медичних недоліків. З цієї причини, було запропоновано Медичний проєкт (Посилання В), класифікований як проєкт 1 Рівня: Рівень 1.15 - Об'єднання та спільне використання багатонаціональних ВМЗ.

1.1.4 Крім того, і сумісно з SD, існує концепція Рамкових країн (англ., Framework Nations Concept, FNC), яка допомагає членам Альянсу в забезпеченні необхідними можливостями, як кількісно, так і якісно, в досягненні амбіцій НАТО, включно з колективним і рішучим реагуванням на будь-які випадки, що регулюються Статтею 5, та успішним виконанням трьох ключових задач Стратегічної концепції 2010 року: колективний захист, антикризовий менеджмент та кооперативна безпека. Концепція Рамкових країн спрямована на досягнення кращої синергії більшої кількості сил та можливостей, доступних Альянсу, та спрямована полегшити забезпечення постачання узгоджених сил, що входять до багатонаціональних угруповань та будуть діяти разом в довгостроковій перспективі. Такі узгоджені угруповання повинні мати на меті забезпечення широкого спектру можливостей, включаючи доступні та високоякісні можливості, яким вони були навчені та відповідно треновані, а отже, вони є придатними для виконання усього спектру бойових завдань Альянсу. Це стосується медичних внесків

і може допомогти прискорити досягнення стійкої та гнучкої військово-медичної позиції, яка в контексті процесу формування сил здатна швидко реагувати на виклик.

1.1.5 Щоб встановити концептуальну основу для впровадження медичного проекту SD, Командування ОЗС НАТО з питань трансформації розробило дві концепції, що були схвалені Військовим комітетом (Посилання С): Багатонаціональний підхід до охорони здоров'я та Модульний підхід до можливостей медичного забезпечення. Обидві концепції слугують як основа для розробки Проекту.

1.2 МЕТА

Мета цього документу полягає у встановленні основи для створення стандартизованих компонентних модулів для персоналу та обладнання, які можна легко перегруповувати, замінювати, поєднувати та взаємозамінювати, щоб створити Багатонаціональні ВМЗ, які відповідатимуть специфічним оперативним вимогам. Щоб досягти цього, кожен ВМЗ має функціонувати під координацією Провідної країни (ПК, англ., Lead Nation, LN) та складатися з модулів, наданих іншими державами (країнами-контрибуторами, КК, англ., Contributing Nations, CN) з різним ступенем залучення. Можливі обов'язки ПК і КК висвітлені далі в цьому документі. Багатонаціональний ВМЗ, який виникає у результаті, може бути використаний у широкому спектрі операцій, включаючи бойові дії, стримування, операції у випадку надзвичайних ситуацій, залучення в мирний час, реагування на кризові ситуації та гуманітарну підтримку. Це допоможе надати НАТО засоби для:

- Зменшення негативних наслідків нестач у ВМЗ 2 рівня;
- Покращення залучення багатонаціональних медичних служб та партнерів;
- Посилення багатонаціональної медичної участі;
- Забезпечення відповідності спеціальним операційним вимогам;
- Покращення стандартів надання допомоги та оперативної сумісності.

Цей документ було побудовано на основі роботи, виконаної в контексті проекту "Розумний захист", Рівень 1.15; у ньому взяті до уваги принципи, викладені в посиланні С. Крім того, цей документ посилається на базові та посилені ВМЗ 2 етапу та ВМЗ 3 етапу, як описано в Посиланні D.

1.3 СФЕРА ЗАСТОСУВАННЯ

Сфера застосування цього документу включає визначення та стандартизацію модульних компонентів та забезпечення базової концептуальної роботи для підготовки до розгортання та оцінки багатонаціонального ВМЗ. Він не включає інші питання (правові, фінансові, тощо), які, хоча і визнані фундаментальними, потребують подальшого аналізу, із залученням інших, немедичних, експертів. У будь-якому випадку, ці питання повинні бути включені в угоди (Меморандуми про взаєморозуміння

(MOU), Технічні угоди (ТА), Імплементативні угоди (ІА) і т.д.), які країни, що будуть залучені до формування багатонаціонального ВМЗ, мають укласти між собою (див. Частина 3).



НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ

ЧАСТИНА 2. МОДУЛІ

2.1 МОДУЛЬНІ КОМПОНЕНТИ

2.1.1. Модульний підхід заснований на попередньо визначеному складі персоналу та наборах обладнання, що визначаються як стандартизовані одиниці (модулі) для легкості управління та більшої гнучкості використання. Ці окремі модулі можуть бути надані з різних джерел, як національних, так і не національних, військових і цивільних. Їхньою спільною рисою є функціональна сумісність для створення колективної потужності (можливості). Кожен модуль представляє самостійну одиницю, яка включає персонал, обладнання, матеріал і процедури, та виконує специфічну функцію. Будучи функціональною одиницею, модуль, в принципі, не може бути розділений. Однак, враховуючи те, що важливим є кінцевий результат, і для забезпечення максимальної гнучкості, не виключена можливість інтеграції в сам модуль певних допоміжних "внесків", особливо персоналу, від різних країн. Але в цьому випадку керуватиме лише одна нація, яка відповідатиме за можливості, що надаються.

2.1.2. Для того, щоб цей документ можна було використовувати як у процесі планування операцій (ППО, англ., Operations Planning Process, OPP), так і в процесі оборонного планування НАТО (англ., NATO Defence Planning Process, NDPP), слід визначити для кожного модуля необхідні можливості, потужності та склад персоналу. AMedP-1.7 та AMedP-1.8 (STANAG 2560 – Посилання E та F) описують можливості та навички, необхідні для кожного модуля. Треба зазначити, що ці визначення не включають ані кількість персоналу, ані будь-який список обладнання. Останнє буде визначатися метою та задачами модулів, у той час як персонал може бути підібраний відповідно до конкретної національної ситуації, орієнтуючись на детально описані необхідні навички. Тому, відносно цього, слід враховувати досвід, отриманий під час попередніх розгортань і в цивільному середовищі. Що стосується потужностей, вони будуть визначені під час ППО вимогами конкретної операції та узгоджені в контексті процесу формування сил. Для NDPP необхідно буде звернутися до відповідних пакетів можливостей.

2.1.3. Відповідно до Посилання D, модулі класифіковані за трьома різними категоріями: основні модулі, модулі посилення та додаткові модулі.

2.2 ОСНОВНІ МОДУЛІ

2.2.1 Визначають сім основних модулів:

1. Зона надзвичайної ситуації
2. Хірургія
3. Вибрані діагностичні можливості (включаючи візуалізацію та польову лабораторію)
4. Утримання пацієнтів (призначений для короткострокового утримання пацієнтів перед евакуацією)
5. Відділення післяопераційного догляду/інтенсивної терапії
6. Командування, управління, комунікація, комп'ютери та інформація (C4I)
7. Медичне постачання

2.2.2 Відповідно до Посилання D, медичне забезпечення на 2 етапі (базове) включає всі сім основних модулів. Базова медична допомога на 2 етапі може розгортатися в наметі (високомобільний ВМЗ) чи, з більш стаціонарним підходом, в мобільних конструкціях, у будівлях чи на морських плавзасобах. Оскільки базові високомобільні ВМЗ 2 етапу, що розгортаються в наметах, передбачають малу кількість персоналу, вони мають менше можливостей для багатонаціональної кооперації (яку, однак, не можна виключати).

2.3 МОДУЛІ ПОСИЛЕННЯ

2.3.1 “Посилення” означає збільшення обсягу/рівня медичної допомоги, яка надається в базовому ВМЗ 2 етапу. Модулі посилення можна додавати до основних модулів, щоб створити посилений ВМЗ 2 етапу, який надає базову медичну допомогу свого рівня, але має покращені можливості в результаті наявності додаткових засобів і більшого обсягу ресурсів (обладнання/персоналу), включаючи здатність стабілізувати пацієнтів та готувати їх до стратегічної аеромедичної евакуації. Посилений ВМЗ 2 етапу не обов’язково має включати всі модулі посилення. Останні можуть бути обрані з так званого “медичного інструментарію” НАТО. Залежно від вимог та зважаючи на оперативні потреби, підтримку приймаючої країни, кліматичні та епідеміологічні обставини, заплановану тривалість, географічну та екологічну ситуації під час завдання, можна створити посилений ВМЗ 2 етапу, адаптований до конкретних задач.

2.3.2 Визначають чотирнадцять різних модулів посилення:

1. Хірургія
2. Візуалізаційні можливості
3. Комп’ютерна томографія (КТ)
4. Стаціонар
5. Відділення інтенсивної терапії
6. Лабораторія
7. Фармацевтична служба
8. Стоматологія
9. Психічне здоров’я
10. Внутрішня медицина
11. Ізолятор
12. Управління ВМЗ
13. Стерилізаційна
14. Первинна медична допомога

2.4 ДОДАТКОВІ МОДУЛІ

Крім основних модулів та модулів посилення, була визначена третя група модульних компонентів, названих додатковими модулями. Вони не обов’язково становлять функціональну потужність або неподільну одиницю. Такі модулі можуть відображати конкретні національні потреби, спеціальні екологічні вимоги приймаючої країни або обов’язкові вимоги, пов’язані з типом завдання. Додаткові модулі можуть бути додані до базових ВМЗ 2 етапу або посилених ВМЗ 2 етапу, щоб сформувати більш потужний ВМЗ.

Наведений нижче список не є вичерпним:

1. Вироблення кисню
2. Гіпербарична медицина
3. Заморожені препарати крові (банк крові)¹
4. Ветеринарія
5. Фізична терапія
6. Профілактична медицина
7. Телемедицина
8. Морг

¹ Цільна кров та препарати крові, які є доступні у військовій системі банків крові/службі крові (наприклад, заморожена кров, заморожені тромбоцити, ліофілізована плазма та свіжа цільна кров).



9. Хімічна, біологічна, радіологічна та ядерна(ХБРЯ) деконтамінація та лікування ХБРЯ-пацієнтів
10. Додаткові клінічні спеціальності
11. Служба ЕМД
12. Магнітно-резонансна томографія
13. Спеціалізована хірургія



НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ

ЧАСТИНА 3. ОБОВ'ЯЗКИ

3.1 ВСТУП

3.1.1 Один із провідних принципів модульного підходу - це гнучкість. Зважаючи на це, обов'язки, висвітлені в цій частині і засновані на досвіді, набутому під час попередніх операцій та навчань, та/або вже погоджені в інших стандартах НАТО, можуть значно змінюватися. Створення багатонаціональної медичної установи завжди вимагатиме від країн-учасниць досягнення згоди, що описуватиме відповідні задачі та обов'язки, які можуть різнитися залежно від ситуації. Наприклад, створення багатонаціонального ВМЗ, який буде існувати тривалий час, та створення багатонаціонального ВМЗ під час процесу формування сил для конкретної операції є кардинально різними ситуаціями. В обох випадках можна використовувати модульний підхід, але завдання та обов'язки ПК та КК можуть значно відрізнятись.

3.1.2 У будь-якому випадку, різні види угод (Угоди про статус сил, Меморандуми про взаєморозуміння (MoU), технічні домовленості, імплементаційні угоди тощо) покриватимуть всі аспекти створення та функціонування багатонаціональних медичних установ, а також відповідальність, зобов'язання ПК та КК, принципи розподілу витрат, правові аспекти тощо. Шаблони Меморандумів про взаєморозуміння можна знайти в публікації AMedP-9.2 (STANAG 2552 – Посилання G).

Додаток В містить графічний опис дій, які необхідно виконати для створення багатонаціонального ВМЗ.

3.2 ОБОВ'ЯЗКИ ПРОВІДНОЇ КРАЇНИ ЩОДО БАГАТОНАЦІОНАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ УСТАНОВИ

3.2.1 Загалом, обов'язки провідної країни (ПК) щодо багатонаціонального військово-медичного закладу охоплюватимуть наступні сфери²:

- аналіз завдання: це включатиме координацію з відповідними органами НАТО (Оперативне командування ОЗС та/або відповідне Командування об'єднаних сил, Командувач силами, Медичний директор тощо), щоб забезпечити найкращу інтеграцію закладу в загальну медичну організацію, а також визначити можливості, які ВМЗ має надати для виконання бойових завдань;
- планування операції, включаючи структуру установи, модульні можливості, необхідне укомплектування тощо;
- забезпечення (за потреби) ключових можливостей, які можуть стосуватися підтримки базових потреб (постачання їжі, води, електроенергії, пального, послуги з прання, утилізація відходів і біологічно небезпечних речовин, соціальний добробут, умови проживання, екологічний та епідеміологічний захист тощо), медичної логістики (ліки, медичні гази, кров та препарати крові, витратні матеріали, техобслуговування медичного обладнання тощо), комунікаційного обладнання тощо,
- встановлення, за потреби, вимог до оперативної сумісності³, особливо щодо енергопостачання (електричні вилки, розетки, конвертори та вимоги до споживання електроенергії), води (трубопроводи, з'єднувачі, вимоги до тиску і якості), кисню (вироблення, з'єднувачі, циліндри), медичних відходів (процедури та матеріали) та з'єднань укриттів/наметів,
- організація розгортання об'єктів у тісній координації зі структурними відділами НАТО з переміщення,

² Цей список не має на меті бути вичерпним або використовуватись в повному обсязі в кожній ситуації.

³ З урахуванням існуючих відповідних стандартів НАТО.

- проведення заходів медичного командування та управління (С2), включаючи якомога раніше забезпечення посади Офіцера командування/Клінічного директора Мультинаціонального ВМЗ,
- розробка Стандартних операційних процедур для ВМЗ⁴,
- розробка принципів та процедур клінічного управління, які будуть узгоджені КК ВМЗ⁵.
- розробка та розповсюдження медичної документації⁶,
- створення коректної, адаптованої до бойового завдання програми інтеграції та навчання перед розгортанням⁷,
- проведення процедури оцінювання та валідації III рівня відповідно до AMedP-1.6 (STANAG 2560 – Посилання Н), включаючи призначення керівника Багатонаціональної групи оцінювання.

3.2.2 Можливості, за які відповідальна ПК, не обов'язково мають бути надані власне нею. Провідна країна може укласти угоди з іншими країнами щодо фактичного надання можливостей, але залишається відповідальною за їх доступність.

⁴ Список неклінічних Стандартних операційних процедур (СОП) можна знайти в AMedP-9.2 (STANAG 2552 – посилання G)

⁵ У будь-якому випадку, як ПК, так і КК, як постачальники модулів, залишаються відповідальними за управління якістю та повинні відповідати узгодженим стандартам медичної допомоги та кращих медичних практик.

⁶ З урахуванням збереження медичної таємниці.

⁷ В ідеалі навчання має бути проведене до розгортання. Якщо це неможливо, модулі ПК і КК навчатимуться окремо, а інтеграція та спільне навчання проводитимуться на ТБД перед декларацією повної оперативної готовності (FOC). У будь-якому випадку навчання має відповідати правилам, викладеним у Посиланні I.

3.3 ОБОВ'ЯЗКИ КРАЇН-КОНТРИБУТОРІВ ЩОДО БАГАТОНАЦІОНАЛЬНОГО ВМЗ

Країни, що погоджуються робити внесок у створення багатонаціональної установи, мають:

- співпрацювати з провідною країною в первинній концептуальній роботі (аналіз бойового завдання, оперативне планування, тощо),
- забезпечувати оптимальне функціонування медичного обладнання, що надається багатонаціональній медичній установі, дбаючи про його придатність та актуальність
- відправляти для розгортання сертифікований і належним чином підготовлений персонал, що в ідеалі мав би пройти підготовку за всіма тренувальними модулями, висвітленими в AMedP-8.3 (STANAG 2249 – Посилання I),
- проводити оцінку модуля та забезпечувати оцінку I (індивідуальний) та II (модульний) рівнів згідно з AMedP-1.6 (STANAG 2560 – Посилання H);
- брати участь у програмі інтеграції та навчання перед розгортанням, розроблений ПК;
- якщо до модуля в якості допомоги від КК буде надісланий персонал, тренувати, оцінювати (в основному, II рівень) та сертифікувати даний персонал відповідно до AMedP-8.3 (STANAG 2249 – Посилання I);
- гарантувати функціональність модуля максимально наближено до 100% у режимі 24/7. Як наслідок, національні завдання та заходи мають бути зведені до мінімуму, з пріоритетом збереження функціональності багатонаціонального ВМЗ в цілому.



НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ

ДОДАТОК А. СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ПУБЛІКАЦІЙ

Посилання:

- A. MCM-0004-2010, NMA Contribution to the Mitigation of NATO Medical Shortfalls, dated 22 January 2010
- B. 5000 TSC FXX 0010/Ser: NU 0530: Task Force (TF) on Building Capability Through Multinational and Innovative Approaches (MNA) - Final report, 09 September 2011
- C. IMSWM-0169-2012, Conceptual Basis for a Multinational Approach to Military Healthcare and a Modular Approach to Medical Support Capability, 16 July 2012
- D. AJP-4.10 (B), Allied Joint Doctrine for Medical Support (STANAG 2228), May 2015
- E. AMedP-1.7, Capability Matrix (STANAG 2560), January 2016
- F. AMedP-1.8, Skills Matrix (STANAG 2560), January 2016
- G. AMedP-9.2, Guidelines for a Multinational Medical Unit (STANAG 2552), January 2013
- H. AMedP-1.6, Medical Evaluation Manual (STANAG 2560), January 2016
- I. AMedP-8.3, Training Requirements for Health Care Personnel in International Missions, (STANAG 2249), June 2013



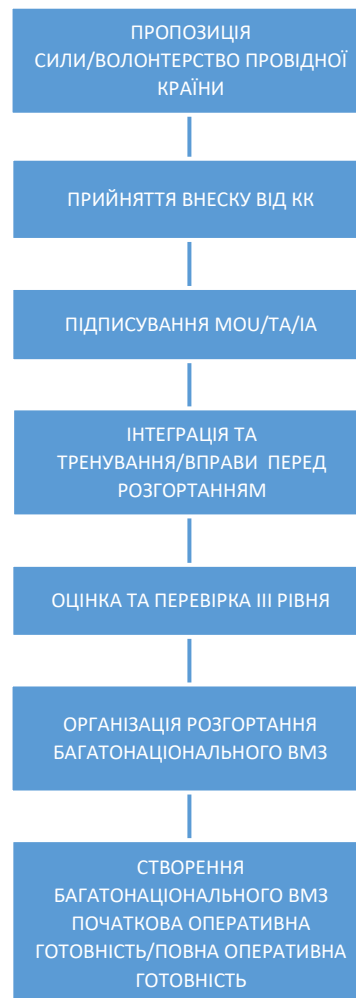
НАВМИСНО ПОРОЖНІЙ АРКУШ

ДОДАТОК В. РОЗПОДІЛ ОBOB'ЯЗКІВ ПРИ СТВОРЕННІ БАГАТОНАЦІОНАЛЬНОГО ВМЗ ДЛЯ КОНКРЕТНОЇ ОПЕРАЦІЇ

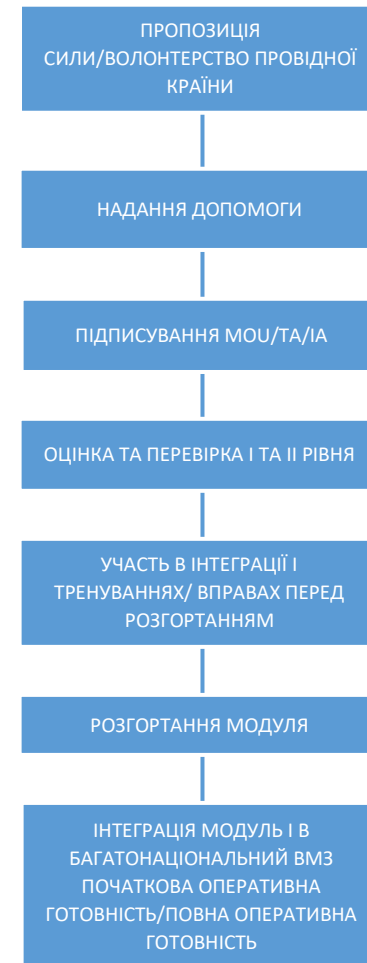
НАТО



ПРОВІДНА КРАЇНА



КРАЇНИ-КОНТРИБУТОРИ





AMedP-9.1(A)(1)