

Ю.Е. БАРАЧЕВСКИЙ, А.Г. СОЛОВЬЕВ

**МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ И
МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Руководство для врачей

Допущено

Министерством образования Российской Федерации
в качестве руководства для врачей, обучающихся
в академиях (факультетах) повышения квалификации

Архангельск,
2010

Настоящее руководство предназначено для организаторов здравоохранения и специалистов, штатно работающих в системе подготовки персонала учреждений здравоохранения к действиям в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени и обеспечения мобилизационной готовности здравоохранения. Основные положения данного издания могут быть использованы медицинским персоналом различных категорий при совершенствовании знаний, обретении умений и отработке практических навыков по этим вопросам в ходе повседневной деятельности, при проводимых тренировках, учениях и при ликвидации медико-санитарных последствий реальных и прогнозируемых чрезвычайных ситуаций.

Руководство полезно использовать в процессе додипломной подготовки студентов образовательных учреждений медицинского профиля и для последипломной подготовки медицинского персонала в академиях и институтах последипломного образования.

Руководство иллюстрировано 18 рисунками, 21 таблицей, 26 приложениями и словарем использованных терминов.

**МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ И
МОБИЛИЗАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
(Руководство для врачей)

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Список сокращений	
Предисловие	12
1. Понятие о чрезвычайных и кризисных ситуациях, их классификации	15
2. Единая государственная система предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (РСЧС)	28
2.1. Задачи и основы организационной структуры РСЧС	28
2.2. Режимы функционирования РСЧС и выполняемые мероприятия	34
2.3. Силы и средства РСЧС	36
3. Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)	38
3.1. Задачи и организационная структура ВСМК	40
3.2. Правила и обязанности медицинского персонала при работе в чрезвычайных ситуациях	58
3.3. Мероприятия, осуществляемые службой медицины катастроф в режимах её функционирования	59
3.4. Организация медицинского снабжения службы медицины катастроф	62
3.5. Организация управления службой медицины катастроф	64
3.6. Основы планирования медико-санитарного обеспечения населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях	75
3.7. Организация взаимодействия службы медицины катастроф	77
3.8. Организация информационного обеспечения управления службой медицины катастроф	82

3.9. Учет и отчетность в службе медицины катастроф	85
3.10. Организация подготовки и проведения экстренной эвакуации больных и персонала лечебно-профилактических учреждений	87
4. Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения, пострадавшего в очагах массовых потерь	103
5. Ликвидация медико-санитарных последствий в очагах массовых потерь населения	112
5.1. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий радиационных аварий и катастроф	112
5.2. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий химических аварий и катастроф	119
5.3. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий биолого-социальных чрезвычайных ситуаций	127
5.4. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий наводнений	131
5.5. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий землетрясений	136
5.6. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на пожаро-взрывоопасных объектах и в лесных массивах	139
5.7. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на транспорте	143
5.8. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий террористических актов	150
5.9. Структура травм, повреждений и заболеваний у пострадавших в чрезвычайных ситуациях различного характера	158
6. Организация работы гражданской обороны Российской Федерации в сфере здравоохранения (ГОЗ)	163
6.1. Задачи, структура и основы работы ГОЗ	164
6.2. Медицинское обеспечение эвакуации населения в системе ГО	181

6.3. Особенности эвакуации учреждений здравоохранения в загородную зону	190
6.4. Режимы функционирования ГОЗ и объем выполняемых в них мероприятий	196
7. Основы и принципы мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения.....	205
7.1. Организация ведения воинского учета персонала здравоохранения	207
7.2. Виды специальных формирований здравоохранения и порядок их отмобилизования	224
7.3. Комплектование специальных формирований здравоохранения различными видами ресурсов	237
7.4. Понятие об оперативных койках в больницах гражданской обороны, организация и порядок их развертывания	243
7.5. Мобилизационная подготовка учреждений службы крови	247
7.6. Мобилизационный резерв медицинского и санитарно-хозяй- ственного имущества	249
8. Планирование и организация подготовки персонала здравоохранения к работе в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени	263
Словарь терминов, использованных в настоящем руководстве	274
Приложения:	290
1. Должностной регламент заместителя главного врача (директора, начальника) по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны) учреждения здравоохранения (вариант)	291
2. Мобильные формирования службы медицины катастроф, их штат и возможности	297
3. Организация проведения йодной профилактики	301
4. Задачи, решаемые оперативной группой здравоохранения субъекта Российской Федерации на запасном пункте управления	302

5. Должностной регламент специалиста учреждения здравоохранения по воинскому учету граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации (вариант)	303
6. Обязанности граждан Российской Федерации по воинскому учету, мобилизационной подготовке и мобилизации	306
7. Памятка руководителю учреждения здравоохранения по ведению военно-учетной работы	308
8. Приказ (проект) «Об организации воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе	310
9. Учетно-отчетные документы по ведению воинского учета ГПЗ, работающих в учреждении здравоохранения	311
10. Таблица распределения медицинских специалистов по военно-учетным специальностям	312
11. Перечень военно-учетных специальностей и профессий, согласно которым граждане женского пола подлежат постановке на воинский учет	315
12. Распределение граждан, пребывающих в запасе, по разрядам	317
13. Таблица возрастов граждан, пребывающих в запасе, подлежащих снятию с воинского учета в связи с достижением предельного возраста состояния в запасе	318
14. Унифицированная форма № Т-2 (образец)	319
15. Система бронирования граждан, пребывающих в запасе Вооруженных Сил в Российской Федерации	321
16. Учетно-отчетные документы по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе и работающих в учреждениях здравоохранения	324
17. Удостоверение об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время	325
18. Извещение о зачислении граждан, пребывающих в запасе, на специальный воинский учет	326
19. Расписка о получении документов воинского учета	327

20. Порядок получения бланков строгой отчетности (форма № 4) в военном комиссариате и вручения их гражданам, пребывающим в запасе	328
21. Акт об отводе здания для размещения специального формирования здравоохранения	329
22. Ордер на право занятия специальным формированием здравоохранения зданий, помещений и использования земельных участков в период мобилизации и в военное время	331
23. Перечень № 1 мероприятий, выполняемых в мирное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведенных для развертывания в период мобилизации специальных формирований здравоохранения	332
24 Перечень № 2 мероприятий, выполняемых в период мобилизации и в военное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведенных для развертывания специальных формирований здравоохранения	333
25. Примерный перечень вопросов, выносимых на заседания штаба ГОЧС учреждения здравоохранения	334
26. Примерный перечень вопросов для рассмотрения на заседаниях межведомственной координационной комиссии службы медицины катастроф	336
Список литературы	338

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АСФ	аварийно-спасательные формирования
АОХВ	аварийно-опасные химически вещества
БС	биологические (бактериальные) средства
БСМП	бригада специализированной медицинской помощи
БСМППГ...БСМП	постоянной готовности
БСкМП	бригада скорой медицинской помощи
БрСМЭ	бригада судебно-медицинских экспертов
БЭР	бригада экстренного реагирования
БСМЭ	бюро судебно-медицинской экспертизы
ВИЗ	вспышечная инфекционная заболеваемость
ВМП	временный медицинский пункт
ВРП	вспомогательный распределительный пункт
ВС РФ	Вооруженные Силы Российской Федерации
ВСБ	врачебно-сестринская бригада
ВСМК	Всероссийская служба медицины катастроф
ВСП	врачебно-сестринский персонал
ВУС	военно-учетная специальность
ГБ	головная больница
ГОЗ	гражданская оборона в сфере здравоохранения
ГПЗ	граждане, пребывающие в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации
ГСЭР	группа санитарно-эпидемиологической разведки
ДДА	дезинфекционно-душевой автомобиль
ДДП	дезинфекционно-душевой прицеп
ДТП	дорожно-транспортное происшествие
ДТК	дорожно-транспортная катастрофа
ЗПУ	запасной пункт управления
ЗС	защищенный стационар
ИПГ	инфекционный подвижной госпиталь

КГ категорированный город

КС кризисная ситуация

КЧС и ПБ ... комиссия по чрезвычайным ситуациям и пожарной безопасности

КЭС коммунально-энергетические системы

ЛПУ лечебно-профилактические учреждения

ЛЭМ лечебно-эвакуационные мероприятия

ЛЭН лечебно-эвакуационные направления

ЛЭО лечебно-эвакуационное обеспечение

МБЭР медицинская бригада экстренного реагирования

МВД Министерство внутренних дел Российской Федерации

МВК межведомственная комиссия по вопросам бронирования ГПЗ

МИАЦ медицинский информационно-аналитический центр

МП мобилизационное предписание

МП медицинский пункт

МПБ многопрофильная больница

МРП медицинский распределительный пункт

МСЭК медико-социальная экспертная комиссия

МЦ «Резерв» ... медицинский центр мобилизационных резервов «Резерв»

МЧС Министерство Российской Федерации по гражданской обороне, предупреждению и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

МЭП местный эвакуационный пункт

ОКИ острая кишечная инфекция

ОК оперативные койки

ОПМ отряд первой медицинской помощи

ОСД отряд санитарных дружин

ОСМП отряд специализированной медицинской помощи

ОХВ опасное химическое вещество

ПБ профилированная больница

ПВОВ пожаро-взрывоопасные вещества
ПВОО пожаро-взрывоопасные объекты
СД санитарная дружина
СК служба крови
СМИ средства массовой информации
СМК служба медицины катастроф
СП санитарный пост
СПК станция переливания крови
СПЭБ специализированная противоэпидемическая бригада
ССМБ ПГ ... специализированная судебно-медицинская бригада постоянной готовности
ССМП станция скорой медицинской помощи
СФЗ специальные формирования здравоохранения
СЭБ санитарно-эпидемиологическая бригада
СЭО санитарно-эпидемиологический отряд
ТГ тыловой госпиталь
ТТПГ токсико-терапевтический подвижной госпиталь
ЦГиЭ центр гигиены и эпидемиологии
ЦМК центр медицины катастроф
ПВ пункт высадки
ПВП первая врачебная помощь
ПВП пункт встречи пополнения
ПМП первая медицинская помощь
ПП пункт посадки
ППЭ промежуточный пункт эвакуации
ПТК постоянная техническая комиссия
ПЭП приемный эвакуационный пункт
РБ радиологическая бригада
РВ радиоактивные вещества

РСЧС Единая государственная система предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

РФ Российская Федерация

СГ(Т)Б санитарно-гигиеническая (токсикологическая) бригада

СНЛК сеть наблюдения и лабораторного контроля

СПК станция переливания крови

ССМБПГ... специализированная судебно-медицинская бригада постоянной готовности

ССМП станция скорой медицинской помощи

СЭП сборный эвакуационный пункт

ТСМК территориальная служба медицины катастроф

УЗ учреждение здравоохранения

УСК учреждения службы крови

ФМБА Федеральное медико-биологическое агентство

ХОО химически опасный объект

ХПГ хирургический подвижной госпиталь

ЦГБ центральная городская больница

ЦГиЭ центр гигиены и эпидемиологии

ЦРБ центральная районная больница

ЧС чрезвычайная ситуация

ЭБ эпидемиологическая бригада

ЭК эвакуационная комиссия

ЭМП экстренная медицинская помощь

ЭП эвакуационный приемник

ЭПК эвако-приемная комиссия

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современный период жизни человечества характеризуется возросшим числом техногенных катастроф, социальных конфликтов, природных бедствий, террористических актов и локальных войн, тенденции по снижению которых в настоящее время не отмечается. Все они обостряют проблемы, связанные с обеспечением безопасности населения, формируя возникновение чрезвычайных ситуаций (ЧС), которые, в свою очередь, характеризуются:

а) одномоментным появлением значительного числа пострадавших, пораженных и больных с различными видами патологии и степенями тяжести возникающих повреждений (поражений);

б) возникновением сложной, а порой и драматической, санитарно-эпидемиологической обстановки, обусловленной скоплением больших масс людей, оставшихся без крова, нарушением функционирования коммунально-энергетических систем (КЭС) жизнеобеспечения населения и изменением у него экологического комфорта и, как следствие, приводящей к возможному возникновению вспышечной инфекционной заболеваемости;

в) разрушением или повреждением учреждений здравоохранения (УЗ), осложнением выполнения ими задач по предназначению, дезорганизацией управления лечебно-диагностическим процессом и недостаточной подготовленностью персонала УЗ к оперативным, координированным и взаимосогласованным действиям в этих условиях.

Эти негативные последствия ЧС обозначили новые подходы к оценке рисков в сфере медицинской деятельности, поскольку здравоохранению принадлежит значительная роль в предупреждении и ликвидации их последствий, сориентированных на их медико-санитарный компонент. При этом, его усилия на догоспитальном и госпитальном этапе направляются на:

- оптимизацию диагностики поражений у пострадавших и больных;
- оказание пострадавшим своевременной и качественной медико-психологической помощи;

- применение фармакологических средств, предусматривающих смягчение стресса и повышение защитных функций организма, как пострадавшим в ЧС, так и спасателям, работающим в зонах ЧС;
- улучшение качества подготовки различных категорий персонала УЗ к работе в очагах ЧС;
- совершенствование системы управления лечебно-эвакуационным процессом по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим, пораженным с учетом вида и особенностей ЧС.

Реализация этих направлений по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС требует мобилизации врачебно-сестринского персонала, способного и умеющего работать в очагах массовых потерь населения и ознакомленного с организационными принципами медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения, успешно развивающихся в системе российского здравоохранения, как самостоятельные направления и научные дисциплины.

Изучение этих дисциплин крайне актуально для врачей организационного профиля, специалистов лечебно-диагностического звена стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений, санитарно-эпидемиологического и фармацевтического профилей.

Государственные образовательные стандарты предполагают, что врач вместе с пониманием потенциальных угроз современного мира обязан владеть тем набором знаний, умений и навыков, который позволит ему безопасно взаимодействовать со средой обитания (производственной, природной и бытовой), предвидеть, идентифицировать, оценивать и предупреждать опасности, а при возникновении ЧС – ликвидировать или минимизировать их последствия.

До сегодняшнего дня единого полноценного руководства по медицине катастроф и мобилизационной подготовке здравоохранения для врачей не существовало, программы специальной подготовки персонала здравоохранения устарели и не соответствуют как времени, так и

потребностям современного периода. Эти обстоятельства побудили авторов руководства, на основе собственного практического и педагогического опыта работы в здравоохранении, последовательно изложить в нем организационные основы медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения в части их структуры, задач, принципов управления, проведения лечебно-эвакуационных мероприятий пострадавшим в различных ЧС, а также в части подготовки персонала здравоохранения к действию и взаимодействию в очагах ЧС по эффективному медицинскому обеспечению пострадавшего населения. На наш взгляд, реализация и совершенствование этих направлений позволит повысить функциональную эффективность здравоохранения, в целом, и компетентность каждого врача, в отдельности, к своевременным практическим действиям в таких ситуациях.

Авторы надеются, что руководство будет способствовать формированию системных знаний у медицинского персонала по медицине катастроф и мобилизационной подготовке здравоохранения для последующего овладения умениями и навыками работы в очагах массовых потерь мирного и военного времени. В то же время, мы будем признательны за все предложения и замечания по построению руководства и изложению в нем материала.

1. ПОНЯТИЕ О ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ, ИХ КЛАССИФИКАЦИИ

История развития человечества отражает не только поиск и построение более безопасного и комфортного мира, но и обретение на этом пути новых угроз и опасностей. XX век был ознаменован стремительным развитием техносферы, ростом активности природных процессов и, как следствие, мощными негативными социальными потрясениями. В XXI веке спектр и характер угроз безопасности личности и обществу еще более возрос, обозначались новые подходы к оценке рисков в основных сферах жизнедеятельности человека.

Научно-технический прогресс сопутствует возрастанию аварий, катастроф на объектах экономики с массовыми поражениями и гибелью людей, значительным материальным и экологическим ущербом, а экономические, духовные, религиозные, этнические и иные угрозы обусловили войны, вооруженные конфликты и террористические акты.

Анализ техногенных катастроф, природных, социальных бедствий, террористических актов и вооруженных конфликтов показывает, что количество и масштабы их неуклонно возрастают. По данным мирового Центра исследований стихийных бедствий, число только природных катастроф с каждым десятилетием увеличивалось: в 1978-1982 г.г. их было зафиксировано 1,5 тыс., в 1983-1992 г.г. – 3,5 тыс., а в 1993-2002 г.г. – 6 тыс. случаев (Дзуцов Н.К., Мераго Ш.Л., 2005). Отмечался в эти периоды и продолжается по сей день рост техногенных катастроф, социальных бедствий и террористических актов. Следовательно, происходит накопление потенциальных опасностей, которые способствуют возникновению чрезвычайных и кризисных ситуаций (КС) с разрушительными последствиями, как для окружающей среды, так и для состояния здоровья и жизни людей. В этой связи, термины «чрезвычайная ситуация» и «кризисная ситуация» в последние годы заняли прочное место в средствах массовой информации (СМИ) и в научных публикациях.

Условия ЧС и КС, в определенной степени, сопоставимы, так как их единство обусловлено близкими поражающими факторами и специфической обстановкой, способными оказывать негативное воздействие на население, окружающую среду и функционирование объектов экономики.

Чрезвычайная ситуация – это обстановка на определенной территории или объекте, сложившаяся в результате техногенной катастрофы, природного или иного бедствия, которая может повлечь или повлекла за собой материальные потери, человеческие жертвы, ущерб окружающей среде, здоровью людей и нарушению условий их жизнедеятельности.

Кризисная ситуация – это кратковременное или длительное обострение военно-политической обстановки в мире или регионе, вызванное односторонними или взаимными враждебными действиями одного или нескольких государств, выдвижением неприемлемых для другой стороны политических, экономических, территориальных и других претензий, при которой исчерпываются возможности урегулирования спорных вопросов дипломатическими средствами и нарастает реальная возможность применения вооруженной силы.

В последующем при изложении материала и удобства его восприятия оба термина – чрезвычайная и кризисная ситуации будем указывать как ЧС.

В ряде случаев имеет место отождествление терминов чрезвычайная и экстремальная ситуация. Полагаем, что такое сопоставление не является корректным и этичным, особенно для системы здравоохранения, поскольку при экстремальных (напряженных) ситуациях изменяется только режим работы персонала, а условия его деятельности остаются неизменными. При возникновении ЧС, наряду с изменением режима работы медицинского персонала, резко осложняются условия его деятельности (одномоментное поступление массового числа пострадавших, дефицит персонала, недостаток медикаментов, реанимационного и другого медицинского оборудования, необходимость высвобождения коечного фонда лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и необходимость взаимодействия с органами

исполнительной власти, оперативными и аварийно-спасательными службами, другими оперативными структурами территории в условиях постоянно меняющейся обстановки).

Возникновение ЧС характеризуется развитием поражающих факторов. Они могут носить механический, термический, физический, химический и биологический характер; в ряде случаев, возможна генерация их воздействия, как на окружающую среду, так и на человека. Поражающие факторы могут воздействовать мгновенно или растянуто во времени, приводя к изолированным, сочетанным, множественным и комбинированным поражениям, одновременно нанося ущерб и окружающей среде. Различают ущерб прямой, косвенный и совокупный.

Прямой ущерб – это безвозвратные (погибшие, умершие, пропавшие без вести) и санитарные (пострадавшие, заболевшие) потери среди населения, убытки в окружающей среде, на производственных и социальных объектах, попавших в зону действия ЧС и ее поражающих факторов, а также убытки, вызванные этими потерями (недобор предприятиями прибыли, а государством – налогов).

Косвенный ущерб – это потери, убытки и дополнительные затраты, которые несут не попавшие в зону ЧС объекты экономики, социальной сферы и население, вследствие нарушений и изменений в сложившейся структуре взаимосвязей, а также затраты на ликвидацию последствий ЧС и на выполнение социальных программ по нормализации обстановки в зоне ЧС.

Совокупный ущерб (сумма прямого и косвенного ущербов) от ЧС в Российской Федерации усредненный по последнему десятилетию составил около 200 млрд. рублей в год.

Важнейшей характеристикой ЧС для здравоохранения являются медико-санитарные последствия, определяющие организацию, содержание и объем медицинского обеспечения. Эти последствия включают в себя:

- характер, величину и структуру погибших, пострадавших, заболевших;

- ухудшение состояния общественного здоровья вследствие осложнения санитарно-гигиенической и эпидемиологической обстановки в зоне ЧС;
- нарушение условий работы и быта населения, вследствие повреждения коммунально-энергетических систем (КЭС) жизнеобеспечения;
- нуждаемость пострадавших в своевременном и качественном оказании медицинской помощи, достигаемая грамотной организацией проведения лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ);
- выход из состояния работоспособности части врачебно-сестринского персонала (ВСП) и обусловленное этим изменение нормального функционирования ЛПУ.

Величина и структура санитарных потерь зависят от характера и масштабов ЧС, от числа людей, оказавшихся в зоне ЧС, от климатогеографических, топографических и социально-экономических особенностей территорий, от своевременности оказания первой медицинской помощи (ПМП) в очаге и ряда других условий. Прогнозирование величины и структуры санитарных потерь при ЧС является основой для планирования медико-санитарного обеспечения ЧС. Но поскольку прогнозируемые потери носят ориентировочный характер, необходимо при возникновении реальных ЧС постоянно получать от оперативной медицинской группы штаба по ликвидации их последствий информацию о реальных размерах потерь, их структуре по возрастному, половому признаку, степени тяжести и в связи с этим вносить коррективы в организацию ЛЭМ.

ЧС оказывают сильное психотравмирующее действие на пострадавших, их родственников и даже на спасателей, проявляющееся в виде легких психогенных реакций, выраженных депрессивных изменений или стойких нервно-психических расстройств. Они, в зависимости от вида ЧС, выявляются у 30-90% лиц из числа указанных категорий; при этом, 10-15% таких пострадавших нуждаются в стационарном лечении и до 50% – в амбулаторном. Эти последствия ЧС привлекли серьезное внимание специалистов психиатрического профиля, и сегодня организационные и

практические вопросы оказания медицинской помощи таким пострадавшим успешно решает динамично развивающаяся сфера здравоохранения – психиатрия катастроф.

В структуре потерь при ЧС значительную часть приходится на детей. Их доля среди пострадавших составляет 15-25%. Структура потерь у детей по локализации не отличается от таковой у взрослых, но тяжесть травм у детей не адекватна взрослым, в связи с их уязвимостью, незащищенностью, ранимостью, меньшей терпимостью к боли, а значит, приоритет в оказании медицинской помощи детям очевиден. Эти обстоятельства во многом способствовали развитию педиатрии катастроф, совершенствованию знаний и навыков ВСП педиатрического профиля в области оказания экстренной медицинской помощи детям.

Аспекты медицины катастроф пронизывают акушерство и гинекологию, поскольку среди вовлеченных в ЧС выявляется до 5% беременных женщин. Эта категория пострадавших заслуживает особого внимания, ибо условия ЧС могут оказывать существенное влияние на течение и исход беременности. В частности, ЧС в 20-25% нарушают течение беременности, приводя к ее самопроизвольному прерыванию, преждевременным родам, гибели плода и даже гибели самой женщины. Дети, родившиеся от женщин, перенесших ЧС, недобирали в массе, были вялые, склонные к болезням, у них отмечалось снижение показателей интеллекта. Нередко, у таких рожениц в плацентах выявлялись нарушение кровотока и иммунологические изменения. Причинами таких бед могли быть механическое, термическое и иное воздействие ЧС или психо-эмоциональный стресс.

Касаясь безвозвратных потерь в виде погибших и умерших, следует обозначить важную роль судебно-медицинского блока, поскольку судебно-медицинская экспертиза, при необходимости, и идентификация тел погибших, а также судебно-медицинское освидетельствование пострадавших – обязательные виды деятельности здравоохранения в ЧС, осуществляющиеся судебно-медицинскими экспертами.

Упоминавшийся драматизм санитарно-эпидемиологической обстановки в зоне ЧС требует содружественного участия в ликвидации их последствий гигиенистов, эпидемиологов, инфекционистов и врачей лабораторного звена, а значит и развития этих разделов медицины катастроф.

Продолжать перечень уже состоявшихся направлений в медицине катастроф можно и дальше: травматология катастроф, хирургия катастроф, анестезиология и реаниматология катастроф, офтальмология катастроф, фармация катастроф и т.д.

Эта отрасль здравоохранения получила признание и на научном полигоне в виде самостоятельной научной специальности – безопасность в ЧС с подразделом медицина катастроф.

Людские потери при ЧС представляют интерес и с экономической точки зрения. Оценка стоимости потерь при ЧС основывается на концепциях:

- «стоимости груза болезней», характеризующейся суммой прямых затрат по оказанию медицинской помощи пострадавшим и суммой выплат социальных трансфертов;

- «стоимости человеческой жизни», выражающейся оценкой экономического ущерба, нанесенного семьям гибелью или увечьем пострадавших.

Многие ЧС провоцируются климатическими факторами, плохим качеством дорог, отсутствием или ухудшением радиосвязи, неисправностью технических средств, пренебрежением персоналом, обслуживающим технологическое оборудование и транспортные средства, правилами безопасности. Следовательно, необходимы анализ потенциальных факторов опасности, повышение внимания, проявление терпения и выработка умений в отработке персоналом объектов экономики навыков безаварийной работы. Количество пострадавших при некоторых ЧС представлено в табл. 1.

Таблица 1

Величина потерь при некоторых чрезвычайных и кризисных ситуациях

Место и вид ЧС	Год	Потери населения	
		Погибшие	Пострадавшие
г. Ульяновск, авария т/х «Суворов»	1983	175	81
г. Иваново, смерч	1984	72	804
Индия (Бхопал, химич. катастрофа)	1985	3150	300 тыс.
г. Чернобыль, авария на АЭС	1986	31	237
г. Новороссийск, т/х «Нахимов»	1986	424	26
г. Арзамас, взрыв на жел. дороге	1988	91	840
г. Свердловск, взрыв на жел. дороге	1988	4	1024
Армения (землетрясение)	1988	25 тыс.	32,5 тыс.
г. Бологое, крушение поезда	1988	31	182
Башкирия, взрыв продуктопровода у железной дороги	1989	339	871
Афганистан (потери советских войск)	1979-1989	15 тыс.	36 тыс.
Людские потери при ДТП в РФ	ежегодно	30-35 тыс.	330 тыс.
Перу, вспышка холеры	1991	184	1260
Хабаровский край, сальмонеллез	1992	53	1
Белгородская область, ДТП	1992	14	62
Ивановская область, авиакатастрофа	1992	82	83
г. Иркутск, авиакатастрофа	1994	125	-
г. Котлас, обрушение балкона в спорткомплексе «Салют»	1997	-	134
г. Архангельск, обрушение подъезда жилого многоэтажного дома	2004	58	356
г. Пермь, авиакатастрофа	2008	88	-
Китай, землетрясение	2008	72500	более 4 млн.
Индия (г. Мумбаи), захват террористами заложников	2008	195	295

В 1988 году в СССР было выявлено 437 крупных ЧС, в 1995 году в РФ – 1549 ЧС, в которых 18000 чел. пострадали и 1800 - погибли. С 1997 по 2004 годы в РФ было зарегистрировано более 121 тыс. ЧС, в которых пострадало около 0,5 млн. человек, из которых госпитализировано почти 175 тыс. (36,4%) человек, в том числе более 43 тыс. (25,0%) детей (табл.2). Значительное число госпитализированных в ЛПУ свидетельствует о преобладании тяжелых травм. Это характерно, прежде всего, для ЧС техногенного и социального характера.

**Количество чрезвычайных ситуаций в РФ, число пострадавших
и госпитализированных в них за период с 1997 по 2004 годы**

Годы	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Число ЧС	19387	21720	8705	20502	14276	9835	12230	15202
Количество пострадавших	47409	33730	24603	94609	98935	91976	43888	44488
Количество госпитализированных, в т.ч. - детей	22401 6176	18119 3709	15532 4331	32083 8714	22845 5137	24685 6783	15351 3263	23593 5135

Наличие массовых медико-санитарных последствий при многих ЧС, необходимость мобилизации сил и средств здравоохранения в ЧС определили важность разьяснения понятия «чрезвычайная ситуация в здравоохранении».

В словаре «Основные понятия и определения медицины катастроф» (1997) указывается, что: «Чрезвычайная ситуация для здравоохранения – это обстановка, сложившаяся на объекте, в зоне (районе) в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных (больных), резким ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующая привлечения для медицинского обеспечения сил и средств службы медицины катастроф, учреждений здравоохранения, находящихся за пределами объекта (зоны, района) ЧС, а также особой организации работы других учреждений и формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС». Заслуживают внимания и более лаконичные определения:

«ЧС в здравоохранении – это дисбаланс между резко возросшей потребностью пострадавшего населения в медицинской помощи и отсутствием адекватной возможности здравоохранения по ее удовлетворению в необходимом объеме» (Мешков В.В. и соавт., 1992).

«ЧС в здравоохранении – обстановка, сложившаяся в результате катастрофы, при которой число пострадавших, нуждающихся в экстренной медицинской помощи, превосходит возможности имеющихся сил и средств

объектового (муниципального, субъектового) здравоохранения в части своевременности и качества ее оказания, а значит, требующая привлечения их извне с изменением форм и методов повседневной работы» (Рябочкин В.М., Назаренко Г.И., 1996).

Наличие разнообразных ЧС требует объединения их в группы по тем или иным признакам, т.е. классификации. Наиболее важными признаками являются тяжесть последствий, срок и характер восстановления, масштабы и периодичность возникновения, причины возникновения, ЧС (табл. 3-6).

Таблица 3

КЛАССИФИКАЦИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПО ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕДСТВИЙ, СРОКУ И ХАРАКТЕРУ ВОССТАНОВЛЕНИЯ

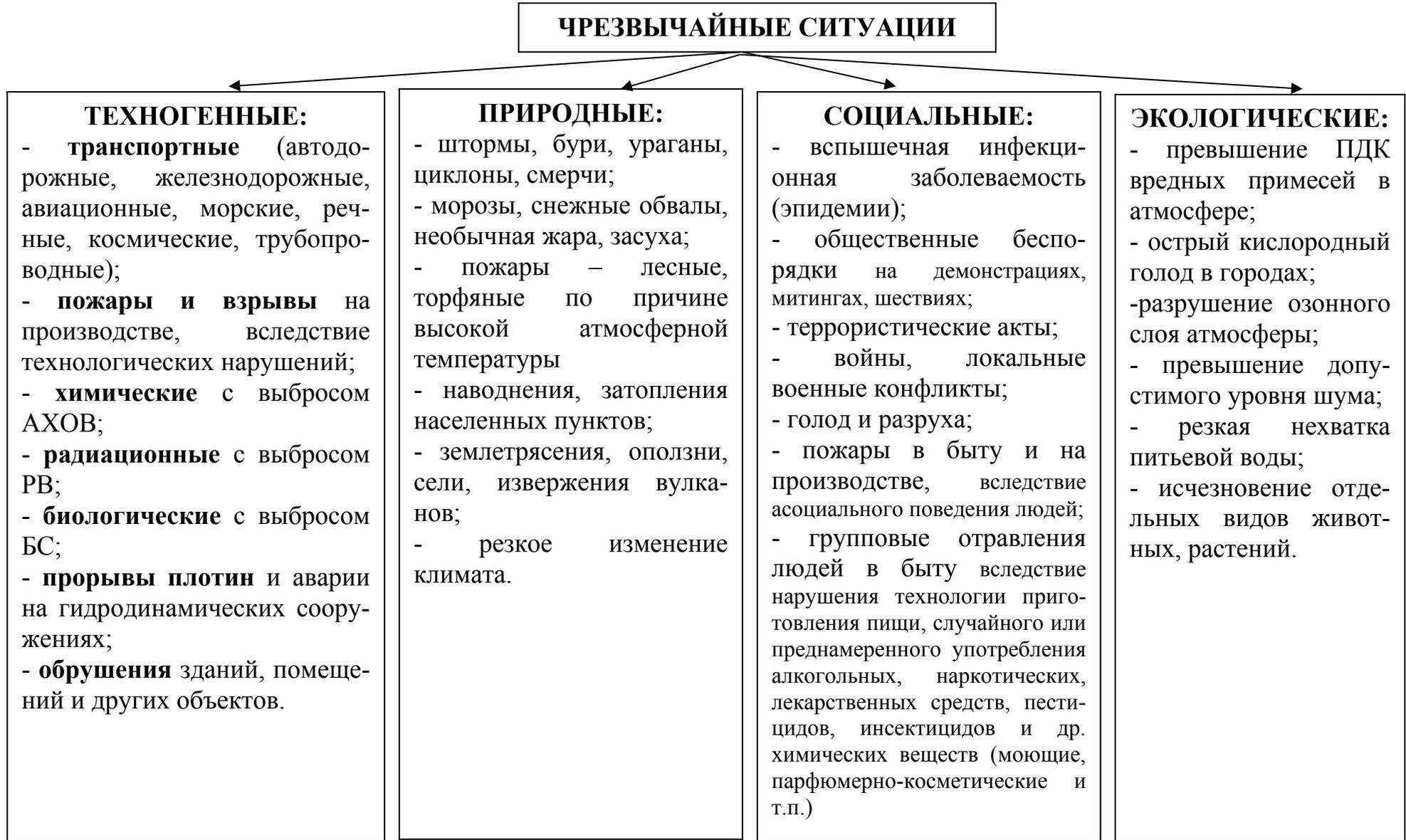
Класс ЧС	Тяжесть последствий ЧС	Срок восстановления	Характер восстановления
ЧС-1	Легкие	До 3 суток	Полное
ЧС-2	Слабые	До 1 года	Полное
ЧС-3	Средние	До 5-7 лет	Полное
ЧС-4	Тяжелые	Более 5-7 лет	Неполное
ЧС-5	Уничтожающие	В обозримые сроки потери не восстановимы	-

Таблица 4

КЛАССИФИКАЦИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПО МАСШТАБАМ И ПЕРИОДИЧНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Вид ЧС	Масштаб ЧС	Периодичность возникновения ЧС
Глобальная	5 и более субъектов РФ или несколько государств	30-40 лет
Национальная	2 и более субъектов РФ	10-15 лет
Региональная	Субъект РФ	1-5 лет
Муниципальная	Город, район, объект	1-6 месяцев
Объектовая	Объект народного хозяйства (промышленный, сельскохозяйственный, социальный)	Ежемесячно

КЛАССИФИКАЦИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПО ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ



КЛАССИФИКАЦИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ ПО ТЯЖЕСТИ ПОСЛЕДСТВИЙ
(Постановление Правительства РФ от 21.05.2007 г. № 304)

Вид ЧС	Количество погибших или получивших ущерб здоровью	Материальный ущерб	Зона ЧС
Локальная	До 10 человек	До 100 тыс. рублей	Территория объекта
Муниципальная	До 50 человек	До 5 млн. рублей	Объект, район, город
Межмуниципальная	До 50 человек	До 5 млн. рублей	2 и более поселений или внутригородских территорий
Региональная	50-500 человек	5-500 млн. рублей	В пределах субъекта РФ
Межрегиональная	50-500 человек	5-500 млн. рублей	2 и более субъекта РФ
Федеральная	Более 500 человек	Свыше 500 млн. рублей	5 и более субъектов РФ

Выделяют и другие классификации ЧС по тем или иным значимым признакам, в том числе и медицинским:

- по эффектам поражения у людей – механические, термические, химические, физические, биологические; реактивные состояния, психозы и др. (Петров В.М., 2004);

- гигиеническая – подразделяющая ЧС на 3 группы по характеру источников и на 5 степеней санитарно-эпидемиологической опасности здоровью (Коньшев И.С., 2001);

- биологическая – подразделяющая ЧС на увеличивающие вероятность возникновения эпидемий и вызывающие появление биологических очагов (Кучеренко В.Д. и соавт., 1999).

С.В.А. Ганн (2002) выделяет комплексные катастрофы, в основе которых лежит совместное воздействие природных и «рукотворных» сил, а также катастрофы, задуманные человеком, в т.ч. – террористические акты.

Цель терроризма – посеять страх, ужас, панику у населения и вызвать среди него многочисленные потери (табл. 7).

Таблица 7

Характеристика потерь населения при террористических актах на территории Российской Федерации
(Гончаров С.Ф., Бобий В.Б., 2005)

Год	Число терактов	Потери населения, человек			Госпитализировано
		Общие	Безвозвратные	Санитарные	
1999	10	1498	348	1150	436
2000	17	467	85	382	302
2001	26	579	64	515	444
2002	12	1589	352	1237	1128
2003	17	1495	256	1239	685
2004	18	1911	584	1327	939
Итого	100	7539	1689	5850	3934

Основными характеристиками терроризма являются: разновидность терактов по видам, способам и объектам применения; различный характер мотивации и планетарный масштаб деятельности; использование передовых

технологий и отсутствие линии соприкосновения воюющих сторон; жестокий и бескомпромиссный характер терактов; высокий уровень организованности и конспирации террористов; сложность и трудность выявления терактов.

По месту реализации различают теракты: на открытой местности, в закрытом помещении, в наземном, подземном, водном и воздушном транспорте. В структуре санитарных потерь ранения головы и шеи составляют 19,3%, груди – 10,5%, живота и таза – 4,7%, конечностей – 39,6%. Соотношение погибших к раненым на открытой местности составляет 1:10, а в замкнутом пространстве – 1:5. Особенности терактов являются:

- непредсказуемость, внезапность и жестокость терактов;
- одномоментное возникновение большого числа пострадавших, требующих экстренной медицинской помощи;
- наличие среди пострадавших различных групп населения (женщины, мужчины, дети) с изолированными, сочетанными и комбинированными травмами, психологическими и психопатологическими реакциями;
- необходимость участия в оказании медицинской помощи различных специалистов с использованием специальной медицинской аппаратуры;
- зависимость использования организационно-тактических принципов оказания медицинской помощи пострадавшим от вида примененных террористами средств.

2. ЕДИНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ (РСЧС)

2.1. Задачи и основы организационной структуры РСЧС

До 90-х годов прошлого столетия устранение последствий техногенных катастроф и природных бедствий поручалось силам гражданской обороны (ГО). Но радиационная трагедия на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении, железнодорожная катастрофа в Башкортостане, взрыв в Арзамасе и другие многочисленные ЧС вскрыли серьезные недостатки этой структуры, что и потребовало проведения в ней кардинальных преобразований в целях более оперативного и качественного реагирования на ликвидацию ЧС.

С этой целью Правительство РФ постановлением от 27 декабря 1990 года № 606 создало Российский корпус спасателей. Ему предписывалось прогнозирование, предотвращение, ликвидация последствий крупных аварий, катастроф, стихийных бедствий, эпидемий и других ЧС, а также координация деятельности сил и средств различных министерств и ведомств в ЧС. Позже в 1991 году корпус спасателей был преобразован в Государственный комитет по ЧС, а в 1994 году Указом Президента Российской Федерации в Министерство РФ по делам гражданской обороны, предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (МЧС России). День 27 декабря в России был объявлен Днем спасателя.

Однако для осуществления в стране всего комплекса задач, связанных с предупреждением и ликвидацией ЧС, недостаточно было одного федерального органа исполнительной власти. Требовалась государственная система, объединяющая в себе все необходимые органы управления, силы и средства для противодействия ЧС, создаваемые на разных уровнях. Такая система была создана в апреле 1992 года постановлением Правительства России в виде Российской системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС), а в декабре 1994 года преобразованная в Единую государственную систему предупреждения и ликвидации ЧС.

Цель создания РСЧС – объединение усилий органов исполнительной власти всех уровней, руководителей организаций, предприятий и учреждений по созданию сил и средств для проведения эффективной деятельности в области предупреждения и ликвидации ЧС, оказание им методической помощи и осуществление координационных функций при работах в очагах различных ЧС по ликвидации их последствий.

Основные задачи РСЧС:

- разработка и реализация законов и других документов, регулирующих вопросы защиты населения и территорий в ЧС;
- разработка и выполнение целевых и научно-технических программ, направленных на предупреждение ЧС и повышение устойчивости функционирования объектов экономики в этих условиях;
- обеспечение готовности органов управления, медицинских сил и средств различных министерств и ведомств, предназначенных для предупреждения и ликвидации ЧС;
- сбор, обработка информации в области защиты населения и территорий от ЧС, обмен ею и выдача практических рекомендаций по организации работы аварийно-спасательных формирований;
- подготовка различных категорий населения к действиям в ЧС;
- прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС;
- создание финансовых и материальных резервов для ликвидации ЧС;
- осуществление государственной экспертизы, надзора и контроля в сфере защиты населения и территорий в ЧС;
- ликвидация последствий ЧС;
- осуществление мероприятий по социальной защите населения, пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций;
- реализация прав и обязанностей граждан в области защиты от ЧС;
- международное и межтерриториальное сотрудничество в области защиты от ЧС.

Управление РСЧС (рис. 1) представлено органами исполнительной власти различных уровней с создаваемыми ими силами и средствами для решения задач по предупреждению и ликвидации ЧС, защите населения и территорий от них. Общее руководство РСЧС осуществляет Правительство РФ, а непосредственное – МЧС России. РСЧС включает в себя территориальные и функциональные подсистемы, создаваемые на 5-ти уровнях (федеральном, окружном, субъектовом, муниципальном и объектовом).



Рис. 1. Структура управления РСЧС

Территориальные подсистемы РСЧС создаются в пределах территорий субъекта РФ и состоят из звеньев, соответствующих административно-территориальному делению. Звенья создаются в муниципальных образованиях с элементами функциональных подсистем.

Функциональные подсистемы РСЧС создаются органами исполнительной власти, имеющими в своем составе органы управления, силы и средства, объединенные в профильные службы, для решения задач по защите населения и территорий в ЧС. На федеральном уровне создаются следующие службы:

- медицины катастроф на базе Минздравсоцразвития России
- служба санитарно-эпидемиологического надзора – Роспотребнадзора;
- охраны общественного порядка – МВД России
- противопожарная – МЧС России;
- спасательная – МЧС России;
- мониторинга ЧС – МЧС России.
- защиты животных и растений – Минсельхоза России;
- мониторинга окружающей среды – Росгидромета;
- экологической безопасности – Госкомэкологии России;
- противопаводковая – Минприроды России;
- резерва и материальных ресурсов – Росрезерва;
- поиска и спасения на море – Минтранса России;
- транспортная – Минтранса России;
- защиты лесов от пожаров и вредителей растительности – Рослесхоза;

Аналогичные службы создаются и на других территориальных уровнях.

Каждый уровень РСЧС имеет постоянно действующие органы повседневного управления (рис. 2) и координирующие органы (рис. 3), которые уполномочены решать задачи в области защиты населения и территорий в ЧС, а также имеющие в своем составе силы и средства, финансовые и материальные резервы, системы связи, оповещения и информационного обеспечения.



Рис. 2. Постоянно действующие органы повседневного управления РСЧС

Повседневное управление РСЧС осуществляется на пунктах управления, оснащенных средствами связи, оповещения, сбора, обработки и передачи информации, поддерживаемых в постоянной готовности к работе по назначению. К пунктам управления относятся дежурно-диспетчерские службы, специализированные подразделения федеральных, субъектов и муниципальных органов исполнительной власти.

Основным координирующим органом РСЧС на федеральном уровне определена межведомственная комиссия (МВК), задачами которой являются:

- формирование и проведение единой государственной политики по созданию и развитию сил и средств предупреждения и ликвидации ЧС;
- координация деятельности органов исполнительной власти в части разработки проектов законодательных актов, федеральных целевых программ по предупреждению ЧС, снижению и смягчению их последствий и других нормативных документов по вопросам, отнесенным к компетенции МВК;
- представление этих проектов в Правительство РФ для рассмотрения;
- подготовка предложений по формированию системы экономических, организационно-технических и иных мер, направленных на обеспечение безопасности и защиты территорий и населения страны в ЧС;

- определение основных направлений международного сотрудничества в области предупреждения и ликвидации последствий ЧС.



Рис. 3. Структура координирующих органов управления РСЧС

На субъектовом и муниципальном уровнях координирующими органами являются комиссии по ЧС и обеспечению пожарной безопасности (КЧС и ПБ) органов исполнительной власти, решающие следующие задачи:

- разработка нормативных правовых актов, проектов целевых программ по защите территорий и населения в ЧС;
- обеспечение готовности органов управления, сил и средств к действиям в ЧС, создание и поддержание в готовности пунктов управления;
- создание финансовых, материальных и иных резервов на ЧС;
- организация взаимодействия с военным командованием и общественными организациями по предупреждению и ликвидации ЧС;

- сбор и обмен информацией о состоянии окружающей среды и об обеспечении устойчивой работы потенциально-опасных объектов экономики;
- руководство подготовкой должностных лиц органов управления, их сил и средств РСЧС, а также населения к действиям в ЧС.

На объектовом уровне КЧС (штабы ГОЧС) решают следующие задачи:

- руководство разработкой и осуществлением мероприятий по устойчивому функционированию объекта, предупреждению ЧС, а в случае возникновения ЧС – ликвидации их последствий;
- организация работ по созданию и поддержанию в состоянии готовности локальных систем контроля и оповещения;
- обеспечение готовности органов управления, сил и средств к действиям в ЧС и проведению эвакуационных мероприятий;
- руководство созданием и использованием резервов финансовых и материальных ресурсов для ликвидации последствий ЧС;
- организация подготовки руководителей и персонала к действиям в ЧС.

2.2. Режимы функционирования РСЧС и выполняемые мероприятия

В зависимости от обстановки, масштаба прогнозируемой или свершившейся ЧС постановлением Правительства РФ, либо органа исполнительной власти субъекта РФ или органа муниципальной власти в зоне их ответственности устанавливаются следующие режимы функционирования РСЧС (повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайной ситуации) - табл.8: Эти режимы вводятся в следующих случаях:

- повседневной деятельности – при нормальной производственно-промышленной, радиационной, химической, биологической, пожарной, гидрометеорологической обстановке и при отсутствии эпидемий, эпизоотий;
- повышенной готовности – при ухудшении указанной обстановки и получении прогнозных данных о возможности возникновения ЧС;
- чрезвычайной ситуации – при возникновении ЧС и принятии мер по ликвидации её последствий.

Мероприятия, выполняемые в режимах функционирования РСЧС

Режим функционирования	Выполняемые мероприятия
Повседневной деятельности	<p>Наблюдение и контроль за состоянием окружающей среды, обстановкой на потенциально-опасных объектах экономики и прилегающих к ним территориям.</p> <p>Планирование, выполнение программных мероприятий по предупреждению ЧС, повышению устойчивого функционирования объектов экономики, обеспечению безопасности и защиты населения, сокращению возможных потерь и ущерба при прогнозируемых ЧС.</p> <p>Оказание методической помощи руководителям и штабам ГОЧС объектов экономики; совершенствование подготовки их сил и средств к действиям в ЧС; организация обучения населения способам защиты и правилам действия в ЧС.</p> <p>Создание и пополнение финансовых и материальных резервов для ликвидации ЧС.</p>
Повышенной готовности	<p>Принятие соответствующими КЧС (штабами ГОЧС) руководства функционированием подсистем РСЧС.</p> <p>Формирование оперативной группы (ОГ) для выявления причин ухудшения обстановки в районе возможной ЧС и выработка предложений по её нормализации.</p> <p>Усиление дежурно-диспетчерской службы, активизация наблюдения за состоянием окружающей среды и обстановкой на потенциально-опасных объектах, их территориях. Прогнозирование возможности возникновения ЧС и их масштабов.</p> <p>Уточнение планов действий в ЧС, обеспечение устойчивого функционирования объектов экономики, приведение в готовность сил и средств для ликвидации последствий ЧС, при необходимости – выдвижение их в район предполагаемой ЧС; разработка мер по защите населения и окружающей среды.</p>
Возникновения и ликвидации ЧС	<p>Выдвижение ОГ в район ЧС, определение границ зоны ЧС, принятие мер по её локализации, ликвидации и организации защиты населения.</p> <p>Организация работ по первоочередному жизнеобеспечению пострадавшего населения; осуществление непрерывного контроля за состоянием окружающей среды в районе ЧС, за обстановкой на аварийных объектах и прилегающей к ним территории.</p> <p>Обеспечение устойчивого функционирования объектов и отраслей экономики.</p>

2.3. Силы и средства РСЧС

Силы и средства РСЧС включают в себя силы и средства наблюдения и контроля, силы и средства ликвидации последствий ЧС.

Силы и средства наблюдения и контроля – это органы управления и учреждения, осуществляющие государственный надзор, инспектирование, мониторинг, контроль деятельности потенциально-опасных объектов экономики, анализ хода природных процессов и явлений, состояния здоровья людей, качества продуктов питания, веществ, материалов и окружающей среды. Их деятельность направлена на прогнозирование и предупреждение развития ЧС, а при возникновении ЧС – на оповещение о возникшей угрозе.

Силы и средства ликвидации ЧС включают формирования и учреждения, создаваемые в министерствах и ведомствах, на предприятиях и в учреждениях для предупреждения и ликвидации ЧС. В их состав входят:

- учреждения и формирования Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК);
- противопожарные, аварийно-спасательные, аварийно-технические и восстановительные формирования органов исполнительной власти;
- войска ГО и подразделения поисково-спасательной службы МЧС России;
- воинские части радиационной, химической и биологической защиты и инженерных войск Минобороны России;
- аварийно-спасательные формирования Государственной инспекции по маломерным судам Минприроды России;
- аварийно-технические центры, специализированные отряды атомных электростанций Минатома России;
- формирования службы защиты животных и растений Минсельхоза России;
- территориальные и объектовые нештатные аварийно-спасательные и аварийно-восстановительные формирования;
- отряды и специалисты-добровольцы общественных объединений.

Основными принципами работы сил и средств РСЧС являются:

- принцип гуманизма и милосердия, определяющий приоритетность спасения жизни и сохранения здоровья людей;
- принцип единоначалия в руководстве аварийно-спасательными и восстановительными работами;
- принцип постоянной готовности аварийно-спасательных служб и формирований к оперативному реагированию на ЧС;
- принцип оправданного риска при проведении спасательных работ.

Ликвидация ЧС осуществляется силами и средствами организаций, органов исполнительной власти, на территориях которых сложилась ЧС, под руководством соответствующих КЧС и ПБ (штабов ГОЧС). Для этого, на всех уровнях создаются резервные фонды финансовых и материальных ресурсов. При возникновении масштабных ЧС и недостаточности сил и средств по ее ликвидации за помощью обращаются в вышестоящую КЧС и ПБ, которая осуществляет координацию и руководство ликвидацией ЧС.

Информационное обеспечение РСЧС осуществляется автоматизированной информационно-управляющей системой (АИУС) органов управления МЧС России на ее административных территориях. Опыт ликвидации последствий ЧС выявил значительную потребность населения в информации о возникших событиях. В этой связи, СМИ обязаны грамотно информировать население, противостоять негативному воздействию на психическое здоровье населения и нести правовую ответственность за подачу информации.

3. ВСЕРОССИЙСКАЯ СЛУЖБА МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Аварии и катастрофы XX века с большим количеством жертв и пострадавших среди населения показали, что функционировавшая в то время медицинская служба гражданской обороны (МСГО), а в нынешней транскрипции – гражданская оборона в сфере здравоохранения (ГОЗ), ориентированная на работу в очагах массовых потерь военного времени, не способна своевременно и эффективно выполнить необходимый комплекс мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения, пострадавшего в ЧС. Это определило необходимость создания в стране новой структуры, способной экстренно реагировать на различные по характеру ЧС природного, техногенного и социального характера – Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК).

Развитие ВСМК начинается с издания постановления Совета Министров СССР от 07.04.1990 г. № 339 «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях». Постановлением предписывалось создать Минздраву СССР центры экстренной медицинской помощи вплоть до областного (краевого) уровня и осуществлять многоаспектную подготовку персонала здравоохранения к действиям в ЧС. Аналогичное постановление было принято и Советом Министров РСФСР от 14.06.1990 г. № 192.

В развитие названных постановлений приказами Минздрава СССР от 14.05.1990 г. № 193 и Минздрава РСФСР от 11.07.1990 г. № 115 были определены организационные принципы создания службы, ее материальная и кадровая основа. Впоследствии (1991) Положением о службе определена ее структура, организационная основа медико-санитарного обеспечения населения в ЧС, порядок планирования, управления, снабжения формирований и учреждений службы имуществом, оборудованием, техникой, а также система финансирования службы.

Но, несмотря на правильность концептуальных основ развития службы, разобщенность ее сил и средств по различным ведомствам не позволяли

качественно решать вопросы управления службой и процессы ее совершенствования. Кроме того, возросли масштабы ЧС, участились локальные вооруженные конфликты, стали совершаться террористические акты, требовавшие разработки и внедрения новых принципов организации работы службы по всем направлениям (структура, управление, подготовка персонала и т.п.).

Исходя из этих обстоятельств, постановлениями Правительства РФ от 03.05.1994 г. № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами» и от 05.11.1995 г. № 1113 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций», было регламентировано создание ВСМК, функционально объединяющей службы медицины катастроф различных ведомств (Минздрава России, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав населения и благополучия потребителей, Федерального медико-биологического агентства, Минобороны, Минтранса, Министерства внутренних дел РФ и других федеральных органов исполнительной власти) при координирующей роли Минздрава России. Положение о ВСМК утверждено постановлением Правительства РФ от 28.02.1996 г. № 195 «Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф».

Сегодня ВСМК – это централизованная государственная система, включающая в себя органы управления, учреждения и формирования лечебного, санитарно-эпидемиологического и фармацевтического профиля с присущими им методами работы, объединенных для совместных действий по своевременной и эффективной ликвидации медико-санитарных последствий различных ЧС.

3.1. Задачи и организационная структура Всероссийской службы медицины катастроф

Основными задачами ВСМК являются:

- выявление потенциальных источников ЧС, прогнозирование и оценка развития возможных медико-санитарных последствий ЧС, организация проведения комплекса мероприятий по медицинской защите населения;
- организация планирования мероприятий по медико-санитарному обеспечению населения в зонах возможных ЧС;
- разработка и внедрение в практику здравоохранения организационных, методических и научных основ медицинского обеспечения населения в ЧС;
- подготовка и поддержание в готовности к действиям по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС органов управления, учреждений, формирований и персонала службы;
- обучение личного состава аварийно-спасательных формирований (АСФ) немедицинского профиля, лиц с профессиями повышенного риска и других категорий населения приемам и способам оказания первой медицинской помощи (ПМП) пострадавшим и правилам адекватного поведения в ЧС;
- создание, накопление, хранение, освежение, учет и контроль медицинского имущества оперативно-тактического резерва для работы формирований и учреждений службы в очагах ЧС;
- своевременное проведение пострадавшим в ЧС лечебно-эвакуационных мероприятий с целью быстрее оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП), восстановления здоровья, возвращения к трудовой деятельности, снижения инвалидности и летальности;
- обеспечение экстренных поставок лекарственных средств для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и снижение психоневрологического и эмоционального воздействия ЧС на население и его быстреешую реабилитацию;

- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в районах ЧС и прилегающих к ним территориям;
- проведение судебно-медицинской экспертизы погибших и судебно-медицинского освидетельствования пострадавших в ЧС для определения степени тяжести поражения последних и прогноза их трудоспособности;
- организация оперативного управления силами службы, маневра ими и порядка взаимодействия с другими формированиями, участвующими в ликвидации последствий ЧС, с целью обеспечения пострадавших своевременной и качественной медицинской помощью;
- сохранение здоровья личного состава службы, организация проведения ему медицинской реабилитации;
- подготовка и аттестация специалистов ВСМК с последующим повышением их квалификации;
- проведение научно-исследовательской и научно-методической работы по совершенствованию структуры, принципов и видов деятельности ВСМК;
- международное и межтерриториальное сотрудничество в области медицины катастроф.

Для решения указанных задач и создана **структура ВСМК**. Она, как и РСЧС, имеет 5-ти уровневую структуру; на каждом из уровней имеются свои органы управления, формирования и учреждения. Создание и функционирование ВСМК опирается на следующие основные принципы:

- государственный и приоритетный характер. Обеспечивается соответствующими нормативно-правовыми документами и решением важнейшей государственной задачи, направленной на сохранение жизни и здоровья человека;
- территориально-производственный принцип. Создается с учетом экономических и территориальных особенностей территорий на базе существующих учреждений здравоохранения, в том числе ведомственного подчинения, с использованием людских и материальных ресурсов;

- централизация и децентрализация управления. Централизация предполагает единое управление на всех уровнях службы, а децентрализация – ведущую роль определенного уровня управления в конкретной ситуации на определенной территории;

- универсализм подготовки формирований и учреждений Службы, то есть их способность работать в любых ЧС, без существенной кадровой реорганизации;

- функциональное предназначение и этапность при оказании медицинской помощи пострадавшим в ЧС. Формирования Службы предназначаются для выполнения определенного вида и объема медицинской помощи;

- постоянная готовность, оперативность и мобильность формирований и учреждений Службы к работе в ЧС. Достигается наличием мобильных оснащенных формирований, способных работать автономно, и регулярными тренировками персонала, входящими в их состав.

Федеральный уровень Службы включает:

- Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК) «Защита» с его штатными формированиями и учреждениями;

- Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) и федеральное государственное учреждение здравоохранения (ФГУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии» (ЦГиЭ) с создаваемыми на его базе специализированными формированиями санитарно-эпидемиологического профиля;

- Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) с его учреждениями и формированиями, предназначенными для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- Всеармейский центр медицины катастроф с медицинскими формированиями и учреждениями центрального подчинения Минобороны России;

- формирования и учреждения МВД, Минтранса России, других министерств и ведомств, предназначенные для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В интересах ВСМК могут быть использованы клинические и научные базы Минздравсоцразвития России, других министерств и ведомств с созданными на их базе нештатными формированиями для работы в очагах ЧС по ликвидации их медико-санитарных последствий.

Окружной уровень представлен:

- окружным центром медицины катастроф, являющимся филиалом ВЦМК «Защита», с входящими в его состав штатными формированиями и учреждениями Службы в федеральных округах (Северо-Западный, Центральный, Южный, Приволжский, Уральский, Сибирский, Дальневосточный);

- клиническими, санитарно-эпидемиологическими и научными медицинскими центрами с формированиями службы на окружном уровне Минобороны, МВД, Минтранса России, других министерств и ведомств, для использования в очагах ЧС по назначению.

Субъектовый уровень (в масштабе республик, краев, областей, автономных округов РФ, г. Москвы и Санкт-Петербурга) представлен:

- территориальным (республиканским, краевым, областным) центром медицины катастроф (ТЦМК) с входящими в его состав филиалами и формированиями;

- управлением Роспотребнадзора и ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъектах РФ с нештатными формированиями санитарно-эпидемиологического профиля;

- нештатными формированиями лечебного и фармацевтического профилей, создаваемыми субъектовым здравоохранением;

- медицинскими учреждениями ФМБА, Минобороны, МВД России, других министерств и ведомств, функционирующими на территории субъекта РФ и привлекаемые к работам по ликвидации медико-санитарных последствий в очагах ЧС и госпитальном этапе медицинской эвакуации.

Муниципальный (местный) уровень (в масштабе города, сельского района) включает:

- филиал ТЦМК (в муниципальных образованиях, где они созданы);
- станцию (отделение) скорой медицинской помощи с входящими в их состав медицинскими бригадами различного предназначения;
- филиал ФГУЗ «ЦГиЭ» (в городах и районах субъекта РФ) с нештатными формированиями санитарно-эпидемиологического профиля;
- нештатные формирования, создаваемые в сети муниципальных УЗ, в медицинских учреждениях Минобороны, МВД России, других министерств и ведомств, расположенных на территории, и предназначенные для работы в очагах ЧС по ликвидации их медико-санитарных последствий.

Объектовый уровень представлен должностными лицами, организующими работу по медицинскому обеспечению пострадавших на объекте, а также нештатными формированиями СМК.

При создании и развитии ВСМК особое внимание уделяется субъектовому, муниципальному и объектовому уровням службы, так как именно на этих уровнях развиваются ЧС, а значит, от готовности персонала СМК этих уровней зависит эффективность медико-санитарного обеспечения населения в ЧС.

Основой ВСМК является СМК Минздравсоцразвития России, выполняющая свои задачи совместно с Роспотребнадзором и ФМБА при взаимодействии с органами управления и учреждениями здравоохранения других министерств и ведомств.

Руководителем СМК Минздравсоцразвития РФ является Министр здравоохранения и социального развития РФ, руководителем СМК на окружном уровне – представитель Министра здравоохранения и соцразвития РФ в федеральном округе, на субъектовом и муниципальном – руководители соответствующих органов управления здравоохранением, а на объектовом – руководитель УЗ.

На федеральном, субъектовом и муниципальном уровнях постановлениями их руководителей для координации деятельности органов управления и учреждений здравоохранения различной ведомственной принадлежности по вопросам предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС создаются **межведомственные координационные комиссии (МКК) СМК**, являющиеся коллегиальными органами управления Службой. Возглавляют МКК СМК соответствующие руководители органов управления здравоохранения. Целью создания МКК СМК является разработка моделей действия по объединению усилий территориального и ведомственного здравоохранения, оперативных и аварийно-спасательных служб, направленных на предупреждение и ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций различного характера. На заседаниях МКК СМК, проводимых не реже одного раза в квартал, решаются вопросы:

- совершенствования структуры СМК в части определения перечня, количества, вида и мест создания ее учреждений и формирований, а также порядка обеспечения их медицинским имуществом оперативно-тактического резерва;

- осуществления согласованных и взаимосвязанных мероприятий, направленных на предупреждение ЧС, защиту человека и среды его обитания, на повышение устойчивости функционирования здравоохранения и рациональное использование его сил и средств при работе в очагах ЧС;

- комплексного использования входящих в состав СМК учреждений и формирований, в том числе и ведомственной подчиненности, при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;

- определения порядка и характера взаимодействия здравоохранения с оперативными и аварийно-спасательными службами территории по вопросам сбора, обмена информации о ЧС, а при их возникновении и с целью создания группировки сил и средств для работы в очаге ЧС по эффективной ликвидации его медико-санитарных последствий;

- координации создания и рационального использования резервных фондов финансовых, медицинских (медицинского, санитарно-хозяйственного имущества, медицинской техники, оборудования) и иных ресурсов;
- разработки нормативных документов, относящихся к компетенции СМК, включая и план медико-санитарного обеспечения населения в ЧС;
- разработки и выполнения целевых программ по совершенствованию организации и деятельности СМК, обеспечение контроля за ходом их реализации, использованием выделенных финансовых средств и эффективностью программных мероприятий;
- комплексной подготовки персонала органов управления, учреждений и формирований СМК к решению задач в очагах ЧС;
- организации взаимодействия с МКК СМК пограничных территорий и определение основных направлений деятельности в сфере международного сотрудничества по медицине катастроф.

В СМК создаются и функционируют различные формирования, предназначенные для работы в ЧС, как в автономном режиме, так и в составе учреждений. Формирования создаются на всех уровнях службы, могут быть штатными и нештатными. Медицинским имуществом, оборудованием и техникой они обеспечиваются в соответствии с табелями оснащения.

К штатным формированиям относятся формирования, которые финансируются за счет средств, выделяемых на СМК.

Нештатные формирования создаются в УЗ различного профиля, где они комплектуются персоналом и оснащаются имуществом. Ответственность за приведение в готовность нештатных формирований СМК к действиям в ЧС возлагается на руководителей УЗ. При возникновении ЧС формирования поступают в оперативное подчинение органа управления СМК соответствующего уровня.

Учреждения и формирования, входящие в СМК, составляют силы и средства СМК, подразделяемые на 3 вида: экстренного, оперативного и отсроченного реагирования со сроками готовности, указанными на рис. 4.



Примечание: при необходимости привлекаются силы и средства ВСМК и СМК соседних субъектов: ожидаемое время их прибытия к месту ЧС – 8-18 часов.

Рис. 4. Силы и средства СМК и временные параметры их реагирования на чрезвычайные ситуации

Основным лечебно-диагностическим формированием СМК мобильного варианта является **Полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита»**. Он предназначен для работы в зонах ЧС, где осуществляет прием пострадавших и больных, их медицинскую сортировку, оказание квалифицированной и элементов специализированной медицинской помощи, временную госпитализацию и подготовку пострадавших к последующей эвакуации. В очагах ЧС ПМГ ВЦМК «Защита» осуществляет также оказание амбулаторной помощи заболевшим, пострадавшим. ПМГ при полном развертывании способен за сутки принять до 250 пострадавших и развернуть до 150 коек для нетранспортабельных. Штатными подразделениями являются:

- управление;
- медицинские отделения (приемно-диагностическое, хирургическое, реанимационно-анестезиологическое, госпитальное, эвакуационное);
- подразделения обеспечения (аптека, материально-технический отдел, инженерно-техническое отделение).

В зависимости от вида и характера ЧС, ПМГ комплектуется полностью или частично, может развертываться в виде многопрофильного или монопрофильного госпиталя.

ПМГ, выдвигаясь к очагу ЧС, способен привлекать к работе нештатные бригады специализированной медицинской помощи (БСМП), комплектуемые по 17 видам – экстренного реагирования (дежурная), сортировочная, диагностическая, общехирургическая, хирургическая детская, травматологическая, нейрохирургическая, ожоговая, офтальмологическая, реанимационная, экстракорпоральной детоксикации, терапевтическая, психиатрическая, инфекционная, токсикологическая, радиологическая и эвакуационная. Комплекуются БСМП квалифицированными специалистами, работающими в ЛПУ различных субъектов РФ.

Медицинские бригады экстренного реагирования (МБЭР) – создаются в ЦМК и их филиалах, являются основными функциональными формированиями для работы в очагах ЧС и предназначены для оказания первой врачебной и неотложной квалифицированной медицинской помощи пострадавшим. МБЭР оснащаются реанимобилем со штатным оборудованием и укладками с медикаментами и медицинским имуществом. В очагах массовых людских потерь руководитель МБЭР совместно с ее персоналом осуществляет оперативное управление силами и средствами СМК различной ведомственной принадлежности, работающими на месте ЧС в части организации медицинского обеспечения пострадавших и организации взаимодействия с немедицинскими оперативными службами, участвующими в ликвидации последствий ЧС. Он же, работая в очаге ЧС, поддерживает постоянную связь с оперативно-диспетчерским отделом ЦМК, выявляя готовность ЛПУ к приему пострадавших, наличие и профиль свободных больничных коек в них.

Бригады скорой медицинской помощи (БСкМП) – создаются на станциях (подстанциях, отделениях) скорой медицинской помощи и являются их штатными формированиями, используемыми, как для повседневной

работы, так и в режиме ЧС. Они подразделяются на специализированные, линейные врачебные и линейные фельдшерские. В структуре СМК относятся к формированиям экстренного реагирования. Предназначены для проведения медицинской эвако-транспортной сортировки пострадавших, оказания им доврачебной или первой врачебной помощи, подготовки и осуществления медицинской эвакуации пострадавших в ЛПУ, исходя из характера и тяжести повреждений, профиля и загруженности ЛПУ. При возникновении масштабных ЧС с большим числом пострадавших к работе в очагах ЧС привлекается до 50% БСкМП, находящихся на дежурстве. В случае крайней необходимости в очаг ЧС могут направляться **резервные БСкМП** штатного состава для выполнения тех же функций, что и основные БСкМП.

Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) – мобильные нештатные формирования СМК, предназначенные для усиления ЛПУ, участвующих в ликвидации медицинских последствий ЧС и способные оказывать специализированную медицинскую помощь. Формируются на основании плана-задания на базе республиканских (областных, краевых), городских многопрофильных и специализированных больниц, больниц скорой медицинской помощи, клиник медицинских вузов и научно-исследовательских институтов, а также на базе центральных районных (городских) больниц. Комплекуются БСМП высококвалифицированными специалистами учреждений-формирователей и включают основной и дублирующий составы. Снабжение БСМП имуществом осуществляется также учреждением-формирователем, которое комплектуется в соответствии с табелем обеспечения и хранится в этом ЛПУ в укладках, готовых к быстрой выдаче. Доставка БСМП к месту работы в ЧС осуществляется решением (постановлением) территориального органа управления здравоохранением или комиссии по ЧС и ПБ. Руководитель учреждения-формирователя несет прямую ответственность за формирование БСМП и их готовность к действиям по предназначению. В режимах повседневной деятельности и угрозы ЧС

БСМП подчиняются руководителю учреждения-формирователя, а с возникновением ЧС переходят в оперативное подчинение руководителя ЦМК.

В состав БСМП, в зависимости от профиля, включается врачебно-сестринский персонал от 5 до 8 человек (приложение 2). Режим работы бригад в очагах ЧС – 12 часов в сутки. За это время БСМП способны выполнить:

- хирургическая, детская хирургическая и травматологическая – до 10 оперативных вмешательств;
- нейрохирургическая – до 6 оперативных вмешательств;
- ожоговая и токсико-терапевтическая – оказать помощь 30 пострадавшим;
- акушерско-гинекологическая и трансфузиологическая – оказать помощь 50 пострадавшим;
- психиатрическая и инфекционная – оказать помощь 50-100 пострадавшим.

В крупных ЛПУ создаются штатные **БСМП постоянной готовности (БСМП ПГ)**, которые в нерабочее время, выходные и праздничные дни осуществляют дежурство на дому по графику, утвержденному руководителем ЛПУ и согласованным с директором территориального ЦМК (руководителем филиала ЦМК). В режиме ЧС руководство действиями БСМП ПГ возлагается на руководителя органа управления субъектового здравоохранения и директора ЦМК.

Базовые ЛПУ – это основные многопрофильные и специализированные ЛПУ, находящиеся в постоянной готовности к приему массового числа пострадавших, оказания им экстренной медицинской помощи (ЭМП), осуществления внутripунктовой медицинской сортировки и организации последующего стационарного лечения до определившегося исхода. При возникновении ЧС такие ЛПУ осуществляют оповещение и экстренный сбор персонала, его распределение по функциональным отделениям, приводят, при необходимости, в готовность, согласно имеющемуся плану-заданию, операционные, реанимационные и оперативные койки для пострадавших.

Приведение последних в готовность осуществляется путем досрочной выписки находящихся на лечении больных или путем развертывания дополнительных коек в свободных помещениях ЛПУ. Режим работы ЛПУ в ЧС устанавливается его руководителем и согласовывается с директором ЦМК или руководителем филиала ЦМК.

При масштабных ЧС с наличием большого числа пострадавших, нуждающихся в стационарном лечении, в готовность приводятся **резервные ЛПУ**, включая и учреждения ведомственного здравоохранения. Порядок приведения их в готовность и режим работы в ЧС аналогичен базовым ЛПУ.

При возникновении ЧС пострадавшие поступают и в **травматологические пункты**. Усиление их дежурных смен к работе в ЧС достигается путем оповещения и экстренного сбора персонала, свободного от работы, концентрации его усилий по осуществлению медицинской сортировки и оказанию ЭМП пострадавшим.

Создаются формирования СМК бригадного состава и в **учреждениях переливания крови (УПК)** – станции (институты) переливания крови, гематологические центры – для взятия крови у **активных и резервных доноров реестра УПК**, комплектования и поставки набора препаратов и компонентов крови в ЛПУ, оказания консультативно-методической помощи персоналу ЛПУ, осуществляющему инфузионно-трансфузионную терапию пострадавшим в ЧС.

На базе бюро судебно-медицинской экспертизы для проведения экспертизы погибших и освидетельствования пострадавших в ЧС создаются **специализированные судебно-медицинские бригады постоянной готовности (ССМБ ПГ) и бригады судебно-медицинских экспертов (БрСМЭ)**.

В городских, центральных районных, участковых больницах, врачебных амбулаториях, поликлинических учреждениях, здравпунктах предприятий создаются нештатные **врачебно-сестринские бригады (ВСБ)**. Они предназначены для проведения медицинской сортировки, оказания первой

врачебной помощи, пострадавшим в очагах ЧС, подготовки их к эвакуации и сопровождения в ЛПУ. Работают, в зависимости от вида ЧС, либо в очагах ЧС, либо на их внешней границе. Комплектование персоналом, медицинским имуществом, согласно таблице, осуществляется учреждением-формирователем. Имущество, готовое к работе хранится в специальных укладках также в ЛПУ-формирователе. Транспорт такие бригады обеспечивается либо учреждением-формирователем, либо по решению администрации города (района, поселка). В состав бригады входят врач, две медицинские сестры и водитель, которые за 6 часов способны оказать первую врачебную помощь 50 пострадавшим.

В дополнение к ВСБ или при невозможности создать адекватное их количество, исходя из прогнозируемой обстановки и расчетного числа санитарных потерь, этими же ЛПУ для выполнения тех же задач с акцентом на оказание пострадавшим доврачебной помощи создаются **бригады доврачебной помощи (БДП)**. Комплектование их персоналом, имуществом и транспортом осуществляется по принципу комплектования ВСБ. Состав БЭДП, включающий фельдшера, медицинскую сестру и водителя, способен за 6 часов оказать доврачебную помощь 50 пострадавшим.

Учитывая, что у 30-90% пострадавших в ЧС и их родственников отмечаются нарушения психики, для повышения эффективности лечебно-диагностического процесса в структуре СМК создаются **психолого-психиатрические бригады**. Они формируются, как территориальным, так и ведомственным здравоохранением. Предназначены для работы в очагах ЧС, в ЛПУ, куда госпитализируются пострадавшие, в моргах, где производится опознание погибших, и в местах концентрации косвенно пострадавших (гостиницы и другие места для их временного размещения).

Для обеспечения формирований СМК, работающих в очаге ЧС и на этапах медицинской эвакуации лекарственными средствами, медицинским имуществом и техникой, а также для обеспечения своевременности доставки персонала бригад СМК и пострадавших из районов ЧС создаются мобильные

бригады в ГУП «Фармация», «Медтехника», автохозяйстве медицинского и санитарного транспорта (АМСТ). Это **аптечные автолетучки, мобильные ремонтные группы Медтехники и автомобили с водителями АМСТ.**

В целях улучшения санитарно-гигиенического состояния и нормализации эпидемиологического благополучия в районах ЧС и на этапах медицинской эвакуации **создаются нештатные специализированные формирования СМК и в сети учреждений Роспотребнадзора:**

Санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО) – формируются федеральным государственным учреждением здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте РФ» (ФГУЗ «ЦГиЭ») совместно с управлениями Роспотребнадзора из штатной численности их персонала. Укомплектование СЭО транспортом, необходимым имуществом и оборудованием для работы в ЧС осуществляется указанными учреждениями в период повседневной деятельности.

СЭО функционально объединяет **эпидемиологическую, санитарно-гигиеническую (токсикологическую), радиологическую бригады и группу санитарно-эпидемиологической разведки.** Количество бригад в составе СЭО (от одной до трех) определяется руководителями учреждений в зависимости от конкретной санитарно-эпидемиологической обстановки и решаемых задач. Такие формирования способны решать задачи, как в составе СЭО, так и автономно. По прибытии на место ЧС они работают под руководством штаба по ликвидации последствий ЧС и руководителя СМК. Основными задачами СЭО являются:

- оказание помощи объектам экономики и УЗ в проведении эпидемиологического обследования территорий и внешней среды;
- оценка и прогноз санитарно-эпидемиологической обстановки в очагах ЧС и проведение в них санитарно-профилактических мероприятий;
- оказание практической помощи органам исполнительной власти и УЗ в проведении анализа эпидемиологического состояния окружающей среды.

В составе СЭО – 21 человек: начальник СЭО, врач по радиационной гигиене, инженер-радиолог, 2 врача по общей гигиене, врач-эпидемиолог, 2 врача-дезинфекциониста, 2 врача-лаборанта, 2 врача-бактериолога, 2 техника-дозиметриста, помощник санитарного врача, помощник эпидемиолога, лаборант-химик, лаборант-микробиолог, инструктор-дезинфектор и 2 водителя.

В составе бригад – 5 человек: 2 врача по профилю бригады, помощник врача (фельдшер), а также инструктор-дезинфектор в эпидемиологической бригаде, лаборант-химик в санитарно-гигиенической бригаде и техник-дозиметрист в радиологической бригаде. Бригады обеспечиваются автомобилем и комплектуются водителями.

Готовность СЭО к работе в ЧС в отрыве от базы формирования – 24 часа, а бригад – 12 часов; при работе на объекте формирования этот срок не превышает 2-4 часов.

Группы санитарно-эпидемиологической разведки (ГСЭР) – создаются на базе ЦГиЭ и его филиалов. В ее состав включаются врач-эпидемиолог, помощник эпидемиолога и водитель. Задачами ГСЭР являются:

- проведение эпидемиологической разведки в инфекционных очагах;
- отбор проб из объектов внешней среды;
- экспертиза воды и продовольствия на зараженность АХОВ, РВ и БС.

ГСЭР оснащается имуществом в укладках и автомобилем за счет учреждения-формирователя. В течение одного часа работы ГСЭР может обследовать территорию в 2 км² и отобрать 8 проб с объектов внешней среды.

При необходимости и невозможности создания полноценных бригад быстрого реагирования ГСЭР могут быть усилены специалистами с расширением при этом решаемых группой задач и выполняемых функций.

Специализированные противозидемические бригады (СПЭБ) – создаются на базе противочумных институтов и станций. Предназначаются для работы в очагах особо опасных и других инфекционных заболеваний, а также в очагах инфекционных заболеваний неясной этиологии. Они

участвуют в проведении комплекса экстренных противоэпидемических мероприятий по выявлению, локализации и ликвидации таких очагов, осуществляют диагностику заболеваний неясной этиологии и индикацию возбудителей инфекционных заболеваний во внешней среде.

В классическом варианте штатная численность СПЭБ составляет 44 человека. Руководство деятельностью СПЭБ осуществляет начальник (врач-эпидемиолог) и его помощник, назначаемый на должность руководителем учреждения, формирующего СПЭБ. В структуре СПЭБ, помимо управления, развертываются:

- эпидемиологическое отделение с зоопаразитологической группой в составе 12 человек, в том числе 6 врачей-эпидемиологов (один из них начальник отделения – заместитель начальника СПЭБ), врача-паразитолога, врача-инфекциониста, врача по общей гигиене, помощника врача-эпидемиолога, зоолога и медицинского дезинфектора;

- бактериологическое отделение с вирусологической группой и группой для проведения ПЦР-анализа в составе 26 человек, в том числе 8 врачей-бактериологов (один из них – начальник отделения), врача-вирусолога, 12 лаборантов и 5 медицинских дезинфекторов;

- хозяйственное отделение в составе инженера и 3 водителей.

Основными задачами СПЭБ являются:

- осуществление оценки санитарно-эпидемиологической обстановки;

- организация проведения профилактических мероприятий санитарно-противоэпидемического характера;

- выдвижение оперативных групп и формирований в районы осложненной санитарно-эпидемиологической обстановки;

- участие в организации и проведении комплекса экстренных противоэпидемических мероприятий по выявлению, локализации и ликвидации очагов карантинных, опасных инфекционных заболеваний, в том числе и завозных из-за рубежа, а также очагов, возникших вследствие активации природной инфекционной заболеваемости;

- диагностика заболеваний неясной этиологии и индикация возбудителей инфекционных болезней на объектах внешней среды;
- оказание консультативной помощи учреждениям Роспотребнадзора и ЛПУ в проведении противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционной заболеваемости, в развертывании инфекционных стационаров, бактериологических лабораторий или перепрофилировании больниц под них;
- разработка рекомендаций по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения и аварийно-спасательных формирований, участвующих в ликвидации вспышечной заболеваемости, а также осуществление контроля за их выполнением;
- отбор, доставка проб и проведение экспертизы продовольствия, питьевой воды, источников водоснабжения на загрязнение РВ, АОХВ и БС с выдачей заключения о возможности их использования населением;
- серологическая диагностика вирусных инфекций, сбор и направление материала для вирусологических исследований в специализированные учреждения;
- санитарно-бактериологические исследования объектов внешней среды;
- организация и проведение эпизоотологических обследований;
- организация и проведение дезинфекционных, дератизационных и дезинсекционных мероприятий.

Приведение СПЭБ в готовность, направление ее в район ЧС в полном, ограниченном и усиленном составе, передислокация и возвращение к месту постоянного базирования осуществляются по распоряжению руководителей управлений Роспотребнадзора в субъектах РФ. Противочумные учреждения помимо СПЭБ формируют также профильные группы экспертов для предварительной оценки ситуации в очагах ЧС.

В условиях ЧС формирования СМК, создаваемые УЗ различного профиля, работают круглосуточно, согласно режиму, определяемому руководителем УЗ, согласованному с директором ЦМК или руководителем его филиала и утвержденным руководителем субъектового здравоохранения.

Временной режим готовности сил и средств СМК к работе в ЧС, представлен на рис. 4 (стр. 46).

В СМК всех уровней создается, хранится и регулярно освежается запас оперативно-тактического резерва (ОТР) медицинского имущества, предназначенный для оказания медицинской помощи пострадавшим в ЧС. На субъектовом, муниципальном и объектовом уровнях ОТР обязан обеспечивать оказание медицинской помощи прогнозируемому числу пострадавших в течение 3-х суток и, как правило, размещаться в базовых ЛПУ. Для прогнозируемого числа пострадавших в ЧС, нуждающихся в стационарной медицинской помощи, в ЛПУ определяются койки постоянной готовности, создается резерв лекарственных и иммунологических препаратов – для реагирования на акты биологического терроризма и вспышечную инфекционную заболеваемость, а в учреждениях переливания крови – создается и содержится в готовности резерв препаратов и компонентов крови.

Для экстренной доставки персонала формирований СМК в районы ЧС и расположенные вблизи от них ЛПУ используют воздушный (вертолеты, самолеты), автомобильный, железнодорожный, морской и речной транспорт. Для этого с транспортными подразделениями заблаговременно на случай ЧС заключаются договоры (соглашения) о взаимодействии и оказании услуг.

СМК Минобороны России, имея большой опыт работы по организации медицинского обеспечения локальных вооруженных конфликтов и других боевых операций, нередко, привлекается и к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени. В состав службы входят предназначенные для этой цели медицинские отряды специального назначения (МОСН), медицинские формирования воинских частей, формирования, создаваемые в медицинских военно-образовательных и научно-исследовательских учреждениях Минобороны РФ. Руководство деятельностью службы осуществляет Главное военно-медицинское управление Минобороны России. Аналогичные формирования и учреждения СМК создаются в структуре МВД, РАО «РЖД», других министерствах и ведомствах.

Координация деятельности ведомственных СМК, входящих в структуру ВСМК, и организация их взаимодействия возложена на СМК Минздравсоцразвития России, которая обеспечивает:

- разработку научно-методических принципов деятельности ВСМК;
- подготовку, повышение квалификации и аттестацию специалистов;
- разработку методических основ подготовки личного состава оперативных служб, спасателей и населения приемам и способам оказания первой помощи пострадавшим в ЧС;
- руководство силами и средствами СМК различных ведомств, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Таким образом, в РФ создана и функционирует стройная и эффективная структура ВСМК, имеющая государственный статус и выполняющая приоритетную роль в системе РСЧС по решению основной задачи – спасения жизни, сохранения и укрепления здоровья населения, пострадавшего в ЧС.

3.2. Правила и обязанности работы медицинского персонала в чрезвычайных ситуациях

При возникновении ЧС, резко осложняющих общую и медицинскую обстановку, от медицинского персонала, уже на догоспитальном этапе, требуется надлежащая организация проведения работ в необычных условиях, сопровождаемых одномоментным появлением большого числа пострадавших, нуждающихся в оказании ЭМП, характеризующихся ухудшением санитарно-эпидемиологической обстановки, временным дефицитом, несоответствием между наличием и потребностями в силах и средствах здравоохранения.

В этих условиях обязательными правилами работы врачебно-сестринского персонала являются умения:

- проводить медицинскую сортировку пострадавших с использованием минимума инструментально-лабораторных методов обследования;
- диагностировать поражения на основании сочетания установленных и вероятных признаков патологии;

- осуществлять в сжатые сроки обследование и оказание медицинской помощи пострадавшим;

- организовывать и быстро выполнять неотложные мероприятия по жизненным показаниям максимально возможному числу пострадавших для повышения их шансов на выживание;

- оперативно решать вопросы эвакуации пострадавших, оказание им медицинской помощи при транспортировке и осуществления защиты от неблагоприятных факторов внешней среды, воздействия АОХВ, РВ, БС.

Следовательно, ЭМП на догоспитальном этапе имеет своей целью сохранение и поддержание жизненно-важных функций организма пострадавших в ЧС, предупреждение развития у них осложнений. Эти мероприятия следует расценивать как начало интенсивной терапии, которая продолжается в условиях стационара в расширенном виде.

Исходя из этого, врачи всех специальностей при работе в ЧС обязаны:

- уметь оценивать общую, медико-тактическую, санитарно-эпидемиологическую, радиационно-химическую обстановку и производить необходимые расчеты;

- знать перечень организационно-медицинских мероприятий, которые необходимо выполнять в отношении пострадавших на догоспитальном этапе;

- быстро организовывать и эффективно осуществлять пострадавшим ЭМП по жизненным показаниям в очаге ЧС и в ходе эвакуации в ЛПУ;

- уметь организовывать защиту пострадавших от воздействия поражающих факторов ЧС и климатических факторов территории.

3.3. Мероприятия, осуществляемые службой медицины катастроф в режимах её функционирования

СМК, как функциональная подсистема РСЧС, осуществляет решение возложенных на нее задач в 3-х режимах функционирования: повседневной деятельности, повышенной готовности (угрозы возникновения ЧС) и чрезвычайной ситуации.

В режиме повседневной деятельности выполняются:

- текущее планирование в части разработки плана медико-санитарного обеспечения населения при возникновении ЧС и отработка его элементов в ходе учебной деятельности;
- обучение различных категорий персонала здравоохранения к действиям в ЧС, совершенствование форм и методов контроля его готовности;
- организация и осуществление наблюдения за средой обитания населения и обстановкой на потенциально-опасных объектах;
- прогнозирование возможных ЧС, оценка их масштабов и медико-санитарных последствий;
- организация и обеспечение эффективного функционирования дежурно-диспетчерской службы;
- создание и поддержание в готовности к работе в ЧС органов управления, формирований и учреждений СМК;
- создание и хранение резервов медицинского имущества, осуществление контроля его накопления и освежения;
- организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения очагов инфекционных заболеваний в зонах возможных ЧС;
- совершенствование материально-технической базы СМК, накопление средств защиты, обеспечивающих оптимальное решение задач при работе в очагах ЧС различного характера;
- осуществление медицинской подготовки личного состава аварийно-спасательных формирований других ведомств и различных групп населения;
- совершенствование организации взаимодействия СМК с оперативными службами и службами ГОЧС других отраслей экономики.

В режиме повышенной готовности выполняются:

- приведение в готовность органов управления, сил и средств СМК к действиям в ЧС (оповещение и экстренный сбор руководящего состава СМК, перевод его на круглосуточный режим работы, усиление дежурно-

диспетчерской службы, создание дополнительных оперативных групп, обеспечение последних транспортом и средствами мобильной связи);

- анализ причин, обусловивших введение этого режима, прогнозирование возможного развития обстановки, разработка и подготовка предложений по тактике использования сил и средств СМК;

- уточнение планов медико-санитарного обеспечения населения, планов действий УЗ в ЧС и основных положений взаимодействия.

В режиме ЧС и ликвидации ее последствий осуществляются:

- оповещение и экстренный сбор персонала формирований и учреждений СМК;

- ведение медицинской разведки и сбор информации об обстановке в районе ЧС, ее оценка и подготовка предложений по ликвидации возникших медико-санитарных последствий;

- введение в действие плана медико-санитарного обеспечения населения территорий (плана действий УЗ в ЧС) и их частных планов;

- немедленное выдвижение в зону ЧС оперативных групп ЦМК, формирований и учреждений СМК;

- оперативное проведение лечебно-эвакуационных мероприятий пострадавшим в ЧС и приведение в готовность ЛПУ к их массовому приему;

- проведение судебно-медицинской экспертизы погибших (при их наличии) и освидетельствования пострадавших;

- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очаге ЧС;

- разработка схемы оперативного пополнения формирований и учреждений СМК медицинским имуществом и персоналом;

- оперативное управление силами и средствами СМК при работе в очаге ЧС и порядком их взаимодействия с ведением учета и отчетности.

Указанные мероприятия, проводимые СМК во все периоды ее функционирования, относятся, как ко всей СМК, так и к ее отдельным составляющим – субъектовому, муниципальному и объектовому уровням.

3.4. Организация медицинского снабжения службы медицины катастроф

Важным направлением деятельности СМК является обеспечение ее материально-техническими средствами, в том числе медицинским имуществом и оборудованием (далее – медицинское имущество).

Комплекс мероприятий по обеспечению СМК медицинским имуществом во всех режимах ее деятельности называется **медицинским снабжением**, основными принципами которого являются:

- соответствие существующей в системе здравоохранения организации обеспечения медицинским имуществом;
- количественное и качественное соответствие медицинского имущества структуре и задачам СМК;
- обеспечение готовности СМК к действиям в различных очагах ЧС и различных климатических зонах.

Исходя из этого, медицинскому снабжению СМК определены следующие **основные задачи**:

- разработка нормативных правовых документов по медицинскому снабжению ЧС;
- оценка местных ресурсов медицинского имущества в интересах СМК;
- расчет потребности в медицинском имуществе для ликвидации прогнозируемых ЧС с учетом величины и структуры санитарных потерь;
- обеспечение готовности учреждений медицинского снабжения к действиям в различных режимах функционирования СМК;
- создание резервов медицинского имущества для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- организация бесперебойного обеспечения медицинским имуществом учреждений и формирований СМК, работающих в очагах ЧС;
- отработка системы учета и отчетности по медицинскому снабжению в условиях ЧС;

- разработка мер защиты медицинского имущества от поражающих факторов ЧС;
- организация взаимодействия с органами медицинского снабжения различных уровней и органами исполнительной власти территорий;
- участие в подготовке и повышении квалификации специалистов, работающих в системе медицинского снабжения, по вопросам СМК;
- участие в международном и межтерриториальном сотрудничестве по совершенствованию организации медицинского снабжения в условиях ЧС;
- проведение научно-исследовательских работ по совершенствованию организации медицинского снабжения в условиях ЧС.

Решение указанных задач возлагается на органы управления медицинским снабжением. К ним относятся предприятия «Фармация» и «Медтехника» с входящими в их состав учреждениями (аптеки, склады), а также с отделами медицинского снабжения ЦМК.

Объем и содержание задач, решаемых учреждениями медицинского снабжения, зависят от режима функционирования СМК. **В режиме повседневной деятельности** осуществляются:

- определение, совместно с ЦМК, потребности в структуре и количестве медицинского имущества резерва и его распределение по объектам хранения;
- надлежащее хранение и своевременное освежение имущества резерва;
- содержание резерва медицинского имущества в постоянной готовности к использованию по назначению;
- отработка вариантов экстренной поставки имущества резерва в ЛПУ районов ЧС;
- подготовка, профессиональная выучка и тренировка штатного персонала учреждений медицинского снабжения к работе в условиях ЧС;
- методическая работа с подчиненными учреждениями по организации медицинского снабжения в различных режимах функционирования СМК.

В режиме повышенной готовности:

- уточняется наличие жизненно-важных лекарственных средств в аптечных учреждениях зоны возможной ЧС и прилегающих территорий;
- принимаются меры для доукомплектования недостающего и поставки дополнительно необходимого имущества;
- определяется потребность в транспортных средствах и рабочей силе для доставки медицинского имущества в район предполагаемой ЧС (создание аптечных автолетучек);
- при угрозе воздействия радиационных, химических или биологических компонентов, принимаются меры по защите медицинского имущества от их поражающих факторов.

В режиме ЧС и ликвидации ее медико-санитарных последствий осуществляются:

- изъятие медицинского имущества из резерва и доставка его в зону ЧС;
- формирование, комплектование и предоставление дополнительного медицинского имущества, недостающего для эффективной ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, и контроль его использования. При крупномасштабных ЧС медицинское имущество может поступать, в порядке оказания помощи, из других регионов страны и других государств;
- открытие аптечного киоска при медицинском пункте зоны ЧС для обеспечения пострадавшего населения и спасателей с номенклатурой, учитывающей предполагаемые травмы и поражения;
- учет медицинского имущества, направленного и поступившего в зону ЧС из различных источников.

3.5. Организация управления службой медицины катастроф

В создании и совершенствовании СМК, организации оказания ЭМП пострадавшим в очагах ЧС, одним из ведущих факторов является наличие стройной, четкой и эффективной системы управления Службой, формированиями и учреждениями, входящими в ее состав.

Управление – целенаправленная, творческая деятельность руководителя СМК подчиненными органами управления, учреждениями и формированиями Службы по поддержанию ее готовности к решению задач по рациональному, эффективному использованию сил и средств СМК в целях медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения и территорий в очагах ЧС. Управление является информационным процессом, включающим следующие функции (рис. 5):

- получение первичной информации о ЧС;
- переработку полученной информации и выработку решения;
- постановку задач объектам управления;
- контроль выполнения принятых решений и отданных распоряжений.

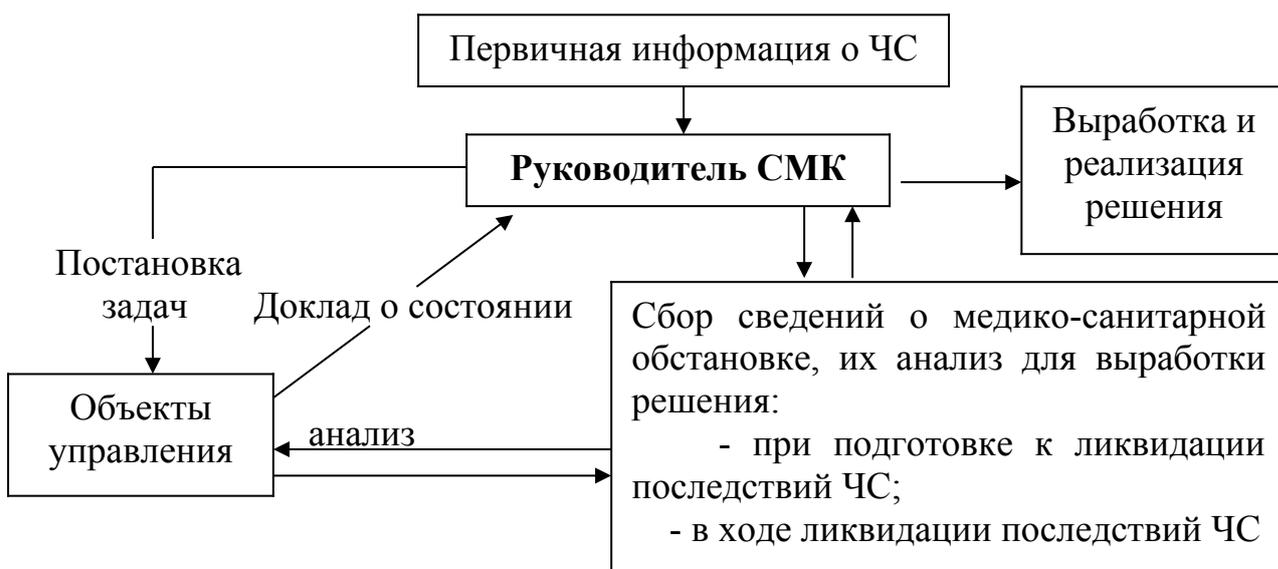


Рис. 5. Схема управления СМК

В условиях ЧС управление должно быть непрерывным, устойчивым и мобильным. Это достигается совершенствованием знаний и навыков руководителей, созданием основных и запасных пунктов управления, оснащением их средствами связи, электронной техникой и заблаговременной подготовкой дублеров. Основными принципами, определяющими сущность, содержание и методы управления являются:

Единоначалие при осуществлении распорядительных функций - свойство руководителей СМК всех уровней, наделенных необходимыми властными функциями, нести персональную ответственность за организацию ЭМП пострадавшему в ЧС населению на административных территориях.

Централизация управления – это способность руководителя в короткие сроки объединить в своих руках руководство подчиненными ему силами и средствами, вне зависимости от ведомственной принадлежности, и направить усилия по единому замыслу для выполнения поставленных задач. Централизация управления не исключает предоставление подчиненным инициативы в определении тактики решаемых задач, умения анализировать обстановку, предвидеть ее развитие и делать выводы из ее оценки.

Твердость и настойчивость в реализации принятых решений - способность руководителя принимать обоснованные решения и сохранять в своих руках руководство подчиненными силами и средствами в любой обстановке. Принцип предполагает жесткий контроль исполнения, высокую требовательность к подчиненным и оказание им практической помощи.

Оперативность и гибкое реагирование на изменение обстановки – достигается наличием знаний у руководителя, умением выделять главное, быстро принимать решения и немедленно доводить их до исполнителей.

Личная ответственность – определяется обязанностями руководителя и предоставленными ему полномочиями.

Научность и предвидение способность руководителя опираться на законы общественного развития, требования нормативных документов и его умение прогнозировать обстановку, предвидеть изменения и последствия.

К руководителю предъявляется ряд требований:

Готовность – умение в сжатые сроки организовать работу СМК по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Оперативность – способность быстро анализировать обстановку, выделять главное и своевременно реагировать на ее изменение.

Квалифицированность – знание теории и практики организации медико-санитарного обеспечения населения в ЧС и способность опираться на советы, помощь специалистов по направлениям деятельности.

Принципы и требования, предъявляемые к управлению и руководителю, находятся в тесном взаимодействии и их учет позволяет руководителям СМК принимать наиболее эффективные, целесообразные и грамотные решения.

Обязательными качествами руководителя должны быть умение сплачивать коллектив, эффективно руководить им, видеть недостатки в процессе управления. Во многом это зависит от стиля работы руководителя, в соответствии с которым они подразделяются на руководителей формального, демократического, авторитарного и динамического типов.

Руководители формального типа:

- минимально вмешиваются в работу подчиненных и коллектива;
- осуществляют легкие формы воздействия на людей, ориентируясь на их сознательность и добросовестность;
- инициативу подчиненных не замечают, не поощряют и не подавляют;
- создают возможность появления неформального лидера и присвоения им властных функций.

Руководители демократического типа:

- осуществляют контроль деятельности подчиненных, используя их компетентность, советуются с ними, поощряя инициативу и творчество;
- на фоне высокого такта, выдержки, доброжелательности и заботы о подчиненных проявляют к ним разумную требовательность;
- информируют коллектив о состоянии дел в нем;
- передают решение второстепенных задач подчиненным, что приводит к децентрализации управления и укреплению авторитета помощников.

Руководители авторитарного типа:

- приверженцы централизации власти, при этом помощники работают в условиях крайне ограниченных властных полномочий, подчиненные имеют минимум информации;

- с подчиненными редко консультируются, их деятельность жестко регламентируется, инициатива не одобряется и не поощряется;

- в поведении и общении с подчиненными резки и прямолинейны, на критику реагируют болезненно.

Руководители динамического типа – для них характерно изменение тактики управленческой деятельности в зависимости от компетентности коллектива, решаемых задач и конкретной обстановки. Этот стиль является универсальным и определяет высокий профессионализм руководителя.

Формирование и совершенствование стиля работы руководителя – это непрерывный процесс, в основе которого лежат следующие положения:

- постоянная, настойчивая работа по совершенствованию специальных знаний, выработке интеллекта и овладению наукой управления;

- умение кратко и четко излагать свои мысли, ставить задачи подчиненным, делать анализ работы исполнителей и коллектива, в целом;

- умение готовить коллектив к решению сложных задач, опираясь на помощников и предоставляя исполнителям определенную свободу действий;

- быть всегда приветливым, доброжелательным, уметь выслушивать людей, знать их и благодарить за хорошо выполненную работу;

- быть скромным в оценке своей личности, своих знаний и заслуг.

Для организации управления в ЧС, при органах управления здравоохранением создаются штабы СМК (в ряде случаев эта функция возлагается на штабы ГОЧС). В их состав входят заместители руководителя, руководители отделов (управлений) и главные штатные специалисты (консультанты, советники). На заседания штаба, при необходимости, могут приглашаться руководители УЗ, привлекаемых к участию в ликвидации последствий ЧС. В составе штаба СМК определяют оперативные группы:

1. Управления и обработки оперативных данных.
2. Информации и связи.
3. Организации оказания ЭМП и координации работы СМК.

4. Организации проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

5. Организации обеспечения медицинским, санитарно-хозяйственным, а при необходимости, и специальным имуществом.

6. Организации эвакуации больных из УЗ (при необходимости) и обеспечения устойчивой работы последних.

7. Судебно-медицинской экспертизы пострадавших и погибших.

8. Организации работы с населением в зонах временного расселения эвакуируемых по выявлению, профилактике и лечению реактивных и неврологических состояний, инфекционных заболеваний.

Руководитель СМК и функционирующий при нем штаб работают также в трех режимах: повседневной деятельности, повышенной готовности, развития ЧС и ликвидации ее медико-санитарных последствий.

Основными задачами штаба **в режиме повседневной деятельности** является разработка «Плана медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях» и других планирующих документов, позволяющих обеспечивать устойчивость управления, рациональное использование сил и средств СМК в складывающейся обстановке. В этом же режиме деятельности на руководителя СМК и его штаб возлагается подготовка органов управления к работе в ЧС, создание оперативных групп, совершенствование системы связи. Руководитель и его штаб несут ответственность за:

- планирование подготовки врачебно-сестринского персонала СМК;
- накопление различных видов имущества службы;
- организацию обучения населения, личного состава оперативных служб и аварийно-спасательных команд, приемам и способам оказания первой помощи в порядке само- и взаимопомощи, правилам защиты от АХОВ, РВ и БС, а также правилам адекватного поведения в различных очагах ЧС;
- организацию взаимодействия с ведомственными медицинскими службами и оперативными службами ГОЧС территории.

Штаб СМК территории разрабатывает задания для подчиненных штабов, исходя из прогноза ЧС на промышленных предприятиях и транспорте, возможности возникновения стихийных бедствий, вспышечной и иной массовой заболеваемости;

На основании задания руководитель СМК и его штаб до возникновения ЧС обязан спрогнозировать ожидаемую обстановку, принять решение на разработку «Плана медико-санитарного обеспечения населения территории в ЧС». Планирование медико-санитарного обеспечения пострадавших в ЧС является важнейшим элементом управления СМК.

Выработка правильного решения по планированию медико-санитарного обеспечения населения в ЧС зависит от индивидуальных качеств руководителя, его подготовленности, личного опыта, имеющихся навыков и проводится в следующей последовательности:

- сбор и систематизация исходной информации по ЧС;
- уяснение задач стоящих перед СМК, ее формированиями и учреждениями;
- определение мероприятий, указания, о проведении которых надо отдать немедленно;
- последующая оценка прогнозируемой обстановки и проведение медико-тактических расчетов;
- выработка замысла медико-тактического обеспечения;
- принятие предварительного решения на медико-санитарное обеспечение пострадавших в ЧС;
- получение дополнительных данных от взаимодействующих служб и органов управления РСЧС;
- оформление и утверждение окончательного решения.

Решение оформляется текстуально с отражением следующих позиций:

1. Выводы из обстановки с указанием величины и структуры потерь среди пострадавших.
2. Задачи СМК на ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС.

3. Организация перевода СМК на работу в ЧС.
4. Расчет потребности в силах СМК для работы в очагах ЧС (расчет формирований и учреждений СМК).
5. Организация медицинской эвакуации пострадавших из очагов, расчет транспортных средств.
6. Перечень и виды стационаров для госпитализации пострадавших с тяжелой и средней степенью поражения.
7. Организация амбулаторной помощи легкопораженным, спасателям и отселяемому населению.
8. Порядок снабжения формирований и учреждений СМК медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом.
9. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах ЧС и на прилегающей к ним территории.
10. Порядок проведения судебно-медицинского освидетельствования пострадавших и судебно-медицинской экспертизы погибших.
11. Организация защиты персонала, работающего в очагах ЧС и на этапах медицинской эвакуации, а также больных в ЛПУ.
12. Организация взаимодействия с ведомственными медицинскими службами и службами ГОЧС территории.
13. Управление силами и средствами СМК.

Решения, принятые начальником СМК, являются основой для разработки приказа на медико-санитарное обеспечение населения в ЧС.

В режиме повышенной готовности (угрозы возникновения ЧС) работа руководителя СМК начинается со сбора данных и анализа обстановки. С этой целью в угрожаемый очаг для уточнения случившегося направляется оперативная группа штаба СМК с целью оценки медицинской обстановки и определения тактики действий Службы.

Руководитель СМК вначале знакомится с решением председателя территориальной КЧС и ПБ, уясняет задачу, стоящую перед службой в сложившейся обстановке. При уяснении задачи имеют значение величина и

структура прогнозируемых санитарных и безвозвратных потерь в возможном очаге, размер и характер разрушений, заражение территории высокотоксичными веществами (АОХВ, РВ, БС), санитарно-эпидемиологическое состояние очага поражения, возможности формирований и учреждений СМК, привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (виды, количество, укомплектованность персоналом, транспортом, оснащенность имуществом).

Уяснив задачу, руководитель СМК:

- определяет мероприятия, которые нужно провести немедленно для быстрой подготовки службы к действиям в ЧС;

- ориентирует подчиненных о характере предстоящей работы и дает им необходимые указания;

- определяет общий бюджет времени по организации медицинского обеспечения пострадавших, из которого наибольшее время отдается подчиненным, а оставшееся – используется им самим для оценки обстановки, принятия решения и доведения его до подчиненных.

Оценка обстановки – это анализ факторов и условий, оказывающих влияние на медико-санитарное обеспечение пострадавшего в ЧС населения.

При оценке обстановки учитываются:

- величина и структура прогнозируемых санитарных потерь;

- возможность возникновения первичных и вторичных очагов АОХВ, РВ и БС;

- возможности развертывания временных медицинских пунктов;

- количество и качество готовности формирований и учреждений СМК, планируемых для привлечения к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС с учетом слаженности действий персонала, загрузки ЛПУ больными, их возможностей и потребностей в сложившейся ситуации;

- санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое состояние в очаге и на прилегающих к нему территориях;

- метеорологические условия (характер погоды, температура воздуха, скорость ветра, наличие осадков и т. п.);

- наличие автомобильных, железных дорог, воздушных трасс, водных магистралей и соответствующих видов транспорта, как для подвоза медицинских бригад и имущества в возможный очаг поражения, так и для эвакуации прогнозируемых пострадавших.

В заключение оценки обстановки руководитель СМК формулирует общие выводы, которые берутся за основу решения по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Решение в виде приказа или распоряжения доводится до подчиненных. В нем отражаются следующие вопросы:

- сроки и количество выдвигаемых сил и средств СМК в очаг ЧС организация и порядок их использования;

- организация защиты персонала СМК, работающего в очаге поражения;

- подготовка отделений стационарных ЛПУ для приема пострадавших, согласно ранее разработанному плану;

- организация амбулаторной, в том числе и медико-психологической помощи спасателям и населению пострадавшей территории;

- порядок и организация работы БСкМП;

- санитарно-эпидемиологическое состояние территории и организация проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- порядок снабжения формирований и учреждений СМК медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом;

- организация управления силами и средствами СМК и порядок взаимодействия их с другими службами ГОЧС;

- определение видов и характера связи.

В режиме ЧС и ликвидации ее медико-санитарных последствий осуществляется комплекс мероприятий, которые обеспечивают руководитель СМК и созданный при нем штаб с нижеуказанными оперативными группами.

На группу по организации оказания медицинской помощи возлагается:

- амбулаторно-поликлиническая помощь пострадавшим с легкими степенями поражения, помощь спасателям и медицинским работникам, работающим в зонах ЧС;

- стационарная медицинская помощь в сохранившихся или развернувшихся вблизи очага ЧС ЛПУ с привлечением, при необходимости, медицинского персонала извне;

- подготовка к медицинской эвакуации пострадавших, нуждающихся в специализированной медицинской помощи.

На группу по организации выявления, профилактики и лечения реактивных и невротических состояний возлагается оказание психоневрологической помощи пострадавшим и населению.

На группу судебно-медицинских экспертов возлагается организация экспертизы погибших и освидетельствования пострадавших.

На группу по организации проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий возлагается обеспечение эпидемиологического благополучия в зонах ЧС и осуществление контроля организации водоснабжения, питания населения, размещения его во временно отведенных помещениях.

На группу по организации работы с населением в зонах слабого заражения и временного расселения эвакуируемых возлагается организация оказания скорой, неотложной, амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, ознакомление населения с порядком размещения, питания, водоснабжения и правилами адекватного поведения на территории.

На группу информации и связи возлагается организация взаимодействия со СМИ, оповещение населения о факте ЧС, информирование о количестве пострадавших, их состоянии и месте пребывания, о пропавших без вести, погибших (умерших) и организация связи с их родственниками.

От качества работы штаба и его оперативных групп зависит сохранение здоровья населения в зонах ЧС и предупреждение возникновения эпидемий. Штаб СМК в период ЧС работает круглосуточно, проводит оперативные

совещания по итогам работы за истекшие сутки, определяет очередные задачи руководителям формирований и учреждений СМК, организует проведение предусмотренных планом мероприятий с их уточнением, согласно сложившейся обстановке. Штаб также контролирует заполнение ЛПУ пострадавшими, прибытие и развертывание в очаге ЧС и вблизи него формирований СМК, организацию медицинской эвакуации пострадавших в специализированные ЛПУ за пределами зоны ЧС, представление донесений о ходе выполнения решаемых задач в вышестоящие органы управления.

При необходимости штаб, в связи со складывающейся обстановкой, переносит свою деятельность на запасной пункт управления (ЗПУ), который обязан быть оснащен дублирующими документами управления, оборудован средствами связи, иметь помещения для работы и отдыха личного состава штаба, обеспечивать их защиту.

Для поддержания в готовности органов управления важное место отводится контролю и проверке исполнения принятых решений и поставленных задач. **Контроль** – это изучение фактического состояния дел в подчиненных звеньях управления, учреждениях и формированиях СМК. Его методами являются: контрольные, документальные и комплексные проверки, проверки в ходе учений и тренировок. Результаты контроля оформляются в виде письменных актов или справок, в которых обобщается опыт проделанной работы, отмечаются недостатки и определяются меры по их устранению. По результатам проверок издаются приказы, распоряжения.

Своевременно проведенный контроль, проверка исполнения решаемых задач способствуют повышению готовности СМК и достижению лучших результатов в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

3.6. Основы планирования медико-санитарного обеспечения населения, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях

Основным документом управления СМК является **План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС**, разрабатываемый на федеральном, окружном, субъектовом и муниципальном уровнях

соответствующими штабами службы. План подписывается руководителем и начальником штаба соответствующего территориального здравоохранения, согласовывается с руководителями ведомственного здравоохранения, функционирующего на территории, и утверждается председателем территориальной КЧС и ПБ. На объектовом уровне здравоохранения разрабатывается План действий УЗ в ЧС.

План – это комплект документов, определяющих порядок четкого и своевременного перевода СМК из режима повседневной деятельности в режимы повышенной готовности и возникновения ЧС с ликвидацией ее медико-санитарных последствий. Он включает в себя:

- медико-тактическую характеристику территории или отдельного УЗ с учетом прогнозируемых ЧС, величины и структуры пострадавших в них;
- характеристику и возможности сил и средств СМК территории или их структуру в УЗ;
- календарный план перевода СМК в различные режимы готовности;
- частные планы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий конкретных ЧС;
- справочные данные и приложения (карта административной территории с указанием на ней пунктов сбора пострадавших, путей эвакуации, вариантов организации медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения, а также схемы, расчетные таблицы, условные знаки и др.).

В частных планах по видам ЧС определяются:

- содержание медико-санитарного обеспечения;
- объем предстоящей работы (прогнозируемые санитарные и безвозвратные потери, нуждаемость пострадавших в видах медицинской помощи и осуществлении эвакуационных мероприятий, характер санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очаге);
- потребность в силах и средствах СМК и обеспеченность ими;

- организация лечебно-эвакуационного и санитарно-противоэпидемического обеспечения (привлекаемые силы и средства, сроки и порядок выдвижения их в зону ЧС, готовность к работе);
- организация и порядок снабжения и пополнения формирований СМК медицинским имуществом;
- организация и порядок материально-технического обеспечения формирований СМК и УЗ, в целом;
- содержание и порядок выполнения мероприятий по медицинской защите населения и спасателей, включая персонал формирований и учреждений СМК;
- организация управления, связи и взаимодействия при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

При разработке Плана медико-санитарного обеспечения и Плана действий в ЧС руководствуется теми же принципами, что и при разработке решения на ликвидацию медико-санитарных последствий ЧС (стр. 70).

3.7. Организация взаимодействия службы медицины катастроф

Организация эффективного и оперативного взаимодействия СМК с ведомственным здравоохранением и функциональными подсистемами РСЧС, участвующими в ликвидации последствий ЧС – важнейший элемент управления, обеспечивающий успешное выполнение задач по спасению жизни и сохранению здоровья пострадавших в ЧС, спасателей и населения, находящего вблизи зоны ЧС.

Взаимодействие – это система согласованных и взаимосвязанных (по целям и задачам, месту и времени, принципам и методам, способам и объему) мероприятий, обеспечивающих подготовку органов управления, формирований и учреждений СМК и функциональных подсистем РСЧС к действиям по ликвидации последствий ЧС. Оно предусматривает:

- эффективное прогнозирование и оценку обстановки в очагах ЧС;
- грамотное планирование и проведение аварийно-спасательных работ;

- выполнение мероприятий по управлению силами и средствами СМК в процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Взаимодействие осуществляется на всех уровнях службы в соответствии с планами медико-санитарного обеспечения населения в ЧС или планами действий УЗ в ЧС. В его основе лежат следующие принципы:

- единство государственной политики в области предупреждения и ликвидации последствий ЧС;

- единство подходов в прогнозировании и оценке медико-санитарной обстановки при угрозе и возникновении ЧС и учет возможностей аварийно-спасательных формирований, включая формирования медицинского профиля;

- приоритет сохранения жизни и здоровья различных категорий населения при возникновении и ликвидации последствий ЧС;

- единство доктрины подготовки и использования сил и средств СМК, организации проведения комплекса лечебно-эвакуационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий и мероприятий по медицинскому снабжению в ЧС;

- наличие единых учетно-отчетных документов и единой организации обмена информацией.

Организация и порядок взаимодействия определяются двусторонними Положениями, которые разрабатываются ЦМК, согласовываются с руководителями взаимодействующих сторон, утверждаются председателем КЧС и ПБ территории и реализуются на практике. Взаимодействие по организации ликвидации последствий ЧС должно быть обеспечено с:

- ведомственными ЛПУ и прочими УЗ;

- МЧС России и его структурными управлениями;

- службами ГОЧС, создаваемыми в органах управления отраслей экономики;

- управлениями Роспотребнадзора и ЦГиЭ в территориях;

- государственными предприятиями «Фармация» и «Медтехника»;

- общественной организацией «Российский Красный Крест»;

- командованием гарнизона и воинских частей;
- учреждениями образования, культуры и искусства;
- средствами массовой информации.

В положениях о взаимодействии с ведомственными УЗ определяются задания по количеству и профилю выделяемых коек для госпитализации пострадавших, количеству и виду создаваемых формирований СМК и организация их привлечения к работе в ЧС.

Взаимодействие с МЧС России предусматривает:

- взаимное обеспечение информацией об угрозе и возникновении ЧС;
- организацию поиска и сбора пострадавших (пораженных), оказание им первой помощи с проведением эвакуации из опасных зон;
- предоставление сведений о пострадавших, поступивших на лечение в ЛПУ;
- участие в медицинском обеспечении спасателей и лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС;
- оказание содействия в медицинской подготовке спасателей и в пополнении медицинского имущества аварийно-спасательных формирований;
- организацию методического руководства обучением специалистов СМК по вопросам защиты населения и территорий от ЧС;
- осуществление операций по доставке сил и средств СМК в районы ЧС;
- участие в согласовании законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам оказания медицинской помощи пострадавшему в ЧС населению.

Крайне важно взаимодействие СМК с аварийно-спасательными формированиями служб ГОЧС территории, своевременные и качественные действия которых во многом определяют результаты ликвидации последствий ЧС, бесперебойный характер работы формирований и учреждений СМК в очаге ЧС и за его пределами. В положениях о взаимодействии с этими службами определяются виды и количество необходимых сил и средств, выделяемых для обеспечения работы СМК по оказанию медицинской помощи

пострадавшим, их быстрой эвакуации в ЛПУ и обеспечения устойчивого функционирования последних. Организация взаимодействия, изложенная в Положениях, должна отрабатываться на совместно проводимых учениях, по результатам которых, при необходимости, вносятся дополнения и изменения.

В случае возникновения ЧС в ЛПУ, характер которых предусматривает необходимость проведения экстренной эвакуации больных и персонала, необходима организация взаимодействия ЛПУ с:

- расположенными поблизости учреждениями образования и культуры (образовательные учреждения, театры, киноконцертные залы и т.п.) с целью временного размещения в них больных, эвакуируемых из ЛПУ;

- транспортными предприятиями – для осуществления эвакуации больных, как в места временного размещения, так и в другие ЛПУ для временной госпитализации и продолжения стационарного лечения. Не следует забывать и о необходимости осуществления последующей реэвакуации.

Как правило, техногенные и природные ЧС повышают вероятность возникновения крупных вспышек инфекционных заболеваний, вследствие уязвимости под воздействием ЧС систем электро-, водо-, теплоснабжения и канализации, приводящих к нарушению энергообеспечения, дефициту питьевой воды, неудовлетворительному ее качеству, трудностям в избавлении от экскрементов и других отходов, к снижению температурных показателей в помещениях, способных ухудшить санитарно-гигиенические условия и нарушить эпидемиологическое равновесие. Риск возникающих эпидемий прямо зависит от плотности проживаемого в зоне ЧС населения, возникших затоплений населенных пунктов вследствие наводнений, затяжных дождей и штормовых ветров.

Учитывая это, органами управления здравоохранением совместно с территориальными управлением Роспотребнадзора и ЦГиЭ должны быть разработаны и практически отработаны:

- система сбора данных об обстановке;
- порядок проведения эпидемиологического надзора и контроля;

- перечень потенциальных инфекционных заболеваний, способных развиться при возникновении техногенных, природных и социальных ЧС, механизмы их предупреждения и ликвидации;

- программы по подготовке персонала УЗ и населения к действиям в ЧС.

Положениями о взаимодействии с предприятиями «Фармация, «Медтехника» и отделениями Красного Креста предусматриваются:

- обеспечение формирований и учреждений СМК, работающих в очаге ЧС, медицинским имуществом и оборудованием (а при необходимости, и ремонта последнего) по типу автолечушек;

- подготовка населения по выработке ими навыков оказания первой помощи и проведению соревнований с формированиями СМК, создаваемыми на предприятиях и в учреждениях.

Судебно-медицинская служба, создаваемая на базе БСМЭ и организационно входящая в состав СМК, готовится к выполнению мероприятий по осуществлению экспертизы и освидетельствования погибших, пострадавших в ЧС, организации идентификации останков погибших, выписыванию свидетельств о смерти в условиях жесткого временного лимита. С этой целью в БСМЭ необходимо создавать и готовить к работе с погибшими в очагах ЧС БрСМЭ и ССМБПГ, персонал которых обязан готовиться к решению вышеуказанных задач при возникновении ЧС. Значительное число погибших и пострадавших в ЧС, недостаток штатных мест в холодильных камерах БСМЭ и штатных моргах для хранения тел погибших или их останков при высокой температуре атмосферного воздуха, определяют необходимость взаимодействия БСМЭ с транспортными предприятиями с целью привлечения автомобильных или железнодорожных рефрижераторов для этих целей.

При ЧС велика роль получения разведывательных данных об обстановке и проведении профилактических и защитных мероприятий. Эти задачи СМК может решить путем взаимодействия с воинскими частями,

службами ГОЧС (в том числе представляющую гидрометеослужбу) и получать от них следующую информацию:

- о наличии токсических примесей в атмосфере, водной среде, почве, на объектах внешней среды и в продуктах питания;
- о выявлении путей и мест эвакуации пострадавших, мест нахождения водоисточников, складов с различными видами имущества;
- об определении возможностей по обеспечению сил, участвующих в ликвидации последствий ЧС теплом, электроэнергией, связью и т.п.

3.8. Организация информационного обеспечения управления

Одной из задач СМК при ликвидации последствий ЧС является получение своевременной и достоверной информации, способной снизить напряженность, преувеличивающую угрозу ЧС среди населения, снять с него негативные последствия сложившейся обстановки. Кроме того, своевременное получение достоверной информации позволяет улучшить управление процессом ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и принимать грамотные решения по осуществлению маневра силами и средствами СМК. Сбор и передачу информации на уровне субъектового здравоохранения целесообразно возложить на медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ), входящие в его структуру, с определением им следующих задач в режиме ЧС:

- учет пострадавшего населения и доведение сведений о нем официальным службам и родственникам;
- изучение потребности в медицинском, санитарно-хозяйственном имуществе, лабораторном, рентгеновском, физиотерапевтическом и другом оборудовании;
- взаимодействие со СМИ по вопросам ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и доведение до них масштабов и последствий возникшей ЧС;
- исключение ложных, непроверенных сообщений о ЧС, предотвращение слухов и противодействие им.

В период повседневной деятельности персонал МИАЦ обязан отрабатывать алгоритмы подачи информации с учетом их лаконичности, точности и ясности, а при возникновении ЧС его оперативная группа располагается в созданном вблизи зоны ЧС штабе и решает эти задачи.

Эффективность сбора и передачи информации значительно повышается при внедрении в СМК автоматизированной информационно-управляющей системы (АИУС), которая, являясь функциональной подсистемой АИУС РСЧС, интегрируется в федеральную сеть, в сеть министерств и ведомств, силы и средства которых привлекаются к предупреждению и ликвидации ЧС.

Внедрение АИУС в практику работы СМК позволяет улучшить сбор и обработку информации об угрозе и возникновении ЧС, оперативно выявлять проблемы, осложняющие оказание медицинской помощи пострадавшим, оптимизировать выработку путей их решения и доведения до исполнителей, облегчить контроль хода ликвидации медико-санитарных последствий ЧС. Эта система способствует определению эффективных способов мобилизации и доставки медицинского имущества туда и тогда, где и когда оно более необходимо, выявлению готовности персонала СМК к действиям в ЧС.

Основные позиции по реализации задач СМК в части управления, взаимодействия и организации работы представлены на рис. 6, исходя из которых, начальник СМК, совместно со штабом Службы, исполняя постановление КЧС и ПБ:

- осуществляет оперативное управление силами и средствами СМК;
- организует выполнение мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- определяет организацию и порядок взаимодействия с органами исполнительной власти территории, организациями и учреждениями, привлекаемыми для аварийно-спасательных и ремонтно-восстановительных работ в очаге ЧС.

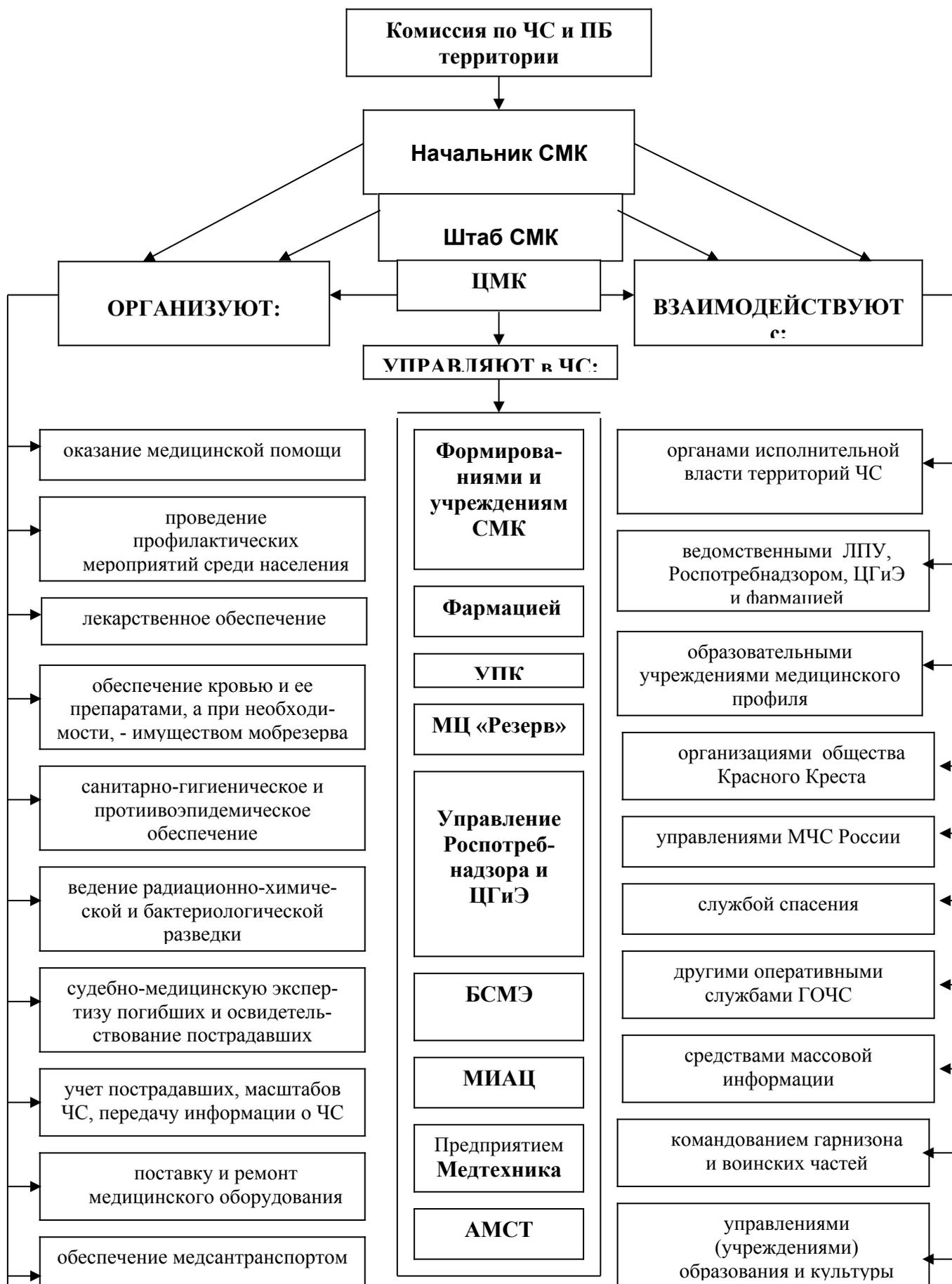


Рис. 6. Структура организации, управления и взаимодействия СМК по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС

3.9. Учет и отчетность в службе медицины катастроф

Одним из путей оптимизации управленческого процесса является совершенствование форм и содержания документов медицинского учета и отчетности, применяемых в СМК. Их роль в решении задач медицинского обеспечения пострадавшего в ЧС населения имеет большое значение, так как они являются основными источниками получения необходимой информации для принятия оптимально обоснованных решений. Кроме того, документы учета и отчетности СМК – важное средство отображения информации о складывающейся медицинской обстановке в зоне ЧС. Используя их, руководители органов управления здравоохранением и СМК накапливают и анализируют информацию медико-санитарного характера. На их основе:

- оценивается медико-тактическая обстановка;
- рационально используются силы и средства СМК различной подчиненности;
- обеспечивается преемственность и последовательность в проведении мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС;
- готовятся донесения, отчеты и доклады о выполнении решаемых задач, изменениях в обстановке, принятых решениях и о состоянии дел в СМК.

В современных условиях с использованием АИУС, учетные и отчетные документы СМК не утратили своего значения, но требуют стандартизации, унификации и рационализации алгоритмов и программ их заполнения.

В настоящее время в СМК используется учетно-отчетная документация, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 03.02.2005 г. № 112 (в ред. от 17.09.2007 г. № 601) «О статистических формах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития РФ». Она включает следующие учетно-отчетные документы:

- таблиць срочных донесений СМК Минздравсоцразвития России;
- форму № 165/у-05 «Донесение о чрезвычайной ситуации (первичное, последующее, заключительное)»;

- форму № 167/у-05 «Сопроводительный лист (для пораженного в ЧС)»;
- форму № 1/МК «Сведения о медико-санитарных последствиях чрезвычайной ситуации за 1 квартал, первое полугодие, 9 месяцев, год»;
- форму № 2/МК «Сведения о формированиях службы медицины катастроф, участвовавших в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций за 1 квартал, первое полугодие, 9 месяцев, год»;
- форму № 3/МК «Сведения о наличии, использовании и восполнении резерва медицинского имущества территориального центра медицины катастроф за полугодие, год»;
- форму № 4/МК «Сведения о наличии, использовании и восполнении неснижаемого запаса учреждения здравоохранения за полугодие, год»;
- форму № 5/МК «Сведения о создании, наличии, использовании и восполнении запасов медицинского имущества для чрезвычайных ситуаций за год»;
- форму № 6/МК «Пояснительная записка к годовому отчету службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации»;
- форму № 55 «Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций»;
- форму № 56 «Сведения о сети и кадрах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Вышеуказанным приказом Минздравсоцразвития России утверждены и рекомендации по заполнению этих форм, изучение которых должно осуществляться на всех уровнях службы.

Перечисленные учетно-отчетные документы СМК не исключают введение дополнительных форм по инициативе субъектов РФ, министерств и ведомств, отражающих территориальные, социально-экономические, климатогеографические особенности и специфику работы.

Ведение учетно-отчетной документации СМК крайне важно для обобщения опыта ее работы, анализа мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий, разработки тактики и стратегии действий формирований и учреждений СМК и, как следствие, для совершенствования управления ею.

3.10. Организация подготовки и проведения экстренной эвакуации больных и персонала лечебно-профилактических учреждений

В современных условиях ЛПУ, нередко, попадают в нештатные ситуации (НС), которые обуславливают проблемы их нормального функционирования и необходимость принятия экстренных мер по обеспечению устойчивого режима работы, сохранение здоровья и жизни находящихся в них людей. Исходя из этого, все НС, возникающие в ЛПУ следует рассматривать как ЧС. О возникновении ЧС необходимо немедленно оповещать местные оперативные службы, руководство ЛПУ и органы управления ими.

В частности, такие ЧС в ЛПУ, как пожары, отключения электро-, водо-, теплоснабжения, теракты, их угрозы, подтопление, затопление ЛПУ в период наводнения, обрушение зданий или его отдельных конструкций, внутренние и внешние технологические аварии требуют частичной или полной экстренной (экстренно-плановой) эвакуации больных, персонала, документации и имущества, необходимые для работы с эвакуируемым контингентом и последующего обеспечения процесса лечения.

Указанные ЧС могут возникнуть в любое время, в том числе в выходные и праздничные дни. Естественно, во втором случае организация проведения экстренной эвакуации более сложна, поскольку в это время в ЛПУ:

- количество медицинского персонала ограничено дежурной сменой;
- руководящий состав всех уровней и, в значительной степени, технический персонал служб обеспечения отсутствует на рабочих местах;
- возможно наличие посетителей (родственники, друзья, знакомые);

- могут иметь место некомпетентность дежурного персонала к действиям в ЧС, низкая требовательность ответственного дежурного, неспособность его принимать адекватные решения и, как следствие, реальны паника, растерянность, страх неспособность к целенаправленной деятельности со стороны персонала и пациентов;

- имеет значение и то, что во второй половине ночи отмечается утяжеление больных, особенно пожилого и старческого возраста.

Опыт ликвидации последствий ЧС, реальная угроза их повторения свидетельствуют о необходимости подготовки:

- руководителей и ответственных дежурных ЛПУ – принятию грамотных управленческих решений и определению стратегических задач по проведению эвакуации в зависимости от вида ЧС и сложившейся обстановки. В одних случаях обязательны немедленные действия, в других – активно-выжидательная позиция с проведением подготовительных мероприятий.

- остального персонала – тактике действий при возникновении ЧС, знанию персональных обязанностей и отработке мероприятий по ликвидации последствий ЧС, требующих осуществления эвакуационных мероприятий с учетом профиля ЛПУ и категории эвакуируемых больных.

Согласованность действий по эффективному и быстрому проведению должностными лицами ЛПУ мероприятий по эвакуации больных и персонала, обеспечению их защиты, сохранению здоровья и жизни людей, оказавшихся в зоне ЧС, может быть достигнута при заблаговременном и реальном выполнении следующих условий:

- изучением характера возможных разрушений, их последствий и структуры потерь в прогнозируемых ЧС;

- наличием инструкций, памяток, планов и других документов по действиям в этих ситуациях, неформальным изучением их персоналом и регулярным его тренингом в ходе повседневной деятельности по отработке основных положений, изложенных в названных документах;

- отработкой четкого и согласованного взаимодействия персонала ЛПУ с оперативными службами территории (спасатели, пожарные, личный состав УВД и др.), автотранспортными предприятиями, с расположенными вблизи учреждениями образования, культуры, а также с другими ЛПУ территории;

- каждодневным распределением находящихся в ЛПУ больных по эвакуационным группам в зависимости от их физиологического состояния. Выполнение этого мероприятия возлагается на лечащих врачей, а осуществляется – путем маркировки титульного листа истории болезни. Как вариант, предлагается следующая символика:

А (амбулаторные) – подлежат немедленной выписке;

Тн – транспортабельные, нуждающиеся во временном размещении во внебольничных условиях (образовательные учреждения, кинотеатры, дворцы, клубы и т.п.) с обязательным наблюдением их персоналом ВСБ, оснащенных укладками неотложной медицинской помощи. Эвакуация таких больных, в зависимости от расстояния до объекта временного размещения, может осуществляться пассажирским транспортом общего назначения (автобусы, легковые машины) и, в крайнем случае, пешим порядком;

То – транспортабельные, нуждающиеся в переводе в другие ЛПУ пассажирским транспортом общего назначения с медицинским сопровождением;

Тс – транспортабельные, нуждающиеся в переводе в другие ЛПУ специализированным транспортом (машины скорой медицинской помощи, включая реанимобили).

Следует отметить, что при возникновении в ЛПУ ЧС, угрожающей жизни и здоровью пациентов, нетранспортабельных больных быть не может. В частности, при эвакуации больных, подключенных к аппаратам искусственной вентиляции легких, искусственной почке, искусственного кровообращения, а также травматологических больных, находящихся на вытяжении и больных в стадии оперативного лечения, необходимо принимать меры к осуществлению щадящей эвакуации специализированным

транспортом с использованием портативных реанимационных средств и обязательного осуществления медицинского сопровождения.

В целях эффективной подготовки к проведению экстренной эвакуации больных, персонала и имущества из ЛПУ, разрабатывается частный план эвакуации, как раздел Плана действий ЛПУ в ЧС. Он включает в себя пакет документов, в которых отражаются следующие вопросы (с учетом рабочего и нерабочего времени):

1. Параметры и алгоритмы оценки сложившейся ЧС, варианты принятия предварительного решения по ней и его исполнение;

2. Организация экстренного доведения информации до руководителя ЛПУ или лица его замещающего о причине, определяющей необходимость проведения экстренной эвакуации и принятых мерах по ее подготовке и осуществлению, порядок доставки руководителя в ЛПУ для руководства аварийно-спасательными мероприятиями.

3. Организация оповещения и экстренного сбора к очагу ЧС (к ЛПУ):

- членов штаба ГОЧС ЛПУ;

- руководящего состава из числа персонала структурных отделений ЛПУ;

- персонала медицинских и аварийно-спасательных формирований,

созданных в ЛПУ, порядок оснащения их имуществом;

- других сотрудников ЛПУ (по заранее определенному списку в зависимости от вида ЧС, складывающейся обстановки и дополнительно – по распоряжению прибывшего руководителя). Необходимость их привлечения определяет руководитель отделения (подразделения) конкретного ЛПУ.

4. Организация взаимодействия ЛПУ с:

- оперативными службами территории (милиция, кинологи, пожарные, спасатели, станции скорой медицинской помощи, центр медицины катастроф и его филиалы);

- автотранспортными предприятиями, в том числе автохозяйством медицинского и санитарного транспорта, с целью выделения автобусов для транспортировки эвакуируемых больных, а в холодное время года и для

временного размещения медицинского персонала, закончившего выполнение возложенных задач по осуществлению эвакуационных мероприятий. При запросе на привлечение автотранспорта указываются вид, марка автобусов и необходимое их количество;

- другими ЛПУ (по заранее определенному перечню), в том числе ведомственными, для приема эвакуируемых больных тяжелой и средней степени тяжести;

- расположенными вблизи учреждениями образования, культуры и т.п. для временного приема и размещения больных легкой степени.

В части взаимодействующих объектов, в документах указываются телефоны руководителей (по возможности, и домашние), оперативных дежурных круглосуточных служб, вариант разговора с ними со ссылкой на заранее заключенные (продленные) договоры о взаимодействии с указанием даты и лиц их подписавших.

5. Задачи и порядок действий персонала ЛПУ (его структурных отделений) по выполнению работ в ЧС с указанием ответственных исполнителей эвакуации больных, медицинского имущества и аппаратуры.

6. Организация сбора информации о количестве больных, распределении их на эвакуационные группы (с учетом полового признака, количества детей, нозологии, степени тяжести, необходимости оказания специализированной медицинской помощи и, по возможности, их местожительства).

7. Организация доведения информации до больных (по отделениям) о необходимости экстренной эвакуации из ЛПУ.

8. Координация действий персонала ЛПУ по подготовке больных к эвакуации (сбор личных вещей, получение одежды и т.п.).

9. Организация сопровождения эвакуируемых больных до ожидаемого их транспорта или до вывода из ЛПУ.

10. Организация выноса (вывода) тяжелобольных из ЛПУ (отделения) с определением путей эвакуации и мест посадки на автотранспорт.

11. Организация создания и размещения силами ЛПУ справочной службы для информирования родственников больных об их состоянии, месте пребывания, а также для вызова такси по просьбе больных.

12. Организация сбора и направления необходимой медицинской документации на больных, эвакуируемых в другие ЛПУ.

13. Перечень медицинского имущества, оборудования, документации, подлежащих экстренной эвакуации из ЛПУ, его примерная весовая оценка, порядок и организация выноса.

14. Организация распределения и направления медицинского персонала в другие ЛПУ с эвакуированными больными в соответствии с планом эвакуации и по согласованию с принимаемыми ЛПУ.

15. Организация медицинского обеспечения (выделение ВСБ с укладками медицинского имущества), питания, водообеспечения, временно эвакуируемых больных в учреждения немедицинского профиля.

16. Схема движения специального транспорта по территории ЛПУ с указанием путей въезда, передвижения по территории и выезда с нее, с указанием мест перекрытия въезда на территорию ЛПУ транспортных средств, не задействованных в ликвидации ЧС.

17. Схема, порядок и последовательность обследования кинологами группами (после их прибытия) корпусов и структурных отделений ЛПУ.

18. Организация доступа дежурного персонала, личного состава оперативных групп в помещения ЛПУ, которые не функционируют в нерабочее время.

19. Организация обесточивания и закрытия структурных отделений ЛПУ после их полной эвакуации, обследования кинологами в целях профилактики пожара и мародерства.

20. Организация реэвакуации больных в стационары (при необходимости с привлечением взаимодействующих сил и средств других организаций, учреждений) после завершения полного комплекса мероприятий по

обследованию ЛПУ силами оперативных служб и получения разрешения от них на последующую эксплуатацию ЛПУ по назначению.

При проведении эвакуации больных, персонала и имущества ЛПУ следует руководствоваться следующими положениями:

1. Решение на эвакуацию принимает руководитель ЛПУ или лицо его временно замещающее, а в исключительных случаях, требующих мгновенных действий, – ответственный дежурный. В последнем случае ответственный дежурный, получив информацию о ЧС от любого источника (извне или внутри ЛПУ) убеждается в его достоверности, вырабатывает предварительное решение на ликвидацию возможных последствий, организует его выполнение и оповещение служб общественной безопасности. О возникшей ЧС немедленно докладывает по телефону руководителю ЛПУ, который либо выработанное ответственным дежурным решение одобряет, либо дополняет, либо предлагает свое и требует исполнения и доведения до персонала. Затем руководитель задействует схему оповещения личного состава штаба ГОЧС и выезжает в ЛПУ.

Ответственный дежурный ЛПУ о факте ЧС и принятых мерах производит запись в журнале приема-сдачи дежурств и приступает к руководству и реализации полученных указаний. По прибытию в ЛПУ руководитель берет руководство эвакуационными мероприятиями на себя, опираясь при решении проблемных вопросов на членов штаба ГОЧС ЛПУ.

При прибытии на объект или в зону ЧС руководящего состава служб общественной безопасности и представителей исполнительной власти территории, руководитель ЛПУ докладывает им сложившуюся обстановку, доводит принятые решения, ход их выполнения, указывает проблемные вопросы, возможные пути их решения.

Прибывшим в ЛПУ представителям органов власти и руководителям оперативных служб (если позволяет обстановка, имеется запас времени и отсутствуют драматические последствия) целесообразно:

- предложить размещение в отдельном кабинете (желательно поблизости с кабинетом руководителя ЛПУ);

- обеспечить их телефоном и консультантами из числа членов штаба ГОЧС ЛПУ;

- ознакомить с Планом действий ЛПУ в ЧС, схемой размещения корпусов на территории, а по их запросу – другими документами и материалами. При выработке этими лицами рациональных решений по действию в сложившейся ЧС, они предлагают их руководителю ЛПУ для уяснения, оценки и принятия решения.

При угрозе воздействия поражающих факторов ЧС на прибывших в ЛПУ лиц, уполномоченных решать задачи по ликвидации ее последствий, следует предложить им размещение за пределами зоны возможного поражения (разрушения) с обеспечением условий, указанных выше. Вариантом в этих случаях может быть радиофицированный штабной автомобиль.

2. В ходе проведения эвакуационных мероприятий возможны сложности при организации движения потоков больных, концентрации на отдельных участках тех, кто не передвигается самостоятельно (места выхода из ЛПУ, получения одежды, сбора перед погрузкой на транспорт). В этих случаях среди эвакуируемых возможны паника, давка и, как следствие, обострение заболеваний или получение травм. Для исключения таких явлений необходимы координация движения потоков эвакуируемых и выделение персонала для оказания неотложной медицинской помощи, обеспечения порядка и бесперебойной организации проведения эвакуации.

В случае размещения больных в коридорах ЛПУ, в целях освобождения путей эвакуации и исключения нежелательных эмоциональных и медицинских последствий, эвакуация этой категории пациентов должна осуществляться в первую очередь.

3. При отсутствии лифтов и пандусных спусков освобождать ЛПУ от носилочных больных следует методом ручного выноса. Это обстоятельство требует постоянного обучения персонала ЛПУ, привлечения

выздоровливающих больных к выносу носилочных лестничными маршами. Отработка такого мероприятия позволит предотвратить растерянность, снизить панические реакции и успешнее решать выполняемые задачи. В то же время, следует помнить, что пользование лифтами при ряде ЧС (пожары, угроза взрыва, угроза обрушения здания и его конструкций) противопоказано, а при отключении электроэнергии – невозможно.

4. Для сокращения сроков эвакуации больных следует оснащать отделения ЛПУ каталками и носилками (10 единиц на 100 коек), обучать и привлекать ходячих больных к переключиванию носилочных с постели на каталку (носилки) и выкатыванию (выносу) их к выходам из ЛПУ. С этой целью должно быть открыто максимальное количество выходов, которые, в свою очередь, не должны оставаться без контроля и охраны персоналом.

5. Для эвакуации больных из ЛПУ необходимо иметь расчет привлекаемого транспорта. Он производится с учетом наличия носилочных и ходячих больных. С этой целью, следует ежедневно вести количественный учет больных в отделениях ЛПУ с указанием оценки тяжести их состояния. Носилочные, как правило, эвакуируются специализированным транспортом или другим транспортом, пригодном для размещения носилок. Ходячие больные эвакуируются транспортом общего назначения. Заказ транспортных средств производится исходя из количества эвакуируемых больных по заранее согласованному договору.

При несвоевременной поставке транспортных средств для эвакуации больных или при перебоях с их своевременным прибытием, необходимо оборудовать на первых этажах ЛПУ временные «накопители», что особенно актуально в зимнее время года.

6. При проведении экстренной эвакуации в связи с получением информации об угрозе взрыва ЛПУ и при своевременном прибытии кинологических групп, последних, в первую очередь, необходимо направлять на обследование операционных (при выполнении в них оперативных вмешательств), реанимационных, травматологических, родильных,

инфекционных отделений, а также в отделения, расположенные по стояку ниже и выше названных, включая подвалы и чердаки. При отрицательном визуальном и кинологическом результате обследования, с эвакуацией находящихся в них больных и обслуживающего персонала целесообразно повременить.

7. Больные, эвакуируемые для временного размещения в учреждения немедицинского профиля, не должны лишаться медицинского обеспечения. С этой целью предназначается медицинский персонал с укладками для оказания неотложной врачебной помощи из расчета одна ВСБ на 40-50 эвакуированных. Эвакуированным должны быть предоставлены места для сидения, возможность получать питьевую воду, посещать туалеты, а врачи, их обеспечивающие, - иметь доступ к аппаратам связи.

8. ЛПУ, принимающие эвакуированных больных, обязаны также перестроить свою работу, перейти на режим ЧС и осуществить им надлежащий прием, размещение, питание, организацию оказания медицинской помощи, не нанося при этом ущерба больным, продолжающим лечиться в этих учреждениях.

Необходимость привлечения медицинского персонала эвакуированного ЛПУ для медицинского обеспечения эвакуированных больных в принимающих ЛПУ согласовывается на уровне руководителей обеих сторон. При их привлечении должны быть созданы надлежащие условия для работы в ЛПУ, принявших эвакуированных.

При масштабной эвакуации принимающие ЛПУ после оценки ситуации могут производить внутригоспитальное перемещение «своих» больных или, если позволяет состояние, частичную их досрочную выписку.

9. При эвакуации больных из ряда специализированных ЛПУ необходимо учитывать характерные для них особенности. В частности:

9.1. При осуществлении эвакуационных мероприятий **из педиатрических стационаров** (в т.ч. и детских отделений многопрофильных больниц) следует учитывать не только медицинский, но и социальный аспект.

Это объясняется тем, что даже здоровый ребенок не может быть выписан из стационара без присутствия его родителей или родственников. Следовательно, такая категория больных должна эвакуироваться либо в соответствующие профилированные стационары (отделения), либо в другие учреждения как медицинского, так и немедицинского профиля под обязательное наблюдение и контроль персонала ВСБ эвакуированного ЛПУ.

9.2. Эвакуация больных **из инфекционных ЛПУ (отделений)** должна осуществляться с учетом оценки их тяжести и вида инфекции. Необходимо предусмотреть меры, исключающие контакт больных с разными инфекциями, как в процессе эвакуации, так в местах временного размещения.

Размещение эвакуированных необходимо заранее спланировать в аналогичных отделениях других ЛПУ, либо в учреждениях фтизиатрического или кожно-венерологического профиля. При временном размещении в учреждениях немедицинского профиля, по возможности, обеспечить соблюдение надлежащего режима содержания больных и их лечения.

После проведения реэвакуационных мероприятий в отношении инфекционных больных следует организовать и осуществить силами персонала эвакуированных ЛПУ с привлечением персонала санитарно-эпидемиологической службы весь комплекс специфических дезинфекционных мероприятий в учреждениях, где пребывали больные, временно эвакуированные из инфекционных ЛПУ. Финансовые затраты на приобретение дезинфекционных средств, относятся к ЛПУ, из которого эвакуировались больные по причине возникновения ЧС.

9.3. При эвакуации больных **из ЛПУ психиатрического профиля**, учитывая их характерологические особенности, поведенческие реакции, фазу заболевания и т.п., следует заранее распределить ВСП эвакуируемого ЛПУ на группы, обеспечивающие эвакуацию, определить им обязанности по действию в ЧС, не оставлять больных без контроля и медицинского обеспечения, как в ходе эвакуации, так и в местах временного размещения.

Эвакуация больных из особо режимных отделений подобных ЛПУ должна осуществляться с привлечением личного состава и техники специальных подразделений управления федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) по утвержденным УФСИН правилам, но с обязательным учетом тяжести заболевания и соблюдением рекомендаций, выданных врачами и зарегистрированных в журнале приема-передачи дежурств. Эвакуация таких больных осуществляется в места, определяемые УФСИН, а организация психиатрического обеспечения согласовывается руководителями ЛПУ и УФСИН.

9.4. Эвакуация персонала и имущества **станций (подстанций, отделений) скорой медицинской помощи (ССМП)** организуется с учетом:

- сохранения бесперебойной работы оперативно-диспетчерской службы ССМП по приему и выполнению экстренных вызовов от населения;
- сохранения в готовности к использованию медицинского имущества, находящегося в укладках;
- обеспечения защиты медицинского транспорта;
- экстренного информирования бригад, находящихся на вызовах с указанием места и адреса их новой временной дислокации. Этот пункт должен быть включен в должностные обязанности старшего врача дежурной смены ССМП.

В целях выполнения указанных условий следует предусмотреть:

- оборудование резервных линий «03» (во взаимодействии с органами управления здравоохранения и организациями по телефонизации). В зависимости от местных условий и структуры скорой медицинской помощи, они могут быть оборудованы либо на подстанциях, либо в других учреждениях как медицинского, так и немедицинского профиля;
- эвакуацию дежурного персонала ССМП вместе с их повседневными укладками медицинского имущества и укладками, скомплектованными для реагирования на ЧС;

- организацию выезда медицинского транспорта ССМП с мест постоянных стоянок и оборудование площадки для концентрированного его размещения вне угрожаемого объекта.

9.5. При проведении эвакуации **учреждений здравоохранения судебно-медицинского профиля, патологоанатомических отделений ЛПУ**, помимо эвакуации персонала и имущества, следует предусмотреть эвакуацию тел умерших (погибших), находящихся в морге. Для этого необходимо обеспечить взаимодействие с автотранспортными организациями, имеющими рефрижераторы-холодильники с целью привлечения их на себя и последующего размещения в них тел умерших. При этом, каждое тело умершего предварительно должно помещаться (с указанием пола, фамилии, имени, отчества, по возможности – года рождения и т.п.) в специальные обозначенные застегивающиеся мешки и транспортироваться в безопасное место. При невозможности возвращения тел умерших в морг изыскиваются места их размещения в других учреждениях (отделениях) подобного типа. В этом случае руководитель учреждения организует принятие мер по извещению родственников об изменении места нахождения тела умершего, его причины и указания нового адреса.

10. При возникновении ЧС в ЛПУ, обусловленных крупными авариями на тепловых, водопроводных и энергетических сетях, ликвидация которых, предположительно, затягивается на длительное время (дни, недели), также должно быть предусмотрено проведение мероприятий по освобождению ЛПУ от людей. В этом случае у руководителя имеется определенный запас времени, и подобное мероприятие осуществляется в планово-экстренном режиме с дозированной досрочной выпиской больных на дом или их эвакуацией в другие родственные ЛПУ с обеспечением условий получения адекватного лечения.

В этих случаях, для эвакуации перемещаемых может привлекаться собственный транспорт ЛПУ, транспорт ССМП, автохозяйства медицинского и санитарного транспорта, взаимодействующих ЛПУ и личный транспорт

членов семей, родственников больных, находящихся на лечении, а также транспорт городских автотранспортных предприятий.

11. При некоторых коммунально-энергетических авариях, возникающих вследствие разрыва подземных водоводов, обрыва линий электропередач по причине их обмерзания, обильных снегопадов, поваленных столбов, деревьев от штормовых и ураганных ветров возможно прекращение водоснабжения или электрообеспечения ЛПУ, обуславливающих возникновение ЧС и определяющих функционирование их в режиме ЧС. Эвакуацию больных и персонала в этом случае можно не производить, а воспользоваться заранее отработанными алгоритмами действий. В частности:

- при внезапном прекращении водоснабжения ЛПУ с перспективой длительного (часы, сутки и более) его отсутствия руководитель ЛПУ (в рабочее время) или ответственный дежурный (в нерабочее время) в целях обеспечения устойчивой работы ЛПУ должны принять меры по подвозу воды в необходимом количестве через структуру «Водоканала» или пожарных частей. Персонал ЛПУ обязан организовать ее прием и размещение по отделениям в количестве, достаточном для обеспечения функционирования ЛПУ в ЧС и выполнения возложенных задач;

- при ЧС, обусловленных длительным (сутки и более) отсутствием электрообеспечения ЛПУ, следует в начальном периоде использовать подручные средства электроосвещения (фонари ручные, керосиновые лампы, стеариновые свечи), а затем обращаться в территориальные службы жизнеобеспечения для привлечения автомобильных установок (автогенераторов электроэнергии) для подачи освещения в ЛПУ. Такое взаимодействие позволяет ЛПУ в течение 2-3 суток эффективно функционировать. В целях обеспечения бесперебойной работы ЛПУ (особенно операционных и реанимационных отделений), целесообразны плановое приобретение и установка автономных источников электрической энергии (дизель-электростанций).

Наряду с принятием мер по обеспечению ЛПУ минимальным освещением, необходимо предусмотреть сохранение качественного и полноценного питания больных. Для этого в ЛПУ, использующих в повседневных условиях для приготовления пищи электроплиты, следует иметь в резерве готовые к подключению газовые плиты, а, в крайнем случае, на срок 1-2 суток, организовать питание больных в виде выдачи высококалорийных сухих пайков, соков и бутилированной воды.

В заключение следует отметить, что для качественной отработки вопросов эвакуации больных, персонала и имущества на всех этапах ее проведения, а также вопросов эффективного функционирования ЛПУ в ЧС необходимо:

- включить в «План действий ЛПУ в ЧС» частный раздел «Организация экстренной эвакуации больных, персонала и имущества», в котором предусмотреть порядок ее проведения и действия должностных лиц отделений, подразделений ЛПУ при ее осуществлении;

- внедрить в систематическую подготовку персонала ЛПУ комплекс цикловых занятий и тренировок с привлечением сил и средств взаимодействующих учреждений, на которых регулярно отрабатывать порядок совместных действий при возникновении ЧС, требующих экстренной или планово-экстренной эвакуации больных, либо организацию продолжения функционирования ЛПУ в условиях ЧС. Подобные мероприятия позволят не только обучить персонал к действиям в этих условиях, но и более грамотно, оперативно подготовиться к выполнению задач в случае возникновения реальных ЧС, а также смягчить нежелательные негативные последствия;

- руководящему составу ЛПУ при подготовке к работе в условиях ЧС и в ходе ликвидации их последствий координировать свои действия с руководителями территориальных органов управления здравоохранением, а также с руководителями центров медицины катастроф и их филиалов, управлений МЧС, служб спасения и обеспечения жизнедеятельности.

Таким образом, выполнение рассмотренных требований персоналом УЗ в режиме повседневной деятельности, отработка их положений на тренировках и учениях позволят организованно, в кратчайшие сроки провести необходимые эвакуационные мероприятия при возникновении ЧС, сохранить жизнь и здоровье или смягчить негативные последствия для больных и персонала.

4. ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПОСТРАДАВШЕГО В ОЧАГАХ МАССОВЫХ ПОТЕРЬ

Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО) – это система, взаимосвязанных мероприятий по оказанию медицинской помощи пострадавшим в очаге ЧС, их последующей эвакуации и лечению за его пределами. На организацию ЛЭО оказывают влияние следующие условия:

- вид и размеры очага массовых потерь;
- количество пострадавшего населения;
- характер патологии у пострадавших;
- степень выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне катастрофы;
- уровень развития медицинской науки и состояние материально-технического оснащения здравоохранения, в целом, и СМК, в частности;
- наличие или отсутствие в очаге опасных для человека поражающих факторов (АОХВ, РВ, БС, высокой или низкой температур, измененного атмосферного давления, парциального давления кислорода и т.п.).

Многообразие видов очагов массовых потерь среди населения, возникающих при этом травм, заболеваний у пострадавших и условий в зоне ЧС не предполагают наличие какой-либо одной системы организации ЛЭО населения в них. В то же время, закономерным для всех очагов является, как отсутствие возможности для оказания одномоментной исчерпывающей медицинской помощи пострадавшим и больным на месте ЧС, так и необходимость осуществления их эвакуации в ЛПУ, расположенных за пределами зоны катастрофы.

Следовательно, оказание медицинской помощи пострадавшим в очаге ЧС и их лечение за его пределами предусматривает создание этапов медицинской эвакуации. Принятая в настоящее время система этапного оказания медицинской помощи обеспечивает расчленение всего лечебного процесса с соблюдением последовательности и преемственности в лечении пораженных и больных с их последующей эвакуацией по предназначению.

Этап медицинской эвакуации – это силы и средства здравоохранения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема, медицинской сортировки пострадавших, проведения им, при необходимости, специальной обработки или временной изоляции, оказания пострадавшим медицинской помощи, осуществления лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации. Каждый этап при развертывании должен иметь:

- отделение приема, сортировки и эвакуации пострадавших;
- отделение специальной обработки;
- отделение госпитализации (в т.ч. и структуры временной изоляции);
- подразделения обслуживания.

На этапах медицинской эвакуации оказываются определенный вид и объем помощи. **Вид медицинской помощи** – это комплекс лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых медицинским персоналом определенной квалификации при соответствующем оснащении. **Объем медицинской помощи** – совокупность лечебно-профилактических мероприятий, которые выполняются пострадавшим на данном этапе по определенным медицинским показаниям. Объем может быть полным и сокращенным (вплоть до оказания помощи по жизненным показаниям).

Сокращение объема медицинской помощи возможно вследствие:

- несоответствия количества медицинского персонала числу поступающих пострадавших;
- несоответствия имеющегося медицинского имущества количеству пострадавших;
- развертывания этапа медицинской эвакуации в стесненных условиях;
- тяжелой общей обстановки, развивающейся в ЧС.

В системе СМК регламентированы следующие виды медицинской помощи пострадавшим: первая медицинская, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная медицинская, специализированная медицинская помощь и реабилитационные (восстановительные) мероприятия.

Первая медицинская помощь (ПМП) оказывается пострадавшим на месте получения повреждения или вблизи него в порядке само-, взаимопомощи персоналом аварийно-спасательных формирований или другими участниками спасательных работ с использованием табельных или подручных средств. В этом виде помощи нуждаются 100% пострадавших. Основная цель – спасение жизни пораженного, устранение продолжающегося воздействия поражающего фактора ЧС на организм и быстрейшая эвакуация пострадавшего за пределы зоны ЧС. Оптимальный срок оказания ПМП – 30 минут с момента получения травмы (поражения), а при остановке дыхания и поражении быстродействующими АОХВ оно сокращается до 5-10 минут. Фактор времени крайне важен, так как у пострадавших, получивших ПМП в течение 30 минут, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым она была оказана позже. Отсутствие помощи в течение первого часа после травмы увеличивает число летальных исходов среди тяжелораненых, изначально потенциально жизнеспособных на 30%, до 3 часов – на 60% и до 6 часов – на 90%.

ПМП включает в себя:

1. Извлечение пострадавших из-под завалов.
2. Тушение горящей одежды.
3. Введение обезболивающих средств из шприца-тюбика.
4. Устранение асфиксии путем:
 - освобождения верхних дыхательных путей от слизи, крови, грунта, инородных тел и т.п.;
 - проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ).
5. Временную остановку наружного кровотечения путем:
 - наложения жгута;
 - наложения давящей повязки;
 - пальцевого прижатия магистральных сосудов.
6. Наложение асептической повязки на раневую (ожоговую) поверхность.

7. Наложение окклюзионной повязки при открытом ранении груди с использованием прорезиненной оболочки пакета перевязочного индивидуального (ППИ).

8. Иммобилизацию поврежденной конечности шинами или подручными средствами.

9. Надевание противогаза при нахождении на зараженной территории.

10. Введение антидотов, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, противорвотных средств из аптечки индивидуальной (АИ-2).

11. Проведение частичной санитарной обработки с помощью индивидуального противохимического пакета (ИПП-10, ИПП-11) или подручных средств.

Доврачебная помощь (ДП) оказывается фельдшерскими линейными БСкМП, БДП и медицинскими сестрами ВСБ. Ее основная цель – профилактика осложнений, которые могут возникнуть у пострадавших в результате полученной травмы, ранения, заболевания. Доврачебная помощь предусматривает:

1. Устранение асфиксии:

- туалет полости рта и носоглотки;
- ИВЛ ручным дыхательным аппаратом;
- ингаляция кислорода.

2. Контроль правильности и целесообразности наложения жгута при продолжающемся кровотечении.

3. Наложение и исправление неправильно наложенных повязок.

4. Введение обезболивающих средств.

5. Улучшение транспортной иммобилизации с применением табельных средств.

6. Повторное введение антидотов по показаниям.

7. Дополнительная частичная санитарная обработка.

8. При низкой температуре воздуха – согревание пострадавших.

9. По показаниям введение симптоматических сердечно-сосудистых средств и препаратов, стимулирующих дыхание.

Оптимальный срок оказания доврачебной помощи 2-3 часа; при этом одна БДП за 12 часов работы способна оказать помощь 45-50 пострадавшим.

Первая врачебная помощь (ПВП) оказывается, как правило, на догоспитальном этапе врачами линейных БСкМП, ВСБ, врачами медицинских отрядов, а также врачами сохранившихся в очаге или за его пределами ЛПУ. Цель – поддержание функций жизненно-важных центров, предупреждение развития инфекционных осложнений у пострадавших и подготовка их к эвакуации в госпитальное звено. ПВП подразделяется на неотложные мероприятия и мероприятия, которые могут быть отложены для выполнения на следующем этапе.

В ПВП по неотложным показаниям, как показывает опыт прошедших катастроф, нуждается до 30% от всех санитарных потерь в обычном очаге, до 50% - в радиационном и до 70% - в химическом очаге. В полном объеме она должна быть оказана всем 100% пострадавшим. Оптимальный срок ее оказания 3-6 часов. Одна ВСБ за 12 часов работы способна оказать помощь до 50 пострадавшим. Объем ПВП по неотложным показаниям включает:

1. Окончательную остановку наружного кровотечения.
2. Борьбу с шоком:
 - введение обезболивающих и сердечно-сосудистых средств;
 - проведение новокаиновых блокад;
 - осуществление транспортной иммобилизации;
 - переливание противошоковых и кровезамещающих жидкостей.
3. Восстановление проходимости дыхательных путей:
 - трахеотомия;
 - интубация трахеи;
 - фиксация языка и т.п.
4. Наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе.
5. Искусственное дыхание (ручными и аппаратными способами).

6. Проведение закрытого массажа сердца.
7. Купирование реактивного состояния, изоляцию пораженных с резким психомоторным возбуждением и инфекционных больных.
8. Введение антибиотиков, столбнячного анатоксина, противостолбнячной, противогангренозной сывороток и других средств, задерживающих развитие инфекции в ране.
9. Проведение катетеризации мочевого пузыря при задержке мочи.
10. Неотложную терапевтическую помощь (купирование первичной реакции на облучение; введение антидотов).
11. Частичную санитарную обработку, дегазацию (деактивацию) одежды, обуви или их замену (при необходимости).

Квалифицированная медицинская помощь – комплекс хирургических или терапевтических мероприятий, осуществляемых врачами соответствующего профиля в стационарных ЛПУ, направленный на устранение последствий травмы (поражения) у пострадавших и обеспечение им комплексного лечения до окончательного исхода с созданием условий для восстановления нарушенных функций организма. В первую очередь, осуществляются мероприятия, угрожающие жизни, направленные на предупреждение возможных осложнений и борьбу с уже развившимися осложнениями. Срок оказания квалифицированной медицинской помощи – до 2-х суток.

Специализированная медицинская помощь – комплекс лечебных мероприятий, проводимых врачами-специалистами в специализированных ЛПУ с использованием специальной аппаратуры и оборудования в целях максимального восстановления утраченных функций организма и последующего лечения пострадавших до окончательного исхода, включая проведение реабилитационных мероприятий. Оптимальный срок её оказания – 3 суток.

В практике деятельности госпитального звена два последних вида медицинской помощи часто выполняются одновременно, а в ряде случаев,

между ними трудно провести четкую грань. В медицинской помощи и лечении на госпитальном этапе медицинской эвакуации будут нуждаться пострадавшие (пораженные) с:

- повреждениями головы, шеи, позвоночника и периферических нервных стволов;
- механическими повреждениями опорно-двигательного аппарата;
- повреждениями органов грудной, брюшной полостей и таза;
- термическими поражениями;
- поражениями АОХВ, БС и РВ;
- инфекционными заболеваниями (поражениями);
- расстройством нервно-психической деятельности.

Расчленение полного объема медицинской помощи пострадавшим в зонах ЧС, в зависимости от условий обстановки представляется в виде разных вариантов. В одних случаях на месте поражения оказывается ПМП, после чего осуществляется эвакуация пострадавших в ближайшие ЛПУ, где им оказывается полный объем медицинской помощи. В других условиях обстановки, когда зона ЧС находится на значительном удалении от ЛПУ, необходимо усиливать догоспитальный этап медицинской эвакуации с возможностями выполнения пострадавшим мероприятий неотложной ПВП (иногда с элементами неотложной квалифицированной медицинской помощи) и подготовки их к эвакуации на госпитальный этап.

В условиях масштабных катастроф в целях своевременности и качества оказания медицинской помощи, большое значение придается медицинской сортировке и медицинской эвакуации, являющимися важнейшими составляющими лечебно-эвакуационного процесса пострадавших.

Медицинская сортировка – распределение пострадавших на группы по принципу нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в зависимости от медицинских показаний и конкретных условий обстановки. Сортировка является непрерывным,

повторяющимся и преемственным процессом и осуществляется при оказании пострадавшим (пораженным) всех видов медицинской помощи. Различают два вида медицинской сортировки:

1. **Эвакуационно-транспортная** – проводится с целью распределения пострадавших на однородные группы по:

- очередности эвакуации (первая, вторая очередь);
- виду эвакуируемого транспорта;
- определению расположения пострадавших на средствах эвакуации (лежа, сидя, на первом, втором или третьем ярусах);
- определению пункта эвакуации.

2. **Внутрипунктовая** – ее проводит сортировочная бригада приемно-сортировочного отделения ЛПУ на сортировочной площадке с целью распределения пострадавших по группам в зависимости от:

- степени опасности для окружающих;
- характера и тяжести поражения;
- определения функционального подразделения этапа медицинской эвакуации, где пострадавший может продолжить стационарное лечение.

Медицинская сортировка должна быть документирована. Ее документами являются сортировочные марки, различаемые по форме и цвету, и первичные медицинские карточки, в которые вносятся элементы сортировки. Медицинская сортировка осуществляется на основе диагноза, прогноза, состояния и предполагаемого исхода.

Медицинская эвакуация – система мероприятий по вывозу (выводу, выносу) из зоны ЧС пострадавших, нуждающихся в медицинской помощи и лечении за ее пределами. Она является одним из слагаемых лечебного процесса и должна иметь организованный и управляемый характер. Выделяют два основных вида медицинской эвакуации:

- **“на себя”** – транспортом скорой медицинской помощи или ЛПУ;
- **“от себя”** – транспортом пострадавшего объекта, спасательными отрядами и т.п. в ЛПУ.

Таким образом, основными принципиальными положениями в системе ЛЭО пострадавшего населения при ЧС являются:

1. Соблюдение сроков оказания медицинской помощи.
2. Максимальное приближение ПВП по неотложным показаниям.
3. Дифференцированный подход к определению объема медицинской помощи, исходя из сложившейся обстановки и возможностей;
4. Качественная медицинская сортировка пострадавших.
5. Организованная эвакуация пострадавших за пределы очага с созданием на ее путях группировок медицинских сил.

5. ЛИКВИДАЦИЯ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ В ОЧАГАХ МАССОВЫХ ПОТЕРЬ НАСЕЛЕНИЯ

5.1. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий радиационных аварий и катастроф

Открытия В. Рентгеном ионизирующего излучения (1895) и А. Беккерелем природной радиоактивности урана (1896) указали, что любая форма жизни на Земле связана с непрерывным внешним, внутренним и контактным ионизирующим облучением.

Интенсивное развитие ядерной энергетики, ее использование в различных сферах народного хозяйства, в том числе и в медицинской практике, периодически возникающие аварии и катастрофы на радиационных объектах, наличие во многих странах ядерного оружия и не исключающая возможность его применения, определяют необходимость изучения и решения медицинских и экологических проблем ионизирующего излучения. Эти обстоятельства во многом определили развитие радиационной медицины и биологии.

Объекты, использующие в своей работе ионизирующие излучения, следует относить к радиационно-опасным объектам (РОО) – рис. 7. В настоящее время на территории Российской Федерации находится около 300 РОО, десятая часть которых приходится на атомные электростанции (АЭС*). При возникновении на этих объектах нештатных и чрезвычайных ситуаций возможно развитие радиационной аварии, приводящей к выбросу радиоактивных веществ (РВ) в количествах, превышающих установленные пределы безопасности (нормы радиационной безопасности – НРБ-99). При этом персонал РОО и население может подвергаться внешнему, внутреннему и контактному радиоактивному облучению.

**Первая в мире АЭС была введена в строй в 1954 г. в Обнинске (Россия). Сейчас в мире действует 442 энергоблока в составе более 200 АЭС и АСТ. На долю ядерных энергоблоков во Франции приходится около 76%, в США – около 22%, а в России – около 13% всей вырабатываемой в этих странах электроэнергии.*



Рис. 7. Перечень основных радиационно-опасных объектов

Внешнее радиационное облучение обусловлено естественным радиационным фоном от природных источников космического и земного происхождения. Космические лучи – это поток ядерных частиц, состоящих из протонов (90%), альфа-частиц (7%), а также ядер лития, бериллия, углерода, кислорода и азота. Явление радиоактивности на $\frac{2}{3}$ обусловлено содержанием в почве и скальных породах тория и урана, а на $\frac{1}{3}$ – калия. Ядра этих элементов перенасыщены нейтронами, что делает их нестабильными и ведет к радиоактивному распаду с выделением энергии в виде альфа-, бета- и гамма-излучений, способных проникать в другие вещества и вызывать ионизацию атомов и молекул. Внешнее облучение от природного фона составляет от $\frac{1}{3}$ до половины лучевой нагрузки на человека. При авариях и катастрофах на РОО и

вследствие применения ядерного оружия внешнее облучение реализуется также за счет образующегося газоаэрозольного облака и от местности, на которую выпали РВ (след радиоактивного загрязнения).

Годовая эффективная доза от различных природных источников облучения представлена в табл. 9.

Таблица 9

Годовая эффективная доза от природных источников

Источники облучения	Годовая эффективная доза, мЗв/год
Космическое излучение	0,39
Естественный гамма-фон от поверхности земли	0,46
Инкорпорированные радионуклиды в теле человека (кроме радона)	0,23
Радон и продукты его распада	1,3
Суммарная доза	2,38

Медицинские обследования населения дополнительно вносят 1-1,5 мЗв/год. Сжигание органического топлива, и прежде всего угля, загрязняет окружающую среду радионуклидами (калий, уран, торий) до 1-3 мкЗв/год. Для сравнения: ядерная энергетика – до 0,2 мкЗв/год.

Другая часть радиационного воздействия на человека приходится на **внутреннее облучение** от радионуклидов, поступающих в организм через органы дыхания, с пищей и водой. Радионуклиды в организме распределяются следующим образом: в костной ткани – стронций-90, радий-226, уран-238, торий-228, плутоний-239, свинец-210; в кровеносных органах – полоний-210; в щитовидной железе – йод-131; в мышечной ткани – цезий-137, калий-40; равномерно во всех тканях – углерод 14 и тритий.

Значительную роль в формировании дозы внутреннего облучения составляет продукт распада радия – радон-222, который выделяется из почвы и

горных пород, накапливается в жилых и производственных помещениях, растворяется в воде или смешивается с воздухом.

Контактное облучение обусловлено радиоактивным загрязнением кожных покровов человека и его одежды при пребывании в зоне воздействия радиоактивных веществ.

Тяжесть медицинских последствий воздействия ионизирующих излучений на организм человека определяется видом радиационных аварий, которые подразделяют на малые, средние, большие, крупные и катастрофические.

Малые радиационные аварии – это инциденты, не связанные с серьезными медицинскими последствиями и характеризующиеся только экономическими потерями; при этом облучение персонала РОО не превышает установленных НРБ-99 лучевых нагрузок. При средних и больших радиационных авариях лучевые поражения получает только персонал РОО, а при крупных и катастрофических – помимо персонала и население. Для радиационных аварий 2-5 групп медицинские последствия у облученных выражаются в виде детерминированных (соматических) и стохастических (вероятностных) эффектов.

Детерминированные эффекты ионизирующего излучения проявляются острой и хронической лучевой болезнью, лучевыми ожогами кожи и зависят от дозы излучения.

Стохастические эффекты ионизирующего излучения относятся к вредным радиобиологическим эффектам, появление которых у населения оценивается по параметру риска: индивидуальной вероятности развития злокачественных новообразований, болезней крови, сокращения продолжительности жизни людей при облучении в дозе 1 Зв и более. Отмечено воздействие ионизирующего излучения на зародышевые клетки организма,

вследствие чего появляются генетические эффекты, развивающиеся у потомства лиц, облученных РВ.

При прогнозе медико-санитарных последствий и планировании мер по защите населения выделяют 3 фазы протекания радиационных аварий:

1. Ранняя фаза – период от начала аварии до момента прекращения выброса РВ в атмосферу и окончания формирования радиоактивного следа на местности. Ее продолжительность до 10 суток. Внешнее облучение формируется за счет излучения радионуклидов, содержащихся в радиоактивном облаке, а внутреннее – за счет ингаляционного поступления радионуклидов в организм человека и их поступления с продуктами питания и питьевой водой.

2. Промежуточная фаза – период от момента завершения формирования радиоактивного следа до принятия всех мер защиты населения. Продолжается до месяца. В этой фазе внешнее облучение проявляется от РВ, осевших на поверхность объектов внешней среды, а внутреннее – за счет употребления загрязненных продуктов питания и воды.

3. Поздняя фаза – длится до прекращения необходимости в выполнении защитных мероприятий (годы, десятилетия, столетия) и завершается отменой ограничений на жизнедеятельность населения на радиоактивно-загрязненной территории и переходом к радиационному контролю в обычном режиме. Источники внешнего и внутреннего облучения те же, что и в предыдущей фазе.

К мероприятиям, выполняемым в ранней фазе аварии, относят:

- немедленную эвакуацию людей из опасной зоны;
- проведение мер по снижению лучевой нагрузки (укрытие, техническая защита, йодная профилактика – приложение 3, ограничение пользования загрязненными продуктами питания и водой);
- медицинскую сортировку пораженных РВ и оказание им ЭМП. Они осуществляются силами ЛПУ, приближенных к местам расположения РОО, и формируемыми этими ЛПУ бригадами быстрого реагирования в составе врачей:

радиолога, гематолога, гигиениста и техника-дозиметриста, из расчета 2-3 бригады на 100 человек, оказавшихся в зоне аварии и нуждающихся в оказании первой врачебной помощи. В объем этого вида медицинской помощи включается осуществление следующих мероприятий:

1. Купирование первичной реакции на облучение: внутримышечно 4 мл 0,2% раствора латрана или 2 мл 2,5% раствора аминазина (противорвотные средства), обработка ран и ожогов, загрязненных РВ. При тяжелой степени – внутривенная дезинтоксикационная терапия плазмозамещающими растворами, а при психомоторном возбуждении применяют феназепам или реланиум.

2. При ингаляционном поступлении РВ – ингаляция 5 мл 10% раствора пентацина в течение 30 мин.

3. При поступлении радионуклидов в желудок – промывание его водой (дробно по 1,5-2 литра) с адсорбентами (альгисорб, адсорбар, активированный уголь) и осуществление мероприятий по снижению резорбции и ускорению выведения радионуклидов из организма.

4. При загрязнении кожных покровов – обильное их промывание мыльным раствором или дезактивационным средством «Защита». При загрязнении раневых поверхностей кожных покровов радионуклидами – наложение венозного жгута, обработка раны 2% раствором соды, а в дальнейшем – первичная хирургическая обработка раны с иссечением ее краев. При наличии на кожных покровах эритематозных пятен – ранняя терапия места поражения противоожоговым препаратом лиоксазол в виде спрея.

5. При сердечно-сосудистой недостаточности – внутримышечно 1 мл кордиамина, 1 мл 20% раствора кофеина; при сердечной недостаточности – внутривенно 1 мл коргликона или строфантина; при гипотонии – 1 мл мезатона.

Оказание специализированной медицинской помощи пораженным РВ и последующее их лечение осуществляется в специализированных клиниках врачами-радиологами, имеющими соответствующее оснащение и опыт работы.

Лечение пораженных РВ врачами, не имеющими подготовки по радиологии, может привести к использованию неадекватных диагностических критериев и неправильной оценке медицинских последствий, что обусловит появление конфликтных ситуаций.

Медико-санитарное обеспечение в случае аварии на РОО предполагает проведение большого объема работ в сфере радиационной гигиены. Выполнение этих работ возлагается на ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъекте РФ и его филиалы, осуществляющие проведение радиационной разведки, выявление радионуклидов в продуктах питания, питьевой воде и организме человека, выявление пребывания людей в местах радиационного воздействия с целью последующего принятия органами исполнительной власти территорий решения о применении профилактических и защитных мер среди населения (табл. 10).

Таблица 10

Меры радиационной безопасности при различных фазах аварии

Меры радиационной безопасности	Фазы аварии		
	1	2	3
Контроль за радиационной обстановкой и дозами облучения	+	+	+
Локализация аварии	+		
Оповещение населения	+		
Укрытие населения	+		
Защита органов дыхания	+	+	
Применение препаратов стабильного йода	+	+	
Эвакуация населения	+	+	
Контроль доступа в район радиоактивного загрязнения	+	+	+
Осуществление санитарной обработки населения	+	+	+
Контроль загрязнения продуктов питания и воды	+	+	+
Медицинская помощь и медицинское обследование	+	+	+
Дезактивация территории		+	+

УЗ, попавшие в зону радиационной аварии, в целях обеспечения защиты персонала и больных, находящихся на лечении, в начальной фазе этой аварии решают следующие задачи:

- обеспечение противорадиационной защиты УЗ;
- проведение йодной профилактики больным и персоналу УЗ;
- организацию амбулаторного приема населения, в том числе и путем использования выездной формы к заболевшим;
- организация медицинского обеспечения работ, осуществляемых спасателями;
- медико-санитарное обеспечение населения в случае его эвакуации.

5.2. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий химических аварий и катастроф

В условиях современного производства, хранения, применения, транспортировки и уничтожения воспламеняющихся, горючих, окисляющих, взрывчатых и токсичных химических веществ возможно возникновение аварийных ситуаций на химически-опасных объектах (ХОО): химических предприятиях и складах, хладокомбинатах, очистных сооружениях, железнодорожных и автомобильных магистралях и т.п. Это обуславливает возникновение негативных медико-санитарных последствий химических аварий и необходимость разработки профилактических и совершенствование лечебно-диагностических мероприятий по их предотвращению или снижению.

Химическая авария – это непланируемый и неуправляемый выброс (пролив, россыпь, выход газа) аварийно-опасных химических веществ (АОХВ), возникающий в результате нарушений персоналом химико-технологических процессов на ХОО или вследствие пожара, взрыва, поломки технологического оборудования, транспортной емкости, транспортного трубопровода и вызывающий отрицательное воздействие на окружающую среду и человека.

Выбросы (утечки) газообразных, параэрозольных и проливы жидких легколетучих химических веществ с загрязнением окружающей среды сопровождают 88% аварий на ХОО. Нередко, химические аварии происходят с несколькими токсичными веществами; при этом в ходе их трансформации могут образовываться новые, иногда более токсичные соединения. При химических авариях, в ряде случаев, к основному поражающему фактору – действию химического вещества могут добавиться и другие факторы: механические, термические, биологические, радиационные, что приводит к комбинированным и сочетанным поражениям.

В настоящее время в России функционирует 2,5 тыс. ХОО, в технологических процессах которых используется более 30 тыс. химических веществ 4-х классов опасности:

- чрезвычайно-опасные вещества (1 класс);
- высоко-опасные вещества (2 класс);
- умеренно-опасные вещества (3 класс);
- малоопасные вещества (4 класс).

Первоочередной список АОХВ включает 31 соединение, относящееся, в основном, к 1-2 классам опасности. Ряд химических веществ, относящиеся к 3-4 классам опасности, включены в список с учетом их острой токсичности, взрыво- и пожароопасности, в связи с чем могут быть причиной крупных химических аварий и катастроф. По характеру действия эти вещества обладают:

- **раздражающим действием**, то есть вызывающие при контакте с кожей и слизистыми оболочками немедленный эффект и их повреждение. В тяжелых случаях возможно развитие токсического отека гортани и легких, гибель человека от рефлекторной остановки дыхания и сердечной деятельности;

- **резорбтивным действием**, которое по механизму может быть пульмонотоксическим, нейротоксическим, гепато- и нефротоксическим,

гастроэнтеротоксическим, гемо- и цитотоксическим, что необходимо учитывать при выборе методов оказания медицинской помощи;

- **смешанным действием**, сочетающим признаки и местно-раздражающего и резорбтивного действия.

Указанные АОХВ подразделяются:

а) по скорости развития патологии на вещества:

- **быстрого действия** – с развитием симптомов интоксикации мгновенно или в течение нескольких минут;

- **замедленного действия** – с развитием симптомов интоксикации в течение нескольких часов.

б) по времени сохранения поражающего эффекта после аварии на вещества:

- **стойкие** – сохраняющие поражающий эффект в течение нескольких часов, дней и даже месяцев;

- **нестойкие** – имеющие кратковременный поражающий эффект, как правило, до одного часа.

Критериями отбора АОХВ в первоочередной список послужили:

- анализ наиболее распространенных отечественных и зарубежных перечней химических веществ, опасных при авариях;

- возможность потенциально-опасных химических веществ вызывать при авариях, преимущественно ингаляционные поражения;

- наличие веществ (производимых, используемых, хранящихся или транспортируемых) в количествах, обуславливающих возможность возникновения массовых поражений людей;

- способность химических веществ к быстрому распространению в окружающей среде и созданию высоких, либо опасных для жизни и здоровья людей уровней аварийного заражения;

- статистика аварий с опасными химическими веществами, которые в последние годы становились причинами крупных химических ЧС.

На основе этих критериев и был сформирован национальный перечень АОХВ, утвержденный МЗ РФ 21.04.1998 г. и представленный следующими веществами (табл.11):

Таблица 11

**Первоочередной список АОХВ,
классы их опасности и характер действия на организм**

Химическое вещество	Класс опасности	Характер действия на организм
Азотная кислота	III	Раздражающее
Аммиак	IV	Раздражающее
Ацетонитрил	III	Смешанное
Ацетонциангидрин	I	Резорбтивное
Гидразин и его производные	I	Смешанное
Диметиламин	II	Смешанное
Диоксид серы (сернистый газ)	III	Раздражающее
Дихлорэтан	IV	Резорбтивное
Метилакрилат	III	Смешанное
Метилбромид (бромметан)	I	Резорбтивное
Метиловый спирт (метанол)	III	Резорбтивное
Метилхлорид (хлорметан)	II	Смешанное
Оксид углерода	IV	Резорбтивное
Оксихлорид фосфора	I	Раздражающее
Серная кислота	II	Раздражающее
Сероводород	II	Смешанное
Сероуглерод	II	Смешанное
Синильная кислота	I	Резорбтивное
Соляная кислота	II	Раздражающее
Триметиламин	III	Смешанное
Трихлорид фосфора	II	Раздражающее
Формальдегид	II	Раздражающее
Фосген	II	Смешанное
Фосфорорганические соединения	I-II	Резорбтивное
Фтористоводородная кислота	II	Смешанное
Хлор	II	Раздражающее
Хлорпикрин	I	Раздражающее

Хлорциан	I	Смешанное
Четыреххлористый углерод	IV	Резорбтивное
Этилендиамин	III	Смешанное
Этиленоксид	II	Раздражающее

Из этого перечня АОХВ, по данным статистики, наиболее часты аварии с аммиаком (22%), кислотами (19%) и хлором (12%). Значительное число химических аварий (55%) происходит при транспортировке АОХВ, а остальные (45%) – непосредственно на ХОО.

Высока вероятность использования высокотоксичных химических веществ, обладающих наибольшим ингаляционным и кожно-резорбтивным действием при совершении террористических актов. Такие вещества можно приобрести под видом использования для бытовых нужд или легко изготовить в производственных и лабораторных условиях; их удобно хранить, можно скрытно доставить различными видами транспорта к месту совершения теракта и незаметно перевести в токсическое состояние. Химические вещества террористами могут быть использованы в любых дозируемых количествах и способны обеспечить заданное время воздействия на организм человека (от секунд до суток и более).

Скрытное применение химических веществ для массового поражения населения может привести к значительным человеческим жертвам и иным общественно-опасным последствиям, оказать крайне тяжелое психическое воздействие на людей, сопровождаться паникой, дезорганизацией работы спасательных, в том числе медицинских служб и правоохранительных органов.

Поражающее действие химических веществ определяется их способностью при проникновении в определенных количествах в организм человека через органы дыхания, кожные покровы и слизистые оболочки вызывать болевые эффекты, нарушать его жизненно-важные функции и даже приводить к летальным исходам, в том числе в весьма короткие сроки (5-10 минут). Степень и характер поражений определяются токсическими свойствами

химических веществ, уровнем их токсодозы, временем ее воздействия и обеспеченностью средствами защиты.

Таким образом, функционирование большого числа ХОО на территории России, многообразии ОХВ, используемых в промышленном, сельскохозяйственном производствах, не исключающая возможность их применения при актах терроризма определяют проблему химической безопасности крайне актуальной и важной, в которой медицинская составляющая занимает особое место.

В результате химических аварий с АОХВ образуются очаги химического поражения, под которыми понимается территория, подвергшаяся воздействию АОХВ и на которой могут возникнуть или возникли массовые поражения людей, изменения в окружающей среде и ухудшения санитарных условий среды обитания. С медико-тактических позиций выделяют следующие **очаги химического поражения:**

- стойкий очаг быстрого действия;
- нестойкий очаг быстрого действия;
- стойкий очаг замедленного действия;
- нестойкий очаг замедленного действия.

На формирование медико-тактической обстановки в очагах химического поражения оказывают влияние следующие **факторы:**

- физико-химические свойства химических веществ (удельный вес, плотность паров, температура кипения и плавления, растворимость в воде и других средах);
- величина токсической дозы химического вещества;
- пути поступления химического вещества в организм человека;
- особенности клиники поражения химическим веществом;
- наличие эффективных средств защиты, в том числе медицинских;
- географические условия и характеристика пострадавшей территории;

- метеоусловия (скорость ветра, движение воздушных потоков по вертикали и горизонтали – инверсия, изотермия, конвекция);
- численность и плотность населения в зоне воздействия химических веществ и в непосредственной близости от нее;
- количество пораженных АОХВ, в целом, и в зависимости от степеней тяжести поражений, в частности;
- своевременность прибытия аварийно-спасательных, в том числе и медицинских формирований в зону ЧС, уровень их оснащенности и подготовленности к действиям в очагах АОХВ.

По числу пораженных аварии с АОХВ подразделяются на 5 групп:

- а) без поражения людей;
- б) с числом пораженных в 1-2 человека;
- в) малые аварии – от 3 до 10 пораженных;
- г) средние – от 11 до 49 пораженных;
- д) крупные – от 50 и более пораженных.

Исследованиями ВНИИ ГОЧС установлено, что процентное число пораженных различной степени тяжести в промышленных авариях с АОХВ остается практически постоянным и составляет:

- при легкой степени – 85-90%;
- при тяжелой степени – 1-4%;
- при средней степени – 5-10%;
- смертность – 1-2%.

Велика химическая составляющая и в повседневной медицинской практике. По данным статистики ВОЗ, ежегодно в мире острые отравления уносят жизни более 250 тысяч человек (4,3 чел. на 100 тыс. населения) и они входят в число ведущих причин смерти; при этом до 87% отравленных погибают на догоспитальном этапе. Чаще всего смертельные исходы регистрируются от таких токсических агентов, как алкоголь и его суррогаты – 62,2%, окись углерода – 15,4% и уксусная эссенция – 6,3%.

На фоне общего увеличения числа острых отравлений нередко встречаются **массовые бытовые отравления**. Это требует от медицинского персонала постоянной готовности к оказанию своевременной и эффективной помощи в условиях одномоментного поступления большого количества пострадавших, необходимость оперативно решать ряд вопросов организационного и лечебно-диагностического характера, которые существенно отличаются от таковых при функционировании ЛПУ в условиях распределенного во времени поступления больных (повседневных условиях).

Массовые отравления регистрируются практически во всех регионах России. Наиболее часты среди них отравления окисью углерода, метанолом, метгемоглобинообразователями (нитрит натрия, аммиачная селитра) и витамином Д.

Приведенные данные о возможных отравлениях (поражениях) химическими веществами свидетельствуют о необходимости изучения их клинико-диагностических особенностей, организационных принципов оказания ЭМП пострадавшим химическими соединениями и обеспечения готовности персонала ЛПУ к экстренным действиям.

Организация оказания медицинской помощи пораженным АОХВ включают последовательное выполнение следующих мероприятий:

1. Оказание в максимально короткие сроки (по-возможности, минуты) ПМП в порядке само- и взаимопомощи или персоналом аварийно-спасательных формирований. Ее объем, включающий защиту органов дыхания, применение противоядий, проведение частичной санитарной обработки и осуществление немедленной эвакуации за пределы очага поражения, позволяет предупредить или ослабить токсическое действие АОХВ. При возникновении химического очага следует оперативно организовать проведение разведки с целью:

- уточнения границ зон возможного поражения АОХВ;
- определения вида и концентрации АОХВ;

- уточнения мест нахождения пораженных, их количества и степени тяжести поражения;

- определения мест для временных пунктов сбора пораженных.

2. Первая врачебная и квалифицированная медицинская помощь по жизненным показаниям организуется вне зоны поражения силами БСкМП, ВСБ ближайших ЛПУ и прибывающих в очаг БСМП ПГ, включенных в структуру СМК. Важная роль отводится эвако-транспортной сортировке пораженных и их эвакуации в ЛПУ с медицинским сопровождением.

3. Специализированная медицинская помощь и лечение пораженных АОХВ осуществляются квалифицированными специалистами в ЛПУ, подготовленных по токсикологии и оснащенных необходимым оборудованием и медикаментозными средствами.

В заключение, следует отметить, что при химических катастрофах координация деятельности заинтересованных служб (спасательной, связи и оповещения, охраны общественного порядка, противопожарной, коммунально-технической, транспортной, охраны окружающей среды и др.) по ликвидации последствий химических аварий являются гарантией успеха, как в спасении и сохранении здоровья пораженных АОХВ, так и в поддержании экологического комфорта для населения пострадавших территорий.

5.3. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий биолого-социальных чрезвычайных ситуаций

В XXI веке эпидемиологическая обстановка в мире и России сохраняет негативную тенденцию. Этому способствуют расширение международной торговли и туристической деятельности, социальная напряженность, активизация миграции населения, в том числе и из неблагополучных в эпидемиологическом отношении государств, его размещение в условиях, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам. Эти условия являются

причиной возникновения опасных инфекционных болезней среди людей и животных, а значит и условием возникновения биолого-социальных ЧС.

Биолого-социальная ЧС – это обстановка, при которой в результате появления источника биосоциальной ЧС на определенной территории нарушаются нормальные условия жизнедеятельности людей, возникает угроза их здоровью и жизни.

Источником биосоциальных ЧС является опасная или широко распространенная инфекционная болезнь людей, животных и растений, в результате которой в определенных территориальных границах возникает эпидемическое неблагополучие или вспышечная групповая заболеваемость, связанная между собой по виду возбудителя и механизму его распространения.

Факторами, способными привести к возникновению, развитию и распространению **биолого-социальной ЧС** являются:

- наличие природных очагов особо-опасных инфекций (ООИ);
- возникновение природных, техногенных и экологических катастроф;
- разрушение (повреждение) коммунально-энергетических систем и дезорганизация социальных структур жизнеобеспечения;
- некачественные продукты питания;
- снижение иммунитета у людей;
- нарушение гигиенического поведения людей;

В ликвидации биосоциальных ЧС особая роль отводится лечебной сети, осуществляющей комплекс лечебно-диагностических мероприятий среди пострадавших и учреждениям Роспотребнадзора, организующим и контролирующим проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в зоне ЧС, в том числе экстренную неспецифическую и специфическую профилактику. Своевременность и качество проведения последних определяется количеством прививочных бригад, расчет которых определяется по формуле: $X = H / (A \times B)$, где:

X – число прививочных бригад; **H** – число лиц, подлежащих прививанию;
A – число лиц, прививаемых в течение часа; **B** – время работы прививочной бригады

Другими направлениями деятельности учреждений Роспотребнадзора при ликвидации последствий биолого-социальных ЧС являются:

- организация и ведение санитарно-эпидемиологической разведки;
- организация контроля за правилами поведения заболевших, контактных и лиц, работающих в очаге;
- осуществление мероприятий по локализации и ликвидации очага ЧС;
- оказание организационно-методической и консультативной помощи формированиям и учреждениям СМК, участвующим в мероприятиях по ликвидации последствий эпидемического очага;
- определение режима работы объектов экономики и социальной сферы, оказавшихся в очаге и в непосредственной близости от него;
- выработка предложений по оптимизации работы этих объектов.

В целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний при возникновении эпидемических очагов осуществляется проведение режимно-ограничительных мероприятий в виде обсервации или карантина.

Обсервация – комплекс режимно-ограничительных мероприятий, предусматривающих усиление медицинского наблюдения и ограничение перемещения людей. При обсервации ограничиваются въезд и транзитный проезд через район ЧС, контакты между людьми и строго выполняются установленные правила поведения в очаге.

Карантин – система организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических и изоляционных мероприятий, направленных на предупреждение распространения и локализацию эпидемического очага. Карантин вводится при появлении больных ООИ или при возникновении групповых инфекционных заболеваний с их нарастанием в короткие сроки.

Этот режим предполагает полную изоляцию очага, масштабную дезинфекцию территории, прекращение функционирования рынков и запрет на проведение культурно-массовых мероприятий.

Изоляцию карантинированного очага организуют органы исполнительной власти по решению территориальной санитарно-противоэпидемической комиссии во взаимодействии с органами военного командования путем выставления вооруженной охраны по периметру зоны карантина.

На магистральных путях сообщения, аэропортах, железнодорожных, автомобильных, морских и речных вокзалах карантинной зоны создаются контрольно-пропускные пункты (КПП) с входящими в их состав санитарно-контрольными пунктами (СКП), ветеринарно-контрольными пунктами (ВКП) и приемно-передаточными пунктами (ППП), задачей которых является осуществление контроля пропускного режима, соответствующего противоэпидемическим требованиям.

СКП, возглавляется врачом и решает следующие задачи:

- проверку у лиц, убывающих из зоны карантина, документов о прохождении обсервации;
- проверку у лиц, въезжающих в зону карантина, документов о проведении экстренной профилактики;
- медицинское наблюдение за личным составом КПП, выявление среди них больных с последующей изоляцией;
- проведение надзора за санитарным состоянием зоны карантина.

Выезд (выход) людей, при необходимости, из зоны карантина разрешается только после прохождения обсервации и полной санитарной обработки с предъявлением соответствующих документов, а вывоз грузов – при наличии документов, выданных органами санитарного надзора.

В зону карантина беспрепятственно допускается личный состав спасательных формирований, направленный для проведения мероприятий по

ликвидации последствий очага, а также население, зарегистрированное и постоянно проживающее на данной территории, но выехавшее из нее до установления режима карантина. При въезде в зону карантина, всем этим лицам проводится экстренная специфическая профилактика.

При проведении режимно-ограничительных мероприятий в полную готовность приводятся:

- группы надзора за эпидемически-значимыми объектами – объектами водопользования и канализации, торговли и питания, дошкольными и школьными учреждениями, предприятиями коммунально-бытового обслуживания и местами временного расселения лиц, вовлеченных в очаг биолого-социальной ЧС;

- мобильные и стационарные санитарно-обмывочные пункты проведения полной санитарной обработки населения, станции обеззараживания одежды, обуви, другого имущества и оборудования, с которыми контактирует человек;

- формирования коммунально-технической службы для обеззараживания территории и объектов внешней среды;

- транспортные средства, специальная техника и средства связи;

- подразделения и части внутренних войск МВД и Минобороны России;

- вся сеть УЗ с созданием запасов средств экстренной профилактики, с готовностью к доразвертыванию, перепрофилизации коечного фонда с последующим функционированием и решением задач по назначению.

5.4. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий наводнений

В России имеется более 5 млн. рек, озер и других водоемов. Ежегодно в той или иной ее части наблюдаются наводнения с безвозвратными и санитарными потерями среди населения и значительным экономическим ущербом. По данным МЧС России, на территории страны существует угроза

наводнений для почти 800 городов и нескольких тысяч населенных пунктов. Ежегодный ущерб от наводнений оценивается десятками миллиардов рублей.

Наводнение – это временное затопление местности водой, вышедшей из берегов в результате подъема ее уровня в различных водных бассейнах.

Причинами наводнений являются сезонное таяние снегов и ледников, проливные дожди, ледовые заторы и зажоры на реках, нагонные ветры на морских побережьях и в устьях рек, впадающих в море, подводные землетрясения и извержения подводных или островных вулканов, разрушения гидротехнических сооружений, вследствие аварий, стихийных бедствий и террористических актов.

Медико-санитарные последствия наводнений определяются степенью внезапности их развития, скоростью движения воды, рельефом местности, площадью затопления населенных пунктов, временем суток, температурой воды и окружающего воздуха, численностью и плотностью проживающего населения, своевременностью его оповещения и готовностью аварийно-спасательных служб к действиям в неблагоприятных метеоусловиях и при воздействии других негативных факторов внешней среды.

В очаге наводнений выделяют **территорию катастрофического затопления**, на которой произошла гибель людей и животных, повреждены или уничтожены материальные ценности и нанесен ущерб природной среде. По протяженности, скорости течения и времени прохождения водяной волны эта территория подразделяется на 4 зоны (табл. 12), которые характеризуются величиной потерь среди населения (общих, безвозвратных и санитарных) в зависимости от периода суток.

При возникновении наводнений в структуре потерь среди населения на затопленных территориях, возможны утопления, переохлаждения, ознобления, острые нарушения дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности, психоневрологические расстройства и различные виды механических травм.

Механические травмы являются следствием непосредственного динамического гидровоздействия, травмирующего действия обломков зданий и сооружений, разрушаемых водой, а также воздействия различных предметов, вовлекаемых в движение водяной волной.

Таблица 12

Размеры потерь по зонам катастрофического затопления

Зоны катастрофического затопления	Потери от численности населения, %					
	Общие		В том числе:			
			безвозвратные		санитарные	
	днем	ночью	днем	ночью	днем	ночью
Первая: протяженность – 6-12 км; скорость течения – 30 км/ч время прохождения волны – 30 мин.	60	90	40	75	60	25
Вторая: протяженность – 15-25 км; скорость течения – 15-20 км/ч время прохождения волны – 50-60 мин.	13	25	10	20	90	80
Третья: протяженность – 30-50 км; скорость течения – 10-15 км/ч время прохождения волны – 2-3 часа.	5	15	7	15	93	85
Четвертая: протяженность – 35-70 км; скорость течения – 5-10 км/ч время прохождения волны – более 3 часов.	2	10	5	10	95	90

В среднем общие потери населения при катастрофических затоплениях составляют от 20% днем до 35% ночью, в том числе среди них безвозвратные – 15 и 30% и санитарные – 85 и 70%, соответственно. По зонам затопления аналогичные потери представлены в табл. 12. В холодное время года величина общих потерь может увеличиваться на 10-20%.

Подобное деление на зоны позволяет аварийно-спасательным службам лучше ориентироваться в сложившейся обстановке и повышает качество и эффективность использования сил и средств СМК для оказания медицинской помощи пострадавшему при наводнениях и затоплениях населению.

В первые минуты и часы от развития наводнений ликвидация их последствий осуществляется местным населением и нештатными объектовыми аварийно-спасательными формированиями. Учитывая, что уровень их подготовки и оснащения невысок, работы, как правило, выполняются хаотично и направлены на розыск и спасение пострадавших людей, укрепление (возведение) простейших защитных гидротехнических сооружений и перемещение личного имущества на более высокие места.

При прибытии на место ЧС профессиональных спасателей и проведении ими планомерных спасательных мероприятий, в зависимости от обстановки, используются различные виды плавсредств (надувные лодки, катера, амфибии, плавающие транспортеры и т.п.) и вертолеты.

Медицинская помощь пострадавшему населению включает в себя проведение мероприятий по извлечению пострадавших из воды, их доставку на берег или спасательные суда. Спасательные суда усиливаются медицинским персоналом, обученным методам реанимации, интенсивной терапии, проведению противошоковых и реанимационных мероприятий.

На берегу необходимо разворачивать временные пункты сбора пострадавших, в составе которых должны быть медицинские бригады (БЭДП, ВСБ). На этих пунктах пострадавшие от наводнения обогреваются, по возможности, переодеваются в сухую одежду, получают питание и подготавливаются к эвакуации в места расселения, а при необходимости, – в ближайшие ЛПУ.

При оказании медицинской помощи пострадавшим следует учитывать, что определенная их часть, вследствие длительного времени пребывания в воде,

обессиленна, переохлаждена, лишилась крова, питьевой воды и продуктов питания, находится не только в неблагоприятных метеоусловиях, но и в условиях постоянно ухудшающейся санитарно-эпидемиологической обстановки.

Вслед за развитием наводнения, нередко, увеличивается число простудных заболеваний у людей, возникает вспышечная инфекционная заболеваемость в виде дизентерии, дизбактериоза, других острых кишечных заболеваний и повышается уровень воспалительных процессов во внутренних органах (легкие, печень, почки). Следовательно, районы наводнения должны подвергнуться полномасштабному санитарно-эпидемиологическому надзору и контролю, а их жители – находиться под пристальным медицинским наблюдением.

В преддверии весеннего паводка на затапливаемых территориях органам управления муниципального здравоохранения необходимо провести комплекс превентивных мероприятий с целью снижения безвозвратных и санитарных потерь среди населения. В их числе следует рекомендовать:

- временное отселение местных жителей (особенно детей, беременных женщин, хронических больных и инвалидов) на не затапливаемые территории по принципу интернатского размещения;
- усиление обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов и близрасположенных ЛПУ медицинским имуществом и продуктами питания;
- предусмотреть порядок качественного медицинского обеспечения пострадавших на случай возникновения чрезвычайных ситуаций, обусловленных весенним паводком, в том числе и в период праздничных дней;
- проверить, а при необходимости откорректировать, действенность схемы оповещения и экстренного сбора руководящего состава ЛПУ.
- проведение инструктажа с дежурным персоналом ЛПУ, обратив при этом особое внимание на:

а) знание им алгоритмов действий при возникновении наводнений и появлении пострадавших;

б) организацию, порядок, пути и способы возможной медицинской эвакуации больных и населения с затопливаемых территорий;

в) организацию взаимодействия здравоохранения с оперативными и аварийно-спасательными службами территории (пожарные, милиция, спасатели, коммунальные службы и др.).

5.5. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий землетрясений

Землетрясение – подземные толчки и колебания земной поверхности, возникающие в результате внезапных смещений и разрывов в земной коре и передающиеся на большие расстояния в виде упругих колебаний.

Землетрясения среди всех видов ЧС составляют 8%. Пятая часть РФ входит в сейсмоопасную зону с интенсивностью 7 баллов, а более 5% ее территории занимают чрезвычайно опасные 8-9 бальные зоны (Курилы, Камчатка, Сахалин, Якутия, Прибайкалье, Северный Кавказ). В этих зонах проживает более 20 млн. человек.

Этот вид ЧС сопровождается значительными человеческими жертвами, массовыми санитарными потерями, нанесением серьезного ущерба окружающей среде и нарушением условий жизнедеятельности человека, в том числе нарушением функционирования системы здравоохранения на пострадавшей территории. Величина людских потерь (безвозвратных и санитарных) при землетрясениях зависит от:

- скорости развития, силы и площади стихийного бедствия;
- плотности пребывающего в его зоне населения;
- характера застройки, степени и вида разрушения зданий;
- периода суток и времени года;

- присоединения вторичных очагов поражения;
- своевременности и качества проведения спасательных работ в очаге ЧС, в том числе и по оказанию медицинской помощи пострадавшим.

Количество пострадавших при 8-ми бальном землетрясении может составить до 40-50% численности населения, а количество погибших – половину от числа пострадавших. Величина потерь населения при некоторых землетрясениях показана в табл. 13.

Таблица 13

Потери населения при землетрясениях

Регион землетрясения	Год	Потери населения	
		безвозвратные	санитарные
Италия	1980	2614	8800
Армения	1988	25000	31000
Иран	1990	50000	200000
Сахалин	1995	1958	510
Китай	2008	72500	около 4 млн.
Гаити	2010	около 220 тыс.	более 3 млн.

Большинство пострадавших при землетрясениях получают различные травматические повреждения, нередко, сочетанные и комбинированные. Определенную лепту в это вносят и разрушение РОО, ХОО, объектов газо-нефтяной и микробиологической промышленности.

Анализ причин травм при землетрясениях показывает, что в 45% случаев травмы были получены в результате обрушения зданий и их конструкций, а в 55% - от неправильного поведения и необоснованных действий самих пострадавших, обусловленных страхом и паникой.

У пострадавших в результате землетрясений отмечаются острые реактивные состояния с длительностью от нескольких дней до месяцев, психические расстройства и другие заболевания (гипертонический криз, стенокардия, инфаркт миокарда и др.). Это обуславливает необходимость

широкого применения седативных и других медицинских средств по неотложным показаниям для значительного числа пострадавших.

Осложняют медико-тактическую обстановку в очаге землетрясений безвозвратные и санитарные потери среди медицинского персонала, разрушение ЛПУ и дезорганизация функционирования системы здравоохранения на пострадавшей территории. Это, в свою очередь, определяет необходимость экстренного привлечения сил и средств СМК соседних районов (городов) для оказания медицинской помощи пострадавшим в очаге землетрясения, выработки у них способности немедленного реагирования и выдвижения к очагу ЧС с полным оснащением.

При проведении спасательных работ и оказании медицинской помощи пострадавшим выделяют 3 периода: изоляции – до 3-5 часов, спасения – до 5 суток, восстановления – 2 и более месяцев.

В период изоляции решающее значение для спасения пострадавших имеет первая медицинская помощь (ПМП) оказываемая в порядке само- и взаимопомощи.

В период спасения силами аварийно-спасательных формирований, как сохранившихся местных, так и прибывших извне очага землетрясения, проводится поиск и извлечение пострадавших из-под завалов, оказание им ПМП, по возможности, с учетом воздействия вторичных факторов поражения и доставка на пункты сбора пострадавших.

Эвакуация пострадавших с пунктов сбора, оказание им доврачебной и первой врачебной помощи с элементами квалифицированной осуществляется мобильными бригадами СМК, прибывающими с территорий, не затронутых очагом землетрясения или с территорий соседних субъектов РФ. При этом, вблизи очага ЧС развертываются формирования СМК как субъектового, так и ведомственного здравоохранения, а в ряде случаев, и зарубежных государств. Одним из важных требований, предъявляемых к формированиям СМК,

прибывающих в район катастрофы, является их полная автономность функционирования и достаточность в медицинском и санитарно-хозяйственном имуществе, технике, энерго- и водоснабжении и, даже, питании.

При создании в зоне ЧС группировки сил СМК необходимо ориентироваться на количество пострадавшего при землетрясении населения и на эффективный срок оказания им первой врачебной помощи – до 6 часов с момента получения повреждения. Превышение этого срока обуславливает увеличение летальности пострадавших в 2 раза.

Оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим в полном объеме осуществляется в ЛПУ, расположенных за пределами зоны землетрясения. Для качественной эвакуации пострадавших в эти ЛПУ необходимо медицинское и комендантское сопровождение их, организация диспетчерской службы, привлечение к медицинской эвакуации различных видов транспорта и обеспечение транспортной доступности (расчистка магистральных маршрутов, приведение в готовность аэропортов и парка транспортных средств).

В период восстановления осуществляется комплекс медицинских реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление утраченных функций у пострадавших. Он проводится в сети стационарных, амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждений здравоохранения, а при необходимости, и протезно-ортопедических предприятий.

5.6. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на пожаро-взрывоопасных объектах и в лесных массивах

Объекты, на которых производятся, используются, хранятся и транспортируются пожаро- и взрывоопасные вещества (ПВОВ) или вещества, приобретающие при определенных условиях способность к возгоранию или взрыву называются пожаро- и взрывоопасными объектами (ПВОО). К ним

относятся нефтеперерабатывающие заводы, склады нефтепродуктов, химические, целлюлозно-бумажные, деревообрабатывающие, лесотарные и другие предприятия, на которых применяются или содержатся ПВОВ. Помимо стационарных объектов к ПВОО относятся автомобильный, железнодорожный и трубопроводный транспорт, осуществляющий транспортировку ПВОВ.

К ПВОВ относятся ряд топливных веществ (бензин, керосин, ацетилен, бутан, пропан, этан), лакокрасочные изделия, химические элементы (фосфор, хлор, бром и др.) и химические соединения, содержащие порох, термит, целлулоид.

Пожар – неконтролируемый процесс горения, сопровождающийся уничтожением ценностей, наносящий ущерб окружающей среде и создающий опасность для жизни и здоровья людей.

Взрыв – быстропротекающий процесс физических и химических превращений веществ, сопровождающийся высвобождением большого количества энергии в ограниченном объеме, в результате чего образуется и распространяется ударная волна, создающая угрозу жизни и здоровью людей, наносящая ущерб народному хозяйству и окружающей среде.

Различают пожары 3-х видов (табл. 14):

Таблица 14

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОЖАРОВ

Виды пожаров	Распределение по месту возникновения, их причины
ТЕХНОГЕННЫЕ	На производстве, на транспорте, вызванные взрывами, возгоранием неисправной электропроводки, связанные с обрушением зданий или их конструкций.
ПРИРОДНЫЕ	Лесные, торфяные, ландшафтные и обусловленные стихийными бедствиями.
СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫЕ	Происшедшие в быту (квартира, дом, дача), на отдыхе, в УЗ и УСЗН, учреждениях образования, культуры и т.п. по вине граждан, обусловленной их асоциальным поведением или пренебрежением мерами пожарной безопасности.

К техногенным пожарам относятся пожары на производстве, различных видах транспорта, обусловленные взрывами бытового газа, других горючих и взрывоопасных веществ, обрушениями зданий, а также замыканием электропроводки в них.

В ряде регионов РФ ежегодно имеют место природные пожары, особенно в весенне-летний, а иногда и в осенний период. К ним относятся быстро распространяющиеся лесные и торфяные пожары, нередко, захватывающие обширные площади, уничтожающие лесное богатство, в ряде случаев, подступающие к жилым и производственным территориям, создавая зону стихийного бедствия. Причинами возникновения таких пожаров являются нарушения правил пожарной безопасности при пребывании человека в лесных массивах, удары молнии в стволы лесных деревьев, самовозгорание торфа и леса при засушливой и жаркой погоде. Такие пожары крайне сложны для тушения и могут продолжаться неделями и месяцами.

К социально-бытовым пожарам относятся пожары, причинами которых являются неправильная эксплуатация печного отопления, нарушение правил курения, пользования переносными обогревателями и бесконтрольное обращение детей с огнем. В эту группу включаются умышленные поджоги сооружений жилого и социального назначения, а также пожары в быту и учреждениях, причиной которых является асоциальное поведение людей.

Следствиями пожаров и взрывов являются повреждения производственных и жилых зданий, помещений, техники и оборудования, утечка высокотоксичных веществ (АОХВ, РВ, БС), гибель и поражение людей, уничтожение лесного богатства и изменение химического состава атмосферы.

Величина потерь среди населения от пожаров и взрывов определяется их масштабами и мощностью, характером и плотностью застройки местности, огнестойкостью зданий и сооружений, численностью пребывающего в зоне

пожара, взрыва населения, метеоусловиями (скорость ветра, наличие осадков и т.п.), времени суток и другими факторами.

В результате воздействия поражающих факторов пожаров и взрывов возможны изолированные, сочетанные и комбинированные поражения: термические, механические и акустические травмы, ранения, отравления продуктами горения, радиационные поражения и нервно-психические нарушения различной степени выраженности. При подходе лесных пожаров к населенным пунктам, вследствие воздействия высоких температур окружающего воздуха, сильного задымления и загазованности территорий у населения возможно возникновение перегревания организма легкой, средней и тяжелой степени, вплоть до возникновения теплового удара и, как следствие, декомпенсация в системе терморегулирования организма. Наиболее подвержены этим процессам лица с аллергическими и соматическими заболеваниями.

Принципы оказания медицинской помощи пострадавшим при пожарах и взрывах идентичны таковым при землетрясениях и других ЧС, но в числе особенностей необходимо предусмотреть:

- тщательный розыск пострадавших на задымленной территории и внутри горящих зданий, помещений, тушение у них горячей одежды и их вынос из зоны ЧС с последующим оказанием ПМП (введение, дача анальгетиков, сердечных и дыхательных аналептиков, ингаляция противодымной смеси или фициллина). К проведению этих мероприятий следует привлекать пожарно-спасательные формирования;

- необходимость оказания медицинской помощи обожженным, получившим отравления угарным газом, дымом и другими высокотоксичными веществами, образующимися при пожарах.

Первая врачебная помощь должна быть приближена к месту ЧС, оказана пострадавшим в максимально сжатые сроки с последующей организацией

медицинской эвакуации в многопрофильные или специализированные ЛПУ, которые, в свою очередь, для лечения обожженных, должны быть усилены комбустиологическими бригадами и оснащены необходимыми лекарственными средствами и оборудованием.

При определении очередности эвакуации приоритет отдается детям и обожженным с нарушением дыхания, вследствие ожога верхних дыхательных путей, или с сопутствующими повреждениями сосудов. Затем эвакуируются тяжело пострадавшие с обширными ожогами в положении лежа на санитарном транспорте, а легко пострадавшие – в положении сидя, в том числе и на общем транспорте.

В случае лесных и торфяных пожаров и их подступе к населенным пунктам, следует предусмотреть проведение экстренно-плановой эвакуации населения, организация осуществления которой возлагается на местные органы исполнительной власти, а медицинское обеспечение – на муниципальное здравоохранение.

5.7. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на транспорте

К ЧС на транспорте относятся катастрофы на автомобильном, авиационном, железнодорожном, водном видах транспорта с большим числом пострадавших людей, а также разрывы трубопроводов, обрывы линий связи и электропередач, приводящие к нарушению связи, тепло-, водо-, газо- и электроснабжения жилых, производственных и социальных объектов, что, в свою очередь, обуславливает появление значительного числа пострадавших и заболевших. Из числа техногенных ЧС на транспортные катастрофы приходится 47,4%; при этом доля дорожно-транспортных происшествий (ДТП) составляет 94,2%, водных катастроф – 3,9%, авиационных – 1,4% и

железнодорожных – 0,5%. На транспортные катастрофы приходится более 50% погибших и около 20% пострадавших во всех ЧС.

Наиболее частый вид транспортных ЧС с медико-социальными последствиями – **ДТП**, которые являются одной из ведущих причин травматизма, инвалидности и гибели людей. На протяжении последних 50 лет через каждые 20 лет количество автомобилей в мире удваивалось и в настоящее время превышает 1 млн. единиц. На автомобильный транспорт приходится 39% грузовых перевозок, включая перевозку АХОВ, способных вызвать очаги химического заражения на местности и привести к поражению людей

В XX столетии в ДТП в мире погибло 30 млн. человек и сегодня ежегодно сотни тысяч лишаются жизни, а миллионы – получают увечья, из которых 60-80% госпитализируется. Это в 3 раза выше смертности от производственных и бытовых травм. В 1990 году ДТП занимали 9 место в перечне причин смерти, а по прогнозам – к 2020 году станут третьей причиной смерти и нетрудоспособности, опережая войны, ВИЧ и другие инфекционные болезни. Растет число пострадавших в ДТП детей; их доля достигает 12-15%.

Указанные драматические события участники 3-й ежегодной конференции по вопросам транспорта, безопасности движения и здоровья (1997) охарактеризовали как «мировую ДТП-эпидемию с тяжелыми медико-социальными последствиями». Эта тенденция характерна и для России, которая несет значительные людские и материальные потери от ДТП. В стране ежегодно погибает почти 35 тыс. человек (до 30% – люди трудоспособного возраста – 26-41год), более 250 тыс. – получают ранения. Ущерб от ДТП составляет 2,4-2,6% от валового внутреннего продукта (ВВП).

ДТП, в которых гибнет 4 и более или страдает 10 и более человек называют **дорожно-транспортными катастрофами (ДТК)**. Частота смертельных исходов в них составляет 44,7%, в то время как в ДТП – 15%.

В структуре повреждений при ДТП (ДТК) 73-99,9% приходится на сочетанную травму, в том числе с повреждением головы – 80,3-91,5%, нижних конечностей – 42,4-56,9%, грудной клетки – 27,0-41,5%, верхних конечностей – 21,6-22,4%, живота – 14,5-20,6%, шеи – 2,2-2,5% .

Аварии и катастрофы на железнодорожном транспорте происходят реже, нежели автомобильном, но в последние годы их число увеличилось. Протяженность железных дорог в России составляет 125 тыс. км. Этим видом транспорта перевозится 50% грузов, в том числе миллионы тонн АХОВ, взрывоопасных и легковоспламеняющихся веществ, контейнеры с РВ, и осуществляется 47% пассажирских перевозок. В постоянном движении находится 42 тыс. грузовых и 20 тыс. пассажирских поездов.

Причинами ЧС на железной дороге являются: большая изношенность технических средств (локомотивный и вагонный парк, рельсы, шпалы, железнодорожные мосты), нарушение персоналом требований технической эксплуатации, нарушение отправителем требований безопасности к транспортировке взрывоопасных веществ, АХОВ и РВ.

Как правило, железнодорожные аварии сопровождаются массовыми поражениями и гибелью людей, значительным материальным и экологическим ущербом. В структуре санитарных потерь до 90% - механические травмы, а при крушениях с возгоранием подвижного состава – термические и комбинированные поражения (20-40%). Из механических повреждений – ушибленные раны мягких тканей (до 50%), закрытые переломы костей и черепно-мозговые травмы с сотрясениями головного мозга (18-59%). Высок удельный вес сочетанных травм (60%) и синдрома длительного сдавления (20%). Нередко выявляется комбинированная травма в сочетании механических, термических и химических повреждений. Более 50% составляют легкие травмы, 30% - средней тяжести и до 20% – тяжелые и крайне тяжелые травмы.

Основными причинами гибели пострадавших являются тяжелая механическая травма, шок, кровотечения, нарушения функции дыхания.

Учитывая, что железнодорожные катастрофы часто происходят вдали от населенных пунктов, в труднодоступных местах, в неблагоприятных географических и ландшафтных условиях, в любой период года и суток, осложняется своевременность и эффективность проведения медицинских мероприятий.

Авиационные катастрофы с повреждением или разрушением воздушного судна, с травмами и гибелью людей происходят на всех этапах полета: при запуске двигателя, при взлете, в полете и при посадке; при этом до 50% авиакатастроф происходят на летном поле. Ежегодно в среднем в мире происходит до 60 авиакатастроф, из которых в 35 гибнут все пассажиры и экипаж воздушного судна. На долю авиационных катастроф приходится 40,5% пострадавших и 13,2% погибших от всех травмированных и погибших в ЧС техногенного характера. Размеры санитарных потерь при авиакатастрофах могут достигать 40-90% и более от числа людей, находящихся на борту. По характеру повреждения подразделяются на механические (40-90%), черепно-мозговые травмы (40-60%), комбинированные и сочетанные травмы (10-20%), а у 10% пострадавших развивается шок. В зависимости от типа воздушного судна максимальное количество пострадавших может колебаться в значительных пределах (от 12 до 300 и более человек). До 50% пострадавших имеют тяжелые повреждения.

ЧС на водном транспорте – ежегодная реальность для всех морских держав мира, для которых характерны изолированность от берега, возможность паники среди терпящих бедствие, скудность спасательных сил и средств, в том числе медицинских и, как итог, большое количество безвозвратных потерь. При этих ЧС количество погибших, как правило, превалирует над пострадавшими. В морских катастрофах ежегодно гибнет до 200 тыс. человек (50 –

непосредственно в воде, 50 – на спасательных средствах и остальные – вместе с потерпевшим крушение кораблем, судном).

Среди возможных повреждений у выживших в водных ЧС отмечаются механические травмы (изолированные и сочетанные), термические повреждения, химические отравления, комбинированные поражения и переохлаждения. В частности, доля пострадавших при морских и речных катастрофах составляет по 24% (превалировало общее переохлаждение), а погибших – соответственно, 41,2% и 29,4%.

Приведенные сведения определяют проблему медицинского обеспечения пострадавших в транспортных катастрофах особенно актуальной и обуславливают необходимость принятия своевременных и эффективных мер по предупреждению и снижению тяжести их последствий.

В период изоляции (от нескольких минут до нескольких часов), когда пострадавшие предоставлены сами себе, основным принципом оказания помощи является оказание само- и взаимопомощи, включающей в себя извлечение пострадавших из транспортных средств, наложение повязок на раны, остановку кровотечения, осуществление иммобилизации поврежденных частей тела и эвакуации пострадавших от поврежденного транспортного средства с применением подручных материалов, имеющихся у них или в зоне ЧС (одежда, простыни, полотенца, салфетки, ветки и листья деревьев и т.п.). Взаимопомощь может быть оказана пострадавшим очевидцами катастрофы и жителями близлежащих населенных пунктов.

Основная роль на начальном этапе оказания помощи пострадавшим в транспортных катастрофах принадлежит органам исполнительной власти зоны катастрофы и функционирующим вблизи ЛПУ, независимо от ведомственной принадлежности, исходя из их структуры и возможностей. В этой связи, организация участия ведомственных ЛПУ в экстренном реагировании на ликвидацию медико-санитарных последствий транспортных катастроф

определяется положениями о взаимодействии территориального и ведомственного здравоохранения. Взаимодействие на случай возникновения катастроф и ликвидации их последствий нормативно организуется и с оперативными службами (МЧС, спасения, УВД, противопожарной, коммунальной, энергетической и др.).

Оперативная группа СМК (бригада ЦМК, ССМП или другая мобильная медицинская бригада из ближайшего ЛПУ), прибывшая на место ЧС, немедленно оценивает сложившуюся медико-санитарную обстановку, организует оказание медицинской помощи пострадавшим, встречу медицинских формирований, определяет им задачи, осуществляет руководство и контроль за ходом ликвидации медико-санитарных последствий, организацией взаимодействия с другими службами, участвующими в аварийно-восстановительных работах и обеспечивает медицинский контроль за проведением спасательных работ в очаге ЧС.

В ходе оценки медико-санитарной обстановки определяются места сбора пострадавших, развертывания пунктов оказания медицинской помощи, потребность в транспортных средствах, пути подъезда к пунктам сбора пострадавших и пути эвакуации их в ЛПУ.

Для своевременного оказания медицинской помощи пострадавшим **в ДТП на федеральных и региональных автодорогах**, последние распределяются на зоны ответственности, за которыми закрепляются близрасположенные ЛПУ и травмпункты. Такое распределение автодорог на зоны ответственности имеет целью обеспечение оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП силами персонала бригад скорой медицинской помощи в первые 30 минут с момента получения сигнала о происшедшей ДТП. С этой же целью для последующей эвакуации пострадавших в специализированные ЛПУ целесообразно использование вертолетов санитарной авиации.

При ряде транспортных катастроф, помимо сил территориального (местного) здравоохранения, немедленно реагирующего на ЧС, в ликвидации их последствий участвуют и силы ведомственного здравоохранения.

Так, **при авариях и катастрофах на железной дороге**, действия по спасению пассажиров и персонала поезда, попавшего в катастрофу, регламентированы приказами и инструкциями ОАО «Российские железные дороги». Согласно им, на место ЧС выдвигается аварийно-восстановительный поезд, в составе которого следует санитарный вагон с оснащенной и экипированной медицинской бригадой, способной оказывать пострадавшим квалифицированную медицинскую помощь и последующую эвакуацию в ЛПУ по предназначению. Организация привлечения, оповещения, экстренного сбора и выезда медицинского персонала в зону ЧС организуется железнодорожными больницами, в которых он работает.

При возникновении катастроф в авиации к ликвидации их последствий привлекаются поисково-спасательные и аварийно-спасательные команды с входящими в их состав медицинскими формированиями, комплектуемыми медицинскими работниками медсанчасти (здравпункта) авиакомпании или аэропорта. В функции медицинского персонала создаваемых формирований входит оказание пострадавшим медицинской помощи на месте ЧС, осуществление им эвако-транспортной сортировки для подготовки к эвакуации в ЛПУ. При задержке эвакуации осуществляется принятие мер по защите пострадавших от неблагоприятного воздействия негативных факторов окружающей среды.

При авариях и катастрофах на море вдали от береговой черты в начальный период оказание медицинской помощи пострадавшим возлагается на штатную медицинскую службу судна (корабля), поскольку привлечение медицинских сил извне требует длительного времени. Поэтому при организации оказания медицинской помощи в фазе изоляции особое внимание

следует уделять само- и взаимопомощи и помощи силами экипажа судов. Следовательно, тяжесть медицинских последствий катастроф на море во многом определяется организацией медицинской подготовки команды судов.

Первая врачебная помощь (а в ряде случаев квалифицированная с элементами специализированной), может быть оказана по прибытии к пострадавшему судну медицинских формирований быстрого реагирования на водных и воздушных (как правило, вертолеты) средствах. Последующая медицинская эвакуация тяжело пострадавших до береговых ЛПУ осуществляется этими же средствами.

Оказание помощи и спасение пострадавших на море регламентированы международными конвенциями, обязывающими капитанов неповрежденных судов оказывать помощь судам, терпящим бедствие на море. Учитывая это, каждый капитан, получивший сигнал о помощи и находящийся вблизи зоны ЧС, обязан откликнуться на него, при необходимости изменить курс и следовать на помощь судну, терпящему бедствие. Данное обстоятельство касается и вопросов оказания экстренной медицинской помощи одному или группе пострадавших (заболевших) в море. Уклонение от этой обязанности влечет ответственность виновного лица перед законом государства, гражданином которого он является.

5.8. Организационные основы ликвидации медико-санитарных последствий террористических актов

Терроризм – особый вид ЧС социально-политического характера, который становится системным свойством современного мира. Террористические акты приводят к массовым человеческим жертвам, влекут разрушение и утрату материальных и культурных ценностей, провоцируют войны и ненависть между социальными и национальными группами, справиться

с которыми на муниципальном уровне крайне сложно и затруднительно. За последние десятилетия терроризм:

- использует в своих преступных целях достижения науки и техники;
- стал социально-опасным для общества;
- превратился в глобальную мировую проблему;
- способствует подрыву международной безопасности и сотрудничества.

Террористические акты подразделяются на группы, признаками которых являются вид используемых в них средств, способ причинения ущерба и характер их применения и (рис. 8).

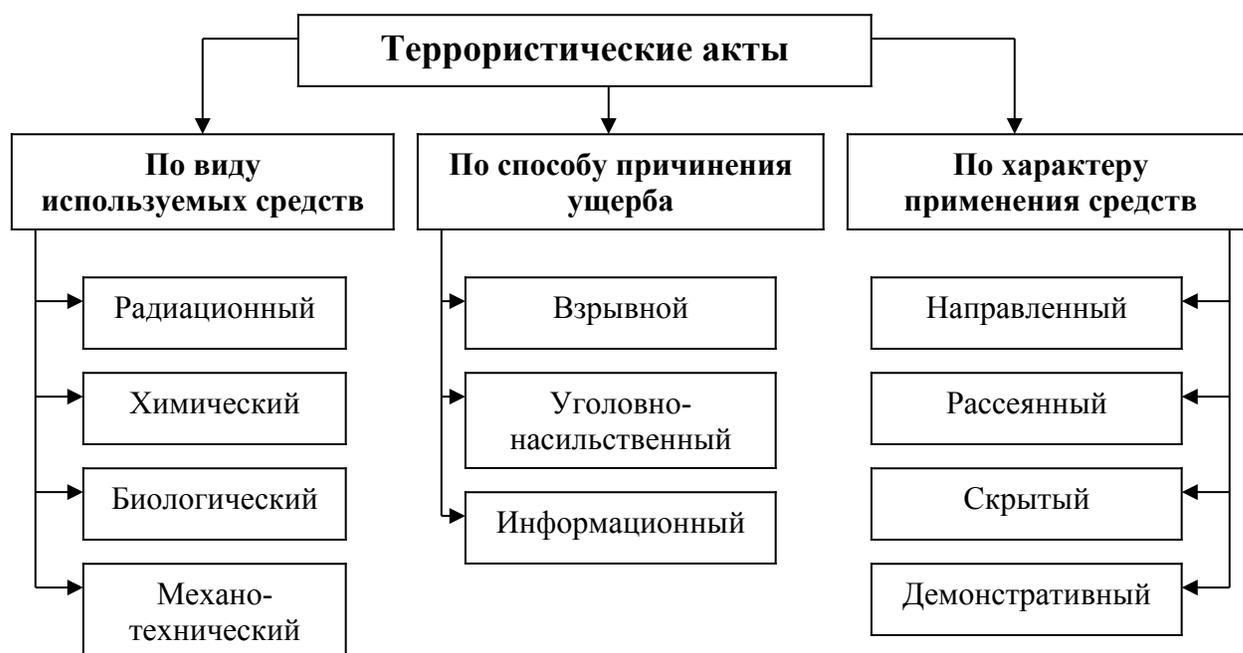


Рис. 8. Классификация террористических актов по виду используемых средств, характеру их применения и способу причинения ущерба

В зависимости от средств устрашения, избранных террористами, поражение людей может быть достигнуто за счет формирования в пространстве и во времени поражающих факторов: физических, химических, биологических и механических.

Наиболее распространенными по числу жертв, масштабам экономического и социального ущерба являются угрозы взрывного и уголовно-насильственного терроризма. На их долю приходится 95% всех терактов; при этом более 50% взрывного терроризма приходится на подрыв автомобилей, снаряженных взрывчатыми веществами.

При направленном терроризме страдают конкретный объект или физическое лицо, а при рассеянном – жертвами становятся случайные люди. При скрытых терактах террористы не стремятся привлечь к ним внимания общественности, прибегая при этом к отравлениям, похищениям людей, а при демонстрационных – стремятся придать максимальный общественно-политический резонанс путем осуществления взрывов, расстрела отдельных личностей или их группы с целью посеять страх и ужас среди населения.

Широка палитра целей и способов осуществления террористических актов. В частности, по целям – от физического устранения отдельных лиц (политических деятелей, бизнесменов и др.) до провоцирования военного конфликта или изменения политического строя, а по способам – от использования индивидуального огнестрельного оружия до организации крупных промышленных аварий, социальных катастроф и, даже, до применения оружия массового поражения. В своей совокупности цели и способы определяют масштабы террористических актов, что и отражено в нижеприводимой классификации (табл. 15).

Таким образом, терроризм на современном этапе развития человечества многолик по целям, способам осуществления и масштабам последствий, а также по идеологии и мотивации. Он превратился в глобальную проблему и для эффективной борьбы с ним требуются усилия всего мирового сообщества, координация действий на глобальном и национальном уровнях.

Классификация проявлений терроризма

Цель теракта	Способ осуществления теракта	Масштаб теракта
Физическое устранение оппонентов	Применение огнестрельного оружия	Преступление против личности
Устрашение населения	Организация взрывов, поджогов и т.п. в городах	Групповая, массовая гибель среди населения
Дестабилизация деятельности государственной власти и нанесение экономического ущерба	Применение средств массового поражения	Нанесение урона (экономического, политического, нравственного) всей стране или значительному числу ее субъектов
Изменение политического строя	Информационно-психологическое воздействие	Значительная часть субъектов на территории государства
Осложнение международных и межконфессиональных отношений	Организация промышленных и транспортных аварий	Значительное число жертв и пострадавших среди населения и потери в материальной сфере

Анализ террористических актов за последние десятилетия позволяет заключить, что безвозвратные потери населения в них составляли от 10 до 25%. Основными причинами летальных исходов у 25% пострадавших были проникающие ранения груди с повреждением легких (41%) крупных сосудов (18%), сердца (14%). У 26% пострадавших имели место проникающие ранения живота и у 49% - ранения черепа и шеи.

Из числа пострадавших, доставленных в стационар, 87% имели легкие травмы, 3% - средней степени и 10% - тяжелые; при этом около ¼ доставленных нуждались в стационарном лечении, а 10% из них – в интенсивной терапии. Тяжесть травм у госпитализированных была иной: тяжелые травмы

зарегистрированы у 19,2% пострадавших, травмы средней степени – у 8,5% и легкие – у 72,3%.

При террористических актах, совершенных в закрытых помещениях, у пострадавших преобладали ранения мягких тканей (53,8%), ожоги (41,4%), разрывы барабанной перепонки (36,5%), переломы костей (34,6%), повреждения органов зрения (12,5%) и ушибы легких (4,8%). У 1/3 пострадавших отмечались сочетанные травмы.

При терактах, осуществленных на открытой местности, отмечена следующая статистика повреждений у пострадавших: голова, шея – 19,3%, грудь – 6,5%, живот – 4,7%, спина – 4,0%, конечности – 39,6%, ожоги – 4,0%, акустическая травма – 16,3%, психическая травма – 16,3%.

Любое явление терроризма – это глубокая психическая травма и сильнейший стресс. Психическая травма может иметь различные клинические проявления: повышенное нервное напряжение, тревожность, страх, скованность, депрессивное и астеническое состояние, обострение эндогенных психических заболеваний. К факторам психотравмирующего характера при терактах следует отнести:

- отсутствие достоверной информации о ситуации, сложившейся после свершившегося террористического акта;
- состояния горя, безысходности и неадекватности поведения лиц, потерявших родных и близких;
- состояние тревоги у лиц, чьи родные и близкие оказались в числе заложников у террористов;
- терроризация сознания людей, оказавшихся в заложниках у террористов, их незащищенность и уязвимость по отношению к жестоким действиям террористов.

Рассматривая медико-тактическую составляющую последствий террористических актов, нельзя не отметить, что санитарные потери

регистрируются также среди профессиональных спасателей и лиц, привлекаемых к спасательным работам (строители, механизаторы, курсанты военных училищ и т.п.). Они, работая в пыли и в дыму, разбирая завалы, туша пожары и руководствуясь правилом – быстрее прийти на помощь пострадавшим, нередко, сами получают травмы; при этом у них преобладают конъюнктивиты, ларингиты, поверхностные повреждения кожных покровов. Возможны отравления, механические травмы и стрессовые реакции.

Организуя оказание медицинской помощи пострадавшим в терактах, прежде всего, необходимо обеспечить общее руководство лечебно-эвакуационным процессом. Исходя из массового характера санитарных и безвозвратных потерь населения и огромного общественного резонанса терактов, руководство этим процессом должны взять на себя руководители здравоохранения той территории, на которой возник теракт, с привлечением в качестве консультантов специалистов по тому или иному виду патологии, развивающейся у пострадавших или способной у них развиваться. Такое взаимодействие позволит принимать оптимальные управленческие решения по медицинскому обеспечению пострадавших в сложившейся, а порой, и изменяющейся ситуации.

Опираясь на существующую систему медико-санитарного обеспечения, оказание медицинской помощи населению при террористических актах организуется следующим образом.

1. В зону теракта сразу же направляются оперативная группа ЦМК, дежурные БЭР ЦМК и БСкМП. При необходимости, задействуются другие формирования СМК (ВСБ, БСМП, в том числе и психолого-психиатрического профиля для работы с непосредственно пострадавшими и их родственниками, а порой, и с очевидцами страшных событий), комплектующиеся и оснащающиеся в ЛПУ территории. Оперативная группа ЦМК осуществляет координацию действий привлеченных сил и средств СМК в очаге ЧС и координацию их

взаимодействия с формированиями других ведомств. Свои функции по проведению медицинской сортировки и оказанию медицинской помощи пострадавшим формированиям СМК выполняют на безопасных расстояниях в случае угрозы взрыва различных устройств и объектов с учетом возникновения осколочных полей. Это расстояние может быть, в зависимости от ситуации, от 100 до 1000 м.

2. После оказания пострадавшим медицинской помощи часть их (нуждающиеся в дальнейшем лечении) срочно эвакуируется санитарным или привлеченным транспортом (с обязательным медицинским сопровождением) в ближайшие ЛПУ, где может быть оказана первая врачебная, квалифицированная, специализированная медицинская помощь и осуществлено последующее лечение. Для эвакуации могут быть использованы все виды транспортных средств (автомобильный, авиационный, водный, железнодорожный). В отдельных случаях (значительная удаленность ЛПУ от места террора, захват террористами ЛПУ) вблизи зоны теракта развертывается мобильный госпиталь ЦМК, при необходимости, используется для медицинских целей привлечение общественных зданий. Пострадавшие с наиболее тяжелыми травмами, ранениями и заболеваниями, находящиеся в транспортабельном состоянии, могут быть эвакуированы авиационным и другими видами транспорта в специализированные ЛПУ, как субъекта РФ, так и в федеральные ЛПУ. С этой целью, в ЛПУ осуществляется оповещение и экстренный сбор персонала, свободного от работы, высвобождаются оперативные койки, а при необходимости, направляется медицинское имущество СМК из состава резерва.

3. На федеральном уровне при ВЦМК «Защита» в постоянной готовности к убытию в зону теракта находятся оперативная группа штаба ВСМК, консультанты, Полевой многопрофильный госпиталь, БСМП, резерв медикаментов и медицинского имущества.

Проведение аварийно-спасательных работ в районах крупных терактов с массовой гибелью людей высвечивает проблему организации работы судебно-медицинских экспертов по идентификации трупов и особенно отдельных частей тела, расчлененного в момент взрыва и разрушения здания. Такая работа судебно-медицинскими экспертами проводится совместно с сотрудниками правоохранительных органов (прокуратура и МВД России). Непосредственно в зоне спасательных работ разворачивается площадка для сбора трупов, где должна работать бригада судебно-медицинских экспертов с представителем прокуратуры и к которой обеспечивается свободный подъезд машин с бригадой для перевозки трупов. Здесь же предусматривается разворачивание палатки для размещения медицинского имущества и носилок. Полный комплекс мероприятий по идентификации тел погибших с вынесением заключения осуществляется в бюро судебно-медицинской экспертизы.

Рассматривая терроризм как явление, следует отметить ту ситуацию, при которой больница по разным причинам (криминогенным, политическим и военным) может оказаться захваченной террористами или вооруженными бандформированиями. В этих случаях медицинский персонал должен быть подготовлен к таким инцидентам заранее, знать и уметь применять на практике рекомендации по поведению заложников. В частности, общими правилами в этих случаях являются:

- находясь внутри помещения, старайтесь расположиться возле капитальных стен здания ближе к окнам и выходам;
- не выделяйтесь своим поведением и внешним видом: не кричите, не требуйте ничего у террористов, не делайте резких движений;
- выполняйте все команды террористов, совершайте только разрешенные ими действия и не смотрите на них в упор;
- психологический настрой должен быть на спасение и понимание того, что помощь придет обязательно;

- при начале активных действий (штурм здания, самолета, вагона и т.п.) необходимо лечь на пол и закрыть голову руками;

- при явной угрозе гибели следует предпринять все возможное для спасения (бегство, прыжок из окна, нанесение поражающего повреждения террористу, завладение его оружием и т.п.).

В ряде случаев, ЛПУ могут оказаться в ЧС, связанных с угрозой взрыва, что обуславливает необходимость проведения экстренной эвакуации больных, персонала и имущества ЛПУ. Тактика действий персонала ЛПУ при возникновении таких ЧС изложена в разделе 3.10. настоящего руководства.

5.9. Структура травм, повреждений и заболеваний у пострадавших в чрезвычайных ситуациях различного характера

Анализ травматических повреждений нарушений здоровья у пострадавших в различных ЧС позволил разработать “Медико-тактическую классификацию травм, нарушений здоровья и их последствий у пострадавших в чрезвычайных ситуациях”, представленную в табл. 16. Эта классификация включает в себя 9 позиций и 56 видов (в том числе и подвидов) травм и нарушений здоровья, распределение их по механизму воздействия, характеру возникновения, скорости развития, степени тяжести и количеству пострадавших, привлечению сил и средств СМК для ликвидации последствий, исходу и влиянию травм на трудоспособность пострадавших.

Медико-тактическая классификация травм, нарушений здоровья и их последствий у пострадавших в чрезвычайных ситуациях

Позиция	Виды и характер травмы, нарушения здоровья, последствия
1. По виду травм, нарушению здоровья	1.1. Механические травмы 1.2. Термические травмы 1.3. Радиационные травмы 1.4. Химические травмы 1.5. Сочетанные травмы 1.6. Комбинированные травмы 1.7. Бактериальные заболевания 1.8. Психоневрологические нарушения 1.9. Соматические нарушения 1.10. Социальные травмы, вследствие социально-политических, социально-экономических и социально-нравственных инцидентов
2. По механизму воздействия	2.1. Механические травмы: - растяжения, ушибы, контузии, переломы (закрытые, открытые); - ранения (непроникающие, проникающие); - сотрясения головного мозга, тяжелые черепно-мозговые травмы (закрытые, открытые); - ушибы и разрывы спинного мозга; - синдром длительного раздавливания, шок, отрывы частей тела, разрывы внутренних органов; - повреждения органа зрения и ЛОР-органов. 2.2. Термические травмы: - тепловые усталость, дерматит, обморок, истощение, перегревание (гипертермия), ожоги; - ознобление; холодовой нейроваскулит, переохлаждение (гипотермия), отморожение. 2.3. Радиационные травмы: - лучевая реакция, местные лучевые поражения (дерматит, ожоги, катаракта, эпиляция); - лучевая болезнь (острая и хроническая); - тератогенное действие (выкидыши, смерть новорожденного, умственная отсталость); - в отдаленном периоде – лейкозы, опухоли, генные мутации, хромосомные aberrации. 2.4. Химические травмы:

- поражения АОХВ различных токсикологических групп;
- групповые (массовые) отравления окисью углерода, выхлопными газами, метаном и другими ОХВ, а также алкоголем и его суррогатами, медикаментами;
- в отдаленном периоде – субатрофические изменения дыхательных путей, пищеварительного тракта, гепато- и нефротоксический синдром, дерматиты, генные мутации, тератогенное действие.

2.5. Сочетанные травмы (поражение одним повреждающим фактором различных анатомических областей тела человека):

- ушиб грудной клетки и перелом бедра;
- торакоабдоминальное ранение;
- отморожение кистей рук и стоп;
- ожог лица, живота и бедер;
- множественные ранения
- другие сочетания.

2.6. Комбинированные травмы (поражения разными повреждающими (поражающими) факторами одной или нескольких анатомических областей тела человека). Прогностически они крайне неблагоприятны и требуют участия в лечении специалистов различного профиля. Примерами являются:

- травма + ожог + радиационное воздействие;
- травма + отморожение;
- травма + поражение АОХВ;
- травма + соматические + психические нарушения;
- другие комбинации.

2.7. Бактериальные заболевания:

- вспышечные инфекционные заболевания – пищевые токсикоинфекции (ОКИ, дизентерия, сальмонеллез, псевдотуберкулез и др.);
- вирусные инфекции (корь, гепатит, менингит и др.);
- особо опасные инфекции (холера, туляремия, сибирская язва и др.).

2.8. Психоневрологические нарушения:

- стрессовые и реактивные состояния, ситуационные реакции;
- неврастения и неврозы;
- психопатии и психозы;
- посттравматический стрессовый синдром.

2.9. Соматические нарушения:

	<ul style="list-style-type: none"> - отклонения в деятельности кардиореспираторной, пищеварительной, мочевыделительной систем и гуморальной регуляции; - изменения в кроветворении и в органах чувств; - гиповитаминозы, генетические и другие изменения. <p>2.10. Социальные:</p> <ul style="list-style-type: none"> - травмы и поражения вследствие террористических актов; - травмы и заболевания вследствие геноцида, этнических чисток и насильственного обнищания населения, пребывания в лагерях смерти и т.п. - травмы и поражения вследствие участия в несанкционированных митингах, шествиях, забастовках и при столкновениях на основе расовой, религиозной, национальной неприязни и т. п.
3. По характеру возникновения	<ul style="list-style-type: none"> 3.1. Техногенные 3.2. Биолого-социальные 3.3. Социально-бытовые 3.4. Социально-политические (социально-экономические) 3.5. Социально-нравственные 3.6. Природные 3.7. Экологические 3.8. Террористические
4. По скорости развития травм, течения заболеваний и их последствий	<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Острые травмы (заболевания). 4.2. Подострые заболевания (нарушения). 4.3. Хронические (вялотекущие) заболевания. 4.4. Рецидивирующие заболевания. 4.5. Отдаленные последствия, осложнения.
5. По степени тяжести травм, заболеваний и виду лечения	<ul style="list-style-type: none"> 5.1. Легкие – требующие медицинской помощи на месте ЧС и/или последующего амбулаторного лечения. 5.2. Средней тяжести – требующие амбулаторного или стационарного лечения. 5.3. Тяжелые – требующие стационарного лечения. 5.4. Крайне тяжелые – требующие активных реанимационных мероприятий и стационарного лечения. 5.5. Не совместимые с жизнью – требующие медицинского сопровождения.
6. По количеству пострадавших	<ul style="list-style-type: none"> 6.1. Локальные (объектовые) – от 4 до 10 человек. 6.2. Местные (муниципальные) – от 4 до 25 человек. 6.3. Субъектовые (территориальные) – от 25 до 250 чел. 6.4. Региональные (окружные) – от 250 до 500 человек. 6.5. Федеральные – более 500 человек.

	6.6. Трансграничные – более 3-5 тыс. человек.
7. По привлечению сил и средств СМК	7.1. Не требующие привлечения дополнительных сил и средств СМК извне. 7.2. Требуемые привлечения дополнительных сил и средств СМК субъектового уровня. 7.3. Требуемые привлечения сил и средств СМК федерального уровня. 7.4. Требуемые привлечения сил и средств СМК других государств.
8. По исходу	8.1. С полным выздоровлением. 8.2. С частичным выздоровлением. 8.3. Приведшие к инвалидности. 8.4. Вызвавшие летальный исход.
9. По влиянию на трудоспособность пострадавших	9.1. Не повлиявшие на трудоспособность пострадавшего. 9.2. Повлекшие утрату трудоспособности пострадавшего на срок до 4-х месяцев. 9.3. Ограничившие трудоспособность пострадавшего и требующие перевода его на более легкий труд. 9.4. Повлекшие утрату трудоспособности пострадавшего на срок более 4-месяцев и требующие перевода его на инвалидность.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ людских потерь в войнах XX века показывает, что наряду с вооруженными силами огромные потери несет и гражданское население. Так, в годы первой мировой войны потери среди гражданского населения составили 5%, во вторую мировую войну – 48% от общего числа людских потерь.

Это обстоятельство обусловило необходимость создания системы защиты населения на случай войны. Такая система была создана в октябре 1932 г. в виде местной противовоздушной обороны (МПВО), в состав которой входила медико-санитарная служба. В связи с появлением ракетно-ядерного оружия и расширением задач по защите населения в июле 1961 г. МПВО была реорганизована в гражданскую оборону (ГО), а медико-санитарная служба – в медицинскую службу ГО (МСГО).

Но по мере совершенствования средств вооруженной борьбы потери гражданского населения возрастали. Это подтверждают войны в Корее, Вьетнаме, Чечне (1994-1996г.г.) и агрессия Грузии в Южной Осетии (2008 г.), в которых такие потери составляли от 84 до 95-97%..

В конце XX века произошел решительный поворот к разработке новых форм и способов ведения вооруженной борьбы. В связи с этим в концепции современных войн решающая роль отводится высокоточному оружию и оружию, основанному на новых физических принципах. Применение такого оружия направлено на разрушение промышленных и военных объектов, что, в определенной степени, снижает потери среди гражданского населения. В то же время, как показывает опыт войны в Югославии, где это оружие применялось, соотношение погибших военных к гражданскому населению составило 1:15.

С учетом указанных обстоятельств, в современных условиях важная роль в системе национальной безопасности отводится мероприятиям ГО, направленным на повышение устойчивости тыла, сохранение социально-

экономического потенциала страны и сохранение жизни и здоровья гражданского населения в военное время (в особый период). Медицинское обеспечение населения, пострадавшего в ходе военных действий или вследствие этих действий, возложено на ГО в сфере здравоохранения (ГОЗ). Оно включает в себя проведение комплекса организационных, лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья пострадавшего населения, осуществление мероприятий по медицинскому снабжению формирований и учреждений ГОЗ, а также проведение мероприятий по медицинской защите населения от поражающих факторов современных средств боевого воздействия.

6.1. Задачи, структура и основы работы гражданской обороны в сфере здравоохранения

Основными задачами ГО в сфере здравоохранения являются:

1. Оказание всех видов медицинской помощи пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий населению с целью быстрого возвращения его к труду, максимального снижения у него инвалидности и летальности.
2. Проведение полного комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых поражений, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, а при их развитии – на локализацию, ликвидацию и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
3. Организация снабжения формирований и учреждений ГОЗ медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом.
4. Проведение комплексных мероприятий по защите больных и персонала ГОЗ от воздействия поражающих факторов современного боевого оружия и всевозможных катастроф в военное время.

5. Обеспечение систематической и планомерной подготовки медицинского персонала к выполнению своих обязанностей в особый период.

6. Обучение населения приемам и способам оказания первой помощи пострадавшим, а также правилам их адекватного поведения в особый период.

7. Проведение учета и отчетности, осуществление аналитической деятельности.

Организационно в структуру ГОЗ входят: руководство, органы управления, силы и средства.

Руководство представлено начальниками ГОЗ:

- в Российской Федерации – Министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

- в субъекте РФ – руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ;

- в городах областного подчинения – руководителями органов управления здравоохранением администрации муниципальных образований или главными врачами центральных городских больниц (ЦГБ);

- в сельских районах – заведующими отделами (управлениями) здравоохранения администрации муниципальных образований или главными врачами центральных районных больниц (ЦРБ);

- в учреждениях здравоохранения (УЗ) и на объектах экономики – соответственно, руководителями УЗ и заведующими здравпунктами (медпунктами) объектов экономики.

Органы управления ГОЗ представлены штабами ГОЧС. Они создаются при соответствующих начальниках ГОЗ, должны находиться в постоянной готовности к решению возложенных задач и обязаны:

- разрабатывать и корректировать План медицинского обеспечения населения территорий на военное время, а в УЗ – План ГО;

- осуществлять специальную подготовку медицинского персонала и медицинскую подготовку населения к действиям в особый период;

- создавать формирования и учреждения ГОЗ в соответствии с планом-заданием и поддерживать их в постоянной готовности;
- создавать, хранить и освежать оперативно-тактический резерв медицинского имущества, объемы которого определяются планом-заданием;
- организовывать взаимодействие с ведомственными медицинскими службами и другими службами ГО территорий;
- создавать надежную систему управления, оповещения и связи;
- разрабатывать вопросы медицинского обеспечения эвакуации и рассредоточения населения;
- отрабатывать вопросы перевода здравоохранения на работу в условиях особого периода;
- совершенствовать организацию и тактику действий сил и средств ГОЗ;
- формировать и совершенствовать систему безопасности функционирования УЗ, в целом, формирований и учреждений ГОЗ, в частности, в условиях особого периода.

Для решения неотложных задач по организации управления силами и средствами ГОЗ в особый период, контроля выполнения мероприятий при переводе на работу в различные степени готовности ГО и обеспечения надежного взаимодействия с другими структурами ГО при штабах ГОЧС создаются оперативные группы, на которые возложены следующие задачи:

1. Установление связи и взаимодействия с:

- Министерством здравоохранения и социального развития РФ, агентствами, входящими в его структуру, федеральными и ведомственными УЗ;
- органами исполнительной власти субъектов РФ и их муниципальных образований;
- руководителями УЗ, дислоцированных на территории;
- МЧС России, его Главным управлением по субъекту РФ, управлениями (отделами) МЧС в муниципальных образованиях;

- оперативными службами, учреждениями и предприятиями в зоне ответственности.

2. Организация подготовки защитных сооружений в ЛПУ для укрытия персонала и больных.

3. Разработка проектов решений штаба ГОЧС УЗ о состоянии готовности учреждения к выполнению возложенного задания на особый период, обеспечении созданных формирований и учреждений ГОЗ медицинским имуществом и оборудованием, продовольствием и иными средствами для их устойчивой работы в особый период по назначению и созданию надлежащего санитарно-эпидемиологического благополучия.

Органы управления здравоохранением страны, субъектов РФ и городов, отнесенных к категориям по ГО, составляющие основу штаба ГОЧС в особый период, выполняют свои задачи на загородном запасном пункте управления (ЗПУ). В одном из муниципальных образований загородной зоны субъекта РФ создается и отрабатывается дублер штаба ГОЧС, который берет на себя функции органа управления здравоохранением при выходе основного штаба из строя или при потере связи с ним.

Силы ГОЗ представлены создаваемыми формированиями и учреждениями для оказания медицинской помощи населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий, и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых потерь. Комплекуются формирования и учреждения ГОЗ за счет граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ) и состоящих на специальном воинском учете, и граждан, не состоящих на воинском учете. Учитываются при комплектовании сил ГОЗ и ГПЗ, состоящие на общем воинском учете, входящие в структуру свободных ресурсов.

В случае необходимости и дефиците сил ГОЗ к оказанию медицинской помощи пораженному населению могут привлекаться все кадровые ресурсы УЗ, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности, в

том числе и не включенные в состав ГОЗ (пенсионеры, медицинский персонал, работающий в других отраслях экономики).

Средства ГОЗ – это медицинское, санитарно-хозяйственное, специальное имущество и оборудование, санитарный и иной транспорт. Комплектование формирований и учреждений ГОЗ медицинским имуществом и оборудованием осуществляется за счет:

- текущего снабжения, то есть имущества повседневного обеспечения УЗ в мирное время;

- имущества мобилизационного резерва, содержащегося на складах медицинских центров (МЦ) «Резерв» и получаемого на основании задания по развертыванию формирований и учреждений ГОЗ, дополнительных специализированных больничных коек, развертывания коек для лечения раненых и пораженных от оружия массового поражения по предъявлению доверенностей, заверенных руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ;

- медицинского имущества оперативно-тактического резерва, создаваемого УЗ согласно плану на случай возникновения ЧС мирного времени.

В основу создания, комплектования и обучения сил и средств ГОЗ положены следующие основные принципы:

- 1. Территориально-производственный** – органы управления, формирования и учреждения ГОЗ создаются на базе существующих в мирное время территориальных органов управления и учреждений здравоохранения с максимальным использованием людских и материальных ресурсов.

- 2. Универсализма подготовки** – органы управления, формирования и учреждения ГОЗ готовятся к реальной работе во всех возможных очагах массового поражения (ядерном, химическом, биологическом, механическом, термическом, комбинированном и др.).

- 3. Функционального предназначения** – формирования и учреждения ГОЗ предназначаются для оказания определенного вида и свойственного ему

объема медицинской помощи раненым и больным из числа гражданского населения, пострадавшего в ходе военных действий или вследствие этих действий.

Основные принципы организации оказания медицинской помощи пораженным и больным в системе ГО представлены на рис. 9:



Рис. 9. Основные принципы организации медицинской помощи в системе гражданской обороны

Формирования ГО, создаваемые в интересах здравоохранения подразделяются на 3 группы:

1. Объектовые формирования, создаются в учреждениях и организациях немедицинского профиля и предназначаются для оказания первой медицинской помощи (ПМП) и проведения простейших санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. К ним относятся санитарные посты (СП), санитарные дружины (СД), отряды санитарных дружин (ОСД). В их состав **не включаются** лица, имеющие медицинское образование, а также студенты старших курсов высших и средних медицинских образовательных учреждений.

2. Формирования, создаваемые на базе лечебно-профилактических учреждений – отряды первой медицинской помощи (ОПМ), подвижные госпитали (хирургический – ХПГ, токсико-терапевтический – ТТПГ, инфекционный – ИПГ), бригады специализированной медицинской помощи (БСМП) и их отряды (ОСМП).

3. Формирования, создаваемые на базе санитарно-эпидемиологических учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора) – специализированные противоэпидемиологические бригады (СПЭБ), санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО), санитарно-эпидемиологические бригады (СЭБ) и группы санитарно-эпидемиологической разведки (ГСЭР). Из числа СЭБ комплектуются эпидемиологические бригады (ЭБ), радиологические бригады (РБ), санитарно-гигиенические (токсикологические) бригады (СГ(Т)Б). СЭО формируются за счет функционального объединения ЭБ, РБ и СГ(Т)Б. Санитарно-эпидемиологические учреждения, не имеющие возможностей создания СЭО формируют только СЭБ, а не способные сформировать СЭБ комплектуют расширенные ГСЭР.

Все формирования ГОЗ, за исключением СП, являются подвижными.

Санитарный пост (СП) - создается на объектах экономики из расчета один пост на 200 работающих (обучающихся), из сотрудников предприятий, учреждений, в том числе образовательных, и других организаций различной формы собственности, а при численности работающих менее 200 человек – один СП на объект. Состоит СП из 4-х человек, которые на оснащении имеют медицинскую аптечку, санитарные носилки, две лямки к ним и средства индивидуальной защиты. За 1 час работы персонал СП способен оказать ПМП 10 раненым и пораженным (без розыска и выноса). В мирное время персонал СП целесообразно привлекать к оказанию ПМП пострадавшим при производственных травмах и для проведения оздоровительных мероприятий среди рабочих и служащих объекта экономики.

Санитарная дружина (СД) – создается также на объектах экономики в составе: командир, связной (он же завхоз), шофер и 5 звеньев по 4 человека в каждом. Всего в составе СД 23 человека. СД предназначены для оказания ПМП в очагах поражения, способны работать как самостоятельно, так и в составе формирований и учреждений ГОЗ, либо объединяться в ОСД, состоящий из 4-5 СД. Для перевозки личного состава и имущества к СД приписывается автомобильный транспорт (автобус), по возможности, от объекта экономики ее формирующего.

Оснащение СД: сумки санитарные, противохимические и перевязочные пакеты, защитная одежда, противогаз (приобретаются за счет предприятий, учреждений ее формирующих). Специальная подготовка СД проводится силами медицинского персонала территорий. Основными формами подготовки являются практические занятия, штабные тренировки и тактико-специальные учения. СД способна за 10 часов работы в очаге поражения оказать ПМП 500 пострадавшим. При проведении противозидемических мероприятий в очаге биологического поражения за одной СД закрепляется территория с населением 1500 человек на весь период ее работы в очаге.

Отряд первой медицинской помощи (ОПМ) – формирование повышенной готовности, предназначенное для приема, медицинской сортировки, проведения частичной специальной обработки пораженных (пострадавших), оказания им первой врачебной помощи, осуществления временной изоляции инфекционных и психоневрологических больных, а также для подготовки раненых и пораженных к дальнейшей эвакуации. Создается ОПМ на базе ЛПУ, как правило, амбулаторно-поликлинического профиля. По штату в состав ОПМ входит 143 человека, в т. ч. 9 врачей, 38 медицинских сестер и фельдшеров и 2 СД. Структура ОПМ представлена управлением и 8 отделениями.

Управление ОПМ представлено начальником отряда, заместителями по массовым формированиям и воспитательной работе, радистом и шофером. В ОПМ развертывают следующие функциональные отделения: приемно-

сортировочное, частичной специальной обработки, оперативно-перевязочное, госпитальное, эвакуационное, лабораторное, медицинского снабжения (аптека) и хозяйственное, которое оборудует морг.

Укомплектованный и оснащенный ОПМ за 24 часа работы способен выполнить полный объем решаемых задач для 500-1000 раненых и пораженных.

Инфекционный подвижной госпиталь (ИПГ) – комплектуется из персонала ЛПУ инфекционного профиля по типовому штату и предназначен для проведения лабораторной индикации биологических (бактериальных) средств, оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, лечения инфекционных больных и оказания консультативной помощи медицинскому персоналу, работающему в очагах инфекционных заболеваний. Численность личного состава ИПГ 138 человек, из них 17 врачей, 42 средних медицинских работника и прочего персонала – 79 человек.

ИПГ имеет свой палаточный фонд, в котором разворачиваются приемно-диагностическое и два лечебно-диагностических отделения, клиничко-диагностическая и бактериологическая лаборатории. В его составе обязательны аптека, обмывочно-дезинфекционное, хозяйственное, транспортное отделения и столовая. При разворачивании в инфекционном очаге ИПГ способен обеспечить специализированное лечение 200 больных в течение месяца, а в очаге особо опасных инфекций его емкость сокращается до 100 коек без изменения штатной структуры.

Автомобильной техникой ИПГ укомплектовывается в количестве 13 единиц (1 легковой и 8 грузовых автомобилей, 1 мотоцикл, 1 санитарный автобус, 1 санитарно-бактериологическая лаборатория и 1 автоцистерна). ИПГ прилагаются по одному дезинфекционно-душевому автомобилю (ДДА) и дезинфекционно-душевому прицепу (ДДП).

ИПГ прекращает свою деятельность после выписки выздоровевших больных, проведения заключительной дезинфекции, обсервации и полной санитарной обработки медицинского и обслуживающего персонала.

Хирургический подвижной госпиталь (ХПГ) – комплектуется персоналом многопрофильной больницы, имеющей в своем составе хирургические отделения, и предназначен для оказания хирургической помощи, в основном по жизненным показаниям, и последующего лечения населения, пострадавшего в ходе ведения военных действий или вследствие этих действий. Развертывается в палатках на 300 коек.

В составе госпиталя работает 173 человека, из них 15 врачей (в том числе 8 хирургов), 65 – среднего медицинского персонала, 50 – младшего и 43 человека из числа прочего персонала.

Срок готовности ХПГ к приему пораженных – 3 часа после прибытия к месту развертывания, а полная готовность – 6-8 часов. В составе госпиталя – управление, медицинская часть, отдел материально-технического обеспечения и основные лечебно-диагностические отделения – приемно-эвакуационное отделение, первое хирургическое отделение с операционно-перевязочным блоком, реанимационной палатой и палатой интенсивной терапии, второе и третье хирургические отделения с палатами интенсивной терапии. Вспомогательными подразделениями являются: рентгеновский кабинет, лаборатория, физиотерапевтический кабинет, аптека и морг. Имеются хозяйственное отделение и электростанция.

Техника представлена 15 автомобилями (2 легковых, 12 грузовых, 1 санитарный автобус), 2 автоцистернами и 2 ДДА..

Токсико-терапевтический подвижной госпиталь (ТПГ) – комплектуется персоналом токсикологических центров или многопрофильных больниц, имеющих в своем составе терапевтические отделения. Он предназначен для оказания специализированной медицинской помощи пораженным боевыми отравляющими и аварийно-опасными химическими веществами с их последующим лечением. Госпиталь развертывается на 300 коек в палатках. Количество личного состава ТПГ – 171 человек, из них 18 врачей (в том числе 11 терапевтов-токсикологов, 2 анестезиолога-

реаниматолога), 47 средних, 60 младших медицинских работников и 46 человек прочего персонала.

В своем составе ТТПГ имеет управление, медицинскую часть, отделение материально-технического обеспечения и лечебно-диагностические отделения – приемно-эвакуационное, два терапевтических, психоневрологическое, стоматологическое и физиотерапевтическое. Имеются рентгеновский кабинет, лаборатория, аптека, морг, хозяйственное отделение и электростанция. Готовность к приему пораженных – 2 часа с момента прибытия к месту разворачивания, а срок полной готовности – 3 часа.

ТТПГ приписывается автотранспорт в количестве 20 единиц (2 легковых и 12 грузовых автомобилей, 1 санитарный автобус, 1 прицеп-фургон для подвоза хлеба, 2 автоцистерны и 2 ДДА).

Бригада специализированной медицинской помощи (БСМП) – создается на базе высших образовательных учреждений медицинского профиля, многопрофильных и монопрофильных городских, областных и республиканских больниц. Состав: 2 врача-специалиста, 2 медсестры и водитель. Предназначены для усиления больниц ГО с целью оказания специализированной медицинской помощи пораженным и больным, пострадавшим в ходе ведения военных действий или вследствие этих действий. В отдельных случаях БСМП могут придаваться ОПМ для временной работы по усилению оказания первой врачебной помощи, особенно в первые сутки поступления массового потока пораженных. Профиль бригады определяется специальностью врачей, включенных в их состав (общехирургическая, травматологическая, нейрохирургическая, анестезиологическая, токсико-терапевтическая, акушерско-гинекологическая, офтальмологическая, трансфузиологическая, психоневрологическая и др.). Бригады могут создаваться по 17 профилям. Оснащение БСМП производится согласно таблице оснащения за счет учреждения-формирователя. Имущество должно храниться в укладках, и быть в готовности к немедленному использованию.

Возможности БСМП находятся в прямой зависимости от профиля бригады. Так, БСМП хирургического профиля за 10 часов работы может выполнить 10-12 хирургических вмешательств.

Отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП) – формируется при необходимости и состоит из 8 БСМП и управления. В составе управления – начальник, его заместитель, шофер.

Мобильные формирования, создаваемые в сети Роспотребнадзора и предназначенные для работы в очагах массовых потерь военного времени аналогичны по структуре и решаемым задачам формированиям ВСМК, используемым в очагах ЧС мирного времени. Их структура и задачи изложены в разделе 3.1. настоящего руководства.

К **учреждениям ГОЗ** относят больницы ГО (головные, многопрофильные, профилированные), станции (институты) переливания крови, станции скорой медицинской помощи, бюро судебно-медицинской экспертизы, ЦГиЭ в субъектах РФ, склады медицинского снабжения, аптеки и образовательные учреждения по подготовке медицинского персонала. Они предназначены для организации оказания специализированной медицинской помощи пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий населению, обеспечения учреждений ГОЗ медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом и для подготовки персонала с целью последующего использования его в целях ГОЗ. Исходя из опыта прошедших войн, в специализированной медицинской помощи нуждается до 30% пострадавших от огнестрельного оружия, до 50% - из ядерного очага, до 70% - из химического очага и до 100% - из очага бактериологического поражения.

В военное время в субъектах РФ развертывается **больничная база (ББ) ГО**. Она включает в себя:

- существующие в загородной зоне ЛПУ, доразвертывающиеся до объемов мобилизационного задания в больницы ГО;
- ЛПУ категорированных городов, также доразвертывающиеся до больниц ГО, а при необходимости, эвакуирующиеся в загородную зону;

- лечебно-эвакуационные направления (ЛЭН) – это пути эвакуации (автомобильные, железнодорожные, авиационные и водные), проходящие через территории нескольких сельских муниципальных образований с развернутой на них сетью учреждений ГОЗ.

Общая коечная емкость ББ ГО определяется существующим коечным фондом здравоохранения субъекта РФ мирного времени и дополнительно развертываемой, согласно заданию на особый период, специализированной коечной сетью. Структура ГОЗ складывается из следующих учреждений и формирований:

- **многопрофильные больницы (МПБ) ГО** – их, как правило, создают наиболее крупные ЛПУ (областные, городские больницы, диспансеры, ЦГБ, ЦРБ), имеющие в своем составе хирургические отделения;

- **профилированные больницы (ПБ) ГО** – создаются на базе специализированных ЛПУ существующей сети здравоохранения мирного времени (терапевтические, инфекционные, противотуберкулезные, офтальмологические, кожно-венерологические, психоневрологические и др.).

МПБ ГО включают в свой состав различные виды лечебно-диагностических отделений хирургического и терапевтического профилей, исходя из штатных возможностей персонала, закрепленного (забронированного и привлекаемого) за больницей, и прогнозируемой структуры ранений, травм и заболеваний у населения, способной развиваться (обостриться) у него при ведении военных действий или вследствие этих действий на обслуживаемой территории. В числе таких отделений могут быть приемно-сортировочное, хирургическое, травматологическое, ожоговое, нейрохирургическое, (либо объединенное – общехирургическое), анестезиолого-реаниматологическое, терапевтическое, кардиологическое, пульмонологическое, (общетерапевтическое), психоневрологическое, родильное, педиатрическое, гинекологическое, поликлиническое, рентгенологическое (рентген-кабинет), физиотерапевтическое, лабораторное, медицинского снабжения и другие, в том числе «узкоспециализированные»

(офтальмологическое, ЛОР, челюстно-лицевое и т.п.). Помимо вышеуказанных отделений МПБ, создаваемые на базе ЦРБ (ЦГБ), обязательно включают в свой состав отделение скорой медицинской помощи и инфекционное отделение. При развертывании МПБ ГО следует стремиться к увеличению числа хирургических коек до 65-75%.

Из числа ЦРБ, расположенных на основных транспортных магистралях вблизи категорированных городов для руководства организацией оказания медицинской помощи пораженным внутри каждого ЛЭН, определяют **головные больницы (ГБ) ГО**. В целях рационального распределения потоков пораженных по учреждениям ЛЭН головная больница развертывает **медицинский распределительный пункт (МРП)**, с возложением на него следующих задач:

- выделение транспорта для эвакуации тяжело больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

- эвакуация пораженных и больных с учетом расположения больниц ББ ГО, их специализации и равномерной загрузки.

- учет поступивших и направленных пораженных и больных с последующей информацией начальников ГОЗ соответствующих уровней.

В состав МРП включают врача, медицинскую сестру и 6 сандружинниц. На месте развертывания МРП оборудуют высокую платформу, к которой подъезжает автомобиль с ранеными и где производится внешний осмотр пострадавших, ознакомление с медицинской документацией, при необходимости, оказывается неотложная помощь. На МРП устанавливается указатель остановки транспорта и оборудуется место отдыха его персонала. С МРП пострадавших направляют в больницы ББ ГО в зависимости от профиля поражения, ранения, заболевания. Водителю автомобиля выдается маршрутный лист, в котором указывается адрес необходимой больницы.

В числе **профилированных больниц** создаются терапевтические, психоневрологические, туберкулезные, акушерско-гинекологические, инфекционные, офтальмологические, реабилитационные и другие больницы.

При создании терапевтических больниц необходимо предусмотреть функционирование различных отделений этого профиля, исходя из возможностей ЛПУ мирного времени, на базе которого создается ПБ ГО.

В структуре МПБ и ПБ ГО обязательно развертывание хозяйственных подразделений и пищеблока, а при создании их на базе ЦГБ (ЦРБ) и морга.

МПБ и ПБ ГО, при необходимости, выставляют при въезде в больницу **временный распределительный пост (ВРП)**, в составе фельдшера и 2-3 сандружинниц, с которого больные направляются в приемно-сортировочное отделение (где оборудуется и отделение специальной обработки), либо непосредственно в лечебно-диагностические отделения больниц.

При развертывании больниц ГО на базе существующих ЛПУ следует предусмотреть, при необходимости, использование под палаты рекреаций и подсобных помещений, а, в крайнем случае, использование под больницы общественных зданий круглогодичного функционирования (школы, детские сады, клубы и т.п.) из расчета не менее 3 м² на одну койку.

В целях приема (отправки) и временного размещения пораженных и больных, эвакуируемых различными видами транспорта, на вокзалах, пристанях, аэропортах необходимо предусмотреть развертывание **эвакуационных приемников (ЭП)**. Они включают в себя сортировочно-эвакуационное, хозяйственное отделения и перевязочную для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшему (пораженному) населению. Развертывание ЭП возлагается на ведомственные медицинские службы, а при их отсутствии – на муниципальное здравоохранение.

Станция (подстанции) скорой медицинской помощи, как учреждение с входящими в его состав бригадами, работают в особый период по своему прямому предназначению, а при осуществлении эвакуации населения категорированных городов в загородную зону выполняют задачи по ее медицинскому обеспечению. После завершения этого мероприятия бригады эвакуируются в загородную зону, оставляя часть из них в категорированном

городе для медицинского обеспечения персонала работающих смен предприятий.

ЦГиЭ в структуре ГОЗ включены в состав Сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК) и помимо мобильных формирований санитарно-эпидемиологического профиля, создают головные и низовые лаборатории СНЛК (бактериологические, радиологические и санитарно-токсикологические).

Головные лаборатории СНЛК, как правило, создаются на базе ЦГиЭ, а низовые – на базе его филиалов, работающих на территории субъекта РФ.

Головные лаборатории являются подразделениями повышенной готовности (со сроком готовности 6-8 часов) и осуществляют:

- установление вида примененных БС (бактерий, вирусов, риккетсий, грибков, токсинов) в пробах, отобранных из объектов внешней среды, а также в материалах от больных и трупов людей (специфическая индикация);

- количественное определение токсических веществ в продуктах питания, пищевом сырье, питьевой воде, на медикаментах и медицинском имуществе в подведомственных здравоохранению объектах;

- санитарную экспертизу продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды, зараженных РВ, АОХВ и БС, с выдачей заключения о пригодности их для использования населением;

- сбор, обобщение и анализ информации о заражении РВ, АОХВ и БС продуктов питания, пищевого сырья, питьевой воды;

- санитарный надзор на обслуживаемой территории и ведение санитарно-эпидемиологической разведки в очагах массового поражения;

- определение уровней радиоактивного загрязнения местности;

- участие в выработке рекомендаций по обеспечению режима защиты и поведения населения в очагах заражения РВ, АОХВ и БС;

- разработку нормативных документов и ведение методического руководства низовыми лабораториями;

- подготовку (переподготовку) специалистов лабораторий.

Низовые лаборатории осуществляют:

- проведение санитарно-эпидемиологической разведки на обслуживаемой территории с отбором проб из объектов внешней среды и доставкой их в головную лабораторию для специфической индикации БС;
- лабораторный контроль зараженности БС (в том числе и особо-опасными инфекциями) продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды на объектах здравоохранения;
- отбор проб продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды, зараженных РВ, АОХВ, БС и доставка их в головные лаборатории для лабораторных исследований;
- определение уровней радиоактивного загрязнения местности.

Для обеспечения непрерывности и устойчивости функционирования СНЛК, главным государственным санитарным врачом субъекта РФ совместно с главным врачом ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъекте РФ определяются дублиеры головных лабораторий из числа филиалов ЦГиЭ, способных при осложнении обстановки взять на себя функции руководства службой.

Все формирования и учреждения, входящие в структуру ГОЗ, независимо от выполняемых задач обязаны иметь:

- список персонала, в том числе по структурным отделениям;
- схемы оповещения и сбора персонала в рабочее и нерабочее время;
- схему развертывания структурных подразделений;
- план эвакуации в загородную зону (для УЗ категорированных городов) и схемы маршрутов движения в загородную зону;
- схему организации связи и взаимодействия с органами управления, формированиями и учреждениями ГОЗ, расположенными в пределах ЛЭН, ведомственными медицинскими службами, другими службами ГОЧС территорий и организациями, обеспечивающими устойчивость функционирования формирований и учреждений ГОЗ при возникновении ЧС;
- функциональные обязанности для персонала всех категорий;
- инструкции, журналы регистрации и справочные материалы.

6.2. Медицинское обеспечение эвакуации населения в системе гражданской обороны

В связи с изменениями концепции ведения войн, произошедшими в последние десятилетия, и переносом акцента с использования ядерного на высокоточное оружие и оружие, основанное на новых физических принципах, вероятность значительного разрушения жилищного фонда и массового поражения мирного населения снижается. Применение высокоточного оружия направлено, прежде всего, на промышленные и военные объекты. Однако гибель части гражданского населения при этом все же неизбежна (например, в Югославии соотношение погибших военных и гражданских лиц составило 1:15). Поэтому равноценной альтернативы эвакуации населения, проживающего как в категорированных городах, так и вблизи потенциально опасных, в плане разрушения, объектов экономики, как способа его защиты, не существует. Отсюда важная роль в процессе организации эвакуации населения в загородную зону (ЗЗ) отводится медицинскому обеспечению этих мероприятий.

Опыт локальных войн и военных конфликтов свидетельствует, что при разрушении крупных городов, за их границами возможна концентрация не только «организованного» эвакуируемого населения, но и больших по численности групп вынужденных переселенцев, прибывающих в результате стихийной миграции и не имеющих крова, продуктов питания и предметов первой необходимости для обеспечения жизнедеятельности. Проживание такого контингента (в основном старики, женщины и дети) в местах временного расселения может принять долговременный характер.

Медицинское обеспечение этого контингента в начальный период предусмотрено, согласно федеральному закону «О гражданской обороне», в виде экстренных медицинских мероприятий первоочередного жизнеобеспечения населения и включает оказание первой медицинской помощи раненым и больным с их последующей, при необходимости, эвакуацией в ЛПУ, обеспечением медикаментами и проведением санитарно-

противоэпидемических мероприятий в местах временного расселения. В дальнейшем медицинское обеспечение эвакуированного населения (в том числе и беженцев) должно строиться на долговременной основе в соответствии с действующим в стране принципом медицинского обслуживания по месту жительства.

Приводим определение и сущность основных понятий, используемых при изложении настоящего раздела.

Эвакуация населения – комплекс мероприятий по организованному вывозу всеми видами имеющегося транспорта и выводу пешим порядком населения из категорированных городов с целью последующего размещения, проживания его в загородной зоне и организации в ней трудовой деятельности.

Рассредоточение населения – комплекс мероприятий по организованному вывозу из категорированных городов и размещению в загородной зоне для проживания и отдыха рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих свою деятельность в условиях особого периода.

Загородная зона – территория, в пределах административных границ субъекта РФ, расположенная вне зон возможных разрушений от воздействия современных средств боевого поражения, вне очагов радиоактивного химического или биологического поражения, за пределами зон катастрофического затопления и заблаговременно подготовленная для размещения, проживания, первоочередного жизнеобеспечения, организации трудовой деятельности эвакуируемого населения и персонала объектов социально-экономической сферы.

Эвакуация сопровождается массовым перемещением людей, что обуславливает возможность возникновения у них заболеваний, травм, ухудшения санитарно-эпидемиологической обстановки и, следовательно, необходимость всестороннего медицинского обеспечения этого мероприятия. Кроме того, большое значение должно придаваться организации эвакуации УЗ из категорированных городов и медицинскому обеспечению

рассредоточиваемого персонала работающих смен предприятий, продолжающих свое функционирование в городах в военное время.

Непосредственное осуществление мероприятий по организации подготовки и проведению эвакуации населения и материальных ценностей возложено на эвакуационные органы (эвакуационные комиссии – ЭК) территорий, которые работают под руководством органов исполнительной власти различных уровней и во взаимодействии с управлениями МЧС России. В состав ЭК обязательно включается представитель здравоохранения, который организывает проведение медицинского обеспечения эвакуируемого населения и порядок проведения эвакуации УЗ.

Медицинское обеспечение эвакуации населения:

- организуется по территориально-производственному принципу и возложено на руководителей органов управления здравоохранением (начальников ГОЗ) муниципальных образований субъекта РФ;

- включает проведение организационных, лечебно-диагностических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на охрану жизни и здоровья эвакуируемого населения, своевременное оказание медицинской помощи заболевшим или получившим в ходе эвакуации травмы, а также на предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди населения.

При проведении эвакуационных мероприятий на ГОЗ возлагаются следующие задачи:

- организация медицинского обеспечения населения в процессе эвакуации и в местах его расселения;
- вывод формирований ГОЗ в ЗЗ;
- эвакуация УЗ из категорированных городов в ЗЗ;
- организация лечения нетранспортабельных больных;
- развертывание коечного фонда в ЗЗ за счет эвакуированных больниц;
- организация медицинского обеспечения рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих работу в военное время;

- защита персонала УЗ и больных от поражающих факторов современных средств ведения боевых действий.

Для решения указанных задач проводятся следующие мероприятия:

- развертывание и организация работы медицинских пунктов (МП) в целях оказания неотложной медицинской помощи раненым и больным из числа эвакуируемых на сборных эвакуационных пунктах (СЭП), пунктах посадки (ПП), на маршрутах эвакуации, промежуточных пунктах эвакуации (ППЭ), пунктах высадки (ПВ), приемных эвакуационных пунктах (ПЭП) и в местах расселения населения;

- осуществление санитарно-эпидемического надзора и контроля за проведением эвакуационных мероприятий, санитарно-гигиеническим состоянием мест размещения эвакуированного населения, организацией его питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания, как в ходе эвакуации, так и в местах расселения;

- медицинское обеспечение нетранспортабельных больных, размещенных в защищенных стационарах ЛПУ категорированных городов;

- организация работы МП на объектах экономики, продолжающих свою деятельность в особый период, в целях медицинского обеспечения персонала работающих смен;

- непрерывное наблюдение за эпидемиологической обстановкой, активное выявление инфекционных больных, их изоляция, лечение и выполнение других противоэпидемических мероприятий;

- снабжение МП на путях эвакуации и УЗ, привлекаемых для медицинского обеспечения населения в ходе его эвакуации, необходимым медицинским имуществом;

- эвакуация медицинского персонала, членов их семей, транспортабельных больных, медицинского имущества и оборудования УЗ категорированных городов.

Успешное выполнение задач по медицинскому обеспечению эвакуационных мероприятий достигается заблаговременным четким

планированием. Для его осуществления штабы ГОЧС органов управления и учреждений здравоохранения должны располагать определенными исходными данными, которые получают от территориального органа управления МЧС России. Исходные данные включают в себя:

- численность эвакуируемого населения (в том числе количество детей и детских учреждений) в целом по категорированному городу и отдельно по его административным округам;
- количество, места расположения и пропускную способность СЭП;
- маршруты и способы эвакуации населения;
- места расположения ПП и количество эвакуируемого населения в каждой автоколонне (железнодорожном составе, теплоходе и т.п.);
- дислокацию ППЭ и ПВ;
- районы расселения и численность подлежащего расселению населения.

На основании полученных сведений органы управления здравоохранением определяют потребность в различных категориях медицинского персонала, в медицинских средствах и санитарном транспорте для обслуживания населения на путях эвакуации.

Медицинское обеспечение эвакуационных мероприятий осуществляется на СЭП, ПП, в пути следования, на ППЭ, в местах больших и малых привалов, в ПВ и в местах расселения населения. Организация медицинского обеспечения на СЭП, ПП возлагается на начальника ГОЗ категорированного города, а в пути следования, на ППЭ, ПВ, эвако-приемных пунктах и местах расселения – на начальника ГОЗ соответствующего сельского района ЗЗ.

На СЭП и ПП в специально выделенных помещениях развертываются МП, работающие круглосуточно до окончания эвакуации.

На ПП, организуемых на железнодорожных станциях, морских и речных вокзалах (пристанях), крупных аэропортах, МП оснащаются, как правило, за счет сил и средств ведомственных медицинских служб.

На медицинские пункты, создаваемые при СЭП и ПП выделяется медицинский персонал из расчета: 2 средних медицинских работника, 1

санитарка, 1 дезинфектор в смену. В отдельных случаях предусматривается выделение врача. Для доставки в ближайший медицинский стационар остро заболевших и лиц, получивших в ходе эвакуации травмы, а также престарелых граждан и детей с матерями, МП оснащается санитарным автомобилем с врачебной (фельдшерской) бригадой (рис. 10).



Рис. 10. Структура медицинского пункта, создаваемого на сборных эвакуационных пунктах и пунктах посадки

Предполагаемая потребность в стационарном лечении среди эвакуируемого населения, рассредоточиваемых рабочих и служащих в процессе проведения эвакуационных мероприятий может составить примерно 1-2 человека на 1000 эвакуируемых.

МП, развернутые на путях эвакуации, обеспечиваются имуществом для оказания медицинской помощи теми ЛПУ, за счет которых они создаются. Персонал таких МП должен быть подготовлен по вопросам оказания неотложной медицинской помощи, выявления и изоляции инфекционных больных, в особенности среди детских контингентов, а также по вопросам принятия простейших управленческих решений.

Для медицинского обеспечения населения, эвакуируемого на большие расстояния автомобильными колоннами, железнодорожными эшелонами, морскими и речными судами в состав колонн, эшелонов, судов включают 2-х средних медицинских работников (из числа подлежащих эвакуации) с соответствующим оснащением. Они в пути следования обязаны быть

готовыми к оказанию доврачебной помощи, организации выявления и изоляции инфекционных больных и контактировавших с ними лиц.

При пешей эвакуации в каждую колонну численностью 500 человек выделяется один средний медицинский работник. Кроме того, к медицинскому обеспечению пеших колонн привлекаются ЛПУ, расположенные на путях эвакуации. Места расположения этих ЛПУ должны обозначаться указательными знаками на дорогах.

Если на маршрутах эвакуации колонн отсутствуют ЛПУ, то в этом случае в местах больших привалов и при ППЭ разворачиваются **временный медицинский пункт (ВМП)** с привлечением для работы в нем персонала ближайших ЛПУ. В состав ВМП входят 1-2 врача, 2-3 средних медицинских работника, 1-2 санитарки (рис. 11).

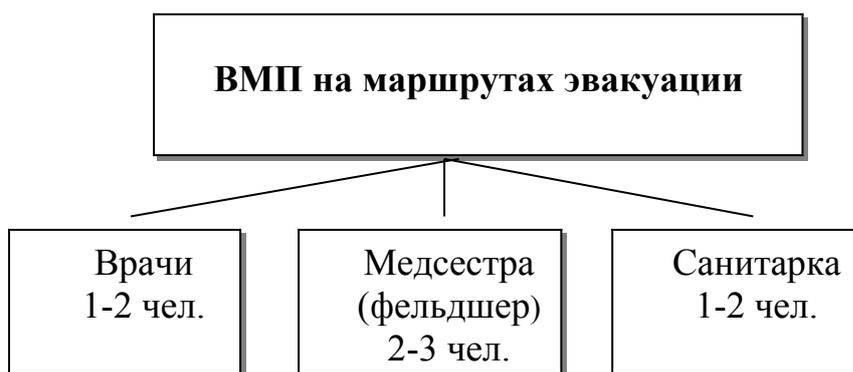


Рис. 11. Структура временного медицинского пункта, создаваемого в местах больших привалов и при пунктах промежуточной эвакуации

В некоторых случаях вместо ВМП на каждый маршрут эвакуации по принципу патрулирования выделяется не менее 2-х медицинских бригад на автомобилях, в состав каждой из которых включаются врач (фельдшер) и медицинская сестра.

На время эвакуации ЛПУ сельского района, находящихся вблизи маршрутов эвакуации, согласно плану медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий, направляют дежурный санитарный автотранспорт на железнодорожные станции, водные пристани для приема

заболевших, которые по состоянию здоровья нуждаются в снятии с эшелона, теплохода и направлении на стационарное лечение.

На ПВ или вблизи их оборудуются ПЭП, которые также развертывают МП, по структуре и штатному составу аналогичные создаваемым на СЭП. Пораженным, пострадавшим, заболевшим, из числа прибывшего населения, медицинская помощь, в объеме доврачебной, оказывается по неотложным показаниям и, при необходимости, они эвакуируются для лечения в ближайшие стационары или направляются на амбулаторное лечение.

В местах расселения эвакуированного населения его медицинское обслуживание осуществляется по участково-территориальному принципу ЛПУ сельской местности или ЛПУ, эвакуированными из категорированных городов и развернувшимися для работы в ЗЗ.

Организация санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения эвакуируемого населения осуществляется на всем пути его эвакуации – на СЭП, ПП, в пути следования, в местах отдыха (привала), на ППЭ, ПВ, в местах размещения (расселения) и возлагается на учреждения и формирования Роспотребнадзора и включает в себя:

- ведение непрерывного эпидемиологического наблюдения и бактериологической разведки на маршрутах эвакуации и в местах дислокации эвакуируемого населения;

- выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;

- осуществление контроля за соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил на объектах питания и водоснабжения; за организацией банно-прачечного обслуживания населения в местах его расселения; за удалением или обеззараживанием пищевых отходов, обеззараживанием туалетов на маршрутах движения и в районах расселения населения.

- проведение мероприятий по дезинфекции, дезинсекции и дератизации территорий и помещений;

- организация, при необходимости, экстренной профилактики и иммунизации среди населения и личного состава сил ГО;

- проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

С началом проведения эвакуационных мероприятий санитарно-эпидемиологические учреждения направляют свои формирования в районы, предназначенные для эвакуации населения с целью оценки их санитарно-эпидемиологического состояния и организации противоэпидемического обеспечения прибывающего населения. При выявлении санитарно-эпидемиологического неблагополучия в каком-либо районе, предназначенном для размещения рассредоточиваемого или эвакуируемого населения, эти учреждения извещают о неблагополучии органы управления здравоохранением и органы МЧС России категорированных городов, из которых планируется эвакуация населения, с целью принятия ими необходимых мер, вплоть до перераспределения районов эвакуации.

В категорированных городах ряд предприятий продолжает работу в военное время. При этом организация медицинского обеспечения работающих смен возлагается на руководителя медицинского подразделения предприятия, а при отсутствии таких подразделений – на начальника ГОЗ категорированного города. Они создают на предприятии МП, в состав рабочей смены которого водят: врач, 2 медицинские сестры и санитарка. Им придается санитарный автомобиль из расчета на 2,5 тысяч работающих (рис. 12).



Рис. 12. Структура медицинского пункта предприятий, продолжающих работу в особый период в месте постоянной дислокации

Если на предприятии менее 2,5 тысяч работающих выделяется только 1-2 средних медицинских работника в смену. Оснащение МП персоналом и имуществом осуществляется за счет медико-санитарных частей, поликлиник, здравпунктов предприятий, продолжающих работу в особый период в месте своей постоянной дислокации. МП может осуществлять медицинское обеспечение рабочих и служащих других объектов, расположенных поблизости, если обслуживаемый контингент их не будет превышать 2,5 тысячи человек.

Таким образом, в условиях современной войны при неполной обеспеченности защитными сооружениями и средствами индивидуальной защиты различных категорий населения, эвакуация их в ЗЗ является основным способом, решающим проблему защиты от современных средств боевого воздействия. Правильное, грамотное и четкое осуществление медицинского обеспечения этого мероприятия позволит сохранить жизнь и здоровье населения, а значит, – обеспечить выполнение социально-экономических задач и укрепление обороноспособности государства.

6.3. Особенности эвакуации учреждений здравоохранения в загородную зону

Эвакуация УЗ из категорированных городов производится с целью обеспечения защиты больных, персонала и сохранения материальных ценностей УЗ для последующего развертывания их в ЗЗ в виде больниц ГО. Основной задачей больниц ГО является оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий, и лечение их до окончательного исхода заболевания (поражения). Ответственность за эвакуацию УЗ в ЗЗ возлагается на их руководителей.

Организация проведения эвакуации УЗ должна быть четко спланирована и подготовлена. Исходными данными для планирования эвакуации УЗ являются:

- количество эвакуируемого персонала и больных;
- виды эвакуируемого имущества и оборудования;
- сроки и последовательность эвакуации;
- виды и количество транспорта, выделяемого для эвакуации;
- согласование с органами управления МЧС маршрутов движения;
- изучение маршрутов эвакуации и места размещения УЗ в ЗЗ;
- количество и профилизация коек (для стационаров);
- порядок работы в ЗЗ.

Подготовка УЗ к эвакуации в ЗЗ предусматривает:

- определение мест погрузки больных, персонала, имущества по отделениям (подразделениям) эвакуируемого УЗ и ее очередности в зависимости от выделяемых транспортных средств;
- согласование с военным командованием и территориальными органами управления МЧС России маршрута выдвижения;
- решение вопроса о вывозе членов семей персонала;
- формирование погрузочных команд.

В УЗ приказом руководителя создается ЭК, задачами которой являются разработка и ежегодное уточнение в мирное время, совместно со штабом ГОЧС УЗ, плана эвакуации, согласовываемого с территориальными органами управления здравоохранением и МЧС и утверждаемого руководителем УЗ. В плане указываются:

- количественный и качественный состав эвакуируемых, адрес пункта посадки (при эвакуации железнодорожным и водным транспортом), организация медицинского обеспечения в ходе эвакуации;
- разработка и осуществление мероприятий по освоению закрепленного района (пункта) эвакуации УЗ в ЗЗ (изучение отведенных зданий и помещений, разработка поэтажных планов размещения функциональных подразделений и УЗ, в целом, планов проведения приспособительных работ, подготовка поквартирной схемы размещения сотрудников УЗ и членов их семей в месте планируемой эвакуации УЗ);

- подготовка и развертывание медицинского пункта на СЭП (при наличии задания УЗ), приведение в готовность имеющихся в УЗ защитных сооружений;

- оповещение в особый период сотрудников УЗ о начале эвакуации, времени прибытия их и членов семей.

- приведение в готовность имеющегося в УЗ защищенного стационара.

В состав ЭК, в зависимости от объема эвакуационных мероприятий, входят председатель, секретарь и от двух до четырех-пяти ее членов (рис. 13).

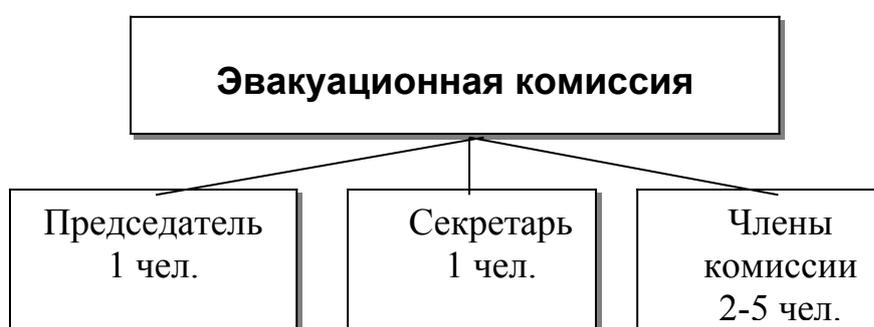


Рис. 13. Состав эвакуационной комиссии учреждения здравоохранения

Эвакуацию УЗ рационально планировать и осуществлять автомобильным транспортом с целью уменьшения количества перегрузок больных и имущества с одного вида транспорта на другой.

Не допускается перевозка персонала и больных на непригодном автотранспорте (прицепы, фургоны) и эвакуация их пешим порядком. На каждый автомобиль (автобус) назначается старший, который обязан знать маршрут движения к месту размещения ЛПУ в ЗЗ, места дислокации других ЛПУ на маршруте эвакуации, а также соблюдать и контролировать выполнение мер безопасности при проведении эвакуации.

Если эвакуация УЗ автомобильным транспортом невозможна или затруднена, следует использовать железнодорожный (водный) транспорт; при этом руководитель УЗ обязан владеть информацией о пунктах посадки и высадки. При эвакуации больных необходимо определить способ их

транспортировки (сидя, лежа), предусмотреть порядок и последовательность эвакуации больных, персонала и имущества.

При подготовке расчета распределения медицинского имущества, следует определить его перечень и количество, для укомплектования создаваемых формирований ГОЗ, защищенных стационаров (ЗС) в ЛПУ для нетранспортабельных больных и медицинских пунктов на этапах эвакуации. Необходимо определить тоннаж и габаритный объем имущества, подлежащего эвакуации из УЗ, произвести расчет потребности транспортных средств для его перевозки. В УЗ необходимо иметь списки членов семей персонала, подлежащих эвакуации, и расчет распределения транспорта.

Эвакуация УЗ из КГ проводится в следующей последовательности:

- вывод в ЗС формирований ГОЗ, создаваемых УЗ;
- эвакуация транспортабельных больных с сопровождающим персоналом и вывоз основной части медицинского и санитарно-хозяйственного имущества; при этом медицинский персонал, выделенный для сопровождения больных, обеспечивается сумками неотложной помощи и обязан иметь истории болезни на эвакуируемых больных;
- эвакуация остального персонала и членов их семей, а также вывоз оставшейся части медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;
- консервация зданий УЗ и сдача их под охрану органам УВД.

Больным, подлежащим выписке на амбулаторное лечение, на руки выдается справка со сведениями о проведенном обследовании и лечении.

Нетранспортабельные больные во время проведения эвакуационных мероприятий укрываются в специально оборудованных ЗС (стационары для нетранспортабельных больных), емкость которых не превышает 10% коечного фонда ЛПУ мирного времени. Из ЛПУ, которые не имеют ЗС, нетранспортабельные больные эвакуируются в ЛПУ, продолжающие деятельность в категорированных городах. Их перевозка осуществляется машинами ССМП, работающей в городе до конца эвакуации и

эвакуирующейся в ЗС в последнюю очередь, оставляя часть бригад в городе для медицинского обеспечения персонала работающих смен предприятий.

В ЗС следует также направлять внезапно заболевших или получивших травму в период проведения эвакуационных мероприятий, заболевших из числа персонала работающих смен предприятий, продолжающих работу в категорированном городе, если они по состоянию здоровья не могут быть эвакуированы в ЛПУ ЗС. По мере улучшения их состояния здоровья и появления возможности для транспортировки больные из ЗС переводятся в больницы ГО.

Штат ЗС формируется персоналом ЛПУ его имеющего. В расчете на 50 коек ЗС выделяется 2 врача, 3 дежурных, 2 операционных и 1 процедурная медицинская сестра, а также 4 санитарки. На каждые последующие 50 коек выделяется дополнительно 50% персонала от указанного состава. Для работы в ЗС выделяется также технический и обслуживающий персонал: 2 слесаря, по одному дизелисту, электрику, буфетчице (рис. 14).



Рис. 14. Штат защищенного стационара ЛПУ (из расчета на 50 коек)

В мирное время в целях подготовки персонала УЗ к проведению эвакуационных мероприятий необходимо проводить тренировочные занятия с привлечением в качестве статистов студентов высших и средних образовательных учреждений медицинского профиля или выздоравливающих больных. На занятиях целесообразно отрабатывать следующие вопросы:

- оповещение и экстренный сбор персонала;
- медицинская сортировка пораженных и больных по эвакуационным признакам и оформление документации на их эвакуацию;
- массовая одномоментная выписка больных на амбулаторное лечение;
- порядок перевода нетранспортабельных больных в ЗС;
- выделение медицинского персонала для работы в ЗС, организация и порядок выполнения ими должностных обязанностей;
- определение вида и количества транспортных средств для эвакуации больных и персонала, порядок востребования транспорта;
- порядок вывода (выноса) больных, их посадка (погрузка) на транспорт;
- организация приобретения тары, определение вида, количества медицинского имущества и оборудования для эвакуации, подбор, укладка и погрузка (разгрузка) его на транспорт (с транспорта);
- выявление количества и структуры членов семей персонала УЗ, эвакуируемых в ЗЗ.

После проведения тренировочных занятий рекомендуется провести комплексное объективное учение с введением вводных и решением ситуационных задач. Результаты проведенных занятий и учений анализируются с выявлением позитивных и негативных элементов, при необходимости, осуществляется корректировка плана эвакуации УЗ в ЗЗ и пакета, входящих в него документов.

В заключение следует отметить, что эвакуация УЗ в ЗЗ является важной составляющей сохранения медицинского потенциала и бесперебойного функционирования здравоохранения при возникновении войн и военных конфликтов.

6.4. Режимы функционирования гражданской обороны в сфере здравоохранения и объем выполняемых в них мероприятий

Система ГОЗ с ее формированиями и учреждениями функционирует в установленных Правительством РФ 4-х режимах деятельности (повседневный, первоочередные мероприятия ГО первой группы – повышенная готовность, первоочередные мероприятия ГО второй группы – военная опасность и общая готовность – полная готовность), выполняя свойственные каждому периоду мероприятия.

Планомерный перевод ГОЗ с мирного на военное положение в различные режимы функционирования (степени готовности) обеспечивает устойчивое управление ее силами и средствами, снижение потерь среди населения, в том числе и среди персонала здравоохранения.

В режиме **повседневной готовности** ГОЗ осуществляет текущее и перспективное планирование своей деятельности к действиям в условиях особого периода, проводя следующие мероприятия:

- прогнозирование возможных медико-санитарных последствий от применения противником современных средств боевого воздействия и планирование мероприятий по медицинскому обеспечению, как пострадавшего, так и не пострадавшего населения;
- разработку планов медицинского обеспечения населения в военное время, планов медицинского обеспечения мероприятий ГО и планов ГО УЗ;
- подготовку органов управления ГОЗ всех уровней к организационно-управленческой деятельности в особый период;
- подготовку пунктов управления ГОЗ к непрерывной и устойчивой работе в особый период;
- подготовку штаба-дублера на случай выхода из строя основного штаба или потери связи с ним и разработку для него пакета документов;
- создание и подготовку к развертыванию формирований и учреждений ГОЗ, поддержание их в готовности к действиям в особый период;

- планирование и организацию проведения приспособительных работ в общественных зданиях ЗЗ, отведенных для развертывания формирований и учреждений ГОЗ, эвакуируемых из категорированных городов;

- планирование медицинского обеспечения эвакуируемого и рассредоточиваемого населения;

- создание запасов медицинского, санитарно-хозяйственного, специального и иного имущества для оснащения УЗ и создаваемых ими формирований и учреждений ГОЗ;

- планирование и проведение мероприятий, повышающих устойчивость функционирования органов управления и учреждений здравоохранения в особый период;

- подготовку персонала органов управления, формирований и учреждений ГОЗ к действиям в особый период;

- участие в обучении населения приемам и способам оказания первой помощи раненым и пораженным в порядке само- и взаимопомощи.

Члены штаба ГОЧС органов управления и учреждений здравоохранения обязаны иметь скомпонованные, постоянно освежаемые и корректируемые рабочие документы. К ним, в частности, относятся личные планы работы по степеням готовности ГО, проекты приказов, распоряжений, нормативные и справочные материалы по виду своей деятельности и зоне ответственности.

С получением распоряжения о переводе экономики, в том числе и здравоохранения на работу в условиях особого периода скрытно, под видом учений, тренировок или проведения ремонтно-приспособительных работ организуется выполнение **первоочередных мероприятий ГО первой группы (ПМ-1) – мероприятий Повышенной готовности.** В связи с этим, начальник ГОЗ, получив информацию от вышестоящего руководителя, организует оповещение и экстренный сбор членов штаба ГОЧС, а сам приступает к предварительной оценке обстановки и вырабатывает распоряжение. После прибытия членов штаба он доводит до них

сложившуюся обстановку и ставит задачи по выполнению распоряжения. Их объем включает следующее:

- организацию круглосуточного дежурства руководящего состава штаба ГОЧС на основном пункте управления;
- уточнение плана медицинского обеспечения населения в военное время;
- проверку готовности систем управления и связи;
- приведение в готовность ЗС в ЛПУ для укрытия нетранспортабельных больных и обслуживающего их персонала;
- осуществление подготовки к выдаче средств индивидуальной защиты и организацию изготовления простейших средств защиты;
- организацию взаимодействия территориальной лечебной сети с санитарно-эпидемиологической службой, ведомственными медицинскими учреждениями и со структурами ГО в других сферах экономики;
- приведение в готовность сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК) ГО санитарно-эпидемиологических учреждений, а также технических средств и оснащения, предназначенных для индикации радиоактивного, химического и биологического заражения в продуктах питания, воде, предметах медико-санитарного имущества и оборудования;
- уточнение укомплектованности формирований и учреждений ГОЗ персоналом, обеспеченности их имуществом и техникой;
- уточнение количества медицинского персонала, находящегося в командировках и отпусках, и мест их пребывания;
- выявление числа врачей, медицинских сестер из числа пенсионеров и лиц, работающих в коммерческих и частных структурах с целью возможного привлечения их в формирования и учреждения ГОЗ;
- организацию проведения подготовительной работы по досрочному выпуску студентов старших курсов медицинских образовательных учреждений высшего и среднего профессионального образования;
- подготовку заявок на недостающее имущество и технику;

- уточнение готовности дублеров штабов ГОЧС различных уровней на способность управления деятельностью ГОЗ в особый период;

- уточнение объема мероприятий по приведению в готовность зданий и помещений, предназначенных постановлениями суженных заседаний администрации территориальных образований для развертывания в них формирований и учреждений ГОЗ;

- проверку организации связи с органами управления и учреждениями здравоохранения субъектов РФ, их муниципальных образований и порядка управления ими в особый период;

- выработку порядка представления донесений об обстановке и определение сроков их представления;

- проведение подготовительных мероприятий по введению режима скрытности, усиления охраны, функциональной, энергетической и противопожарной и иной устойчивости УЗ;

- организацию проведения всех видов разведки (радиационной, химической, бактериологической) в районе размещения УЗ.

Выполнение **первоочередных мероприятий ГО второй группы (ПМ-2) – мероприятий по степени готовности Военная опасность** предусматривает:

- осуществление перевода службы на круглосуточный режим работы (по сменам боевого расчета);

- направление на запасной пункт управления (ЗПУ) оперативной группы (ОГ) штаба ГОЧС органа управления здравоохранением или УЗ (задачи ОГ ЗПУ указаны в приложении 4);

- приведение в полную готовность системы связи и взаимодействия;

- организацию отзыва медицинского персонала, находящегося в командировках и отпусках;

- уточнение плана выезда на ЗПУ основного состава штаба ГОЧС;

- приведение в готовность медицинских формирований повышенной готовности и бригад скорой медицинской помощи;

- приведение в готовность защищенных стационаров в УЗ и организация круглосуточного дежурства групп (звеньев) по их обслуживанию;
- осуществление проверки защитных сооружений на работоспособность и герметичность, на наличие аварийных запасов воды и продовольствия, на работоспособность средств связи;
- приведение в готовность формирований ГО общего характера (связи, охраны общественного порядка, противопожарные и др.);
- осуществление проверки работоспособности КЭС УЗ на устойчивость функционирования в особый период;
- осуществление контроля за комплектованием медпунктов, амбулаторий и медсанчастей, обслуживающих объекты экономики, продолжающие работу в особый период, за наличием медицинских аптек в убежищах категорированных городов, а при необходимости, их пополнение;
- выдачу медицинскому персоналу средств индивидуальной защиты (в т.ч. медицинской) из запасов УЗ;
- проведение выписки части больных из стационаров на амбулаторное лечение, сокращение сроков стационарного лечения больных и прекращение госпитализации больных на плановое лечение;
- осуществление, при необходимости, переадресовки поставок медицинского имущества от промышленных предприятий в ЛПУ ЗЗ;
- перевод на круглосуточный режим работы учреждений СНЛК с ведением постоянного наблюдения (не реже двух раз в сутки) за радиационной, химической и бактериологической обстановкой на закрепленной территории;
- проведение массовой иммунизации населения при наличии эпидемических показаний;
- выдачу препаратов стабильного йода персоналу радиационных объектов и населению, проживающему в 30-километровой зоне;

- проведение неотложных мероприятий по повышению устойчивости работы УЗ (готовность пунктов управления, автономные источники энергоснабжения, средства РХБ-разведки и т.п.);

- проведение мероприятий по подготовке больниц ГО к дополнительному развертыванию специализированных коек (проверка наличия доверенностей на получение медико-санитарного имущества со складов мобилизационного резерва, наличия ордеров на приписанные здания и степени их готовности к развертыванию, или готовности к выполнению приспособительных работ второй очереди и др.);

- уточнение наличия запасов продуктов питания, медицинского имущества текущего довольствия в УЗ и имущества оперативно-тактического резерва, предназначенного для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени;

- организация получения медико-санитарного имущества для больниц ГО со складов мобилизационного резерва;

- подготовка к вывозу в ЗЗ действующих и архивных документов (в случае получения распоряжения на эвакуацию);

- уточнение с органами военного командования маршрутов проведения эвакуационных мероприятий и порядка создания группировки сил в ЗЗ.

При введении степени **Общая готовность ГО – Полная готовность:**

- приводятся в полную готовность органы управления, формирования и учреждения ГОЗ и СНЛК в соответствии с разработанными планами;

- обеспечивается защита персонала ГОЗ и больных;

- организуется установление связи с выше- и нижестоящими штабами ГОЗ, взаимодействие с ведомственными медицинскими службами и аварийно-спасательными службами территорий;

- уточняются планы медицинского обеспечения населения в военное время, планы медицинского обеспечения мероприятий ГО органов управления здравоохранением и планы ГО УЗ;

- приводятся в готовность все формирования ГОЗ без прекращения работы УЗ, на базе которых они создаются;

- завершается подготовка к эвакуации больниц ГО из категорированных городов в ЗЗ (производится выписка больных на амбулаторное лечение, определяются нетранспортабельные больные и больные, подлежащие эвакуации; определяется порядок вывоза медицинского имущества; высылаются оперативные группы к местам развертывания больниц ГО для приема приписанных зданий и организации проведения в них приспособительных работ; уточняется количество транспортных средств, необходимых для эвакуации и т.п.);

- переводятся в ЗС нетранспортабельные больные;

- на ЭП, ПП, ПВ, ППЭ и ПЭП направляется персонал УЗ для развертывания МП и обеспечения готовности их к работе;

- обеспечивается проведение защитных мероприятий в УЗ;

- проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний на территории страны (субъекта РФ и т.п.), включая места рассредоточения и эвакуации населения;

- приводятся в готовность и передаются в оперативное подчинение начальнику ГОЗ бригады ССМП и санитарно-транспортные формирования;

- вывозятся в ЗЗ (при необходимости) действующие и архивные документы, запасы медицинского имущества;

- организуется медицинское обеспечение эвакуации населения и вывод формирований ГОЗ повышенной готовности в ЗЗ.

Срок проведения основных мероприятий по каждой степени готовности определяется распоряжением вышестоящего руководителя, а при проведении учебных мероприятий он составляет одни сутки (24 часа).

При внезапном применении средств боевого воздействия возможно, одномоментное появление массовых потерь (безвозвратных и санитарных) среди населения, а также нанесение значительного ущерба силам и средствам

здравоохранения. В этих условиях разработанные в повседневный период планы по медицинскому обеспечению населения и мероприятий ГО вводятся в действие немедленно и в полном объеме, а штаб ГОЧС территориального здравоохранения:

- оценивает сложившуюся медицинскую обстановку, выявляет не пострадавшие УЗ и УЗ, способные к восстановлению с минимальными затратами;

- принимает меры по восстановлению нарушенного управления силами и средствами здравоохранения;

- запрашивает в территориальных управлениях МЧС России данные об инженерной, радиационной, химической и биологической обстановке, ориентировочном количестве потерь среди населения;

- оценивает полученные данные в интересах ГОЗ и определяет объем работ, направление главных усилий деятельности, необходимое количество сил и средств для оказания различных видов медицинской помощи пострадавшим и их наиболее целесообразное использование, места развертывания этапов медицинской эвакуации и маршруты эвакуации.

Затем на основе поступающих распоряжений:

- отдаются указания о подготовке к предстоящим действиям;

- организуется ведение медицинской разведки, в ходе которой:

- а) выявляются места нахождения пораженных, устанавливается их количество и состояние, намечаются пути выноса, вывода и вывоза пораженных к местам развертывания ОПМ или сохранившимся ЛПУ;

- б) определяются объемы работ и потребное количество сил и средств ГОЗ для оказания медицинской помощи раненым и пораженным;

- в) уточняется санитарно-эпидемиологическая обстановка в очагах поражения и на маршрутах эвакуации;

- г) проводятся другие мероприятия в зависимости от сложившейся обстановки;

- организуется ведение радиационной, химической и биологической разведки в местах размещения УЗ;

- готовятся данные начальнику ГОЗ для принятия решения и последующего его доклада начальнику ГО территории;

- разрабатывается и доводится до подчиненных приказ начальника ГОЗ на организацию медицинского обеспечения населения.

При внезапном боевом воздействии основу группировки сил и средств ГОЗ в очагах массовых потерь составят силы и средства ГОЗ сельской местности и городов, которые не подверглись боевому воздействию. За счет этих сил и средств будут развертываться и дополнительные койки. Штаб ГОЧС территориального здравоохранения в этих условиях осуществляет маневр медицинскими силами и средствами, направленный на выполнение задач по медицинскому обеспечению раненых и больных в условиях резкого дефицита кадровых и материальных ресурсов здравоохранения.

В случае выхода из строя основного состава штаба, функции управления ГОЗ принимает на себя штаб-дублер.

7. ОСНОВЫ МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И МОБИЛИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Концепция национальной безопасности РФ отмечает, что на современном этапе развития человечества в мире возрастают уровень и масштабы угроз в военной, экономической и социальной сферах. Несмотря на то, что Россия проводит постоянную и целенаправленную работу по недопущению возникновения войн и вооруженных конфликтов, отдавая предпочтение политическим и дипломатическим методам в разрешении проблемных вопросов, угроза их возникновения не снимается с повестки дня. В связи с этим, медицинский персонал обязан быть знаком с основами мобилизационной подготовки и порядком проведения мобилизации в здравоохранении.

Мобилизационная подготовка здравоохранения (МПЗ) является составной частью мобилизационной подготовки экономики государства и включает в себя комплекс мероприятий, проводимых в мирное время по подготовке органов управления и учреждений здравоохранения к действиям по предназначению в период мобилизации и в военное время.

Общее руководство МПЗ осуществляет Министр здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития России), повседневное – возложено на одного из его заместителей, а методическое руководство, решение координационных вопросов и контроль за качеством проведения мобилизационной мероприятий осуществляет отдел мобилизационной подготовки и мобилизации отрасли Минздравсоцразвития России.

В субъектах РФ непосредственная ответственность за МПЗ и выполнение возложенного мобилизационного задания несут руководители субъектового, муниципального и объектового здравоохранения, а для организации выполнения работ по мобилизационной подготовке, исходя из объемов и характера мобилизационного задания, при них создаются мобилизационные подразделения или назначаются специалисты, ответственные за данное направление деятельности.

Правовыми основами мобилизационной подготовки являются Конституция Российской Федерации, федеральные законы от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ «Трудовой кодекс Российской Федерации», от 31.05.1996 г. № 61-ФЗ «Об обороне», от 28.03.1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе», от 12.02.1998 г. № 28-ФЗ «О гражданской обороне», от 26.02.1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации», от 29.12.1994 г. № 79-ФЗ «О государственном материальном резерве» и другие нормативные правовые акты Правительства России, принятые во исполнение федеральных законов.

Принципами мобилизационной подготовки и мобилизации являются:

- централизованное руководство;
- заблаговременность, плановость и контроль;
- комплексность и взаимосогласованность.

Основной целью МПЗ является создание в мирное время медицинского потенциала, адекватного военным потребностям страны.

МПЗ включает в себя:

- разработку нормативных правовых и методических документов по мобилизационной подготовке и мобилизации отрасли;
- разработку мобилизационных планов здравоохранения, их изучение и проведение практических мероприятий по отработке плановых мероприятий;
- организацию ведения воинского учета персонала здравоохранения;
- отмобилизование специальных формирований здравоохранения и развертывание в многопрофильных больницах ГО оперативных коек для использования в целях Вооруженных Сил РФ (ВС РФ);
- доразвертывание учреждений службы крови до штатов военного времени; создание, сохранение и наращивание их мобилизационных мощностей в целях выполнения установленного мобилизационного задания;
- организацию накопления, хранения и освежения медицинского и санитарно-хозяйственного имущества и оборудования мобилизационного резерва;

- организацию взаимодействия субъектового (муниципального, объектового) здравоохранения с органами военного командования, мобилизационными управлениями (отделами) территориальных образований и ведомственной сетью здравоохранения по качественному выполнению возложенного мобилизационного задания;
- повышение квалификации руководящего состава и персонала органов управления и учреждений здравоохранения по мобилизационной подготовке;
- выполнение научных исследований по вопросам совершенствования мобилизационной готовности здравоохранения.

7.1. Организация ведения воинского учета персонала здравоохранения

Для учета и анализа, имеющих в стране призывных и мобилизационных ресурсов в органах управлениях и учреждениях здравоохранения организуется и ведется воинский учет граждан, являющийся одной из составных частей мобилизационной подготовки и мобилизации. Его правовой основой являются Конституция Российской Федерации, Федеральные законы «Об обороне», «О воинской обязанности и военной службе» и постановление Правительства РФ от 27.11.2006 г. № 719, которым утверждено Положение о воинском учете, определяющее порядок организации воинского учета и бронирования граждан РФ.

Воинский учет – это государственная система регистрации призывных и мобилизационных людских ресурсов, в рамках которой осуществляется комплекс мероприятий по сбору, обобщению и анализу сведений об их количественном составе и качественном состоянии.

Основной целью воинского учета в здравоохранении является обеспечение в мирное время полного и качественного комплектования призывными людскими ресурсами медицинских формирований и учреждений ВС РФ, других войск, а также комплектование органов управления и

учреждений гражданского здравоохранения для качественного выполнения задач по предназначению в период мобилизации и в военное время путем:

- заблаговременного предназначения граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ), в состав воинских и специальных медицинских учреждений и формирований ВС РФ;

- бронирования необходимого количества руководителей и специалистов из числа ГПЗ, работающих в системе гражданского здравоохранения.

Основными задачами воинского учета являются:

- обеспечение исполнения гражданами воинской обязанности, установленной законодательством РФ;

- документальное оформление сведений о гражданах, состоящих на воинском учете;

- осуществление анализа количественного состава и качественного состояния призывных и мобилизационных людских ресурсов для их эффективного использования в интересах обеспечения обороны страны и безопасности государства;

- проведение плановой работы по подготовке ГПЗ в целях обеспечения перевода ВС РФ, других войск, воинских и специальных формирований, а также органов управления и учреждений гражданского здравоохранения с мирного на военное время и последующего комплектования личным составом на требуемом уровне.

Функционирование системы воинского учета обеспечивается Минобороны России, которое разрабатывает показатели оценки деятельности предприятий и учреждений по осуществлению воинского учета. Методическую помощь по ведению воинского учета в УЗ оказывают мобилизационные органы государственной и муниципальной власти, мобилизационные подразделения Минздравсоцразвития России и органов управления здравоохранением субъектов РФ совместно с военными комиссариатами территорий.

В УЗ вопросы ведения воинского учета и реализация практической работы в этом направлении возложены на специалиста по воинскому учету. Штатное число специалистов, осуществляющих воинский учет в учреждениях, определяется исходя из следующих норм:

- один специалист, выполняющий обязанности по совместительству, – при наличии на воинском учете менее 500 ГПЗ;

- один штатный специалист – при наличии на воинском учете от 500 до 2000 ГПЗ;

- два штатных специалиста – при наличии на воинском учете от 2000 до 4000 ГПЗ. На каждые последующие 3000 военнообязанных, состоящих на воинском учете, дополнительно вводится должность еще одного штатного специалиста. В этом случае, при наличии двух и более штатных специалистов, осуществляющих воинский учет, в учреждениях здравоохранения создается самостоятельное военно-учетное подразделение.

Воинскому учету в военных комиссариатах подлежат:

1. Граждане мужского пола в возрасте от 18 до 27 лет, обязанные состоять на воинском учете и не пребывающие в запасе (призывники).

2. Граждане мужского пола, пребывающие в запасе (обязанности ГПЗ по воинскому учету, мобилизационной подготовке и мобилизации изложены в приложении б):

- уволенные с военной службы с зачислением в запас ВС РФ;

- завершившие обучение по программе подготовки офицеров запаса на военных кафедрах образовательных учреждений высшего профессионального образования и окончившие эти образовательные учреждения;

- не прошедшие военную службу в связи с предоставлением отсрочек от призыва на нее или не призванные на военную службу до достижения ими возраста 27 лет по каким-либо другим причинам;

- прошедшие альтернативную гражданскую службу.

3. Работающие граждане женского пола, имеющие военно-учетные специальности, согласно приложению 11.

Все ГПЗ, в зависимости от воинских званий, возраста и пола, подразделяются на три разряда (табл. 17).

Таблица 17.

Распределение граждан, пребывающих в запасе, по разрядам

Состав запаса (воинские звания)	Возраст ГПЗ		
	первый разряд	второй разряд	третий разряд
Солдаты, матросы, сержанты, старшины, прапорщики и мичманы	до 35 лет	до 45 лет	до 50 лет
Младшие офицеры (лейтенанты, ст. лейтенанты, капитаны, капитан-лейтенанты)	до 45 лет	до 50 лет	до 55 лет
Старшие офицеры (майоры, капитаны 3 ранга; подполковники, капитаны 2 ранга)	до 50 лет	до 55 лет	до 60 лет
Полковники, капитаны 1 ранга	до 55 лет	до 60 лет	-
Высшие офицеры (генералы, адмиралы)	до 60 лет	до 65 лет	-

Примечание:

1. Граждане женского пола, пребывающие в запасе, относятся к третьему разряду:
 - имеющие воинские звания офицеров пребывают в запасе до 50 лет;
 - не имеющие воинских званий офицеров – до 45 лет.
2. ГПЗ, достигшие предельного возраста пребывания в запасе или признанные, в установленном порядке, не годными к военной службе по состоянию здоровья, переводятся военным комиссариатом, либо должностным лицом иного органа, осуществляющего воинский учет, в отставку и снимаются с воинского учета.

Не подлежат воинскому учету в военных комиссариатах граждане, освобожденные от исполнения воинской обязанности в соответствии с Федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе»:

- проходящие военную или альтернативную гражданскую службу;
- отбывающие наказание в виде лишения свободы;
- граждане женского пола, не имеющие военно-учетной специальности;
- постоянно проживающие за пределами РФ;
- имеющие воинские звания офицеров и пребывающие в запасе Службы внешней разведки и Федеральной службы безопасности России.

Воинский учет ГПЗ осуществляется по личной карточке (форма Т-2), которая заводится на каждого работника УЗ и в которой раздел 2 содержит сведения о воинском учете (приложение 14). Основными документами

воинского учета, на основании которых заполняется раздел 2 личной карточки работника, являются:

- для ГПЗ – военный билет или временное удостоверение, выданное взамен военного билета;

- для граждан, подлежащих призыву на военную службу, – удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу.

Хранение личных карточек осуществляется в сейфе УЗ, где они располагаются строго в алфавитном порядке в отдельной картотеке, распределенной на группы:

- первая – личные карточки ГПЗ из числа врачей;
- вторая – личные карточки ГПЗ из числа среднего медперсонала;
- третья – личные карточки ГПЗ из числа других специалистов УЗ.

Личные карточки лиц, исключенных с воинского учета по возрасту или состоянию здоровья, хранятся в общей картотеке.

Воинский учет подразделяется на общий и специальный. На общем воинском учете состоят граждане, которые не подлежат бронированию (имеют мобилизационные предписания, либо состоят в свободных ресурсах военкомата), а на специальном – которые в установленном порядке забронированы на период мобилизации и на военное время. Свободные ресурсы военкомата – это ГПЗ, не имеющие мобилизационных предписаний и не забронированные.

ГПЗ, состоящие на общем воинском учете, подразделяются на две группы:

1. ГПЗ, которые в соответствии с «Перечнями № 24 и 29 должностей и профессий, по которым бронируются граждане, пребывающие в запасе ...» (далее – Перечень должностей и профессий) не имеют права на бронирование.

2. ГПЗ, которые имеют мобилизационные предписания для призыва на период мобилизации и в военное время в ВС РФ, другие войска, воинские и специальные формирования.

Мобилизационное предписание (МП) – документ, выдаваемый военным комиссариатом гражданам, пребывающим в запасе ВС РФ, и состоящим на общем воинском учёте, которые на период мобилизации и военного времени приписаны в команды ВС РФ, других войск и специальные формирования здравоохранения (СФЗ) для выполнения задач по предназначению. Этот документ определяет порядок действий ГПЗ при объявлении мобилизации и в военное время.

МП бывают двух видов – розового и белого цветов. Они клеиваются на последнюю страницу военного билета ГПЗ.

Военнообязанные, имеющие МП розового цвета, при объявлении мобилизации обязаны прибыть в указанные в нём время и место, выполняя требования, изложенные на оборотной стороне МП.

Военнообязанные, имеющие МП белого цвета, при объявлении мобилизации привлекаются военным комиссариатом, по согласованию с руководителем УЗ, к временным работам для обеспечения мобилизационных мероприятий на срок до 10 суток. Выполнив мобилизационные мероприятия, такие ГПЗ возвращаются к постоянному месту работы для продолжения трудовой деятельности. Эта категория ГПЗ, подпадающая под условия бронирования в соответствии с Перечнем должностей и профессий, может подлежать бронированию.

МП розового цвета имеют лицевую и оборотную стороны. Лицевая сторона состоит из 3 частей:

1. Основная часть МП заполняется военным комиссариатом, где указываются следующие сведения о ГПЗ:

- номер команды, в которую предназначен ГПЗ (этот номер может иметь трёх-, четырёх- и пятизначное цифровое обозначение, в ряде случаев дополняется буквенным обозначением);
- литер – подразделение команды в буквенном выражении;
- номер военно-учётной специальности (ВУС);

- наименование и код должности, на которую предназначен ГПЗ в приписанной команде;
- воинское звание, фамилия, имя и отчество;
- время и место прибытия ГПЗ на пункт встречи пополнения (ПВП). При невозможности прибытия ГПЗ в назначенные время на ПВП, указываются дополнительный адрес и время прибытия.

Основная часть МП заверяется личной подписью военного комиссара, закрепляемой гербовой печатью военного комиссариата с указанием даты предназначения военнообязанного в приписанную команду.

2. Контрольные талоны № 1 и № 2 имеют также вышеперечисленные сведения о ГПЗ; один, из них изымается на ПВП, а второй – по прибытию в войсковую часть или СФЗ, в которое он предназначен.

На оборотной стороне МП имеется краткая справка для военнообязанного с указанием:

- перечня документов, которые обязан иметь ГПЗ по прибытию на ПВП;
- рекомендаций о порядке хранения МП;
- мер ответственности ГПЗ за невыполнение возложенных обязанностей по обороне страны.

МП белого цвета имеют основную часть и один контрольный талон, изымающийся у ГПЗ по прибытию на ПВП (при отсутствии в военном комиссариате бланков МП белого цвета, военнообязанному может быть выдано МП розового цвета только с одним контрольным талоном для учёта прибытия ГПЗ на ПВП).

Специалист УЗ по воинскому учёту при работе с ГПЗ, имеющим МП, обязан:

- отметить в личной карточке формы Т-2 ГПЗ номер команды, в которую он приписан;
- осуществлять хранение личных карточек формы Т-2 на эту категорию ГПЗ отдельно от карточек ГПЗ, состоящих на общем воинском учёте, но не имеющих МП;

- составлять и иметь планы оповещения и замены ГПЗ, убывающих по мобилизации и в военное время согласно предназначению, указанному в МП;

- оповещать ГПЗ о получении повестки военного комиссариата и необходимости прибытия его в пункт назначения.

- информировать военный комиссариат об изменении персональных данных ГПЗ, о прохождении ими специализации и/или усовершенствования, об изменении занимаемой должности с предоставлением копий подтверждающих документов;

Если МП имеют высококвалифицированные специалисты (наличие высшей или первой квалификационной категории, почётных званий и т.п.), то при достижении ими возраста 35-40 лет целесообразно на период мобилизации и военного времени их сохранить за УЗ, в котором работают. Это позволит обеспечить профессиональную готовность УЗ и его способность качественно выполнять задачи по медицинскому обеспечению населения, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий. С этой целью, таких специалистов, во взаимодействии с военкоматом, следует:

- по возможности, снимать с общего воинского учета, МП у них изымать с проведением последующего бронирования (в том числе и персонального);

- при невозможности снятия их с общего воинского учета без ущерба для ВС РФ, следует проводить, по согласованию с военным комиссариатом, их замену молодыми коллегами в возрасте до 35 лет, выдавая последним МП и бронируя за УЗ лиц, у которых такое МП изъято.

Бронирование ГПЗ, работающих в УЗ – это составная часть воинского учета граждан, пребывающих в запасе ВС РФ, включающаяся в себя осуществление комплекса мероприятий по предоставлению определенным категориям военнообязанных отсрочки от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время. Забронированные ГПЗ освобождаются от призыва на военные сборы в мирное время.

Основной задачей бронирования ГПЗ является закрепление за органами управления и учреждениями гражданского здравоохранения на период мобилизации и в военное время руководителей, специалистов, квалифицированных рабочих и служащих из числа ГПЗ.

Принципами бронирования ГПЗ, то есть исходными положениями, на основании которых осуществляется их бронирование, являются:

- учет потребности в трудовых ресурсах из числа ГПЗ на период мобилизации и в военное время для органов управления и учреждений гражданского здравоохранения и для комплектования медицинских формирований и учреждений ВС РФ, других войск и специальных формирований;

- приоритетное бронирование ГПЗ, работающих в УЗ, имеющие мобилизационные задания и обеспечивающие жизнедеятельность населения;

- установление ограничений в предоставлении отсрочки от призыва ГПЗ из числа медицинского персонала, предназначенного для укомплектования воинских частей постоянной готовности и военнообязанным, имеющим особо дефицитные ВУС.

Основанием для бронирования ГПЗ являются:

1. Перечни должностей и профессий, по которым бронируются ГПЗ (для здравоохранения – перечни №№ 24 и 29), утверждаемые Межведомственной комиссией (МВК) по вопросам бронирования ГПЗ. Эти перечни включают:

- наименование структурных подразделений органов управления и учреждений здравоохранения (разделы перечней и должностей);

- наименование должностей, по которым бронируются ГПЗ;

- условия бронирования ГПЗ (ВУС, воинские звания и возраст ГПЗ, подлежащих бронированию по установленной номенклатуре должностей и профессий);

- ограничения в бронировании ГПЗ, имеющих дефицитные ВУС.

2. Постановления МВК, определяющие условия и порядок бронирования ГПЗ;

3. Постановления МВК о предоставлении персональной отсрочки ГПЗ.

ГПЗ, забронированным за здравоохранением, предоставляется отсрочка от призыва по мобилизации и в военное время на срок до 6 месяцев, которая в последующем может быть пролонгирована на более длительный срок.

Бронированию не подлежат ГПЗ:

- уволенные с военной службы в запас 1 разряда в течение первых 5 лет;
- не призванные по каким-либо причинам на военную службу до достижения ими 27 лет.

Персональная отсрочка от призыва по мобилизации и в военное время предоставляется МВК квалифицированным специалистам из числа ГПЗ, крайне необходимых для обеспечения бесперебойной работы УЗ в военное время, по ходатайству руководителей этих учреждений с предоставлением специальных извещений (форма № 4 – приложение 17). Срок отсрочки определяется МВК.

Предоставленные ГПЗ отсрочки от призыва могут быть аннулированы в случае:

- наличия решения МВК об аннулировании отсрочки;
- перемещения ГПЗ на должность, по которой отсрочка, в том числе и персональная, не предоставляется;
- изменения военно-учетных признаков (возраста, ВУС, в/звания);
- исключения ГПЗ с воинского учета по болезни или при достижении предельного возраста пребывания в запасе;
- увольнения ГПЗ из УЗ, в котором была предоставлена отсрочка от призыва;
- отчисления студентов, слушателей, курсантов и аспирантов из образовательного учреждения профессионального образования, в котором была предоставлена отсрочка от призыва;
- выезда ГПЗ за границу на срок более 3 месяцев;
- ликвидации УЗ.

ГПЗ, имеющие право на отсрочку от призыва, но не забронированные по вине администрации УЗ, подлежат призыву в ВС РФ по мобилизации.

ГПЗ, назначенные исполняющими обязанности по штатным вакантным должностям руководящего состава или специалистов УЗ (главные врачи, директора, заведующие отделениями и т.п.), бронируются на равных основаниях с работниками, утвержденными в указанных должностях.

Бронирование ГПЗ в УЗ предусматривает:

- ведение учета ГПЗ по месту работы (учебы);
- определение необходимой на период мобилизации и в военное время численности персонала УЗ (включая руководителей, специалистов, рабочих и служащих) из числа ГПЗ;
- выработку предложений для внесения изменений в Перечень должностей и профессий, по которым бронируются ГПЗ;
- оформление забронированным ГПЗ документов на право отсрочки от призыва на военную службу и постановку их на специальный воинский учет;
- предоставление анализа обеспеченности УЗ трудовыми ресурсами из числа ГПЗ на период мобилизации и в военное время;
- предоставление отчетности в контролирующие органы о проводимой работе по бронированию ГПЗ.

Порядок организации работы по воинскому учету и бронированию ГПЗ. Должностные лица военно-учетных подразделений (специалисты по воинскому учету) УЗ:

1. При осуществлении работы по воинскому учету и бронированию ГПЗ обязаны:

- проверять у ГПЗ при приеме на работу наличие и подлинность документов воинского учета (военные билеты или временные удостоверения, выданные взамен их; удостоверения граждан, подлежащих призыву на военную службу), подлинность записей в них, отметок о постановке на воинский учет по месту жительства или месту временного пребывания, наличие МП и жетонов с личными номерами ВС РФ (при наличии в военных билетах отметок о их вручении);
- заполнять личные карточки в соответствии с записями в документах воинского учета, уточняя при этом сведения о семейном положении, образовании, месте работы, должности, месте жительства или месте временного пребывания;

- разъяснять ГПЗ порядок исполнения ими обязанностей по воинскому учету, мобилизационной подготовке и мобилизации, установленных законодательством РФ, осуществлять контроль за их исполнением и информировать ГПЗ об ответственности за неисполнение указанных обязанностей;

- информировать военные комиссариаты об обнаруженных в документах воинского учета неоговоренных исправлений, неточностей и подделок, неполном количестве листов и случаях неисполнения ГПЗ обязанностей в сфере воинского учета;

- направлять граждан, подлежащих постановке на воинский учет, в военный комиссариат, осуществляющий воинский учет по месту жительства;

- направлять в 2-х недельный срок по запросам военных комиссариатов необходимые для занесения в документы воинского учета сведения о гражданах, состоящих на воинском учете, а также о гражданах, не состоящих, но обязанных состоять на воинском учете;

- направлять в 2-х недельный срок в военные комиссариаты или органы местного самоуправления сведения о гражданах, подлежащих воинскому учету, и принятых на работу или уволенных с нее, или зачисленных на учебу и отчисленных из образовательных учреждений;

- предоставлять ежегодно в сентябре в соответствующие военные комиссариаты списки юношей 15-16-летнего возраста, а до 1 ноября – списки юношей, подлежащих постановке на воинский учет в следующем году;

- сверять не реже одного раза в год сведения о воинском учете ГПЗ в личных карточках с документами воинского учета военных комиссариатов;

- вносить в личные карточки сведения об изменениях семейного положения, образования, структурного подразделения учреждения, должности, места жительства, состояния здоровья ГПЗ и в 2-х недельный срок сообщать об изменениях в военный комиссариат;

- оповещать граждан о вызовах в военные комиссариаты и обеспечивать возможность своевременной их явки в места, указанные военными комиссариатами, в том числе в период мобилизации и в военное время;

- выдавать в установленном порядке ГПЗ, забронированным за УЗ, документы об отсрочке от призыва на военную службу;

- ходатайствовать перед вышестоящими органами по подчиненности о предоставлении ГПЗ персональных отсрочек от призыва на военную службу.

2. При оформлении документов по предоставлению забронированным ГПЗ отсрочки от призыва на военную службу, необходимо соблюдать следующие требования:

- удостоверение об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время и извещения о зачислении ГПЗ на специальный воинский учет (форма № 4) оформляются в 10-дневный срок;

- удостоверения, извещения и личные карточки (форма Т-2) заполняются ручкой с пастой одного цвета, помарок и подчисток не допускается; изменения в указанные документы разрешается вносить не более двух раз;

- в извещении строки «домашний адрес ГПЗ» и «наименование военкомата, в котором ГПЗ состоит на воинском учете» заполняются карандашом;

- в удостоверении и извещении об отсрочке от призыва продолжительность отсрочки (в месяцах) указывается прописью в соответствующей строке, а в строке «на основании» – указываются номер Перечня должностей и профессий, его раздел и пункт, по которым произведено бронирование ГПЗ, либо дата и номер постановления МВК о предоставлении ГПЗ персональной отсрочки от призыва, а также номер извещения о предоставлении такой отсрочки (форма № 3);

- заполненные бланки извещений о зачислении ГПЗ на специальный воинский учет подписываются руководителем УЗ, а его подпись заверяется гербовой печатью УЗ;

- бланки формы № 4 и № 3 (при оформлении персональной отсрочки) заполненные на ГПЗ, доставляются в военный комиссариат по месту нахождения УЗ для оформления отсрочек от призыва и сдаются под расписку в журнале передачи (форма № 11) бланков специального воинского учета;

- обратный прием от военных комиссариатов оформленных бланков формы № 4 и № 3 на ГПЗ производится также с распиской о получении в журнале формы № 11.

3. При ведении работы по бронированию ГПЗ специалисты по воинскому учету обязаны иметь следующие сведения:

- общее количество работающих граждан;
- количество ГПЗ, забронированных за УЗ;
- количество ГПЗ, имеющих мобилизационные предписания.

Военные комиссариаты в отношении УЗ осуществляют:

- контроль за правильностью бронирования ГПЗ в УЗ;
- обеспечение бланками документов, необходимых для оформления отсрочки от призыва на военную службу и ведут контроль правильности их расходования;

- оформление отсрочки от призыва ГПЗ по мобилизации и в военное время, в соответствии с Перечнями должностей и профессий, по которым бронируются ГПЗ и в соответствии с постановлениями МВК;

4. При аннулировании у ГПЗ отсрочек от призыва в ВС РФ по мобилизации и в военное время специалисты по воинскому учету обязаны:

- погасить удостоверение об отсрочке от призыва в ВС РФ (форма № 4) и аннулировать отметки в личных карточках о зачислении ГПЗ на специальный воинский учет;

- сообщить в 5-дневный срок военным комиссариатам, в которых ГПЗ состоят на воинском учете, дату и причину аннулирования предоставленных отсрочек от призыва;

- сдать погашенные удостоверения об отсрочке от призыва в военный комиссариат, где они были оформлены;

- произвести запись в журнале учета бланков специального воинского учета (форма № 13) о расходовании удостоверений об отсрочке от призыва.

5. При изменении у ГПЗ места жительства, специалисты военно-учетных подразделений уточняют у них новые домашние адреса, проверяют, состоят ли они на воинском учете в военном комиссариате по новому месту жительства. При получении от военных комиссариатов на этих граждан извещений (форма № 4) специалисты по воинскому учету вносят в них соответствующие изменения и высылают обратно для зачисления на специальный воинский учет.

6. При выезде забронированных ГПЗ в служебные командировки, на учебу, в отпуск или на лечение на срок свыше 3-х месяцев с сохранением ими должностей, специалисты по воинскому учету УЗ выдают им на время выезда удостоверения формы № 4 под расписку в ведомости выдачи удостоверений (форма № 9а). По этим удостоверениям военные комиссариаты мест временного пребывания ГПЗ зачисляют их на специальный воинский учет. Извещения на ГПЗ, полученные из военкоматов по основному месту жительства, хранятся в УЗ до возвращения ГПЗ из мест временного пребывания.

7. При перемещении забронированных ГПЗ на другие должности в УЗ, изменении квалификации или военно-учетных признаков (ВУС, воинского звания, возраста и т.п.), дающих право на бронирование, предоставленные отсрочки сохраняются. В этих случаях специалисты военно-учетных подразделений обязаны в 10-дневный срок внести необходимые изменения в удостоверения формы № 4 и представить их в военный комиссариат.

8. При работе с ГПЗ из числа студентов образовательных учреждений высшего и среднего профессионального образования, аспирантов образовательных и научно-исследовательских учреждений предпоследнего и последнего курсов обучения следует знать, что отсрочки от призыва по мобилизации и в военное время предоставляются им независимо от возраста,

воинского звания, состава, профиля и ВУС, если перечнями должностей и профессий не предусмотрены другие условия бронирования.

Зачисление этой категории ГПЗ на специальный воинский учет проводится по спискам (форма № 14), подписанными руководителями УЗ, которые высылаются в военные комиссариаты по месту жительства ГПЗ ежегодно к 1 ноября. Вторые экземпляры этих списков хранятся в делах УЗ, подготовивших списки. В личных карточках забронированных ГПЗ в строке «состоит на специальном воинском учете» указывается: «Перечень должностей и профессий № ____, раздел № ____, пункт № ____, список исх. № _____, число ____, месяц _____, год _____, подшит в дело № _____».

Удостоверения об отсрочке от призыва в ВС РФ и извещения о зачислении на специальный воинский учет для этой категории ГПЗ в мирное время не заполняются, а с объявлением мобилизации – заполняются и в военных комиссариатах оформляются в установленном порядке.

9. В повседневных условиях для обеспечения мобилизационной готовности здравоохранения в каждом его учреждении военно-учетными подразделениями (специалистами по воинскому учету) разрабатываются (ведутся, исполняются) следующие документы:

- приказ «Об организации воинского учета и бронирования граждан, пребывающих в запасе»
- план работы на год по осуществлению воинского учета и бронирования ГПЗ, утверждаемый руководителем УЗ;
- план оповещения ГПЗ при объявлении мобилизации;
- план замены специалистов, призываемых на военную службу по мобилизации и в военное время;
- план мероприятий по вручению ГПЗ удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и на военное время;
- список уполномоченных по вручению удостоверений об отсрочке от призыва забронированным ГПЗ;

- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке забронированных ГПЗ от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время;
- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу уполномоченным для их последующего вручения забронированным ГПЗ;
- памятка уполномоченному по вручению забронированным ГПЗ удостоверений об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время;
- ведомость на выдачу удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу забронированным ГПЗ при их выезде на срок свыше 3-х месяцев;
- журнал учета бланков специального воинского учета;
- журнал учета военных билетов;
- журнал учета передачи бланков специального воинского учета, военных билетов и личных карточек;
- личная карточка формы Т-2;
- картотека учета личных карточек формы Т-2 на ГПЗ и на граждан, подлежащих призыву;
- карточка учета организации;
- проект приказа о порядке оформления и выдачи ГПЗ удостоверений об отсрочке от призыва по мобилизации и в военное время;
- журнал проверок состояния воинского учета и бронирования ГПЗ;
- расписка о принятии военного билета;
- таблица возрастов ГПЗ, подлежащих исключению с воинского учета;
- анализ обеспеченности трудовыми ресурсами;
- дело входящих и исходящих (отдельно) документов по вопросам воинского учета и бронирования ГПЗ;
- другие документы в соответствии с требованиями военных комиссариатов.

10. УЗ по итогам работы в течение календарного года, по состоянию на 31 декабря, представляют в органы управления здравоохранением по

подчиненности, которые, в свою очередь, – в орган управления здравоохранением субъекта РФ отчеты о состоянии работы по воинскому учету и бронированию ГПЗ ВС РФ. В состав годового отчета входит пакет следующих документов:

- доклад о состоянии работы по воинскому учету и бронированию персонала УЗ с выводами и предложениями;
- отчет о численности работающих и забронированных граждан, пребывающих в запасе (форма № 6) с пояснительной запиской к нему;
- таблица распределения медицинских специалистов УЗ по ВУС;
- анализ обеспеченности УЗ трудовыми ресурсами из числа ГПЗ на период мобилизации и в военное время;
- список персонала, работающего в УЗ (составляется по категориям работающих в алфавитном порядке);
- карточка учета организации (форма № 18).

Орган управления здравоохранением субъекта РФ, на основании сводных данных, представляет годовой отчет в Минздравсоцразвития России в соответствие с установленными сроками.

7.2. Виды специальных формирований здравоохранения и порядок их отмотбилизования

К специальным формированиям здравоохранения (СФЗ) относятся органы управления специальными формированиями, тыловые госпитали и обсервационные пункты. В структуре СФЗ 92% приходится на тыловые госпитали, 6% - на органы управления и 2% - на обсервационные пункты.

В военное время для организации приема раненых и больных военнослужащих в тыловые госпитали, создания и функционирования обсервационных пунктов и осуществления оперативного руководства их функционированием штабами военных округов разветываются местные эвакуационные пункты (МЭП).

МЭП – это территориальный орган управления военно-медицинской службы военного округа (флота), на который возлагается:

- осуществление оперативного руководства за развертыванием и организацией работы тыловых госпиталей и обсервационных пунктов;
- организация доставки раненых и больных военнослужащих к местам отмотобилизования тыловых госпиталей;
- организация развертывания эвакуационных приемников в морских и речных портах, на железнодорожных станциях и руководство их работой;
- организация приема в тыловые госпитали и обсервационные пункты раненых и больных военнослужащих, эвакуируемых из госпитальных баз фронта (флота) или осуществляющих передислокацию по территории различными видами транспорта;
- руководство загрузкой тыловых госпиталей ранеными и больными военнослужащими;
- осуществление контроля за организацией и качеством лечебно-диагностического процесса раненым и больным военнослужащим, находящимся на лечении в тыловых госпиталях;
- осуществление контроля за обеспечением военнослужащих, находящихся на лечении в тыловых госпиталях и в обсервационных пунктах всеми видами довольствия по линии Министерства обороны РФ (МО РФ).

Тыловые госпитали (ТГ) – специализированные лечебные учреждения, развертываемые гражданским здравоохранением и являющиеся неотъемлемой составной частью современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения личного состава ВС РФ (рис. 15).

Тыловые госпитали предназначены для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым и больным военнослужащим, поступающим с театров военных действий и этапов медицинской эвакуации ВС РФ для продолжения лечения с целью достижения окончательных исходов поражения, ранения и последующего осуществления реабилитационных мероприятий. Из тыловых госпиталей раненые и больные,

по завершению лечения, могут быть возвращены в строй, эвакуированы для дальнейшего лечения в госпитали для ветеранов войн или уволены из ВС РФ по состоянию здоровья и направлены по месту жительства.

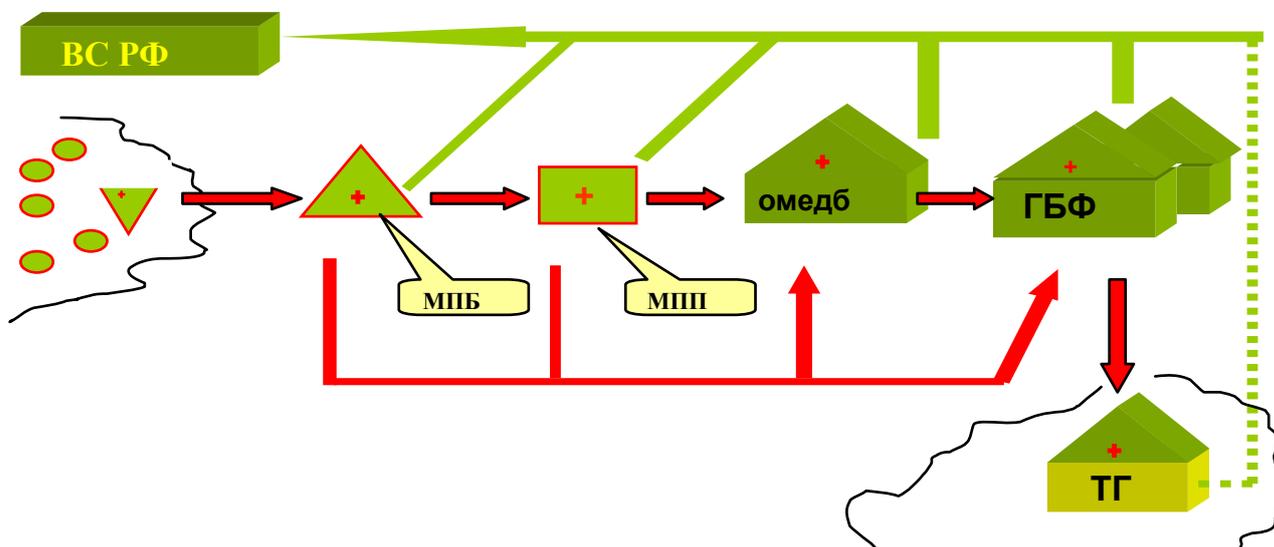


Рис. 15. Этапы медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих

Примечание: Условные обозначения этапов медицинской эвакуации ВС РФ:
 МПБ – медицинский пункт батальона; МПП – медицинский пункт полка;
 омедб – отдельный медицинский батальон дивизии;
 ГБФ – госпитальная база фронта (флота); ТГ – тыловой госпиталь.

Отмобилизование ТГ осуществляется по следующим принципам:

1. Выявление вида и количества ТГ постановлением Правительства РФ .
2. Определение дислокации ТГ Генеральным штабом (ГШ) ВС РФ.
3. Согласование штатов, табелей и норм обеспечения ТГ с Минздравсоцразвития России и утверждение их ГШ ВС РФ.
4. Укомплектование (обеспечение) ТГ осуществляется:
 - людскими ресурсами;
 - медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом;
 - техникой и специальными материально-техническими средствами;
 - зданиями, помещениями, строительными материалами, коммунальными и энергетическими услугами, продуктами питания;
 - культурно-просветительным имуществом и связью.

Тыловые госпитали создаются следующих видов: 4 многопрофильных (базовый, травматологический, нейрохирургический и терапевтический) и 2 монопрофильных (кожно-венерологический и туберкулезный). Емкость ТГ определяется структурой вероятного потока раненых и больных, исходя из чего, они могут быть созданы на 400, 500 и 600 коек.

Базовый тыловой госпиталь осуществляет прием раненых с тяжелыми осложнениями при проникающих ранениях грудной клетки и брюшной полости, с повреждением внутренних органов, а также раненых с изолированными ожогами груди, живота и конечностей, с множественными сочетанными и комбинированными поражениями. В госпитале развертываются следующие отделения:

- приемное с диагностическими койками;
- сортировочно-эвакуационное;
- хирургические (торакальное, абдоминальное, гнойной хирургии, травматологическое, ожоговое и нейрохирургическое) с операционным блоком и стерилизационной;
- анестезиологии и реанимации с кабинетами гемодиализа;
- стоматологическое с зубопротезной лабораторией;
- гинекологическое;
- гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- терапевтическое, физиотерапевтическое, рентгеновское с кабинетом ультразвуковой диагностики;
- лабораторное и отделение лечебной физкультуры.

Также в базовом ТГ имеются аптека, кабинеты функциональной диагностики и эндоскопический.

Травматологический тыловой госпиталь предназначен для стационарного лечения раненых с механическими и термическими травмами опорно-двигательного аппарата и комбинированными поражениями. В госпитале развертываются отделения:

- приемное с диагностическими койками;
- травматологические, ожоговое, хирургическое, гнойной хирургии с операционным блоком и стерилизационной;
- челюстно-лицевой хирургии и стоматологии с зубопротезной лабораторией;
- анестезиологии и реанимации с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- психоневрологическое;
- физиотерапевтическое, рентгеновское отделение с кабинетом ультразвуковой диагностики;
- лабораторное;
- отделение лечебной физкультуры.

Имеются также аптека, кабинеты функциональной диагностики и эндоскопический

Нейрохирургический тыловой госпиталь осуществляет прием и лечение раненых и больных с повреждениями крупных нервных стволов, ЛОР-органов и глаз, с челюстно-лицевыми повреждениями и психоневрологическими расстройствами. В его составе разворачиваются следующие отделения:

- приемное с диагностическими койками;
- нейрохирургические, хирургическое, отоларингологическое, офтальмологическое с операционным блоком;
- челюстно-лицевой хирургии и стоматологии с зубопротезной лабораторией;
- анестезиологии и реанимации с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- психоневрологическое;

- физиотерапевтическое и рентгеновское с кабинетом ультразвуковой диагностики;

- лабораторное и отделение лечебной физкультуры.

Имеются аптека, кабинеты функциональной диагностики и эндоскопический.

Терапевтический тыловой госпиталь предназначен для больных с тяжелыми формами острой лучевой болезни, тяжелыми последствиями отравлений и тяжелыми формами соматических заболеваний. Этот госпиталь осуществляет также прием пораженных с нервно-психическими нарушениями при церебральных и экстрацеребральных ранениях, а также прием больных психиатрического профиля, в том числе и с реактивными состояниями. В составе этого госпиталя предусмотрено развертывание следующих отделений:

- приемного с диагностическими койками;

- кардиологического, пульмонологического, гастроэнтерологического, неврологического, психиатрического, психоневрологического, общетерапевтического, инфекционного;

- хирургического с операционным блоком и стерилизационной;

- стоматологического с зубопротезной лабораторией;

- анестезиологии и реанимации с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации;

- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;

- физиотерапевтического, лечебной физкультуры и рентгеновского с кабинетом ультразвуковой диагностики;

- лабораторного;

В составе госпиталя имеются аптека, кабинеты функциональной диагностики и эндоскопический.

Кожно-венерологический тыловой госпиталь предназначен для лечения больных военнослужащих с пиодермиями, микозами, дерматитами, токсикодермиями, инфицированными эритемами, вирусными болезнями

кожи, сифилисом и венерическими уретритами. Госпиталь имеет следующие отделения:

- приемное с диагностическими койками;
- кожно-венерологические;
- хирургическое с операционным блоком и стерилизационной;
- терапевтическое;
- стоматологическое с зубопротезной лабораторией;
- анестезиологии и реанимации с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;
- физиотерапевтическое и рентгеновское с кабинетом ультразвуковой диагностики;
- лабораторное.

Помимо отделений разворачиваются аптека, кабинеты лазерной терапии, функциональной диагностики, эндоскопический и лечебной физкультуры.

Туберкулезный тыловой госпиталь предназначен для лечения раненых и больных военнослужащих с подтвержденным туберкулезом различных органов и систем, а также для направления в него военнослужащих с целью дифференциальной диагностики туберкулеза и неспецифических заболеваний, в первую очередь, легких. Основными отделениями госпиталя являются:

- приемное с диагностическими койками;
- туберкулезные (легочные);
- туберкулезное (легочно-хирургическое);
- туберкулезное для больных костно-суставным туберкулезом;
- туберкулезное для больных урогенитальным туберкулезом;
- операционный блок со стерилизационной;
- стоматологическое с зубопротезной лабораторией;
- анестезиологии и реанимации с кабинетами гемодиализа, гипербарической оксигенации;
- переливания крови с лабораторией экспресс-диагностики;

- физиотерапевтическое и рентгеновское с кабинетом ультразвуковой диагностики;

- лабораторное;

- лечебной физкультуры.

Госпиталь развертывает также аптеку, кабинеты функциональной диагностики и эндоскопический.

На ТГ возлагаются следующие **задачи**:

- прием, медицинская сортировка и санитарная обработка поступающих раненых и больных с осуществлением дегазации, дезактивации и дезинфекции личных вещей, обмундирования и доставившего их транспорта;

- своевременное медицинское обследование поступивших раненых и больных, оказание им квалифицированной и специализированной медицинской помощи, лечение до определившегося исхода и проведение медицинской реабилитации;

- проведение военно-врачебной экспертизы находящихся на лечении раненых и больных военнослужащих;

- проведение медико-социальной экспертизы раненых и больных, увольняемых из состава ВС РФ;

- осуществление выписки раненых и больных из госпиталя по выздоровлению или перевод их по медицинским показаниям в другие тыловые госпитали или в ЛПУ Минздравсоцразвития России;

- оказание консультативной помощи по своему профилю другим ТГ;

- финансовое и материально-бытовое обеспечение раненых и больных;

- проведение воспитательной и культурно-просветительной работы с ранеными и больными;

- ведение медицинского, материального и финансового учета и отчетности;

- проведение специальной подготовки личного состава госпиталя;

- выполнение научных исследований;

- организация охраны госпиталя и его защиты от воздействия боевого оружия и неблагоприятных экологических факторов.

Помимо решения вышеуказанных задач **базовые госпитали** в местах выгрузки раненых (железнодорожные станции, аэропорты, водные пристани) развертывают **эвакоприемники** силами приемно-сортировочного отделения и организуют разгрузку прибывающих санитарных транспортов. Базовые госпитали, выполняя функции сортировочного госпиталя, осуществляют временное размещение и лечение нетранспортабельных раненых и больных с последующей подготовкой их к дальнейшей эвакуации в другие ТГ.

Учитывая весь спектр задач, возложенных на ТГ, для их полноценного и гарантированного развертывания в период мобилизации и последующего функционирования по предназначению в военное время, требуется целенаправленная подготовка в мирное время персонала, включенного в их состав. Организуют и обеспечивают эту подготовку мобилизационные подразделения органов управления здравоохранением субъектов РФ.

Обсервационные пункты (ОП) здравоохранения предназначены для временной обсервации и/или изоляции воинских контингентов, эвакуируемых по железным и автомобильным дорогам, водным и воздушным путям, при возникновении среди них факта эпидемиологического неблагополучия. Они выполняют барьерную функцию по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний, как среди личного состава ВС РФ, так и среди гражданского населения путем проведения комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Комплектуются ОП в мирное время, а формируются – при объявлении мобилизации. Общее руководство ОП осуществляют органы управления здравоохранением территорий, на которых они функционируют, оперативное руководство и контроль за их работой – МЭП, а непосредственное – органы управления по руководству СФЗ. Для развертывания ОП отводятся здания вблизи железнодорожных станций, автомобильных дорог, аэропортов,

морских и речных вокзалов (пристаней) с учетом временного размещения до 2000 обсервируемых.

Обсервации подлежат эвакуируемые воинские контингенты в случае выявления среди них:

- хотя бы одного случая особо-опасных инфекционных заболеваний;
- более 2% однородных или 5% разнородных инфекционных заболеваний.

На ОП возлагаются следующие задачи:

- осуществление приема и проведения полной специальной обработки воинским контингентам, поступающим в обсерватор;
- осуществление медицинского наблюдения за обсервируемыми с целью своевременного выявления среди них инфекционных больных для последующей изоляции и госпитализации в ближайшие инфекционные больницы;
- проведение, по показаниям, лабораторных исследований с целью выявления бактерионосителей;
- проведение, по эпидемиологическим показаниям, профилактических прививок;
- проведение заключительного медицинского осмотра по окончании обсервации;
- организация финансового и материально-технического обеспечения обсервируемых в период их пребывания в обсерваторе;
- проведение культурно-досуговой работы с обсервируемыми;
- представление в установленные сроки донесений и отчетов в МЭП, к которым приписаны ОП, а также в органы управления здравоохранением, которым они подчинены.

Общая численность личного состава ОП составляет 75 человек, из них 3 человека – состоят на военном штате. Обеспечивается ОП тремя автомобилями, из них один – легковой и тремя обозными лошадьми.

Структура ОП включает управление, основные подразделения и подразделения обеспечения (рис. 16).



Рис. 16. Организационно-штатная структура наблюдательного пункта

Организация и порядок наблюдения. Военские контингенты подлежат наблюдению по распоряжению командующего войсками военного округа, издаваемого на основании представления начальника медицинской службы округа и донесения начальника эшелона (командира морского или воздушного судна, начальника аэропорта, железнодорожного эшелона и т.п.). Распоряжение о задержке воинского транспорта и направление его на наблюдение дается коменданту станции, аэропорта, морского (речного) порта и начальнику гарнизона. Одновременно об этом информируются администрация исполнительной власти субъекта РФ, его орган управления здравоохранением и МЭП.

Приведение ОП в готовность производится распоряжением органа управления здравоохранением субъекта РФ.

Для приема эшелона на обсервацию назначается комиссия в составе: представителя штаба военного округа, начальника ОП, начальника эшелона, представителя медицинской службы военного округа и представителя органа управления здравоохранением субъекта РФ. Комиссия актирует санитарно-эпидемиологическое состояние эшелона и перевозимого контингента.

Затем производится медицинский осмотр обсервируемых, в ходе которого больные с выраженной клиникой направляются в ЛПУ, а с подозрением на инфекционное заболевание помещаются в изолятор ОП. Остальные подвергаются полной санитарной обработке. Транспортные средства, доставившие обсервируемых, подлежат дезинфекции силами и средствами ведомственной медицинской службы.

Все обсервируемые ежедневно осматриваются врачом и подвергаются термометрии, при необходимости, проводятся лабораторные исследования.

Срок обсервации устанавливается в зависимости от вида инфекции начальником медицинской службы военного округа.

Органы управления по руководству специальными формированиями здравоохранения (СФЗ). К ним относятся Главные управления по руководству СФЗ, отделы и секторы по руководству тыловыми госпиталями. Они комплектуются в мирное время персоналом, работающим в системе здравоохранения. Комплектование органов управления СФЗ целесообразно осуществлять специалистами органов управления здравоохранением с учетом их опыта работы и деловых качеств, способных обеспечить преемственность в работе мирного и военного времени. Расформирование органов управления СФЗ осуществляется после полного завершения работы ТГ и ОП.

В повседневный период мобилизационные подразделения органов управления здравоохранением организуют с управленческим персоналом изучение документов, структуры, порядка и характера работы СФЗ,

привлечение его к подготовке и проведению совещаний, учений, тренировок по отмотобилизованию СФЗ. В период мобилизации они же организуют отмотобилизование ТГ и ОП в местах их дислокации, последующее исполнение ими лечебной и хозяйственной деятельности в соответствии с возложенными задачами, функциями и порядком взаимодействия.

Состав Главного управления по руководству СФЗ представлен руководителем, его заместителем, главными специалистами (хирург и терапевт), тремя управлениями (организационно-плановое, лечебно-профилактическое, медицинского снабжения) и двумя отделами (финансово-экономический и защиты государственной тайны). В составе управлений и отделов имеются, соответственно, отделы и отделения.

Отдел по руководству ТГ представлен его начальником, заместителем, главными специалистами (хирург и терапевт), врачом-инспектором, провизором-инспектором, инспектором по спецработе, бухгалтером, делопроизводителем, машинисткой и водителем. Всего – 11 человек.

В состав сектора по руководству ТГ включаются 5 человек (начальник сектора, врач-инспектор, провизор-инспектор, делопроизводитель и водитель).

Задачами органов управления по руководству СФЗ являются:

1. Организация контроля за своевременным развертыванием и готовностью СФЗ к приему раненых и больных военнослужащих, качеством их лечения, реабилитацией, проведением военно-врачебной и медико-социальной экспертизы.

2. Руководство проведением санитарно-гигиенических и противо-эпидемических мероприятий.

3. Обеспечение СФЗ всеми видами материально-технического и финансового довольствия в период мобилизации и в военное время

4. Организация взаимодействия с Главным военно-медицинским управлением Минобороны РФ, медицинской службой военного округа, МЭП, военными комиссариатами, органами управления здравоохранением

субъектов РФ и администрациями муниципальных образований, на территории которых развернуты и функционируют СФЗ по вопросам:

- обеспечения преемственности в оказании медицинской помощи и лечении раненых и больных;
- организации справочной работы о поступивших раненых и больных, исходах их лечения;
- организации снабжения СФЗ в период мобилизации и в военное время;
- обеспечения СФЗ нормативными, методическими и инструктивными документами Минздравсоцразвития и Минобороны России.

5. Сбор, анализ текущей информации и своевременная подача установленных докладов и донесений.

6. Организация научно-исследовательской и научно-методической работы в сфере деятельности СФЗ.

7. Осуществление контроля за расформированием СФЗ (ТГ и ОП).

7.3. Комплектование СФЗ различными видами ресурсов

Комплектование СФЗ людскими ресурсами осуществляется гражданами мужского и женского пола, прежде всего, работающими (проживающими) в местах их отмотилизования и:

а) пребывающими в запасе ВС РФ и имеющими мобилизационные предписания в СФЗ. В правом верхнем углу таких предписаний ставится отметка «СФ»;

б) пребывающими в запасе ВС РФ и состоящими в свободных ресурсах общего воинского учета. Их отбор в СФЗ производится с учетом гражданской специальности;

в) гражданами, работающими в органах управления и учреждениях здравоохранения, но не состоящими на воинском учете. С этими гражданами в мирное время заключаются трудовые договоры (контракты) по исполнению в период мобилизации и в военное время должностных обязанностей в СФЗ;

г) неработающими гражданами и гражданами, не состоящими на воинском учете, путем привлечения их к трудовой деятельности в СФЗ в период мобилизации и в военное время по найму.

При недостатке людских ресурсов для комплектования СФЗ в местах их от мобилизации привлекаются таковые из других муниципальных образований субъекта РФ, а в ряде случаев, из других субъектов, находящихся в границах военного округа, по распоряжению его командующего.

При комплектовании СФЗ нецелесообразно предназначать на их административные должности офицеров медицинской службы запаса дефицитных специальностей и высокой квалификации. Качественная характеристика укомплектованности СФЗ личным составом определяется по прямой военно-учетной специальности (ВУС) и прямому должностному предназначению.

Укомплектованность по прямой ВУС считается полноценной, если должности в СФЗ укомплектованы ГПЗ, согласно ВУС или ведомости ее замены (наличие ВУС, не требующей дополнительной подготовки). Укомплектованность по прямому должностному предназначению считается полноценной, если граждане, предназначенные на должности:

- имеют военную подготовку по ВУС, указанную в штате СФЗ;
- прошли военную службу в ВС РФ и имеют опыт работы по предназначенной должности;
- не служили в ВС РФ, но получили подготовку по этой должности на учебных сборах.

Качественное укомплектование СФЗ личным составом достигается персональным подбором, изучением и целесообразной расстановкой его на должности. В ряде случаев, при невозможности укомплектования СФЗ профильными специалистами, разрешается предназначать специалистов других специальностей, планируя им последующую подготовку.

Работа по приписке ГПЗ в СФЗ осуществляется мобилизационными подразделениями органов управления здравоохранением субъектов РФ,

которые разрабатывают и направляют в штабы военных округов (флотов) заявки на выделение, а в военные комиссариаты субъектов РФ – заявки на призыв и поставку людских ресурсов.

Военные комиссариаты подтверждают выполнение заявок высылкой руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ копий исполненных нарядов.

Начальники СФЗ обязаны ежегодно изучать моральные и деловые качества приписанного персонала. Основными методами изучения являются:

- ознакомление с поступающими из военкоматов на персонал приписными картами;

- ознакомление с личными делами и послужными картами офицеров, учетными карточками прапорщиков, мичманов, сержантов, старшин, солдат и матросов в военных комиссариатах;

- личное общение с персоналом, приписанным к СФЗ, в процессе трудовой деятельности и при проведении мобилизационных мероприятий.

На укомплектование СФЗ не предназначаются ГПЗ:

- имеющие неснятую судимость за совершение тяжкого преступления;

- забронированные в порядке, определенном Правительством РФ;

- члены Совета Федерации и депутаты Государственной Думы;

- признанные временно не годными к военной службе по состоянию здоровья на срок до 6 месяцев;

- имеющие на иждивении 4-х и более детей (для женщин – одного ребенка);

- граждане, матери которых кроме них имеют 4-х и более детей в возрасте до 8 лет и воспитывают их без мужа;

- граждане, занятые постоянным уходом за близким родственником (отец, мать, жена, муж, родные брат или сестра, дедушка, бабушка, усыновитель), если последние:

- а) нуждаются по состоянию здоровья (согласно заключению врачебно-консультационной комиссии - ВКК) в постоянном уходе (помощи, надзоре);

б) являются инвалидами 1 группы, членами семьи, не достигшими 16-летнего возраста, при отсутствии других лиц, обязанных по закону содержать указанных граждан.

Комплектование СФЗ материально-техническими средствами и зданиями. Номенклатура и количество материально-технических средств СФЗ определяются их штатами, табелями к штатам и нормами обеспечения, утвержденными Минздравсоцразвития и Минобороны России.

Министерством обороны России СФЗ в период мобилизации и в военное время обеспечиваются:

- автомобильным и гужевым транспортом;
- средствами заправки и транспортирования ГСМ;
- средствами радиационной, химической и биологической защиты;
- стрелковым вооружением и боеприпасами;
- техникой и имуществом продовольственной службы;
- вещевым имуществом;
- техническими средствами связи, воспитания и обучения личного состава;
- печатями, штампами, бланками служебных документов, документами учета и отчетности, воинскими уставами, наставлениями и инструкциями.

Это же ведомство безвозмездно выделяет Минздравсоцразвития России продовольствие и обменный фонд обмундирования для раненых и больных военнослужащих, находящихся на лечении в ТГ.

Доставка материальных средств со складов Минобороны РФ в пункты развертывания СФЗ производится силами и средствами формирователей СФЗ. Выделение недостающих транспортных средств для этой цели осуществляется органами исполнительной власти на основании заявок, подаваемых формирователями СФЗ начальникам гарнизонов или военным комиссарам.

Все виды материальных средств номенклатуры Минобороны РФ отпускаются формирователям СФЗ согласно мобилизационным нарядам, высылаемым штабами военных округов в мирное время. В дальнейшем

снабжение СФЗ осуществляется довольствующими органами военных округов по месту дислокации.

Минздравсоцразвития России, управление Росрезерва, органы исполнительной власти субъектов РФ и их муниципальных образований в период мобилизации и в военное время обеспечивают СФЗ медицинским, санитарно-хозяйственным имуществом, специальной техникой, топливом и ГСМ, коммунальными и энергетическими ресурсами, строительными и другими материалами в соответствии с утвержденными штатами, табелями к ним и мобилизационными планами.

Недостающее до полной табельной потребности имущество приобретается при объявлении мобилизации из ресурсов субъектов РФ в соответствии с планом, который разрабатывается в мирное время.

Финансирование мероприятий по мобилизационной подготовке СФЗ в мирное время осуществляется Минздравсоцразвития России за счет средств федерального бюджета, а в период мобилизации – органом исполнительной власти субъектов РФ по сметам чрезвычайных расходов, разрабатываемым в мирное время.

Выплата денежного довольствия личному составу СФЗ из числа военнослужащих и заработной платы гражданскому персоналу производится за счет сметы расходов органа управления здравоохранением субъекта РФ в порядке и по нормам, установленным для военнослужащих и гражданского персонала Минобороны РФ.

Выплата денежного довольствия раненым и больным военнослужащим, находящимся на лечении в СФЗ, осуществляется за счет сметы Минобороны РФ и производится военными округами по месту дислокации СФЗ через соответствующие МЭП, а в ряде случаев, в соответствии с п. 3. «Инструкции о порядке учета, отчетности и расходования тыловыми госпиталями денежных средств по смете Министерства обороны Российской Федерации» и распоряжением начальника финансово-экономического управления военного округа, может быть возложена, на ближайшую воинскую часть или

учреждение Минобороны РФ, осуществляющие самостоятельную финансовую деятельность.

Обеспечение раненых и больных военнослужащих воинскими перевозочными документами для следования к месту дальнейшего назначения после выписки из ТГ осуществляется военкоматами или закрепленными, по решению органов военных сообщений, воинскими частями.

Обеспечение продовольствием гражданского персонала СФЗ в период мобилизации и в военное время осуществляется органом исполнительной власти субъекта РФ по нормам, установленным Правительством РФ. Продовольственными пайками и военным обмундированием гражданский персонал не обеспечивается.

Органом исполнительной власти субъекта РФ и его муниципальных образований для СФЗ предоставляются здания, сооружения, коммуникации и земельные участки. После отбора зданий для развертывания СФЗ комиссией органа исполнительной власти субъекта РФ составляется акт об отводе здания (приложение 21), который утверждается руководителем субъекта РФ. К акту прилагаются технический паспорт здания, экспликация помещений и прилегающей территории, схема расположения функциональных подразделений, сведения об объеме приспособительных работ и наряд на выделение материальных средств из местных ресурсов. Утвержденные акты об отводе здания являются основанием для оформления «Ордера на право занятия здания» (приложение 22), который передается органу управления здравоохранением субъекта РФ для разработки проектно-сметной документации по приспособлению и оборудованию зданий.

Суженными заседаниями этих органов власти принимаются и утверждаются в мирное время постановления об отводе, приспособлении и оборудовании зданий для развертывания СФЗ, о назначении организаций-исполнителей приспособительных работ по перечням №№ 1 и 2 (приложения 23 и 24) и другим вопросам, касающимся от мобилизации СФЗ. Эти постановления включаются в мобилизационные планы и отрабатываются.

Для развертывания СФЗ отводятся здания и территория ЛПУ (больницы, санатории, дома отдыха, профилактории), независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности. При отсутствии в регионе таких ЛПУ достаточной коечной мощности под СФЗ отводятся здания образовательных учреждений, гостиниц и иных учреждений, требующие минимальных затрат для их приспособления.

В период мобилизации и в военное время отведенные для развертывания СФЗ здания, коммуникации, земельные участки, транспортные средства с запасом топлива, твердый и мягкий инвентарь, средства связи и другие материальные средства передаются организацией-владельцем здания в ведение начальника СФЗ по акту приема-передачи. Экземпляры этого акта хранятся в организации-владельце здания, у начальника СФЗ, в органе управления здравоохранением субъекта РФ.

При расформировании СФЗ здания и материальные средства возвращаются первоначальному владельцу по акту приема-передачи. Понесенные убытки по использованию зданий и материальных средств возмещаются государством в порядке, установленном Правительством РФ.

Порядок обеспечения СФЗ людскими и материальными ресурсами представлен в табл. 18.

7.4. Понятие об оперативных койках в больницах гражданской обороны, организация и порядок их развертывания

Оперативные койки (ОК) – это койки, создаваемые на период мобилизации и военного времени в больницах ГО для стационарного обследования и лечения военнослужащих, поступающих из воинских частей, осуществляющих передислокацию или расположенных на ближайшей к больнице территории.

По профилю ОК подразделяются на хирургические, терапевтические, инфекционные и создаются в соответствующих отделениях многопрофильных больниц ГО. Количество ОК и сроки их развертывания в больницах ГО

**Порядок обеспечения специальных формирований здравоохранения
людскими и материальными ресурсами**

**Министерство обороны РФ
обеспечивает СФЗ:**

- автомобильным и гужевым транспортом;
- средствами заправки транспорта горюче-смазочными материалами;
- средствами радиационной, химической, биологической защиты и разведки;
- техническими средствами связи, воспитания и обучения личного состава;
- стрелковым вооружением и боеприпасами;
- техникой и имуществом продовольственной службы;
- вещевым имуществом;
- печатями, штампами, бланками служебных документов, документами учета и отчетности, воинскими уставами, наставлениями и инструкциями;
- выплату денежного содержания военнослужащим СФЗ, раненым и больным, находящимся на лечении.

**Минздравсоцразвития России и
Федеральное агентство
«Росрезерв» во взаимодействии с
Министерством обороны РФ
обеспечивают СФЗ:**

- врачебно-сестринским, техническим, вспомогательным и иным персоналом учреждений здравоохранения;
- медицинским, санитарно-хозяйственным имуществом и оборудованием;
- медицинским и специализированным медико-санитарным транспортом;
- выплату заработной платы гражданскому персоналу СФЗ.

**Органы исполнительной власти
субъектов РФ и их
муниципальных образований
обеспечивают СФЗ:**

- зданиями и сооружениями с находящимся в них имуществом;
- коммуникациями и земельными участками;
- коммунальными и энергетическими ресурсами и услугами;
- топливом и горюче-смазочными материалами для автомобильной техники;
- строительными материалами для проведения приспособительных работ в зданиях, отведенных для СФЗ;
- дополнительной автотракторной техникой и ремонтными услугами.

определяются Командующим военным округом, реализуются заданием Правительства РФ на расчетный год, распределяются органами управления здравоохранением субъекта РФ и утверждаются суженными заседаниями администраций субъектов РФ. Переименование или перемещение, при необходимости, больниц ГО по территории субъекта РФ не освобождает руководителей ЛПУ от исполнения мобилизационного развертывания ОК.

Главные врачи больниц ГО, получившие задание на создание ОК в повседневный период определяют их места, в период мобилизации организуют развертывание, а в военное время – использование по назначению с регулярным предоставлением донесений о загруженности их военными в орган управления здравоохранением субъекта РФ и в МЭП. Освобождение ОК, временно занятых гражданскими лицами, должно производиться немедленно при возникновении потребности в них вышеуказанных военных.

Госпитализация военных на ОК производится, как правило, на основании сопроводительных документов, оформляемых военно-медицинской службой (гарнизонный врач, врач воинской части и т.п.).

На военных, поступающих для лечения на ОК в больницы ГО, должны быть предоставлены продовольственный, денежный и вещевой сертификаты, а на раненых и больных военных, переведенных из других лечебных учреждений – выписки из историй болезни с данными результатов специальных исследований.

Обеспечение военных, поступивших для лечения на ОК, денежным содержанием производится на основании денежных сертификатов за счет сметы Минобороны РФ или военными комиссариатами, воинскими частями, дислоцирующимися на территории субъекта РФ. Другими видами довольствия они обеспечиваются на общих основаниях по нормам, установленных Минздравсоцразвития России за счет средств, отпускаемых на содержание ЛПУ.

Расходы, связанные с содержанием раненых и больных военнослужащих, находящихся на ОК и расходы, связанные с их перевозкой от железнодорожной (водной) станции до больницы ГО транспортом гражданских организаций, оплачиваются непосредственно МЭП. При большом удалении больниц ГО с ОК от МЭП оплата этих расходов может быть возложена на ближайшую воинскую часть, осуществляющую самостоятельную финансовую деятельность (п. 3 «Инструкции ...» - стр. 239).

7.5. Мобилизационная подготовка учреждений службы крови

Служба крови (СК) является составной частью системы здравоохранения и предназначена для заготовки донорской крови, производства ее компонентов и препаратов, снабжения ими лечебно-профилактических учреждений, а также для организации, контроля и оказания методической помощи при проведении инфузионно-трансфузионной терапии.

СК на современном этапе включает в себя институты и станции переливания крови, относящимися к учреждениям службы крови (УСК). Их мобилизационная подготовка является одним из важных разделов мобилизации здравоохранения в целом и включает в себя:

- подготовку специалистов, способных возглавить мобилизационную деятельность УСК и организовывать решение задач в этом направлении;
- разработку мобилизационного плана на расчетный год в соответствии с установленным заданием и практическую отработку его мероприятий в повседневных условиях;
- создание и развитие мобилизационных мощностей по заготовке донорской крови, производства ее компонентов и препаратов;
- доразвертывание УСК личным составом и транспортом до штатов военного времени;
- комплектование резерва донорских кадров;

- создание и отработку выездных бригад по заготовке донорской крови, обеспечение их транспортными средствами и мобильным оборудованием;
- отработку взаимодействия УСК со структурами, обеспечивающими устойчивое функционирование в период мобилизации и в военное время;
- создание и накопление в УСК материальных средств для выполнения установленного задания с учетом средств, накапливаемых и хранящихся в мобилизационном резерве;
- обеспечение кровепродукцией медицинских служб силовых структур и ведомств в количествах, определенных мобилизационным заданием;
- организацию оказания методической и консультативной помощи ЛПУ по вопросам трансфузиологии, хранения и использования препаратов и компонентов крови в период мобилизации и в военное время.

Мобилизационный план представляет совокупность документов, определяющих порядок осуществления полного мобилизационного развертывания, как всей СК, так и ее учреждений, а также организацию перевода их на работу в условиях военного времени. От полноты и качества исполнения мобилизационного плана зависит качество мобилизационного развертывания СК, ее учреждений и выполнение плановых показателей мобилизационного задания.

На уровне субъектового здравоохранения распоряжением его руководителя в СК создается постоянная техническая комиссия (ПТК). Свою работу в режиме повседневной деятельности ПТК СК организует и проводит в соответствии с планом работы на год, который разрабатывается и подписывается руководителем СК, а утверждается руководителем органа управления здравоохранением субъекта РФ. Планом предусматривается практическая отработка элементов мобилизационного развертывания в ходе учений и тренировок, в том числе с приписанным военными комиссариатами персоналом, согласно заявке руководителя УСК. На ПТК возлагается:

- планирование и распределение показателей выполнения мобилизационного задания между УСК субъекта РФ;

- изучение нормативных документов по организации работы СК в период мобилизации и в военное время;
- проверка качества разработанных документов мобилизационного плана;
- обеспечение контроля за состоянием производственных площадей, эксплуатируемого технологического оборудования, за ходом работ по созданию мобилизационных мощностей в УСК с разработкой мероприятий по их совершенствованию;
- порядок доукомплектования УСК персоналом и обучение его тактике действий в период мобилизации и в военное время;
- проверка готовности УСК и их персонала к действиям по выполнению мобилизационного задания;
- обеспечение контроля за количественным и качественным состоянием донорских кадров в закрепленных за УСК территориях;
- проверка готовности выездных бригад по заготовке крови к работе в период мобилизации и в военное время;
- проверка организации взаимодействия УСК по вопросам планирования, обеспечения и проведения мобилизационных мероприятий с органами государственной и муниципальной власти, органами военного командования, транспортными предприятиями и другими организациями;
- изучение количества и качества мобилизационного имущества и оборудования, хранящегося на складах и предназначенного для УСК;
- обеспечение контроля за разработкой и осуществлением мероприятий по освоению УСК закрепленного района (пункта) в загородной зоне, включая размещения эвакуируемого персонала и членов семей;
- участие в учениях и тренировках, организуемых руководителем СК, субъектовым здравоохранением и мобилизационными органами управления.

Персональную ответственность за мобилизационную готовность СК несут руководитель субъектового здравоохранения и руководитель службы крови. Контроль качества мобилизационной готовности СК осуществляют

Минздравсоцразвития России, а в части поставки препаратов и компонентов крови Министерству обороны РФ и другим силовым структурам – их ведомственные медицинские службы.

7.6. Мобилизационный резерв медицинского и санитарно-хозяйственного имущества

Искусство длительно сохранять накопленные запасы пришло из глубины веков и передается из поколения в поколение. С древних времен человек заготавливал запасы продовольствия впрок до нового урожая и на случай непредвиденных обстоятельств. С образованием государства стали создаваться государственные материальные запасы продовольствия, топлива, различных промышленных материалов, военного снаряжения, медицинского имущества и других ценностей.

Государственный резерв – это создаваемые, освежаемые и планомерно пополняемые государством запасы сырья, материалов, имущества и оборудования, необходимые для бесперебойного функционирования экономики, для обороны государства, ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и для других целей. Исходя из этого определения, государственный резерв предназначен для:

- обеспечения мобилизационных нужд;
- обеспечения неотложных работ при ликвидации последствий ЧС;
- оказания государственной поддержки отраслям народного хозяйства, субъектам РФ и отдельным организациям в целях стабилизации экономики при временных нарушениях снабжения топливно-энергетическими ресурсами, важнейшими видами сырья, продовольствием и другими материалами;
- оказания регулирующего воздействия на внутренний рынок при возникновении диспропорций между спросом и предложением;
- оказания гуманитарной помощи.

Формирование, хранение и обслуживание запасов государственного резерва обеспечивается Федеральным агентством по государственным

резервам (Росрезерв), его управлениями и организациями, образующими единую систему государственного резерва РФ и осуществляющую управление им. Деятельность организаций этой системы регулируется Федеральным законом от 29.12.1994 г. № 79-ФЗ «О государственном материальном резерве», а структура государственного резерва и порядок управления его запасами определяются Правительством РФ.

Составной частью государственного резерва является мобилизационный резерв медицинского и санитарно-хозяйственного имущества, система которого включает в себя:

- федеральные органы исполнительной власти с находящимися в их ведении федеральными государственными учреждениями здравоохранения, Роспотребнадзора и медицинской науки;

- медицинский центр мобилизационных резервов «Резерв» Минздравсоцразвития России;

- предприятия по производству медицинских иммунологических препаратов;

- центральные медицинские склады Главного военно-медицинского управления Минобороны РФ, медицинские склады военных округов (флотов), управления делами Президента РФ, Минтранса РФ, а на уровне субъектов РФ – медицинские центры мобилизационных резервов «Резерв» (МЦ «Резерв») с подведомственными им складами.

Мобилизационный резерв медицинского и санитарно-хозяйственного имущества создается в целях оснащения СФЗ, формирований и учреждений ГОЗ, создаваемых в соответствии с заданием на расчетный год для оказания медицинской помощи личному составу войск и гражданскому населению, пострадавшему в ходе ведения военных действий или вследствие этих действий.

Медицинское имущество – это специальные материальные средства, предназначенные для диагностики, оказания медицинской помощи, лечения, профилактики поражений и заболеваний у пострадавших в ходе военных

действий или вследствие этих действий, а также использующиеся для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых потерь. К медицинскому имуществу относятся:

- медикаменты, в том числе антитоксические и радиопротекторы, антибиотики и витамины, наркотические и сильнодействующие средства;
- иммунобиологические препараты и дезинфицирующие средства;
- врачебно-медицинские предметы, приборы и аппараты;
- рентгеновское, физиотерапевтическое, лабораторное и другое лечебно-диагностическое оборудование и имущество.

Санитарно-хозяйственное имущество - это мягкий и твердый инвентарь, в состав которого входят нательное и постельное белье; одеяла, полотенца, спецодежда для персонала; туфли госпитальные, носилки санитарные, кровати; кухонное оборудование, столовая посуда, мелкие хозяйственные предметы и т.п.

Для определения потребности и обеспеченности, хранения и учета медицинское и санитарно-хозяйственное имущество классифицируется по учетным, фармакологическим, товароведческим и другим признакам, по порядку использования, качественному состоянию, способу содержания.

По учетным признакам и порядку использования имущество подразделяется на расходное и инвентарное (табл. 19).

Расходное имущество представлено:

- предметами разового пользования, которые используются одномоментно и безвозвратно (медикаменты, иммунобиологические препараты, реактивы, шовный материал и т.п.);
- предметами, которые приходят в негодное состояние после кратковременного применения (перчатки, иглы хирургические, боры зубо-врачебные, пробирки и другая стеклянная посуда, нательное и постельное белье, спецодежда и т.п.).

Расходное имущество по мере расходования списывается и подлежит систематическому пополнению. Основанием для списания такого имущества с

учета служат рецепты и требования. Медикаменты и другие препараты, имеющие ограниченный срок годности, периодически, исходя из этих сроков, освежаются.

Таблица 19

**Классификация медицинского имущества
по учетному признаку и порядку использования**

Расходное имущество	Инвентарное имущество
Медикаменты (лекарственные средства различных групп, витамины, гормональные препараты и т.п.)	Медицинское оборудование, приборы, аппараты, техника и инструментарий
	Врачебные предметы и приборы
	Наборы хирургические
	Аппараты для травматологии, ортопедии и механотерапии
Иммунобиологические препараты	Аппараты и приборы для анестезии и искусственной вентиляции легких
Реактивы	Зубоврачебные и зуботехнические аппараты и инструменты
Препараты и компоненты крови	Рентгеновская аппаратура и приборы
Дезинфицирующие, дезинсекционные, дератизационные средства и репелленты	Электродиагностические аппараты и приборы
Перевязочные и шовные материалы, шины	Аппараты для физиотерапии
Зубоврачебные и зуботехнические материалы	Лабораторные аппараты и инструменты
Медицинские и аптечные расходные предметы	Стерилизационное и дезинфекционное оборудование
Книги и бланки	Приборы радиометрического, дозиметрического и химического контроля
Рентгеновская пленка и фотолабораторные предметы	Медицинское и аптечное оборудование и мебель
Лабораторные материалы и реактивы	Санитарно-хозяйственное имущество, тара укладочная
Очки и корригирующие стекла	Медицинская и санитарная техника на шасси

Инвентарное имущество – это предметы длительного пользования (аппаратура, инструментарий, оборудование) и быстроамортизирующиеся (дыхательные трубки, грелки, пузыри, другие изделия из резины). Им устанавливаются сроки эксплуатации.

Качественное состояние медицинского имущества должно отвечать требованиям Государственной фармакопеи или техническим условиям. По этому признаку расходное имущество подразделяется на 3 вида, а инвентарное – на 5 категорий (табл. 20).

Таблица 20

**Классификация медицинского имущества
по качественному состоянию**

Расходное имущество	Инвентарное имущество
Новое	I категории – новое, не бывшее в эксплуатации
Годное – находящееся или бывшее в эксплуатации	II категории – годное к использованию, находящееся или бывшее в эксплуатации, в том числе после среднего и капитального ремонта
Негодное	III категории – требующее среднего ремонта
	IV категории – требующее капитального ремонта
	V категории – негодное для использования и ремонта

Номенклатура медицинского имущества, закладываемая в мобилизационный резерв для оснащения СФЗ, формирований и учреждений ГОЗ отбирается с учетом устойчивости при длительном хранении, удобства при использовании в ЧС и обеспечения качества оказания медицинской помощи пострадавшим. В ее состав входят лекарственные средства основных фармакологических групп, отечественная медицинская техника, пригодная для эксплуатации в стационарных и полевых условиях. Перечень медицинского имущества мобилизационного резерва и его количество, необходимое для создания и последующего оснащения СФЗ, формирований и учреждений ГОЗ, устанавливаются на основе нормирования, исходя из:

- решаемых задач;
- вида и объема медицинской помощи, оказываемой пораженным и больным;
- количества и структуры прогнозируемых санитарных потерь;
- структуры формирований и учреждений.

Имущество мобилизационного резерва нормируется. Под **нормой снабжения** понимается научно обоснованные количественные и качественные показатели имущества, необходимого для обеспечения тех или иных медицинских формирований и учреждений с целью выполнения задач по предназначению.

Документ, устанавливающий перечень и количество имущества для оснащения медицинских формирований и учреждений называется **табелем**, а имущество, в него включенное – табельным. Состав табельного имущества позволяет оказать медицинскую помощь, установленного вида и объема, определенному количеству пострадавших в течение конкретного периода времени. По завершению работ в очаге массовых потерь состав табельного имущества обязан пополняться до установленных норм.

Медицинское имущество мобилизационного резерва хранится на складах МЦ «Резерв», регулярно, в установленные сроки, определенными постановлением Правительства РФ от 01.07.1996 г. № 786, реализуется по сниженным ценам с последующей заменой путем закладки на хранение аналогичных препаратов с большим сроком годности (табл. 21).

Таблица 21

**Сроки реализации и размеры снижения цен
на лекарственные средства резерва**

Установленный срок годности, лет	Остаточный срок годности перед реализацией, мес.	Предельные размеры снижения цен, %
> 3	24-18	15
2-3	18-12	25
1-2	10-6	35
Независимо от срока годности	< 6	По договорной цене

Имущество на складах содержится в состоянии, обеспечивающем приведение его в готовность для использования по предназначению. Это имущество или какая-либо его часть, в ряде случаев, может быть использовано с разрешения Минздравсоцразвития России для ликвидации медико-санитарных последствий масштабных ЧС в мирное время.

Комплекс мероприятий по обеспечению медицинских формирований и учреждений имуществом мобилизационного резерва называется **медицинским снабжением**, основными принципами которого являются:

- соответствие существующей в системе здравоохранения организации и порядку обеспечения медицинским имуществом;
- соответствие структуре и задачам формирований и учреждений медицинского профиля;
- обеспечение готовности здравоохранения к действиям в различных очагах массовых потерь населения и в различных климатических зонах.

Формирование и обслуживание резерва медицинского и санитарно-хозяйственного имущества осуществляется в соответствии с Положением о мобилизационном резерве, а его хранение регламентируется «Инструкцией по хранению мобилизационного резерва медицинского и санитарно-хозяйственного имущества», введенной в действие приказом Минздравсоцразвития России от 03.10.2005 г. № 613дсп.

Порядок формирования номенклатуры и объемов накопления медицинского имущества мобилизационного резерва представлен на рис. 17.

Минздравсоцразвития России, во исполнение постановления Правительства РФ о мобилизационном задании, разрабатывает номенклатуру, объемы имущества, определяет сроки его накопления в мобилизационном резерве и согласовывает их с Минэкономразвития РФ и Росрезервом. Затем, Минздравсоцразвития России своим приказом утверждает эти показатели и разрабатывает методические указания по организации и порядку формирования в федеральных государственных учреждениях здравоохранения и в здравоохранении субъектов РФ:

- номенклатуры, объемов накопления имущества мобилизационного резерва и норм обеспечения СФЗ;
- номенклатуры, объемов накопления имущества мобилизационного резерва и норм обеспечения учреждений переливания крови;



Рис. 17. Порядок формирования номенклатуры и объемов накопления медицинского имущества мобилизационного резерва

- номенклатуры, объемов накопления имущества мобилизационного резерва и норм обеспечения по оказанию медицинской помощи гражданскому населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий из расчета на 1000 пораженных в очагах массовых потерь и для обеспечения работы 10 специализированных коек в течение одного месяца.

Органы управления здравоохранением субъектов РФ и УЗ федерального подчинения, опираясь на методические указания, разрабатывают номенклатуру и объемы накопления имущества в своем мобилизационном резерве с учетом:

- материально-технического обеспечения учреждений, предназначенных для развертывания СФЗ (ЛПУ, санатории, профилактории, приспособленные здания немедицинского профиля);

- наличия всех видов имущества ЛПУ, на базе которых развертываются формирования и учреждения ГОЗ;

- имущества тех ЛПУ, которые по постановлению суженных заседаний администраций субъекта РФ и его муниципальных образований прекращают функционирование в военное время;

- состояния и содержания мобилизационного резерва здравоохранения субъекта РФ;

- возможности обеспечения материально-техническими средствами из местных ресурсов.

Разработанные предложения по номенклатуре и объемам мобилизационного резерва направляются в Минздравсоцразвития России по форме № 16-1РМ с приложением пояснительной записки.

Обобщенная номенклатура и ее объемы согласовываются с Минэкономразвития России и Росрезервом, затем утверждаются и в виде приказа Минздравсоцразвития России доводятся до Росрезерва, а выписки из приказа – до каждого органа управления здравоохранением субъекта РФ, федерального УЗ и окружного управления Росрезерва.

Получив выписку из приказа, органы управления здравоохранением субъектов РФ в месячный срок формируют номенклатуру и объемы накопления имущества мобилизационного резерва, подлежащего хранению, и представляют их в окружное управление Росрезерва по форме № 16-РМС.

Объемы накопления в мобилизационном резерве медицинского и санитарно-хозяйственного имущества для обеспечения развертывания СФЗ, формирований и учреждений ГОЗ устанавливаются, исходя из потребности на 1-2 месяца работы по назначению. Расходное имущество закладывается на квартальную потребность. Потребность в недостающем имуществе учитывается при разработке заявки к плану расчетного года и планируется к поставке в течение 1-2 месяцев с момента ввода в действие мобилизационного плана.

Имущество, закладываемое в мобилизационный резерв должно соответствовать утвержденной номенклатуре, отвечать требованиям технической документации, качество подтверждаться сертификатами, паспортами и протоколами испытаний, а закладываться на хранение целыми единицами (кипами, ящиками, коробками и т.п.).

Орган управления здравоохранением субъекта РФ обязан обеспечить количественную и качественную сохранность имущества резерва, ежегодно проводить его инвентаризацию, планово осуществлять накопление и освежение в соответствии с установленными сроками годности. Контроль за:

- количественной и качественной сохранностью имущества резерва на складах, организацией его учета и отчетности;

- соблюдением правил, условий и порядка хранения, освежения, замены и проведения испытаний хранимого имущества;

- осуществлением проверок работоспособности медицинской техники и готовностью складов к работе в зимних условиях

возлагается на ПТК, создаваемую приказом органа управления здравоохранением субъекта РФ, и на МЦ «Резерв». Результаты проверок ПТК оформляются актами, в которых дается оценка хранения имущества,

указываются выявленные недостатки и вносятся предложения по их устранению с указанием сроков исполнения.

Имущество мобилизационного резерва, а также здания, сооружения и земельные участки в которых и на которых оно размещено, не подлежат приватизации и продаже, не используется в качестве залога, а используется в соответствии с Федеральным законом «О государственном материальном резерве». В связи с чем, МЦ «Резерв», осуществляя работу с имуществом мобилизационного резерва, проводит следующие операции:

- **закладку** – принятие имущества для хранения в мобилизационный резерв с целью его накопления в соответствии с установленным заданием;

- **ответственное хранение** – хранение заложенного на склады МЦ «Резерв» имущества без права пользования им до принятия в установленном порядке решения о выпуске его из резерва;

- **выпуск** – реализация или безвозмездная передача имущества определенному получателю, либо его реализация на рынке;

- **освежение** – выпуск имущества из резерва, в связи с истечением установленного срока хранения, вследствие возникновения обстоятельств, способных повлечь за собой порчу или ухудшение качества хранимого имущества до истечения установленного срока хранения, при одновременной поставке и закладке равного количества аналогичного имущества;

- **заимствование** – выпуск имущества из резерва с последующим возвратом в резерв равного количества аналогичного имущества;

- **разбронирование** – выпуск имущества из мобилизационного резерва без последующего возврата;

- **замену** – выпуск имущества из резерва при одновременной закладке в него равного количества аналогичного или другого однотипного имущества в связи с изменением стандартов и технологии его изготовления.

Выпуск имущества резерва в порядке замены и освежения производится на основании решений Росрезерва, с учетом сроков его годности и хранения. Выпуск имущества в порядке заимствования и разбронирования производится

по ходатайству Минздравсоцразвития России или органа управления здравоохранением субъекта РФ на основании заключения Росрезерва, в котором определяются получатели, сроки и условия выпуска, порядок и сроки возврата. Заимствование имущества мобрезерва возможно и по запросам МЧС России, органов исполнительной власти субъектов РФ для выполнения работ по ликвидации медицинских последствий ЧС с последующим докладом в 10-дневный срок Правительству РФ. При разбронировании имущества порядок и сроки не оговариваются.

Минздравсоцразвития России по согласованию с Росрезервом имеет право разрешать органу управления здравоохранением субъекта РФ:

- разбронировать имущество по решению Правительства РФ, либо с утратой необходимости хранения (изменение номенклатуры и объемов накопления);

- использовать имущество при проведении учений без оплаты стоимости с последующим возвратом в мобрезерв с сохранением его качества;

- перемещать имущество со складов одного субъекта РФ к другому;

- проводить замену и освежение имущества с разрывом во времени между выпуском и закладкой до 6 месяцев;

- уничтожать имущество, в установленном Минздравсоцразвития России порядке, в связи с истечением сроков годности хранения и которое не может быть использовано для текущих нужд.

Осуществление операций по накоплению, хранению и освежению медицинского и санитарно-хозяйственного имущества мобилизационного резерва требует финансирования. Эти операции оплачиваются Росрезервом или его окружными управлениями в соответствии с заключенными договорами на ответственное хранение имущества мобилизационного резерва.

Этапы и последовательность расчета годовой потребности в финансовых средствах, необходимых для выполнения работ с медицинским имуществом мобилизационного резерва рассчитывается и оформляется в виде заявки, порядок рассмотрения которой представлен на рис. 18.

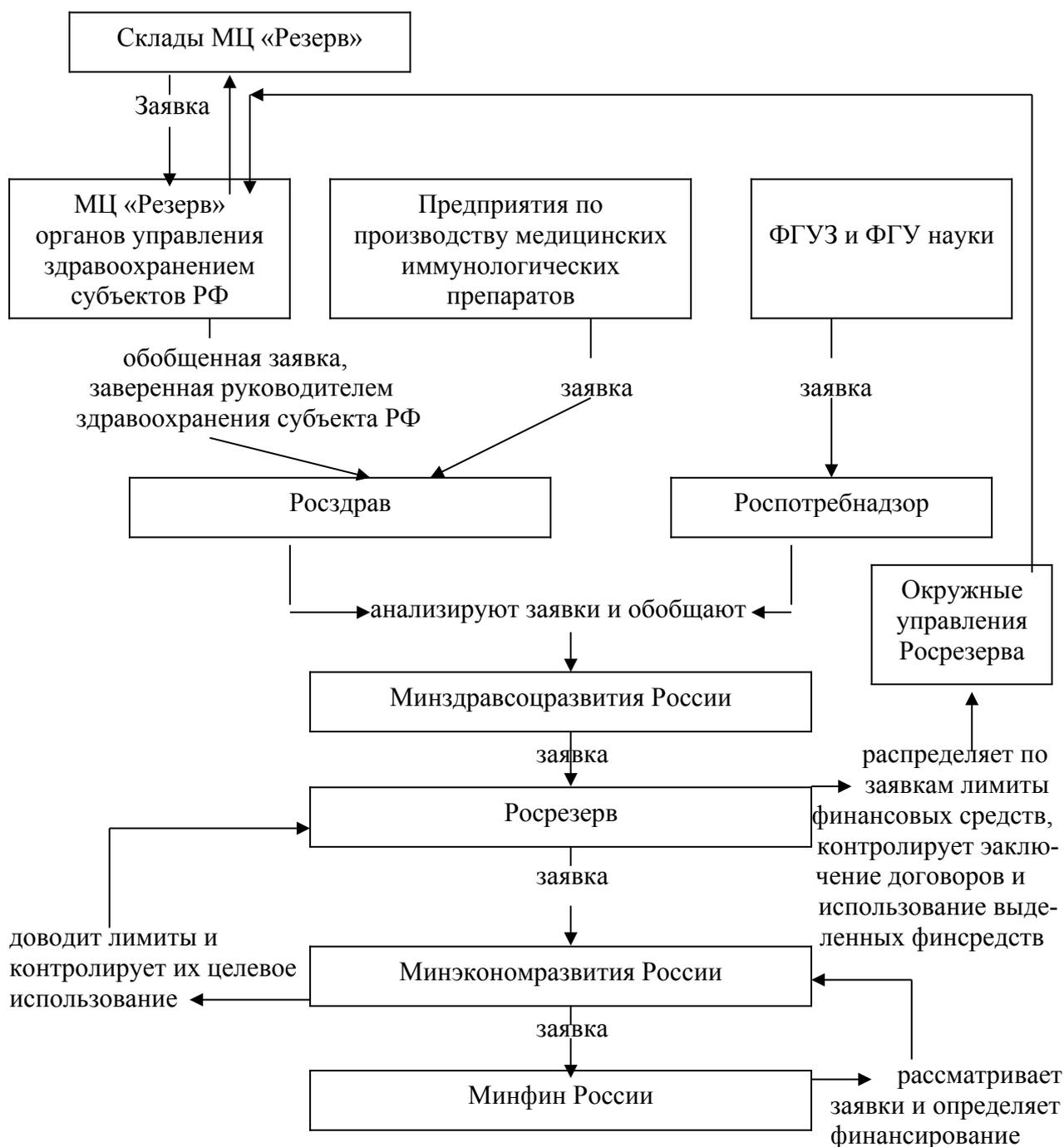


Рис. 18. Этапы и последовательность расчета годовой потребности в финансовых средствах для выполнения работ по накоплению, хранению и освежению медицинского и санитарно-хозяйственного имущества мобилизационного резерва

После утверждения Росрезервом предварительных объемов финансирования, Минздравсоцразвития России направляет органам управления здравоохранения субъектов РФ уведомления для заключения договоров на поставку имущества в мобрезерв. Торги на поставку имущества

в мобрезерв проводятся окружными управлениями Росрезерва. В договорах организации, независимо от форм собственности, победившие в конкурсе на поставку продукции, фигурируют в роли поставщика, окружные управления Росрезерва – в роли плательщика, а органы управления здравоохранением субъектов РФ – в роли получателей.

8. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПОДГОТОВКИ ПЕРСОНАЛА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К РАБОТЕ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО И ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Организация планирования и подготовки персонала здравоохранения к работе в ЧС мирного и военного времени имеет своей целью выработку у него согласованных действий в составе формирований и учреждений СМК и ГОЗ. Она включает в себя подготовку к развертыванию формирований и учреждений, овладение персоналом порядка пользования табельной техникой и оснащением, методиками обследования пострадавших, раненых и больных, приемами и способами оказания им медицинской помощи и лечения на этапах медицинской эвакуации.

Планирование подготовки персонала организуется и осуществляется в режиме повседневной деятельности органами управления здравоохранением всех уровней и руководителями УЗ. При планировании анализируются профиль и предназначение формирований и учреждений СМК и ГОЗ, установленный срок их готовности, наличие и состояние оснащения, техники, учебной и материально-технической базы, уровень подготовки основного и приписного состава, знание ими своего предназначения при действиях в ЧС.

Подготовка персонала здравоохранения к работе в условиях ЧС по организации оказания своевременной и качественной медицинской помощи, направленной на сохранение жизни и восстановление здоровья пострадавших, включает ряд последовательно проводимых мероприятий:

1. Отработку планирующих документов по организации перевода здравоохранения и его учреждений на режим работы в ЧС.
2. Постановку задач УЗ по их подготовке к работе в ЧС.
3. Создание формирований и учреждений СМК и ГОЗ, оснащение их имуществом.
4. Обучение персонала созданных формирований и учреждений СМК и ГОЗ и к выполнению функциональных обязанностей в ЧС.

5. Повышение устойчивости функционирования формирований СМК и ГОЗ в условиях прогнозируемых ЧС.

6. Отработку вопросов управления работой созданных формирований и учреждений СМК и ГОЗ путем проведения практических занятий и учений.

Подготовка персонала здравоохранения к действиям в ЧС подразделяется на оперативную, методическую и специальную. Она проводится по группам:

- руководящего состава (штаб ГОЧС учреждения);
- медицинского персонала;
- прочего персонала (рабочие, служащие, водители и т.п.).

Оперативная подготовка направлена на обучение руководителей к решению задач по управлению мобилизационным развертыванием здравоохранения, к действиям их по всестороннему медицинскому обеспечению в ЧС мирного и военного времени. Целью ее является привитие руководящему составу практических навыков по управлению силами и средствами СМК и ГОЗ в условиях ЧС, обеспечение организации динамического взаимодействия с заинтересованными ведомствами, организациями и учреждениями по медицинскому, материально-техническому, транспортному и коммунально-техническому обеспечению.

Методическая подготовка направлена на повышение мастерства руководящего состава и всего персонала здравоохранения по выполнению возложенных на них функций с целью выработки единых подходов к решению задач в ЧС.

Специальная подготовка осуществляется по специальным программам и направлена на обучение медицинского персонала принципам лечебно-эвакуационного, санитарно-противоэпидемического и лекарственного обеспечения пострадавших, пораженных и больных, на овладение приемами и способами оказания им медицинской помощи в условиях ЧС мирного и военного времени..

Подготовка персонала УЗ организуется в соответствии с приказом его руководителя, в котором подводятся итоги за истекший год и ставятся задачи на текущий год.

В констатирующей, подводящей итоги, части приказа отмечаются имевшие место успешно выполненные мероприятия и их исполнители, а главное – это наличие недостатков, фактов неисполнительности и упущений, по чьей вине они произошли. Во второй, приказной, части определяются меры по устранению имевших место недостатков, задачи по подготовке УЗ и его персонала в очередном году, а также взыскания за упущения и поощрения за успешное выполнение проводимых мероприятий. В приказе указывается порядок его доведения до исполнителей и организация контроля выполнения в течение года.

К приказу, в виде приложения, отрабатывается календарный план основных мероприятий на очередной год, в котором раскрываются: содержание мероприятий, сроки и продолжительность их проведения, ответственные исполнители, кто на них привлекается (персонал, отделения, формирования), предполагаемые материальные и финансовые затраты.

В соответствии с приказом, для проведения занятий по специальной подготовке персонала УЗ создаются учебные группы из руководящего состава, врачей и средних медицинских работников, прочего персонала; назначаются руководители занятий, их заместители в каждой из групп, определяется время проведения занятий.

Специальная подготовка руководящего состава УЗ осуществляется в количестве 15 часов, для врачей и среднего медицинского персонала – 35 часов, для прочего персонала – 12 часов и подразделяется на теоретическую и практическую части. Основная цель специальной подготовки в том, чтобы обучаемые усвоили основные положения нормативных документов по СМК и ГОЗ, особенности организации оказания ЭМП пострадавшим в ЧС и приобрели практические навыки в выполнении функциональных обязанностей при работе в ЧС.

Руководящий состав изучает основополагающие документы по организации работы СМК и ГОЗ, по вопросам мобилизационной подготовки, приобретает практические навыки в оценке обстановки и управлении силами и средствами служб в условиях ЧС.

Врачебный состав совершенствует знания и навыки по медицинской сортировке, оказанию медицинской помощи, лечению пострадавших, пораженных и больных в условиях их массового поступления с учетом патологии, характерной для прогнозируемых ЧС. Особое внимание обращается на подготовку врачей нехирургического профиля к оказанию неотложной медицинской помощи при массовых травмах, ожогах, ранениях, отравлениях.

Средний медицинский персонал прививает и совершенствует практические навыки в выполнении функциональных обязанностей, предусмотренных планами перевода УЗ на режимы работы в ЧС мирного и военного времени и при поступлении массового числа пострадавших, пораженных и больных.

Младший медицинский и вспомогательный персонал УЗ обучается основным клиническим признакам неотложных состояний и практическим приемам оказания ПМП, правилам ухода за ранеными и больными, их медицинскому сопровождению при эвакуации.

В специальной подготовке персонала УЗ необходимо предусмотреть региональный компонент в изучении патологии поражений (по прогнозам ЧС и их медико-санитарных последствий), изучение объемов оказания различных видов медицинской помощи и рациональных методов лечения пострадавших, пораженных и больных в условиях их массового поступления.

Специальная подготовка ВСП, входящего в состав формирований СМК и ГОЗ, организуется с учетом предназначения этих формирований по планам их подготовки в объеме 20-ти часовой программы.

Организационные вопросы, основы планирования медицинского обеспечения в ЧС, порядок управления СМК и ГОЗ, изученные на занятиях по организационно-тактической подготовке закрепляются в ходе:

- штабных тренировок и учений;
- командно-штабных учений;
- тактико-специальных учений;
- объектовых тренировок;
- комплексных учений;

Штабная тренировка (ШТ) – начальная форма организационно-тактической подготовки руководящего состава органов управления, формирований и учреждений СМК и ГОЗ. Продолжительность ШТ, в зависимости от ее тематики, составляет 2-4 часа с периодичностью проведения раз в квартал.

В ходе ШТ отрабатываются и изучаются планирующие документы, функциональные обязанности должностных лиц штаба ГОЧС органа управления государственного или муниципального здравоохранения или УЗ, практически проигрывается порядок приведения его в готовность в ограниченные сроки с отработкой схемы оповещения и экстренного сбора должностных лиц в рабочее и нерабочее время. Проводят ШТ руководители органов управления и УЗ или их заместители.

Для проведения ШТ разрабатывается план, в котором указываются: тема, учебные цели, дата и время проведения ШТ, состав обучаемых, место занятия, вопросы и порядок их отработки.

Основными методами отработки вопросов на ШТ являются: практическая работа должностных лиц с документами, заслушивание руководителем должностных лиц по знанию обязанностей действий в ЧС, решению ими ситуационных задач и тестов, обмен мнениями по содержанию работы штаба ГОЧС органа управления или УЗ в ЧС.

Штабное учение (ШУ) – проводится с органами управления, когда их должностные лица имеют достаточную подготовку для решения ситуационных задач по обстановке. Продолжительность ШУ 4-6 часов.

К штабному учению привлекаются подчиненные органы управления, руководители структурных подразделений УЗ, задействуются средства связи, отрабатываются вопросы с учетом создаваемой, в соответствии с замыслом учения, обстановки. Цель ШУ – привить практические навыки руководящему составу и должностным лицам органа управления по оценке обстановки и отработке документов, по управлению силами и средствами служб, по выработке умений в ограниченные сроки доводить распоряжения до исполнителей, используя при этом средства связи. На ШУ проверяется реальность планирования мероприятий по организации медицинского обеспечения населения в ЧС и организации перевода органа управления УЗ на режим работы в условиях массового поступления пострадавших.

В соответствии с темой и целями учения разрабатываются замысел ШУ и план его проведения. В замысле отражается исходная обстановка, её развитие в ходе учения, ожидаемые действия обучаемых. В плане учения указываются тема, учебные цели и вопросы, состав участников, время и место его проведения, действия руководителя и обучаемых по астрономическому и оперативному времени в соответствии с обстановкой, доводимой при отработке каждого учебного вопроса. Если в ходе учения предусматриваются оперативные скачки во времени, то в плане указывается скачковая обстановка, т.е. те события, которые произошли за период оперативного времени. Основой для разработки плана проведения ШУ являются замысел и документы Плана медицинского обеспечения населения.

Основной метод проведения ШУ – заслушивание должностных лиц по оценке обстановки и выработке ими грамотных управленческих решений с подготовкой распоряжений и представлением донесений по полученным вводным. ШУ завершается разбором действий обучаемых и подведением итогов.

Командно-штабное учение (КШУ) – высшая форма организационно-тактической подготовки руководящего состава, органов управления СМК и ГОЗ. Их продолжительность до 2-3 суток. В КШУ принимают участие органы управления государственного и муниципального здравоохранения, УЗ с созданными на их базе формированиями СМК и ГОЗ (бригады, отряды), укомплектованными персоналом и оснащенными имуществом, транспортом, средствами связи, средствами защиты, приборами и аппаратами. На КШУ используются наглядные пособия (схемы, таблицы, указатели и т.п.), применяющиеся в реальной обстановке и видеотехника с демонстрационными материалами. В связи с этим, проведение КШУ, как правило, требует финансирования.

КШУ может быть успешно проведено, если:

- отработаны документы Плана медицинского обеспечения населения в ЧС (Плана действий УЗ в ЧС, Плана ГО УЗ);

- должностные лица, привлекаемые на учение, знают свои функциональные обязанности, порядок действия и взаимодействия и имеют навыки в отработке документов.

В ходе проведения КШУ обязательно хронометрирование некоторых мероприятий (экстренного сбора персонала; сроков приведения в готовность структурных подразделений УЗ и формирований СМК и ГОЗ, создаваемых ими; выдачи имущества резерва; пропускной способности приемно-сортировочного отделения при массовом поступлении пораженных и других мероприятий).

При разборе КШУ оценивается работа органов управления, учреждений и формирований СМК и ГОЗ, принимавших участие в нем.

Тактико-специальное учение (ТСУ) – наиболее эффективная форма подготовки персонала формирований СМК и ГОЗ для решения ими задач по предназначению в ЧС. На ТСУ привлекается весь персонал формирований, оснащенный техникой и имуществом в соответствии с табелем. На учение отводится до 6 часов, и оно должно проводиться ежегодно.

Основными задачами ТСУ являются:

- совершенствование навыков руководителей формирований по управлению ими в условиях ЧС;
- выработка согласованных действий персонала формирований, как для самостоятельного выполнения решаемых задач, так и во взаимодействии с другими аварийно-спасательными формированиями;
- оценка готовности формирований к действиям в очагах ЧС.

Для проверки отдельных положений проектов нормативных документов, касающихся внедрения новых форм, методов и способов действий в очагах ЧС, в соответствии с решениями вышестоящих начальников СМК и ГОЗ может быть организовано проведение опытно-исследовательского ТСУ.

Руководителем ТСУ может быть главный врач или назначенный им заместитель по мобилизационной работе и гражданской обороне, а также и сам командир формирования. Для проведения учения могут привлекаться посредники из числа наиболее опытных специалистов в этой сфере деятельности.

При подготовке ТСУ определяются тема, учебные цели и вопросы, сроки проведения, этапы, время и место учения, силы и средства для имитации, вопросы материально-технического обеспечения. В ходе учения анализируются отдаваемые распоряжения, степень и качество их выполнения, осуществляется контроль обеспечения безопасности.

Учения следует начинать с оповещения и сбора персонала формирования, вывода техники и проверки их готовности к действиям.

После вручения вводных руководителям формирований предоставляется время для уяснения полученной задачи, оценки обстановки, принятия решения и постановки задач подчиненным.

Решение руководителя формирования заслушивает и утверждает руководитель учения. Если принято недостаточно обоснованное решение, руководитель учения путем постановки дополнительных вопросов побуждает

руководителя формирования глубже вникнуть в обстановку, заново оценить ее и принять более целесообразное решение. При необходимости, руководитель учения может объявить частный отбой, разобрать допущенные ошибки, уточнить решение и продолжить учение. Приостановка учения возможна и для более качественной отработки наиболее важных приемов и способов действий.

Наращивание обстановки при проведении ТСУ достигается введением новых вводных, имитирующих различные элементы ЧС (обвал, пожар, подтопление с увеличением количества условно пострадавших и т.п.). Это позволяет осуществлять маневр силами и средствами формирования с учетом изменения обстановки, принятие новых решений, изыскивать возможности проявления инициативы и находчивости.

Заканчивается учение по выполнению всех поставленных задач с последующим проведением его разбора, оценки действий руководителя формирования и всего формирования, в целом, по этапам учения.

В стационарных ЛПУ с малой коечной емкостью и амбулаторно-поликлинических учреждениях проводятся **объектовые тренировки (ОТ)**, а в больницах с большой коечной емкостью (500 и более коек) – **комплексные учения**. Целесообразная периодичность их проведения один раз в три года. Продолжительность ОТ 1-2 суток, а комплексного учения 2-3 суток.

При проведении комплексного учения участвуют орган управления УЗ в полном составе, эвакуационная комиссия, комиссия по устойчивости функционирования, формирования общего и медицинского назначения. К учению привлекается не менее 30-40% штатного состава функциональных отделений УЗ. Проводится оно без прекращения работы УЗ, в связи с чем, важно спланировать участие персонала отделений и формирований не на весь период учения, а по графику.

Основная цель комплексного учения – практическая отработка тех мероприятий, которые содержатся в плане перевода УЗ на режим работы в ЧС мирного и военного времени, выполнение персоналом этих мероприятий,

организация согласованных действий отделений УЗ, выявление наиболее сложных вопросов по организации работы в ЧС и поиск оптимальных решений по их реализации.

Для проведения комплексного учения разрабатываются замысел, план его проведения, план материально-технического обеспечения и предусматривается финансирование проводимых практических мероприятий.

По итогам учения составляются отчет и план устранения выявленных замечаний и недостатков, при необходимости, вносятся соответствующие коррективы в планы медицинского обеспечения населения (планы ГО УЗ и планы действий УЗ в ЧС) и в организацию подготовки персонала.

Комплексные учения проводятся на объектовом, муниципальном и субъектовом уровнях. Их цель – отработка в ЧС вопросов взаимодействия с ведомственным здравоохранением, экстренными оперативными и аварийно-спасательными службами территории (охраны общественного порядка, противопожарной, спасательной, связи, транспортной, коммунально-технической, энергетической и др.).

В ходе ОТ отрабатывается меньший объем вопросов. Основная цель – проверить реальность отдельных положений планирующих документов, дать должностным лицам практику в выполнении своих функциональных обязанностей при работе в составе формирований и отделений УЗ. Для проведения ОТ разрабатываются аналогичные документы, что и для комплексного учения. Заканчивается ОТ ее разбором и подведением итогов.

Хорошей школой подготовки руководящего состава здравоохранения к действиям в ЧС является продуманная и четко спланированная **организация проведения заседаний штаба ГОЧС УЗ и МКК СМК**. Это позволяет расширить кругозор и углубить компетентность руководителей по вопросам ГОЗ и СМК, снизить с их стороны панические реакции, растерянность, порою, и страх при возникновении ЧС и, как следствие, обеспечить на должном уровне выполнение решаемых задач от объектового до субъектового звена.

Заседания штаба ГОЧС и МКК СМК по рассматриваемым вопросам протоколируются, по их итогам принимаются решения. Материалы заседания штаба подписываются начальником штаба и утверждаются руководителем УЗ.

Обобщенные материалы этих заседаний и принятые решения в 10-дневный срок доводятся до всего коллектива на врачебных, сестринских конференциях (планерках) а, при необходимости, и на общих собраниях. Контроль исполнения принятых решений осуществляется начальником штаба, который на последующих заседаниях информирует членов штаба или членов МКК СМК об их выполнении, о проблемах, трудностях еще не выполненных решений и путях их реализации.

Примерный перечень вопросов, выносимых на заседания штаба ГОЧС УЗ и МКК СМК, представлен в приложениях 25 и 26.

Совершенствование знаний и навыков действий персонала УЗ осуществляется также и на циклах усовершенствования врачей и среднего медицинского персонала, на проводимых совещаниях, учебных сборах и конференциях по СМК и ГОЗ, при решении ситуационных задач персоналом в ходе проведения руководителями УЗ обходов, а также в процессе самостоятельной подготовки.

Использование всех форм и методов подготовки персонала УЗ к действиям в ЧС, соблюдение в обучении принципа «от простого к сложному» даёт хорошие результаты, раскрывает сущность проблемы ЧС, повышает интерес в приобретении персоналом умений и навыков, совершенствует функциональную компетентность руководителей в управлении процессом ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного и военного времени.

СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В НАСТОЯЩЕМ РУКОВОДСТВЕ

Безопасность жизнедеятельности (БЖД):

а) состояние среды обитания человека (условий питания, труда, учебы, отдыха), при котором исключена или снижена до допустимых пределов возможность возникновения опасных и вредных факторов, угрожающих здоровью и жизни людей, их имуществу, культурным и духовным интересам;

б) учебная дисциплина, преподаваемая в высших и средних профессиональных образовательных учреждениях, рассматривающая проблемы безопасности в различных сферах деятельности человека и меры по предотвращению, снижению и смягчению ЧС.

Биологические (бактериальные, бактериологические) средства (БС) – биологические агенты, способные вызывать массовые заболевания и поражения людей, животных и растений; основной элемент биологического оружия. К ним относятся болезнетворные микроорганизмы (вирусы, бактерии, риккетсии, грибки) и продукты их жизнедеятельности. К БС могут быть отнесены и насекомые – вредители и мелкие грызуны.

Бронирование граждан, пребывающих в запасе – организация и осуществление в мирное и военное время комплекса мероприятий по предоставлению отдельным категориям работающих граждан, из числа пребывающих в запасе, отсрочки от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время. Эти граждане на период бронирования получают отсрочку и от направления для работы на должностях гражданского персонала ВС РФ, других войск и воинских формирований.

Вводная – оперативные сведения о тактической обстановке, сообщаемые руководителем в процессе проведения учений. До участников учения они доводятся устно, с помощью средств связи, посредством документа, имитацией и обозначением действий «противника».

Виды жизнеобеспечения населения – совокупность мероприятий, сходных по функциональному предназначению, свойствам услуг и

соответствующих материально-технических средств, предназначенных для удовлетворения потребности населения. Различают медицинское обеспечение, обеспечение продуктами питания и водой, коммунально-бытовыми услугами, строительными материалами, горюче-смазочными средствами и т.п.

Военная доктрина – официально принятая в государстве система взглядов на сущность, цели и характер возможной войны, на военное строительство, подготовку страны к обороне, организацию противодействия угрозам военной опасности, использованию ВС и других войск РФ для защиты интересов государства.

Военнообязанный – гражданин, подлежащий призыву в ВС РФ и другие войска или состоящий в запасе ВС РФ.

Военно-учетная специальность (ВУС) – военно-учетный признак, отражающий ВУС граждан, пребывающих в запасе. Каждой ВУС присваивается свой цифровой код. Перечень ВУС утверждается Правительством РФ.

Военно-учетные признаки офицеров запаса – показатели, устанавливаемые МО РФ и характеризующие офицеров по принадлежности к виду ВС РФ, роду войск, имеющейся ВУС или полученной подготовке, профилю подготовки, разряду учета в зависимости от воинского звания и возраста.

Военно-учетные признаки солдат, матросов, сержантов и старшин запаса – показатели, устанавливаемые МО РФ и характеризующие солдат, матросов, сержантов и старшин запаса по возрасту (разряд учета), продолжительности военной службы (категория учета), прохождению военной службы (группа учета), степени готовности к военной службе по состоянию здоровья.

Военный комиссариат (ВК) – территориальный орган МО РФ в республике, крае, области, городе и ином населенном пункте, входящий в состав военного округа, на территории которого он находится. Является юридическим лицом, имеет гербовую печать и расчетный счет в банке.

Воинский учет – общегосударственная система учета, анализа и определения количественного и качественного состава имеющихся в стране призывных и мобилизационных ресурсов. Подразделяется на:

- **воинский учет общий** – вид воинского учета граждан, пребывающих в запасе, которые не забронированы за организациями, на период мобилизации и в военное время.

- **воинский учет первоначальный** – комплекс мероприятий по медицинскому освидетельствованию граждан мужского пола, которым в год постановки на воинский учет исполняется 17 лет. Его цель – определение годности к военной службе по состоянию здоровья, профессиональный и психологический отбор для определения пригодности к подготовке по военно-учетным специальностям и принятие решения о постановке на воинский учет, либо зачисления в запас или об освобождении гражданина от исполнения воинской обязанности.

- **воинский учет персональный** – вид воинского учета, предназначенный для всестороннего изучения людских мобилизационных ресурсов по биографическим данным, видам трудовой деятельности, моральным качествам, прохождению военной службы и подготовке в период пребывания в запасе.

- **воинский учет специальный** – вид воинского учета граждан, пребывающих в запасе, которые в установленном порядке бронируются за организациями на период мобилизации и военного времени.

Выброс (разлив, слив) – поступление в окружающую среду загрязняющих веществ в результате техногенной деятельности человека, аварий и катастроф. Он может быть плановым (прогнозируемым), подлежащим нормированию, и не плановым (в результате сознательных действий человека, аварий и катастроф).

Государственная система бронирования граждан, пребывающих в запасе – совокупность юридически и организационно оформленных органов, осуществляющих бронирование граждан, пребывающих в запасе, и

действующих при проведении этой работы в соответствии и на основании нормативных правовых актов, методических документов, определяющих их полномочия и методы работы в РФ.

Государственный резерв – заблаговременно созданный федеральный запас материальных ценностей, предназначенных для удовлетворения мобилизационных нужд РФ (мобилизационный резерв) и обеспечения неотложных потребностей при ликвидации последствий ЧС.

Граждане, подлежащие призыву на военную службу по мобилизации – граждане, пребывающие в запасе, не имеющие права на отсрочку от призыва на военную службу по мобилизации.

Граждане, пребывающие в запасе (ГПЗ) – это граждане:

- уволенные с военной службы с зачислением в запас;
- прошедшие обучение по программе подготовки офицеров запаса на военных кафедрах при государственных или имеющих государственную аккредитацию образовательных учреждениях высшего профессионального образования;
- не прошедшие военную службу в связи с освобождением от призыва на военную службу;
- не прошедшие военную службу в связи с предоставлением отсрочки по достижении ими возраста 27 лет;
- не призванные на военную службу по каким-либо другим причинам;
- прошедшие альтернативную гражданскую службу;
- женского пола, имеющие военно-учетную специальность.

Гражданская защита – комплекс мероприятий по подготовке к защите населения, материальных и культурных ценностей страны от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий и в ЧС природного и техногенного характера.

Группа воинского учета – военно-учетный признак воинского учета, согласно которому граждане, пребывающие в запасе, учитываются по группам учета: «Российская армия» (РА), «Военно-Морской Флот (ВМФ).

Дегазация – разложение токсичных химических веществ до нетоксичных продуктов и удаление их с поверхности объектов и местности для снижения зараженности до допустимых норм.

Дезактивация – удаление радиоактивных веществ или снижение уровня загрязнения ими поверхностей объектов или сред. Осуществляется механическими и физико-химическими способами.

Дезинфекция - комплекс мероприятий по уничтожению возбудителей инфекционных болезней человека и животных во внешней среде физическими, химическими и биологическими методами.

Доврачебная помощь – вид медицинской помощи, направленный на устранение и предупреждение расстройств, угрожающих жизни пораженных (пострадавших) и подготовку их к эвакуации. Оказывается фельдшером или медицинской сестрой в очаге поражения или на его границе.

Документы воинского учета – документы, подтверждающие пребывание гражданина в запасе и его военно-учетные признаки.

Документы мобилизационные – законодательные и нормативные акты в области мобилизационной подготовки и мобилизации; приказы директивы, методические указания по планированию и организации мобилизационной подготовки и мобилизации; мобилизационные планы, расчеты и переписка по вопросам мобилизационной подготовки.

Жизнеобеспечение населения – совокупность взаимосвязанных по времени, ресурсам и месту проведения мероприятий, направленных на создание и поддержание условий, минимально необходимых для сохранения жизни, поддержания здоровья и трудоспособности людей в условиях военного времени и ЧС по нормам, разработанным и утвержденным установленным порядком.

Загородная зона – территория для размещения эвакуируемого из категорированного города населения, расположенная за пределами зоны возможных разрушений и поражения людей, нанесения ущерба их здоровью,

окружающей среде и материальным ценностям в случае воздействия современных боевых средств.

Задание на расчетный год – мобилизационный директивный документ, устанавливающий задание предприятию (учреждению) по производству продукции в течение календарного года с момента перевода предприятия на работу по условиям военного времени с указанием его номенклатуры, количества, сроков поставки и потребителей, а также задание по выполнению определенных работ или оказанию услуг в военное время.

Замысел учения – основное содержание решения руководителя на организацию и проведение учения. В замысле отражаются: тема, учебные цели, задачи, время проведения учения, его этапы, их содержание и продолжительность (по астрономическому и оперативному времени), отрабатываемые учебные вопросы, учебная оперативная обстановка и состав привлекаемых участников.

Запас Вооруженных Сил – военнообязанные (ГПЗ), состоящие на воинском учете, прошедшие военную службу или освобожденные от нее по различным причинам, но годные к ней в военное время.

Запасной пункт управления (ЗПУ) – комплекс специально оборудованных сооружений и помещений, оснащенных техническими средствами связи и необходимыми коммуникациями, предназначенными для обеспечения управления подчиненными структурами в военное время и размещения соответствующего аппарата управления.

Защита населения – комплекс мероприятий, проводимых в целях уменьшения потерь населения от воздействия современных средств боевого поражения и поражающих факторов ЧС мирного времени. Включает в себя:

- оборудование населенных пунктов защитными сооружениями;
- обеспечение населения индивидуальными средствами защиты;
- эвакуацию населения категорированных городов в загородную зону;
- оповещение населения об угрозе применения противником оружия массового поражения;

- ведение радиационной, химической и биологической разведки;
- организацию оказания медицинской помощи пострадавшим;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- организацию проведения аварийно-спасательных работ в очагах поражения;
- контроль заражением окружающей среды, продуктов питания и воды.

Зона заражения – территория или акватория, в пределах которых распространены радиоактивные, химические или биологические вещества, создающие опасность для людей, животных и растений.

Зона поражения – зараженная территория или акватория, в пределах которой имеются пораженные, нуждающиеся в экстренном оказании медицинской помощи.

Инструкция – юридический подзаконный акт, издаваемый в целях разъяснения и определения порядка применения законодательного акта или приказа (распоряжения) руководителя.

Информация – сведения, используемые для анализа и выработки наиболее целесообразных решений в управлении.

Карта приписная – воинский учетный документ, предназначенный для изучения граждан, пребывающих в запасе, с целью принятия решения о зачислении их в воинскую команду или специальное формирование.

Категория годности граждан к военной службе – характеристика годности граждан к военной службе по состоянию здоровья. Определяется категория военно-врачебными комиссиями. Различают следующие категории: А - годен к военной службе; Б - годен к военной службе с незначительными ограничениями; В - ограниченно годен к военной службе; Г - временно не годен к военной службе; Д - не годен к военной службе.

Категория воинского учета – военно-учетный признак солдат, матросов, сержантов и старшин, пребывающих в запасе. Их подразделяют на две категории. 1-я категория представлена гражданами, прослужившими в ВС

РФ более года, участниками боевых действий и лицами, прошедшими военные сборы в общей сложности более года. Все остальные, в том числе и граждане женского пола – 2-я категория.

Командно-штабное учение (КШУ) – форма обучения аппарата органа управления работе в мобилизационный период, в военное время и к действиям в чрезвычайных ситуациях, характеризующаяся широким кругом решаемых задач и протяженностью во времени. На КШУ могут привлекаться представители управляемых структур для решения задач, как в практическом исполнении, так и условно.

Командно-штабная тренировка (КШТ) – форма обучения аппарата управления практическим действиям по какому-либо одному вопросу. Управленческие решения в КШТ выполняются условно и до управляемых структур не доводятся.

Комиссия эвакуационная – комиссия, создаваемая для организации и разработки планов приема, размещения и обеспечения жизнедеятельности эвакуируемого населения.

Контроль мобилизационной готовности – комплекс мероприятий по проверке, анализу и оценке уровня мобилизационной готовности органов управления и учреждений к работе в период мобилизации и в военное время.

Концепция национальной безопасности – система взглядов на обеспечение в государстве безопасности личности, общества и самого государства от внешних и внутренних угроз во всех сферах жизнедеятельности.

Личная карточка (форма Т-2) – карточка, предназначенная для учета работающих граждан, пребывающих в запасе, и содержащая сведения об их воинском учете.

Личный состав запаса – граждане, состоящие на воинском учете, не достигшие предельного возраста пребывания в запасе и признанные по состоянию здоровья годными к военной службе, предназначенные на

воинские должности и должности гражданского персонала в воинские части и специальные формирования.

Медицинские средства индивидуальной защиты – медицинские препараты и изделия, предназначенные для предотвращения или ослабления воздействия на человека поражающих факторов средств боевого поражения и ЧС.

Мобилизационная подготовка кадров – система мероприятий, направленных на совершенствование знаний, умений и навыков должностных лиц по организации и проведению мобилизационной работы.

Мобилизационная подготовка учреждения, предприятия – комплекс организационно-технических и специальных мероприятий, проводимых в мирное время и направленных на выполнение услуг и обеспечение выпуска продукции, предусмотренных мобилизационным заданием.

Мобилизационное задание – задание, определяющее создание (сохранение) в мирное время соответствующей производственной мощности для производства устанавливаемой номенклатуры продукции, выполнения услуг, оформленное в виде директивного документа.

Мобилизационное предписание – документ, выдаваемый военным комиссариатом, органами ФСБ и СВР России гражданину, пребывающему в запасе, и определяющий его действия при объявлении мобилизации.

Мобилизационные людские ресурсы – контингент граждан, пребывающих в запасе, предназначенный для доукомплектования воинских частей и других команд до штатов военного времени и укомплектования специальных формирований при их отмобилизовании.

Мобилизационные мощности – производственные мощности, предназначенные для выполнения мобилизационных заданий, с учетом их мобилизационного развертывания.

Мобилизационные органы – штатные подразделения или специально назначенные работники в учреждениях и организациях, имеющих мобилизационные задания и задачи по мобилизационной работе, на которые

возлагается организация планирования мероприятий по мобилизационной подготовке и мобилизации, координация и контроль, проводимых в этой сфере работ.

Мобилизационный план – утвержденная руководителем совокупность планирующих и расчетно-информационных документов, определяющих содержание, порядок и сроки проведения мероприятий по переводу объекта экономики на работу в условиях военного времени.

Мобилизационный резерв материальных ценностей – имущество, оборудование, техника и другие материальные ценности, накапливаемые в мирное время и предназначенные для обеспечения бесперебойной работы в военное время в целях обеспечения защиты государства.

Мобилизация – комплекс мероприятий по переводу экономики и ВС РФ на условия работы военного времени.

Мобилизация населения – процесс призыва на военную службу с объявлением мобилизации граждан, пребывающих в запасе, направление трудоспособного населения в организации различных отраслей экономики и привлечение граждан к трудовой повинности в военное время.

Начальник гражданской обороны – должностное лицо, осуществляющее руководство ГО на территории, в органах исполнительной власти и в организациях, учреждениях, независимо от форм собственности.

Номенклатура материальных ценностей государственного резерва – перечень материальных ценностей, подлежащих закладке в государственный резерв.

Обстановка радиационная, химическая, биологическая – совокупность последствий радиоактивного, химического, биологического заражения местности, акватории, воздушного пространства, оказывающих влияние на состояние здоровья населения и выполнение им решаемых задач.

Объект гражданской обороны – организация, независимо от организационно-правовой формы собственности, отнесенная к той или иной

категории по гражданской обороне в зависимости от ее социально-экономического значения и требующая сохранения в военное время.

Оперативный скачок – методический прием, заключающийся в переносе оперативного времени в ходе учебных занятий по оперативной, тактической, мобилизационной подготовке на более позднее время относительно астрономического. Осуществляется после отработки одного или нескольких учебных вопросов для перехода к следующему этапу учения.

Оценка обстановки – выявление, изучение и анализ факторов и условий, влияющих на подготовку, процесс и результаты выполнения задач.

Первая медицинская помощь – вид медицинской помощи, включающий комплекс простейших мероприятий, выполняемых в отношении пораженных непосредственно на месте поражения или вблизи него с целью сохранения жизни и снижения негативных воздействий поражения в порядке само- или взаимопомощи, а также участниками аварийно-спасательных работ с использованием табельных и подручных средств.

Период мобилизации – календарное время от начала объявления мобилизации до завершения выполнения основного объема работ, необходимого для перевода экономики страны на работу в условиях военного времени.

Период мобилизационного развертывания – время от начала объявления перевода государства и его хозяйственных объектов на работу по условиям военного времени до момента полного развертывания, установленного в плане на расчетный год и готовности к выполнению мобилизационного задания.

Пожарная безопасность – состояние объекта, при котором с регламентируемой вероятностью исключается возможность возникновения и развития пожара, обеспечивается защита людей и материальных ценностей от поражающих факторов пожара.

Потери безвозвратные – убитые, пропавшие без вести, умершие от ран, отравлений и поражений люди, а также техника и другие материальные ценности, которые нельзя восстановить и использовать по назначению.

Потери санитарные – пострадавшие, пораженные, раненые и больные, утратившие трудоспособность (боеготовность) не менее чем на одни сутки и поступившие в медицинские пункты или лечебные учреждения.

Разряд воинского учета – военно-учетный признак воинского учета граждан, пребывающих в запасе, по возрасту и воинскому званию.

Расчетный год – условно взятый год, состояние экономики которого, политическая, психологическая и военная подготовка населения страны взяты за отправные показатели для разработки мобилизационного задания. Расчетный год равен календарному году, а ввод его в действие осуществляется Указом Президента РФ.

Санитарная обработка – комплекс мероприятий по обеззараживанию кожных покровов и слизистых оболочек людей, подвергшихся заражению химическими, биологическими веществами и загрязнению радиоактивными веществами, а также по обеззараживанию участков одежды и обуви, непосредственно прилегающих к открытым участкам тела человека. Является составной частью специальной обработки. Различают частичную и полную санитарную обработку.

Светомаскировка – скрывание световых демаскирующих объектов от визуальной, оптической, телевизионной и др. систем разведки и от наведения оружия противника в военное время. Светомаскировка осуществляется электрическим, светотехническим, механическим и технологическим способами.

Специальная обработка – комплекс мероприятий по удалению, уничтожению и нейтрализации, радиоактивных, химических веществ и бактериальных средств с поверхности тела человека, других поверхностей и объектов внешней среды. Подразделяют на санитарную обработку, дезактивацию, дегазацию и дезинфекцию.

Специальные формирования здравоохранения (СФЗ) – организационные структуры, создаваемые на военное время персоналом гражданского здравоохранения для выполнения специальных задач по медицинскому обеспечению боевой деятельности ВС РФ.

Стимулирование мобилизационной подготовки (налоговое) – в соответствии с Законом РФ от 13.12.1991 г. № 2030-1 «О налоге на имущество предприятий» и «Инструкции Государственной налоговой службы Российской Федерации» от 08.06.1995 г. № 33 (ст. 6, пункт «и») стоимость имущества предприятия, исчисляемая для налогообложения, уменьшается на балансовую стоимость мобилизационного резерва и мобилизационных мощностей. От уплаты земельного налога полностью освобождаются предприятия за земельные участки, непосредственно используемые для хранения материальных ценностей, заложенных в мобилизационный резерв РФ в соответствии с «Инструкцией Государственной налоговой службы Российской Федерации» от 17.04.1995 г. № 29 (подпункт 14 пункта 5).

Схема мобилизационного развертывания – совокупность документов, определяющих содержание, объем, порядок и сроки проведения мероприятий по мобилизационному развертыванию воинских частей и специальных формирований.

Схема оповещения – документ, являющийся приложением к оперативным планам, содержащий графическую и текстовую информацию об очередности и порядке вызова в рабочее и вне рабочее время должностных лиц аппарата органа управления. В схеме указываются адреса, телефоны, вид транспорта, срок прибытия на рабочее место и другая необходимая информация.

Тактико-специальное учение (ТСУ) – форма подготовки персонала создаваемых на объекте формирований к действиям в ЧС мирного и военного времени.

Территория, отнесенная к группе по гражданской обороне – территория, на которой расположен город или иной населенный пункт,

имеющий важное оборонное или экономическое значение с находящимися в нем объектами, представляющими высокую степень опасности возникновения ЧС в военное и мирное время.

Удостоверение об отсрочке от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время – документ строгой отчетности, подтверждающий предоставленную гражданину, пребывающему в запасе, отсрочку от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время.

Условия бронирования граждан, пребывающих в запасе – совокупность конкретных значений военно-учетных признаков (состава, возраста, воинского звания, профиля и т.п.), соответствие которых дает основание для бронирования граждан, пребывающих в запасе, по перечням должностей и профессий.

Учетная карточка – воинский учетный документ персонального учета прапорщиков, мичманов, сержантов, старшин, солдат и матросов запаса, в который вносятся социально-демографические данные, военно-учетные признаки и периоды прохождения военной службы на указанных лиц. Ведется военным комиссариатом.

Химическая безопасность - система организационно-технических мероприятий на химически-опасных объектах, максимально снижающая или исключая возможность возникновения вредного воздействия химических веществ на людей и окружающую среду.

Эвакуационные мероприятия – комплекс мероприятий по организованному вывозу или выводу населения и пострадавших из зон поражения, реальной или вероятной ЧС, а также по жизнеобеспечению эвакуируемых в районе размещения.

Эвакуационные органы – органы, на которые возлагается планирование, организация, и проведение эвакуации населения. К ним относятся: эвакуационные комиссии, сборные, приемные и промежуточные эвакуопункты, группы управления на маршрутах эвакуации пешим порядком, оперативные группы вывоза (вывода) эвакуируемого населения.

Эвакуационные средства – различные виды транспортных средств, привлекаемые для эвакуации и рассредоточения населения, культурных и материальных ценностей, эвакуации пострадавших людей из очагов поражения и зон чрезвычайных ситуаций.

Эвакуационный приемный пункт – эвакуационный пункт, развертываемый в местах высадки эвакуированного населения и предназначенный для его встречи и отправки в места последующего размещения.

Эвакуационный пункт промежуточный – эвакуационный пункт, развертываемый за пределами внешней границы очага поражения или зоны ЧС и обеспечивающий учет, перерегистрацию, радиационный и химический контроль, санитарную обработку, пересадку на незараженный транспорт и отправку населения в безопасные районы размещения. Эти пункты размещаются вблизи железных, шоссейных дорог и водных вокзалов.

Эвакуационный сборный пункт – эвакуационный пункт, предназначенный для сбора и регистрации эвакуируемого населения, формирования эвакуационных эшелонов и колонн, посадки на транспорт и отправки эвакуируемых в безопасные районы. Размещаются в местах, обеспечивающих условия для сбора людей и на территории вокзалов.

Энергетическая безопасность – защищенность энергетической системы страны от угрозы дефицита в обеспечении потребителей экономически доступными топливно-энергетическими ресурсами приемлемого качества в условиях нормального функционирования и ЧС.

Эпидемия – массовое, прогрессирующее во времени и пространстве распространение инфекционного заболевания людей в какой-либо местности, стране, значительно превышающее обычный уровень заболеваемости.

Явка граждан, подлежащих призыву на военную службу по мобилизации – прибытие граждан в установленные сроки на пункты сбора военного комиссариата для дальнейшей отправки их на пункты приема личного состава воинских частей.

Ядерная безопасность – система организационно-технических мероприятий на радиационно-опасных объектах, максимально снижающая или исключая возможность возникновения вредных воздействий ионизирующего излучения на людей и окружающую среду.

ПРИЛОЖЕНИЯ

О заместителе главного врача по медицинской части для мобилизационной работы и гражданской обороне

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.06.2003 г. № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях» утверждены штатные нормативы структурных подразделений, специально уполномоченных на решение задач в области гражданской обороны государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (УЗ).

В соответствии с утвержденными нормативами в любом УЗ с численностью работающих до 500 человек вводится штатная должность заместителя главного врача (директора, начальника) по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороне). При количестве работающих свыше 500 человек дополнительно вводятся должности специалистов по гражданской обороне.

В дополнение к приказу письмом Минздрава России от 19.11.2003 г. № 2510/12909-03-32 разъясняется, что при назначении на должность заместителя главного врача специалиста с высшим медицинским образованием, он именуется как заместитель главного врача по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороне). При назначении на эту должность специалиста с иным высшим (или средним) профессиональным образованием – как заместитель главного врача по мобилизационной работе и гражданской обороне.

В целях определения требований к кандидатам на замещение вышеуказанной должности, а также для понимания объема и сущности решаемых задач по вопросам мобилизационной работы, гражданской обороны и службы медицины катастроф объектового здравоохранения, предлагается вариант должностного регламента заместителя главного врача по мобилизационной работе и гражданской обороне УЗ.

ДОЛЖНОСТНОЙ РЕГЛАМЕНТ заместителя главного врача (директора, начальника) по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны) учреждения здравоохранения (ВАРИАНТ)

1. Общие положения

**1.1. Должность заместителя главного врача (директора, начальника)
по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской**

обороны) УЗ укомплектовывается специалистом с высшим медицинским образованием, а должность **заместителя главного врача** (директора, начальника) **по мобилизационной работе и гражданской обороне УЗ** (далее в обоих случаях – заместитель главного врача по МР и ГО) – специалистом с иным высшим или средним профессиональным образованием.

1.2. На должность заместителя главного врача по МР и ГО назначается специалист, имеющий опыт организационной и практической работы по данному направлению деятельности не менее 3-х лет.

1.3. Назначается заместитель главного врача по МР и ГО на должность и освобождается от нее руководителем УЗ.

1.4. Заместитель главного врача по МР и ГО подчиняется непосредственно руководителю УЗ.

1.5. Заместитель главного врача по МР и ГО в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными, областными (республиканскими, краевыми, окружными) и муниципальными нормативными правовыми актами по вопросам МР, ГО и ЧС, Уставом УЗ, приказами его руководителя, решениями штаба ГОЧС УЗ, постановлениями аналогичных штабов (комиссий) вышестоящих органов исполнительной власти и настоящей должностной инструкцией.

1.6. Заместитель главного врача по МР и ГО обязан иметь допуск к сведениям, составляющим государственную тайну, по установленной форме и руководствоваться при работе с ними положениями Инструкции по обеспечению режима секретности в Российской Федерации», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации 05.01.2004 г. № 3-1.

1.7. В структуре штаба ГОЧС УЗ заместитель главного врача по МР и ГО является начальником штаба, а в муниципальных образованиях, не имеющих штатных органов управления здравоохранением, входит в состав межведомственной координационной комиссии (МКК) городской (районной) СМК в качестве начальника штаба Службы.

1.8. Заместитель главного врача по МР и ГО центральной районной больницы (в сельских муниципальных образованиях) организует работу во всех муниципальных УЗ района и обеспечивает контроль ее выполнения. При подготовке докладов, отчетов и другой информации им предоставляются сведения по всему муниципальному здравоохранению.

1.9. Должностная инструкция заместителя главного врача по МР и ГО разрабатывается с учетом профиля УЗ и утверждается его руководителем.

2. Основные задачи и обязанности

2.1. Задачами заместителя главного врача по МР и ГО являются:

2.1.1. Организация исполнения директивных документов вышестоящих органов исполнительной власти, приказов главного врача, решений штаба ГОЧС УЗ, личных годового и квартального планов, аналогичных планов УЗ по вопросам МР, ГО и СМК, утверждаемых главным врачом.

2.1.2. Организация исполнения утвержденного суженым заседанием администрации субъекта РФ (администрации муниципального образования, на территории которого находится УЗ) задания УЗ на расчетный год.

2.1.3. Организация работы штаба ГОЧС УЗ и реализация исполнения его решений.

2.1.4. Оказание методической помощи заведующим структурными отделениями (подразделениями) УЗ в проведении работы по подготовке персонала к действиям в ЧС мирного и военного времени.

2.1.5. Разработка организационных и методических документов по МР, ГО и СМК УЗ.

2.1.6. Организация и проведение учебно-методической работы с персоналом УЗ по вопросам МР, ГО и СМК.

2.1.7. Организация обеспечения безопасности и повышения устойчивости функционирования УЗ.

2.1.8. Обеспечение взаимодействия с мобилизационными органами управления здравоохранением, центрами медицины катастроф и соседними УЗ, управлениями МЧС России (отделами и службами ГОЧС) в территориях, службами жизнеобеспечения населения, военными комиссариатами и другими структурами, задействованными в мероприятиях по предупреждению и ликвидации последствий ЧС и осуществлению МР.

2.1.9. Осуществление контроля выполнения руководящим составом и персоналом УЗ, персоналом учреждений и формирований ГО в сфере здравоохранения (ГОЗ) мероприятий по степеням готовности ГО.

2.1.10. Осуществление контроля готовности к действиям в различных режимах ЧС формирований СМК.

2.1.11. Обобщение и анализ деятельности по МР, ГОЗ и СМК, внедрение ее достижений в повседневную практику.

2.2. Во исполнение возложенных задач заместитель главного врача по МР и ГО обязан:

2.2.1. Планировать работу по всем вопросам, входящим в его компетенцию в соответствии с настоящей Инструкцией.

2.2.2. Разрабатывать проекты приказов и методических документов по вопросам МР, ГО и СМК для персонала УЗ, по выполнению установленного задания на расчетный год, комплектованию и подготовке формирований ГО и СМК, по осуществлению текущей работы и осуществлять контроль их исполнения.

2.2.3. Разрабатывать и ежегодно (при необходимости чаще) корректировать План ГО УЗ с разделом медицинского обеспечения мероприятий ГО и План действий УЗ в ЧС мирного времени, а также организовывать и осуществлять контроль их исполнения.

2.2.4. Осуществлять ведение документации по вопросам ГО и СМК в соответствии с установленными требованиями.

2.2.5. Знать организационно-штатную структуру ГОЗ и СМК от федерального до объектового уровня, предназначение, принципы, порядок

комплектования и организацию работы их формирований и учреждений, пункты и сроки отмотобилизования.

2.2.6. Знать обеспеченность формирований и учреждений ГОЗ и СМК личным составом, медицинским, санитарно-хозяйственным, специальным и другим имуществом, транспортом, помещениями и зданиями.

2.2.7. Иметь сведения о списочном составе формирований и учреждений ГОЗ и СМК, наличии и состоянии их имущества и прикрепленной техники.

2.2.8. Изучать деловые и профессиональные качества персонала, предназначенного на должности формирований и учреждений ГОЗ и СМК.

2.2.9. Осуществлять анализ количественного и качественного состава призывных и мобилизационных ресурсов УЗ.

2.2.10. Иметь схемы развертывания и поэтажные планы учреждений ГОЗ, развертываемых на основной базе и в загородной зоне.

2.2.11. Иметь перечни и графики проведения приспособительных работ в зданиях, отведенных для развертывания учреждений ГОЗ (включая загородную зону), и список организаций и лиц, участвующих в этом процессе.

2.2.12. Разрабатывать личные годовые и квартальные планы работы и план работы штаба ГОЧС УЗ на год.

2.2.13. Готовить и организовывать проведение заседаний штаба ГОЧС.

2.2.14. Совместно с членами штаба ГОЧС УЗ разрабатывать функциональные обязанности членов штаба, организацию и порядок действия их в тех или иных ЧС.

2.2.15. Организовывать отработку членов штаба ГОЧС и всего персонала УЗ в ходе специальной подготовки по вопросам ГОЧС, тренировок, учений и при решении ситуационных задач по этой тематике.

2.2.16. Иметь сведения о наличии в УЗ средств индивидуальной защиты персонала, средств ведения радиационно-химической и биологической разведки и принимать меры по их накоплению.

2.2.17. Организовывать контроль за правильностью хранения в УЗ средств индивидуальной защиты персонала, работоспособностью приборов радиационно-химической разведки и другого имущества и спецтехники, предназначенных для использования в ЧС мирного и военного времени, периодически лично проверять их состояние.

2.2.18. Разрабатывать перечень мер по повышению устойчивого функционирования УЗ в условиях возможных ЧС, выносить их на рассмотрение штаба ГОЧС и организовывать внедрение в практику.

2.2.19. Совместно со штабом ГОЧС УЗ, руководителями отделений и формирований ГОЗ и СМК планировать, разрабатывать задания и планы проведения тренировок, учений с персоналом УЗ, его структурных отделений и созданных формирований.

2.2.20. Разрабатывать методические документы по проведению учений, тренировок, инструкции, памятки для персонала УЗ по действиям в ЧС.

2.2.21. Осуществлять контроль подготовки и уровнем специальных знаний и навыков персонала в структурных отделениях УЗ в соответствии с

профилем их специальности и периодически осуществлять проверки состояния мобилизационной готовности к действиям в ЧС.

2.2.22. Разрабатывать схемы взаимодействия с органами исполнительной власти, органами управления и учреждениями здравоохранения, аварийно-спасательными службами ГОЧС территории и другими заинтересованными структурами в части эффективного решения задач по ликвидации последствий ЧС.

2.2.23. Принимать участие в мероприятиях, организуемых вышестоящими штабами ГОЗ и СМК.

2.2.24. Осуществлять контроль работы специалиста по воинскому учету персонала УЗ.

2.2.25. Знать персонал УЗ, состоящий на специальном и общем воинском учете, в том числе имеющий мобилизационные предписания, и его количественную и качественную характеристику.

2.2.26. Организовывать составление сметы чрезвычайных расходов по выполнению задания на расчетный год, возложенного на УЗ.

2.2.27. Готовить и представлять по подчиненности в установленные сроки доклады, донесения, информации, заявки, по вопросам МР, ГО и СМК.

2.2.28. Соблюдать режим секретности (конфиденциальности) при разработке документов и при выполнении должностных обязанностей обеспечивать их сохранность.

3. Права и ответственность

3.1. В целях обеспечения выполнения задач и функций заместителю главного врача по МР и ГО предоставлено право:

3.1.1. Проверять организацию работы в структурных отделениях УЗ по вопросам, входящим в его компетенцию.

3.1.2. Отдавать распоряжения сотрудникам УЗ по вопросам своей компетенции и осуществлять контроль их исполнения.

3.1.3. Заслушивать должностных лиц штаба ГОЧС УЗ, руководителей отделений и руководителей формирований ГО и СМК о выполнении ими функциональных обязанностей, повышении специальных знаний по вопросам МР, ГО и СМК и повышении готовности отделений, формирований.

3.1.4. По поручению главного врача представлять от УЗ во всех организациях по вопросам, отнесенным к его компетенции.

3.1.5. Совершенствовать профессиональную подготовку на циклах усовершенствования по вопросам МР, ГО и СМК не реже 1 раза в 5 лет.

3.1.6. Вносить предложения главному врачу:

а) по улучшению организации работы УЗ по вопросам МР, ГО и СМК;
б) по подбору и расстановке специалистов на штатные должности УЗ с учетом их деловых, профессиональных и моральных качеств;

в) по повышению квалификации персонала УЗ по вопросам МР, ГО и СМК в соответствии с занимаемой должностью, имеемой специальностью и

решаемыми задачами в составе штаба ГОЧС и созданных формирований и учреждений ГО и СМК;

г) по тематике проведения учений, тренировок, совещаний, семинаров, сборов по вопросам МР, ГО и СМК;

д) по вопросам для обсуждения на совещаниях УЗ и для рассмотрения на коллегии, штабе ГОЧС вышестоящего органа управления здравоохранением, на суженых заседаниях администраций субъекта РФ и его муниципальных образований.

е) о поощрении персонала УЗ за качественную работу по ГО и СМК и о наложении на них взысканий за упущения этого вида деятельности;

ж) по другим вопросам, входящим в его компетенцию.

3.2. Заместитель главного врача по МР и ГО несет дисциплинарную ответственность за выполнение возложенных на него настоящим должностным регламентом задач и обязанностей, квалифицированное и качественное выполнение порученных заданий, за соблюдение правил внутреннего трудового распорядка УЗ, а также за использование данных ему прав.

Мобильные формирования службы медицины катастроф

Наименование формирований	База создания	Предназначен.	Вид оказываемой помощи, задачи	Возможности работы	Специальность медицинского персонала	Кол-во медперсонала
1	2	3	4	5	6	7
Бригада экстренной доврачебной помощи (БЭДП).	Городские больницы, ЦРБ, районные и участковые больницы, поликлиники, ФАП, ведомственные ЛПУ, здрав (мед) пункты предприятий.	Для работы в очаге или на его границе (в зависимости от поражающего фактора).	Доврачебная помощь, проведение медсортировка и медэвакуация пострадавших.	50 пострадавших за 12 часов работы.	Фельдшер (м/с) санитар водит.-санитар	2 1 1
Врачебно-сестринская бригада (ВСБ).	Городские больницы, ЦРБ, районные и участковые больницы, поликлиники, ведомственные ЛПУ.	-----«-----	1-я врачебная помощь, проведение медсортировка и медэвакуация пострадавших.	50 пострадавших за 12 часов работы.	Врач медсестра водит.-санитар	1 2 1
Медицинский отряд (МО) (в составе от 5 до 10 БЭДП и ВСБ)	Городские больницы, ЦРБ, ведомственные ЛПУ.	-----«-----	1-я врачебная помощь, медсортировка и медэвакуация пострадавших.	До 250 пострадавших за 12 часов	Старший врач Врачи Медсестры Санитар Водит.-санит.	1 2 - 5 10 - 25 5 - 10 5 - 10

Бригады скорой медицинской помощи (БСкМП):	Станция (отделение) скорой медицинской помощи (ССМП)	Для работы в очаге, на границе очага				
- линейная фельдшерская	-----«-----	-----«-----	Доврачебная помощь	До 25 человек за 12 часов	Фельдшер, санитар, водит.-санитар	1 1 1
- линейная врачебная	-----«-----	-----«-----	1-я врачебная помощь	До 50 человек за 12 часов	Врач, фельдшер(м/с) водит.-санитар	1 1 1
специализированная реанимационная	Станция скорой медицинской помощи	Для работы на границе очага	Противошоковые и реанимационные мероприятия	20 пострадавших за 12 часов	Реаниматолог, фельдшер, водит.-санитар	1 2 1
специализированная кардиологическая	-----«-----	-----«-----	Квалифицированная и элементы специализированной мед. помощи	25 пострадавших за 12 часов	Кардиолог, фельдшер, водит.-санитар	1 2 1
специализированная психоневрологическая	-----«-----	-----«-----	-----«-----	До 25 человек за 12 часов	Психоневролог, фельдшер, водит.-санитар	1 1 1
специализированная педиатрическая	-----«-----	-----«-----	-----«-----	До 25 человек за 12 часов	Педиатр, фельдшер, водит.-санитар	1 2 1

Бригады специализированной медицинской помощи (БСМП):	Областные (краевые, республиканские), городские многопрофильные больницы, ЦРБ, ведомственные ЛПУ.	Для работы в стационарных условиях	Квалифицирован. и специализированная медицинская помощь			
- хирургическая БСМП	-----«-----	-----«-----	-----«-----	10 человек за 12 часов	Хирург Анестезиол.-реаниматолог Операц. сестра м/с анестезист водит.-санитар	2 1 2 1 1
- детская хирургическая БСМП	-----«-----	-----«-----	-----«-----	10 человек за 12 часов	Детск. хирург Анестезиолог-реаниматол. Дет. травмат. Опер. м/сестра м/с анестезист водит.-санитар	1 1 1 2 1 1
- травматологическая БСМП	-----«-----	-----«-----	-----«-----	10 человек за 12 часов	Травматолог, анестезиол.-реаним., опер. м/сестра, м/с анестезист водит.-санитар	2 1 2 1 1

-акушерско-гинекологическая БСМП	Областные (краевые, республиканские), городские многопрофильные больницы, ЦРБ, ведомствен. ЛПУ.	Для работы в стационарных условиях	Квалифицирован. и специализированная медицинская помощь	До 50 человек За 12 часов	Акушер-гинеколог, анест.-реаним. акушерка, опер. м/сестра м/с анестез. дет. м/сестра водит.-санитар	2 1 1 2 1 1 1
- токсико-терапевтическая	Центры острых отравлений, ЛПУ, имеющие в своем составе токсиколог. отделения	-----«-----	Экстренная квалифицированная и специализированная медицинская помощь	20-25 человек за 12 часов	Токсиколог, Терапевт Анест.-реаним м/с анестезист медсестра водит.-санитар	1 1 1 1 2 1
- радиолого-терапевтическая	ЛПУ, имеющие в своём составе радиологические отделения	-----«-----	-----«-----	100 человек за 12 часов	Радиолог Терапевт Педиатр медсестра лабор.-дозим. водит.-санитар	1 1 1 3 1 1
Бригада специализиров. медиц. помощи пост. готовн. (БСМП ПГ).	Областные, городские многопрофильные больницы, крупные ведомственные ЛПУ	Для работы в стационарных условиях	Экстренная квалифицированная и специализированная медицинская помощь	10 пострадавших за 12 часов	Врач-специалист Мед. сестра Водит.-анитар	2 2-4 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Йодная профилактика – эффективный метод защиты щитовидной железы от воздействия радиоактивных изотопов йода, поступающих в организм человека. В качестве средства йодной профилактики используется калия йодид в таблетках (срок годности – 4 года), запасы которого должны создаваться для всего населения, проживающего в 30-км зоне от объекта расположения ядерного объекта.

Йодид калия обеспечивает защиту щитовидной железы от поступления радиоактивного йода, а в случае проникновения последнего в щитовидную железу – снижает ее облучение с эффектом до 95%. В зависимости от возраста и физиологического состояния человека, йодид калия применяется следующим образом:

Категория населения	Порядок применения йодида калия
Взрослые	По 1 таблетке (0,125 гр.) один раз в сутки в течение всего срока выброса радиоактивных веществ, но не более 10 суток
Дети от 3 до 14 лет	По ½ табл. (0,063 гр.) один раз в сутки до 10 дней
Дети до 3 лет	По ½ табл. (0,063 гр.) один раз в сутки после еды с чаем или другой жидкостью в течении 2 суток
Беременные женщины и кормящие матери	По 1 табл. (0,125 гр.) один раз в сутки в течение 2 суток
Новорожденные, находящиеся на грудном вскармливании	Получают необходимую дозу йодида калия с молоком матери

Организация проведения йодной профилактики и обеспечения населения йодидом калия возлагается на органы власти и руководителей предприятий, учреждений, социальных структур при обязательном контроле и консультациях представителей здравоохранения.

При отсутствии йодистого калия с одинаковым эффектом может применяться 5% спиртовой раствор йода путем нанесения его на область межпальцевых складок или сеточкой на предплечье: ежедневно на одну межпальцевую складку или предплечье, но не более 10 дней.

В крайнем случае, возможно применение настойки йода внутрь по следующей схеме:

- взрослым и детям старше 2 лет – по 3-5 капель на стакан молока или воды 3 раза в день после еды в течение 7 дней;
- детям до 2 лет – по 1-2 капли на 100 мл молока или питательной смеси 3 раза в день в течение 7 дней.

Йодная профилактика максимально эффективна, если она начинается в ближайшие часы после радиационной аварии.

**ЗАДАЧИ,
решаемые оперативной группой здравоохранения субъекта РФ
на запасном пункте управления**

В целях приведения в готовность загородного пункта управления (ЗПУ) и последующего обеспечения с него руководства здравоохранением субъекта РФ по степени готовности ГО «ПМ-2» на ЗПУ выдвигается оперативная группа для решения следующих задач:

1. Приведения в готовность имеемых на ЗПУ средств связи.
2. Установления связи с:
 - основным пунктом управления администрации субъекта РФ;
 - основным пунктом управления здравоохранением субъекта РФ;
 - Главным управлением МЧС по субъекту РФ;
 - руководителями органов управления и учреждений здравоохранения субъекта РФ;
 - Минздравсоцразвития России.
3. Организации взаимодействия с руководителями оперативных групп служб ГОЧС и органами военного командования на территории субъекта РФ.
4. Осуществления подготовительных мероприятий к приему руководящего состава здравоохранения и создания условий для его работы
5. Осуществления закладки медикаментов на ЗПУ в соответствии с табельными нормами обеспечения.
6. Проведение контроля качества продовольствия, закладываемого на ЗПУ.

В период передислокации руководящего состава здравоохранения субъекта РФ с основного пункта на ЗПУ оперативная группа принимает на себя управление всеми его силами и средствами.

Оперативная группа обязана иметь:

1. План медицинского обеспечения населения области на особый период.
2. План медицинского обеспечения мероприятий ГО области.
3. План размещения руководящего состава здравоохранения на ЗПУ.
4. Автомобиль с водителем.

**ДОЛЖНОСТНОЙ РЕГЛАМЕНТ
СПЕЦИАЛИСТА УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПО ВОИНСКОМУ УЧЕТУ ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ В ЗАПАСЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(вариант)**

1. Общие положения

1.1. На должность специалиста по воинскому учету (ВУ) граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) Вооруженных Сил Российской Федерации, назначается один из работников учреждения здравоохранения (УЗ), исходя из следующих норм:

- при наличии на ВУ менее 500 ГПЗ работа по ведению ВУ может возлагаться по совместительству в установленном порядке на одного из работников УЗ (как правило, специалиста отдела кадров).

- при наличии на ВУ от 500 до 2000 ГПЗ – один освобожденный работник, от 2000 до 4000 ГПЗ – 2 работника и на каждые последующие 3000 ГПЗ – еще один работник;

1.2. Специалист по ВУ назначается на должность, перемещается и увольняется с нее приказом руководителя УЗ.

1.3. В своей работе специалист по ВУ руководствуется Конституцией РФ, Федеральным законом «О воинской обязанности и военной службе», постановлением Правительства РФ «Об утверждении Положения о воинском учете», другими нормативно-правовыми актами РФ, приказами, указаниями, распоряжениями Минздравсоцразвития РФ, органов управления здравоохранением субъекта РФ по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ.

2. Основные задачи и обязанности

2.1. Проверять при приеме на работу у ГПЗ военные билеты (временные удостоверения, выданные взамен военных билетов), а у граждан, подлежащих призыву на военную службу, – удостоверения гражданина, подлежащего призыву на военную службу.

2.2. Установить, состоят ли граждане, принимаемые на работу, на ВУ.

2.3. Направлять граждан, подлежащих постановке на ВУ, в военный комиссариат, осуществляющий ВУ по месту жительства.

2.4. Разъяснять вновь принимаемым ГПЗ на работу их права и обязанности по ВУ.

2.5. Обеспечить полноту и качество ВУ ГПЗ и граждан, подлежащих призыву на военную службу, из числа работающих в УЗ.

2.6. Сверять не реже одного раза в год сведения о ВУ граждан в личных карточках с документами ВУ военных комиссариатов, а в населенных пунктах, где нет военных комиссариатов – с учетными данными органа

местного самоуправления, внося при этом необходимые изменения;

2.7. Направлять в 2-хнедельный срок по запросам военных комиссариатов или иных органов, осуществляющих ВУ, сведения о:

- граждан, встающих на ВУ;
- граждан, состоящих на ВУ;
- граждан, не состоящих, но обязанных состоять на ВУ;
- численности работников УЗ, в том числе забронированных на период мобилизации и на военное время.

2.8. Сообщать в 2-хнедельный срок в военные комиссариаты о всех ГПЗ, гражданах, подлежащих призыву на военную службу, и принятых на работу или уволенных с работы.

2.9. Своевременно оформлять бронирование ГПЗ путем заполнения и направления в военные комиссариаты документов, необходимых для предоставления отсрочки от призыва на военную службу по мобилизации и в военное время.

2.10. Оповещать граждан о вызовах в военный комиссариат.

2.11. Обеспечивать гражданам возможность своевременной явки по вызовам (повесткам) в военные комиссариаты для постановки на ВУ.

2.12. Разрабатывать планы мероприятий по вручению удостоверений об отсрочке от призыва на военную службу забронированным ГПЗ и составлять списки уполномоченных от структурных подразделений УЗ для вручения удостоверений.

2.13. Проводить систематический анализ обеспеченности на военное время УЗ трудовыми ресурсами из числа ГПЗ, готовить предложения по этому вопросу, составлять план замены персонала, убывающего по мобилизации и в военное время, разрабатывать и осуществлять необходимые мероприятия по подготовке кадров для замены ГПЗ, подлежащих призыву на военную службу.

2.14. Осуществлять работу, связанную с бронированием ГПЗ на период мобилизации и на военное время, в строгом соответствии с действующим в РФ законодательством по обеспечению режима секретности и/или конфиденциальности при работе с закрытыми документами.

2.15. Обеспечивать тесное взаимодействие с заместителем руководителя УЗ по мобилизационной работе и гражданской обороне (начальником штаба ГОЧС) в работе по ВУ персонала.

2.16. Ежегодно представлять в органы управления здравоохранением по подчиненности отчет об организации работы по ВУ и бронированию ГПЗ в соответствии с существующими требованиями, а его копию – в территориальную комиссию по вопросам бронирования ГПЗ.

2.17. Организовывать изготовление стендов, уголков, других материалов наглядной агитации по вопросам ВУ, размещать и обновлять на них необходимую для ГПЗ информацию.

3. Права и ответственность

3.1. Специалист по ВУ УЗ **имеет право:**

- вносить предложения о совершенствовании работы по ВУ и бронированию ГПЗ руководителю УЗ и в вышестоящие органы управления здравоохранением.

- по согласованию с руководителем УЗ от его имени отдавать распоряжения персоналу по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ.

- обращаться за консультацией по неясным или спорным вопросам в сфере своей деятельности в вышестоящие органы управления здравоохранением, военные комиссариаты и мобилизационные органы исполнительной власти территорий.

- проводить семинары, практические занятия, тренировки с персоналом УЗ по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ.

- участвовать в работе научно-практических конференций, учебно-методических сборов, семинаров, совещаний по вопросам ВУ и бронирования ГПЗ.

- повышать свою квалификацию на базе военных комиссариатов, мобилизационных органов исполнительной власти территорий и на циклах усовершенствования не реже одного раза в пять лет.

3.2. Специалист по ВУ УЗ, виновный в невыполнении обязанностей по ВУ и бронированию ГПЗ, **несет дисциплинарную, административную, гражданскую и уголовную ответственность** в соответствии с действующим законодательством РФ.

ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОИНСКОМУ УЧЕТУ, МОБИЛИЗАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ И МОБИЛИЗАЦИИ

I. Обязанности граждан по воинскому учету

1. Граждане РФ, подлежащие воинскому учету, обязаны:

- состоять на воинском учете по месту жительства в военном комиссариате, а в населенном пункте, где нет военных комиссариатов – в органах местного самоуправления. Граждане, имеющие воинские звания офицеров и пребывающие в запасе Службы внешней разведки РФ и Федеральной службы безопасности РФ, состоят на воинском учете в указанных органах;

- прибывать в установленные время и место по вызову (повестке) в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий воинский учет по месту жительства или временного пребывания, имея при себе военный билет (временное удостоверение взамен военного билета) или удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу, а также паспорт гражданина РФ. Гражданин, имеющий водительское удостоверение на право управления транспортным средством, должен иметь его при себе;

- при увольнении с военной службы в запас Вооруженных Сил РФ явиться в 2-недельный срок со дня исключения их из списков личного состава воинской части в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий воинский учет, по месту жительства для постановки на воинский учет;

- сообщить в 2-недельный срок в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий воинский учет, по месту жительства об изменении семейного положения, образования, места работы или должности, места жительства в пределах района, города без районного деления или иного муниципального образования;

- сняться с воинского учета при переезде на новое место жительства или место временного пребывания (на срок более 3 месяцев), а также при выезде из РФ на срок свыше 6 месяцев и встать на воинский учет в 2-недельный срок по прибытии на новое место жительства, место временного пребывания, либо возвращении в РФ;

- бережно хранить военный билет (временное удостоверение, выданное взамен военного билета), а также удостоверение гражданина, подлежащего призыву на военную службу; в случае утраты указанных документов в 2-недельный срок обратиться в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий воинский учет, по месту жительства для решения вопроса о получении документов взамен утраченных.

2. Граждане, подлежащие призыву на военную службу и выезжающие в период проведения призыва на срок более 3 месяцев с места жительства,

должны лично сообщить об этом в военный комиссариат или иной орган, осуществляющий воинский учет по месту жительства.

3. Граждане, получившие мобилизационные предписания или повестки военного комиссариата, обязаны выполнять изложенные в них требования.

4. Граждане (кроме граждан, подлежащих призыву на военную службу, и офицеров запаса) для постановки на воинский учет и снятия с воинского учета сдают военный билет (временное удостоверение, выданное взамен военного билета) должностному лицу, ответственному за регистрацию граждан, в военном комиссариате. В населенных пунктах, где нет военных комиссариатов, граждане для постановки на воинский учет или снятия с воинского учета прибывают в орган местного самоуправления.

5. Граждане, подлежащие призыву на военную службу, для постановки на воинский учет и снятия с него и офицеры запаса обязаны лично являться в военные комиссариаты.

Снятие с воинского учета граждан, подлежащих призыву на военную службу, производится по их письменным заявлениям с указанием причины снятия и нового места жительства или места временного пребывания.

6. В паспорте гражданина РФ военным комиссариатом делается отметка о его отношении к воинской обязанности.

II. Обязанности граждан по мобилизационной подготовке и мобилизации

1. В целях обеспечения мобилизационной подготовки и мобилизации граждане обязаны:

- прибывать по вызову в военные комиссариаты для определения своего предназначения в период мобилизации и в военное время;

- выполнять требования, изложенные в полученных ими мобилизационных предписаниях и повестках военных комиссаров.

2. Граждане в период мобилизации и в военное время привлекаются к выполнению работ в целях обеспечения обороны страны и безопасности государства, а также зачисляются в специальные формирования в установленном порядке.

3. Гражданам, состоящим на воинском учете, с момента объявления мобилизации запрещается выезд с места жительства без разрешения военных комиссариатов района или города (в городах без районного деления).

4. Граждане РФ за неисполнение обязанностей в области мобилизационной подготовки и мобилизации несут ответственность согласно законодательству.

С обязанностями гражданина по воинскому учету, мобилизационной подготовке и мобилизации ознакомлен:

(личная подпись владельца военного билета)

« ___ » _____ 20 ___ г.

**ПАМЯТКА
РУКОВОДИТЕЛЮ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПО ВЕДЕНИЮ ВОЕННО-УЧЕТНОЙ РАБОТЫ**

КОРОТКО



Для организации военно-учетной работы необходимо поступить следующим образом:

1. Назначить работника, ответственного за ведение воинского учета.
2. Направить его для консультации в администрацию муниципального образования (подразделение, занимающееся мобилизационной работой), военный комиссариат или органы управления здравоохранением.

ПОМНИТЕ!

Вы организуете и обеспечиваете ведение военно-учетной работы
и несете ответственность перед законом.

ПОДРОБНЕЕ

извлечения из федеральных законов



Об обороне

Статья 8

1. Организации независимо от форм собственности в соответствии с законодательством Российской Федерации:

...

б). осуществляют воинский учет работников ...

...

2. Должностные лица организаций независимо от форм собственности:

...

2). создают работникам необходимые условия для исполнения ими воинской обязанности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

...

**О воинской обязанности
и военной службе**

Статья 8

...

6. Порядок воинского учета граждан определяется настоящим Федеральным законом и Положением о воинском учете, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

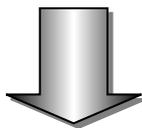
7. ... организации и их должностные лица исполняют обязанности по организации и ведению воинского учета граждан в соответствии с настоящим Федеральным законом и Положением о воинском учете.

...

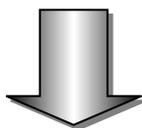


В соответствии с Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ **руководители и иные должностные лица организаций привлекаются к административной ответственности в форме наложения административного штрафа** в размере от трех до десяти минимальных размеров оплаты труда за правонарушения в области воинского учета в соответствии со статьями 21.1. (*Непредставление в военный комиссариат или в иной орган, осуществляющий воинский учет, списков граждан, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет*), 21.2. (*Неоповещение граждан о вызове их по повестке военного комиссариата или иного органа, осуществляющего воинский учет*), 21.3. (*Несвоевременное представление сведений об изменениях состава постоянно проживающих граждан или граждан, пребывающих более трех месяцев в месте временного пребывания, состоящих или обязанных состоять на воинском учете*), 21.4. (*Несообщение сведений о гражданах, состоящих или обязанных состоять на воинском учете*).

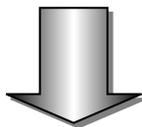
РЕЗЮМЕ:



**ОРГАНИЗУЙТЕ ВЕДЕНИЕ ВОЕННО-УЧЕТНОЙ РАБОТЫ
В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



**ОСУЩЕСТВЛЯЙТЕ КОНТРОЛЬ ЗА НАПРАВЛЕНИЕМ
НЕОБХОДИМЫХ СВЕДЕНИЙ В ВОЕННЫЙ
КОМИССАРИАТ И ПРОВЕДЕНИЕМ СВЕРОК
ДОКУМЕНТОВ ВОИНСКОГО УЧЕТА**



**ПРЕДСТАВЛЯЙТЕ ЕЖЕГОДНЫЕ ОТЧЕТЫ
В ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И
ОРГАНЫ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ
В УСТАНОВЛЕННЫЕ СРОКИ И ПО ТРЕБУЕМОЙ ФОРМЕ**

Угловой штамп
учреждения здравоохранения

П Р И К А З (проект)

Об организации воинского учета и
бронирования граждан, пребывающих в запасе

Во исполнение федеральных законов РФ от 31.05.1996 г. «Об обороне», от 28.03.1998 г. «О воинской обязанности и военной службе», от 26.02.1997 г. «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации» и постановлений Правительства РФ от 27.11.2006 г. № 719 «Об утверждении Положения о воинском учете» и от 26.02.1998г. № 258 «Основные положения по бронированию граждан Российской Федерации, пребывающих в запасе Вооруженных Сил Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти, имеющих запас, и работающих в органах государственной власти, органах местного самоуправления и организациях»,
приказываю:

1. Заместителю главного врача по медицинской части (для мобилизационной работы и гражданской обороны) _____
(фамилия, инициалы)

организовать ведение воинского учета работающих граждан, подлежащих воинскому учету, и бронирование граждан, пребывающих в запасе.

2. Обязанности по ведению воинского учета и бронированию граждан, пребывающих в запасе, хранение бланков строгой отчетности возложить на специалиста по воинскому учету _____
(фамилия, инициалы)

3. При убытии в отпуск, командировку или на лечение специалиста по воинскому учету временное исполнение обязанностей по ведению воинского учета и бронированию граждан, пребывающих в запасе, возложить на _____.

(должность, _____ фамилии, инициалы)

4. Приказ довести до руководителей структурных подразделений.

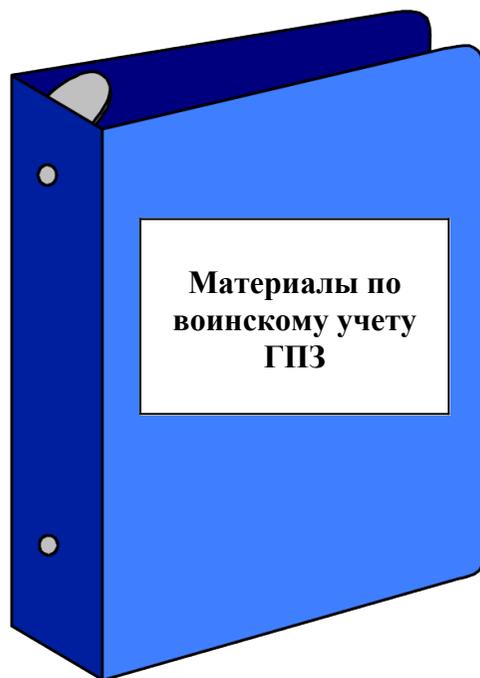
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части _____
(фамилия, инициалы)

Руководитель
учреждения здравоохранения _____

(подпись, инициалы, фамилия)

Примечание: копия приказа направляется в военный комиссариат, осуществляющий свою деятельность в пределах территории, на которой расположено учреждение здравоохранения, либо в орган местного самоуправления сельского поселения, осуществляющий первичный воинский учет на территориях, где нет военных комиссариатов.

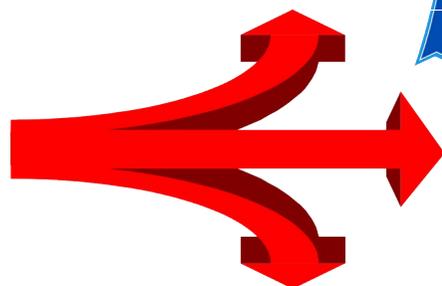
**УЧЕТНО-ОТЧЕТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ВЕДЕНИЮ ВОИНСКОГО УЧЕТА ГПЗ,
РАБОТАЮЩИХ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



**Нормативные и
инструктивные документы**



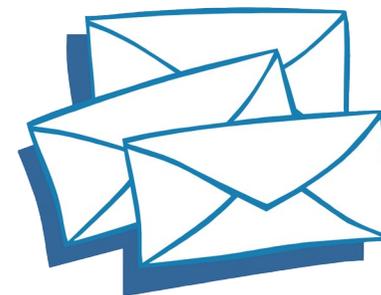
**Журнал проверок
состояния
воинского учета**



План оповещения ГПЗ
при объявлении
мобилизации

Материалы годового
отчета
(отчет по форме № 6,
таблица распределе-
ния медицинских
специалистов по ВУС и
т.д.)

Личные карточки ГПЗ
(форма № Т-2)



**Материалы переписки с
органами управления
здравоохранением и военными
комиссариатами по вопросам
воинского учета**

Угловой штамп
учреждения здравоохранения

Гриф по заполнению
«Для служебного пользования»

**ТАБЛИЦА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПО ВОЕННО-УЧЕТНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ**

наименование органа управления (учреждения) здравоохранения

№№ ВУС	Наименование специальностей	Коли- чество ГПЗ	В том числе заброниро- ванных
900100	ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ		
900101	Организация медицинского обеспечения в наземных войсках		
900104	Организация медицинского обеспечения в ВМФ		
900105	Организация медицинского обеспечения в силах ГО		
901000	Лечебное дело в наземных войсках (общая практика)		
901100	Лечебное дело в авиации		
901200	Лечебное дело на кораблях (общая практика)		
901300	ХИРУРГИЯ		
901301	Хирургия общая в наземных войсках		
901302	Хирургия общая на кораблях		
901303	Нейрохирургия		
901304	Хирургия торакальная		
901305	Хирургия сердечно-сосудистая		
901306	Хирургия легочного туберкулеза		
901310	Хирургия онкологических заболеваний		
901311	Хирургия детская		
901312	Хирургия челюстно-лицевая		
901313	Хирургия травматологическая и ортопедическая		
901314	Хирургия термических поражений		
901400	Анестезиология и реаниматология		
901401	Анестезиология		
901402	Реаниматология		
901500	Трансфузиология (переливание крови)		
901600	Операционная сестра		
902000	ТЕРАПИЯ (внутренние болезни)		
902001	Терапия общая		
902002	Кардиология (сердечно-сосудистые болезни)		
902003	Гастроэнтерология (желудочно-кишечные болезни)		
902004	Пульмонология (легочные болезни)		
902005	Эндокринология (болезни органов внутренней секреции)		
902006	Гематология (болезни крови)		
902007	Нефрология (болезни почек)		
902008	Аллергология и иммунология		
902009	Диетология		
902100	ПЕДИАТРИЯ		
902200	ФТИЗИАТРИЯ (туберкулезные болезни)		

902300	ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ		
902301	Инфекционные болезни (общая практика)		
902302	Особо-опасные инфекционные болезни		
902400	НЕВРОЛОГИЯ (нервные болезни)		
902401	Неврология общая		
902402	Иглорефлексотерапия (иглоукалывание)		
902500	ПСИХИАТРИЯ		
902501	Психиатрия общая		
902502	Психиатрия наркологическая		
902503	Психиатрия судебно-экспертная		
902504	Психоневрология		
902600	ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ		
902601	Дерматология (кожные болезни)		
902602	Венерология (венерические болезни)		
902603	Микология (грибковые заболевания кожи)		
902700	ОФТАЛЬМОЛОГИЯ		
902701	Офтальмология общая		
902702	Офтальмология хирургическая		
902800	ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ		
902801	Оториноларингология общая		
902802	Оториноларингология хирургическая		
902900	СТОМАТОЛОГИЯ		
902901	Стоматология общая		
902902	Стоматология хирургическая		
902903	Стоматология ортопедическая		
903000	ЗУБОВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО		
903100	АКУШЕРСТВО и ГИНЕКОЛОГИЯ		
903101	Акушерство и гинекология общая		
903102	Акушерство и гинекология хирургическая		
903200	ОНКОЛОГИЯ		
903400	ФИЗИОТЕРАПИЯ		
903500	Гипербарическая оксигенация		
903600	Лечебная физкультура		
903700	Лечебная физкультура (методист)		
903800	Спортивная медицина		
903900	Клиническая физиология и функциональная диагностика		
904000	ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ		
904100	Специальная физиология		
904200	РЕНТГЕНОЛОГИЯ		
904300	Лаборантское дело клинических лабораторий		
904500	ТОКСИКОЛОГИЯ		
904501	Токсикология терапевтическая		
904502	Токсикология гигиеническая (профилактическая)		
904600	Лаборантское дело токсикологических лабораторий		
904700	РАДИОЛОГИЯ		
904701	Радиология терапевтическая		
904702	Радиология гигиеническая (профилактическая)		
904800	Лаборантское дело радиологических лабораторий		
905000	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ		
905001	Эпидемиология общая		
905002	Эпидемиология особо опасных инфекций		
905100	Дезинфекционное дело		

905200	Бактериология и вирусология медицинская общая		
905300	Бактериология и вирусология медицинская особо опасных инфекций		
905500	Лаборантское дело медицинских бактериологических лабораторий		
905600	ГИГИЕНА		
905700	Лаборантское дело санитарно-гигиенических лабораторий		
906000	Нормальная анатомия человека		
906100	Патологическая анатомия человека		
906200	ГИСТОЛОГИЯ		
906300	Лаборантское дело патолого-морфологических и гистологических лабораторий		
906400	Нормальная физиология человека		
906500	Патологическая физиология человека		
906800	Биохимия медицинская		
907100	Микробиология		
907200	Судебная медицина		
907300	УРОЛОГИЯ		
907301	Урология общая		
907302	Урология хирургическая		
909000	ФАРМАЦИЯ (провизоры)		
881000	Врачи (провизоры), не имеющие военной подготовки		
	Врачи, имеющие другие ВУС		
	ИТОГО ВРАЧЕЙ		
Средний медицинский персонал:			
879064	Главная медицинская сестра		
879249	Медицинская сестра		
879544	Операционная медсестра		
879250	Медсестра-анестезистка		
879962	Фельдшер		
879959	Фармацевт		
879108	Зубной врач		
879109	Зубной техник		
879224	Лаборант бактериологической лаборатории		
879226	Лаборант клинической лаборатории		
879232	Лаборант		
879255	Методист ЛФК		
879649	Рентгенолаборант		
879650	Рентгенотехник		
879659	Инструктор по трудотерапии		
879660	Инструктор-дезинфектор		
	Средний медицинский персонал, имеющий другие ВУС		
	ИТОГО СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА		

Подпись руководителя учреждения _____

М.П.

Примечание: образец таблицы распределения медицинских специалистов по ВУС разработан во исполнение указания Минздрава России от 14.09.2000 г. № 211-03/216дсп.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЕННО-УЧЕТНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ И ПРОФЕССИЙ, СОГЛАСНО КОТОРЫМ ГРАЖДАНЕ ЖЕНСКОГО ПОЛА, ПОДЛЕЖАТ ПОСТАНОВКЕ НА ВОИНСКИЙ УЧЕТ

1. СВЯЗЬ

Профессии: монтажник оборудования связи, монтажник связи - антенщик, монтажник связи - кабельщик, монтажник связи - линейщик, монтажник связи - спайщик, оператор связи, электромонтер линейных сооружений телефонной связи и радиофикации, электромонтер по ремонту и монтажу кабельных линий, электромонтер-релейщик, электромонтер по ремонту и обслуживанию аппаратуры и устройств связи, электромонтер стационарного оборудования радиорелейных линий связи, электромонтер стационарного оборудования радиофикации, электромонтер стационарного оборудования телеграфной связи, электромонтер стационарного оборудования телефонной связи, электромонтер стационарного радиооборудования, электромонтер приемопередающей станции спутниковой связи, радист-радиолокаторщик, радиотелеграфист, радиотехник, телеграфист, телефонист, электрофотограф, фотолаборант, лаборант-фотометрист.

Специальности среднего профессионального образования: электроника и микроэлектроника, радиотехника, телекоммуникации, микроэлектроника и твердотельная электроника, электронные приборы и устройства, радиоаппаратостроение, сети связи и системы коммутации, многоканальные телекоммуникационные системы, радиосвязь, радиовещание и телевидение, эксплуатация метеорологических радиотехнических систем, эксплуатация средств связи, эксплуатация оборудования радиосвязи и электрорадионавигации судов, аудиовизуальная техника и звукотехническое обеспечение аудиовизуальных программ, техническое обслуживание и ремонт радиоэлектронной техники (по отраслям), радиотехнические комплексы и системы управления космических летательных аппаратов.

Специальности высшего профессионального образования: радиотехника, радиоэлектронные системы, средства радиоэлектронной борьбы, проектирование и технология радиоэлектронных средств, телекоммуникации, сети связи и системы коммутации, многоканальные телекоммуникационные системы, радиосвязь, радиовещание и телевидение, средства связи с подвижными объектами, защищенные системы связи.

2. ВЫЧИСЛИТЕЛЬНАЯ ТЕХНИКА

Профессии: оператор электронно-вычислительных и вычислительных машин, электромеханик по ремонту и обслуживанию счетно-вычислительных машин.

Специальности среднего профессионального образования: информатика и вычислительная техника, вычислительные машины, комплексы, системы и сети, автоматизированные системы обработки информации и управления (по отраслям), программное обеспечение

вычислительной техники и автоматизированных систем, техническое обслуживание средств вычислительной техники и компьютерных сетей.

Специальности высшего профессионального образования: информатика и вычислительная техника.

3. ОПТИЧЕСКИЕ И ЗВУКОМЕТРИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ИЗМЕРЕНИЯ И МЕТЕОРОЛОГИИ

Профессии: метеоролог, техник-метеоролог, синоптик, оптик, оптик-механик, аэрофотогеодезист, геодезист.

Специальности среднего профессионального образования: гидрология, метеорология, геодезия, прикладная геодезия, аэрофотогеодезия.

Специальности высшего профессионального образования: гидрометеорология, геодезия.

4. МЕДИЦИНА

Профессии: дезинфектор, оператор дезинсекционных установок, инструктор-дезинфектор, медицинский дезинфектор, фельдшер, фельдшер-лаборант, младший фармацевт, фармацевт, зубной врач, зубной техник, рентгенлаборант, рентгеномеханик.

Специальности среднего профессионального образования: лечебное дело, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация, сестринское дело, лабораторная диагностика, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая.

Специальности высшего профессионального образования: лечебное дело, педиатрия, медико-профилактическое дело, стоматология, фармация, сестринское дело.

5. ПОЛИГРАФИЯ

Профессии: гравер, гравер валов, гравер печатных форм, гравер шрифта, фотоцинкограф, наладчик полиграфического оборудования.

Специальности среднего профессионального образования: издательское дело.

Специальности высшего профессионального образования: полиграфия, технология полиграфического и упаковочного производства.

6. КАРТОГРАФИЯ, ТОПОГЕОДЕЗИЯ, ФОТОГРАММЕТРИЯ И АЭРОФОТОСЛУЖБА

Профессии: гравер оригиналов топографических карт, техник аэрофотографической лаборатории, техник аэрофотосъемного производства, техник-аэрофотограмметрист.

Специальности среднего профессионального образования: география и картография, картография.

Специальности высшего профессионального образования: география и картография.

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
граждан, пребывающих в запасе, по разрядам**

Состав запаса (воинские звания)	Возраст ГПЗ		
	первый разряд	второй разряд	третий разряд
Солдаты, матросы, сержанты, старшины, прапорщики и мичманы	до 35 лет	до 45 лет	до 50 лет
Младшие офицеры (лейтенанты, ст. лейтенанты, капитаны, капитан-лейтенанты)	до 45 лет	до 50 лет	до 55 лет
Старшие офицеры (майоры, капитаны 3 ранга; подполковники, капитаны 2 ранга)	до 50 лет	до 55 лет	до 60 лет
Полковники, капитаны 1 ранга	до 55 лет	до 60 лет	-
Высшие офицеры (генералы, адмиралы)	до 60 лет	до 65 лет	-

Примечание:

1. Граждане женского пола, пребывающие в запасе, относятся к третьему разряду:

- имеющие воинские звания офицеров пребывают в запасе до 50 лет;
- не имеющие воинских званий офицеров – до 45 лет.

2. ГПЗ, достигшие предельного возраста пребывания в запасе или признанные, в установленном порядке, не годными к военной службе по состоянию здоровья, переводятся военным комиссариатом, либо должностным лицом иного органа, осуществляющего воинский учет, в отставку и снимаются с воинского учета.

Т А Б Л И Ц А
возрастов граждан, пребывающих в запасе, подлежащих снятию
с воинского учета в связи с достижением предельного возраста
состояния в запасе

Год снятия с воин- ского учета	Женщины		Мужчины				
	45 лет	50 лет	50 лет	55 лет	60 лет	60 лет	65 лет
	Прапорщи- ки, мичма- ны, сержанты, старшины, солдаты, матросы	Офице- ры	Прапорщи- ки, мичма- ны, сержанты, старшины, солдаты, матросы	Млад- шие офице- ры	Майоры, капитаны 3 ранга, подполков- ники, капитаны 2 ранга	Полковники капитаны 1 ранга	Высшие офицеры
2009	1964	1959	1959	1954	1949	1949	1944
2010	1965	1960	1960	1955	1950	1950	1945
2011	1966	1961	1961	1956	1951	1951	1946
2012	1967	1962	1962	1957	1952	1952	1947
2013	1968	1963	1963	1958	1953	1953	1948
2014	1969	1964	1964	1959	1954	1954	1949
2015	1970	1965	1965	1960	1955	1955	1950
2016	1971	1966	1966	1961	1956	1956	1951
2017	1972	1967	1967	1962	1957	1957	1952
2018	1973	1968	1968	1963	1958	1958	1953
2019	1974	1969	1969	1964	1959	1959	1954
2020	1975	1970	1970	1965	1960	1960	1955
2021	1976	1971	1971	1966	1961	1961	1956
2022	1977	1972	1972	1967	1962	1962	1957
2023	1978	1973	1973	1968	1963	1963	1958
2024	1979	1974	1974	1969	1964	1964	1959
2025	1980	1975	1975	1970	1965	1965	1960
2026	1981	1976	1976	1971	1966	1966	1961
2027	1982	1977	1977	1972	1967	1967	1962
2028	1983	1978	1978	1973	1968	1968	1963
2029	1984	1979	1979	1974	1969	1969	1964
2030	1985	1980	1980	1975	1970	1970	1965
2031	1986	1981	1981	1976	1971	1971	1966
2032	1987	1982	1982	1977	1972	1972	1967
2033	1988	1983	1983	1978	1973	1973	1968
2034	1989	1984	1984	1979	1974	1974	1969
2035	1990	1985	1985	1980	1975	1975	1970

Унифицированная форма № Т-2 (образец)

Форма по ОКУД	Код
по ОКПО	0301002

наименование организации							
Дата составления	Табельный номер	ИНН налогоплательщика	Номер страхового свидетельства госуд. пенсион. страхования	Алфавит	Характер работы	Вид работы (основная, по совместительству)	Пол (муж., жен.)

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА работника
I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Трудовой договор	номер	
	дата	

1. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

2. Дата рождения	_____	Код
	день, месяц, год	
3. Место рождения	_____	по ОКАТО
4. Гражданство	_____	по ОКИН
5. Знание иностранного языка	_____	по ОКИН
	наименование _____ степень знания _____	по ОКИН
6. Образование	_____	по ОКИН
	среднее (полное) общее, начальное профессиональное, среднее профессиональное, высшее профессиональное	

Наименование образовательного учреждения	Документ об образовании, о квалификации или наличии специальных знаний			Год окончания
	наименование	серия	номер	
Квалификация по документу об образовании	Направление или специальность по документу			Код по ОКСО

Наименование образовательного учреждения	Документ об образовании, о квалификации или наличии специальных знаний			Год окончания
	наименование	серия	номер	
Квалификация по документу об образовании	Направление или специальность по документу			Код по ОКСО
Послевузовское профессиональное образование	_____			Код по ОКИН
	аспирантура, адъюнктура, докторантура			

Наименование образовательного, научного учреждения	Документ об образовании, номер, дата выдачи		Год окончания
	Направление или специальность по документу		Код по ОКСО

7. Профессия	_____	по ОКПДТР	Код

	основная	по ОКПДТР	

8. Стаж работы по состоянию на: “ ” _____ 20 ____ г.:

Общий _____ дней _____ месяцев _____ лет
 Непрерывный _____ дней _____ месяцев _____ лет
 Дающий право на надбавку за выслугу лет _____ дней _____ месяцев _____ лет
 _____ дней _____ месяцев _____ лет

9. Состояние в браке _____ Код по ОКИН

10. Состав семьи:

Степень родства (ближайшие родственники)	Фамилия, имя, отчество	Год рождения
1	2	3

11. Паспорт: № _____ Дата выдачи “ ” _____ г.

Выдан _____

наименование органа, выдавшего паспорт

Дата регистрации по месту жительства “ ” _____ г.

Номер телефона _____

II. СВЕДЕНИЯ О ВОИНСКОМ УЧЕТЕ

1. Категория запаса _____

2. Воинское звание _____

3. Состав (профиль) _____

Полное кодовое _____

4. обозначение ВУС _____

Категория годности к _____

5. военной службе _____

6. Наименование военного

комиссариата по месту

жительства _____

Состоит на воинском

7. учете: _____

а) общем (номер команды,
партии) _____

б) специальном _____

8. _____

отметка о снятии с воинского учета

Работник кадровой
службы _____

должность

личная подпись

расшифровка подписи

Специалист по ВУ _____

личная подпись

“ ” _____ 20__ г.

Система бронирования ГПЗ в Российской Федерации

Основные функции и полномочия органов управления и должностных лиц в системе бронирования ГПЗ:

Президент Российской Федерации – устанавливает порядок организации работы по бронированию ГПЗ, определяет основные направления работы по бронированию.

Правительство РФ – организует бронирование ГПЗ (утверждает персональный состав МВК и основные нормативные документы по бронированию, рассматривает ежегодные доклады МВК об итогах работы).

Министерство экономического развития РФ – делегирует должностных лиц в МВК, организует отдел в составе министерства – рабочий аппарат МВК, обеспечивает деятельность аппарата данной комиссии.

Министерство обороны РФ – делегирует должностных лиц в МВК и командирует специалистов в ее рабочий аппарат, организует воинский учет граждан в РФ и его нормативное обеспечение, оформляет персональные отсрочки, осуществляет контроль за бронированием ГПЗ.

Межведомственная комиссия (МВК) по вопросам бронирования ГПЗ и ее рабочий аппарат – разрабатывает проекты решений Правительства РФ по вопросам бронирования, осуществляет нормирование и методическое обеспечение бронирования, утверждает перечни должностей и профессий, принимает решения по персональному бронированию, представляет ежегодный доклад Правительству РФ.

Совет по бронированию ГПЗ – осуществляет предварительную проработку проектов нормативных и методических материалов, разрабатывает рекомендации для МВК по проблемам бронирования, осуществляет взаимодействие с организационно-мобилизационным управлением штабов военных округов.

Подразделения по бронированию ГПЗ в федеральных органах государственной власти (ФОГВ) – организуют работу по бронированию ГПЗ в организациях, находящихся в сфере их ведения, анализируют обеспечение отраслей специалистами из числа ГПЗ на военное время, разрабатывают проекты перечней должностей и профессий и предложения по персональному бронированию, представляют отчетность в МВК.

Региональные координационные совещания по бронированию ГПЗ делегируют представителей в Совет по бронированию, осуществляют обмен опытом, вырабатывают рекомендации по проблемам бронирования.

Организационно-мобилизационные управления (ОМУ) штабов военных округов – осуществляют руководство военными комиссариатами по организации и ведению воинского учета ГПЗ и контроль за бронированием, участвуют в работе координационных совещаний, взаимодействуют с членами Совета по вопросам бронирования.

Региональные органы управления, органы государственной власти (ОГВ) субъектов РФ с функциональной подчиненностью ФОГВ, а также органы управления организаций в районах с функциональной подчиненностью ФОГВ и ОГВ субъектов РФ – представляют отчетность в вышестоящие органы.

Территориальные комиссии по бронированию ГПЗ субъектов РФ и их рабочие аппараты – организуют работу по бронированию ГПЗ на территории субъектов РФ, разрабатывают предложения в территориальные перечни должностей и профессий и по персональному бронированию, анализируют обеспеченность организаций на территории субъекта РФ специалистами из числа ГПЗ на военное время, представляют отчетность в МВК.

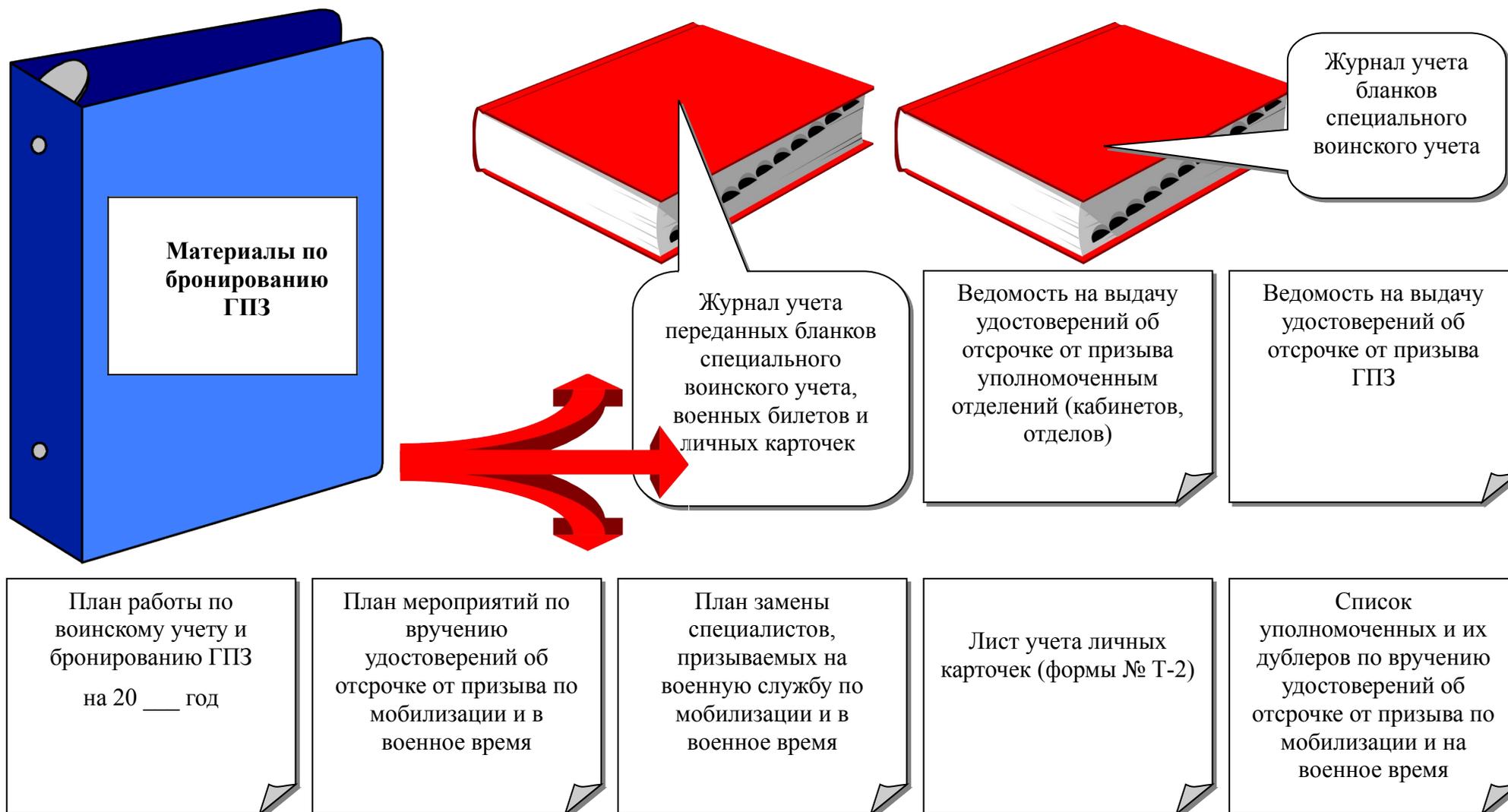
Военные комиссариаты субъектов РФ – осуществляют руководство ведением воинского учета граждан и контроль за бронированием. Военные комиссары входят в состав территориальных комиссий по бронированию.

Районные комиссии по бронированию ГПЗ и их рабочие аппараты – ведут учет организаций и лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, определяют организации, в которых необходимо проводить бронирование, анализируют обеспечение на военное время организаций специалистами из числа ГПЗ, представляют отчетность.

Военные комиссариаты районов, городов – ведут воинский учет граждан, оформляют документы по отсрочкам, контролируют правильность бронирования в организациях, обеспечивают организации бланками документов по данному направлению. Военные комиссары входят в состав районных комиссий по бронированию.

Военно-учетные подразделения (отдельные должностные лица) организаций – ведут воинский учет работающих граждан, заполняют и направляют в военные комиссариаты документы по бронированию, выдают гражданам документы об отсрочке, анализируют обеспечение специалистами из числа ГПЗ на военное время, представляют отчетность.

**УЧЕТНО-ОТЧЕТНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСАМ БРОНИРОВАНИЯ ГРАЖДАН, ПРЕБЫВАЮЩИХ
В ЗАПАСЕ И РАБОТАЮЩИХ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



**МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ
Российской Федерации**

УДОСТОВЕРЕНИЕ серия _____ № _____

**об отсрочке от призыва ГПЗ на военную службу по
мобилизации и в военное время**
(действительно при наличии военного билета)

Выдано _____ военным комиссариатом _____

_____ (района, города, иного муниципального образования субъекта РФ)

гражданину _____ (фамилия, имя, отчество)

год рождения _____, состав (профиль) _____

ВУС № _____, воинское звание _____

работающему _____ (наименование и адрес организации)

в должности (по профессии) _____

" " разряда, в том, что ему на основании постановления Межведомственной комиссии по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе, или перечня должностей и профессий (нужное подчеркнуть) № _____ от " " _____ г., раздел _____, пункт _____ предоставлена отсрочка (в т.ч. персональная) от призыва на военную службу (нужное подчеркнуть) сроком на _____ месяцев со дня объявления мобилизации.

М.П. Военный комиссар _____ (наименование военного комиссариата)

_____ (воинское звание, подпись, инициалы, фамилия)

Начальник _____ отделения _____

_____ (воинское звание, подпись, инициалы, фамилия)

" " _____ 200_ г.

Примечание: Гражданин, имеющий на руках настоящее удостоверение, обязан кроме правил, изложенных в военном билете, выполнять следующее:

1. Хранить настоящее удостоверение при себе, вложенным в военный билет.
2. При увольнении из организации сдать удостоверение администрации организации и прибыть в военный комиссариат по месту состояния на воинском учете.
3. При перемене места жительства сообщить об этом в трехдневный срок администрации организации и в военный комиссариат по месту состояния на воинском учете.
4. За три дня до истечения срока действия отсрочки от призыва на военную службу сдать удостоверение администрации организации.

ИЗВЕЩЕНИЕ №
о зачислении ГПЗ на специальный воинский учет

Гражданин, пребывающий в запасе _____
(фамилия, имя, отчество)

год рождения _____, состав (профиль) _____
ВУС № _____, воинское звание _____
работающий _____
(наименование и адрес организации)

в должности (по профессии) _____
" _____ " разряда, годность к военной службе по состоянию здоровья: годен, годен с незначительными ограничениями, ограниченно годен, не годен (нужное подчеркнуть), на основании постановления Межведомственной комиссии по вопросам бронирования граждан, пребывающих в запасе, от " _____ " _____ г. № _____ или перечня должностей и профессий № _____, раздел _____, пункт _____, имеет право на отсрочку от призыва на военную службу (в т.ч. персональную, извещение о предоставлении персональной отсрочки № _____) на _____ месяцев со дня объявления мобилизации.

Наименование военного комиссариата, где гражданин, пребывающий в запасе, состоит на воинском учете _____

Домашний адрес гражданина, пребывающего в запасе _____

(руководитель организации, подпись, инициалы, фамилия)

М.П. _____

" _____ " _____ 200_ г.

Зачислить на специальный воинский учет

М.П.

Военный комиссар _____
(наименование военного комиссариата)

(воинское звание, подпись, инициалы, фамилия)

" _____ " _____ 200_ г.

Расписка о получении документа воинского учета

Формат 145 x 210 мм

КОРЕШОК РАСПИСКИ № _____

в приеме _____
(наименование документа воинского
учета)

1.

_____ (фамилия, имя и отчество)

2. Год рождения _____

3. Воинское звание _____

4. № ВУС _____

5. Для какой цели принят документ
воинского учета серии _____ № _____

Подпись _____
(фамилия и должность принявшего
документ воинского учета)

Расписка гражданина в получении
документа воинского учета

“ _____ ” _____ 20__ г.

РАСПИСКА № _____

Дана _____
(фамилия, имя и отчество)

_____ года рождения

Воинское звание _____,
№ ВУС _____ в том, что
принадлежащий ему (ей) _____

(наименование документа воинского учета)

серии _____ № _____
принят для _____

(указать, для какой цели принят
документ воинского учета)

О

Расписка действительна по

Т

“ _____ ” _____ 20__ г.

Р

Е

Подпись _____
(фамилия и должность лица,

З

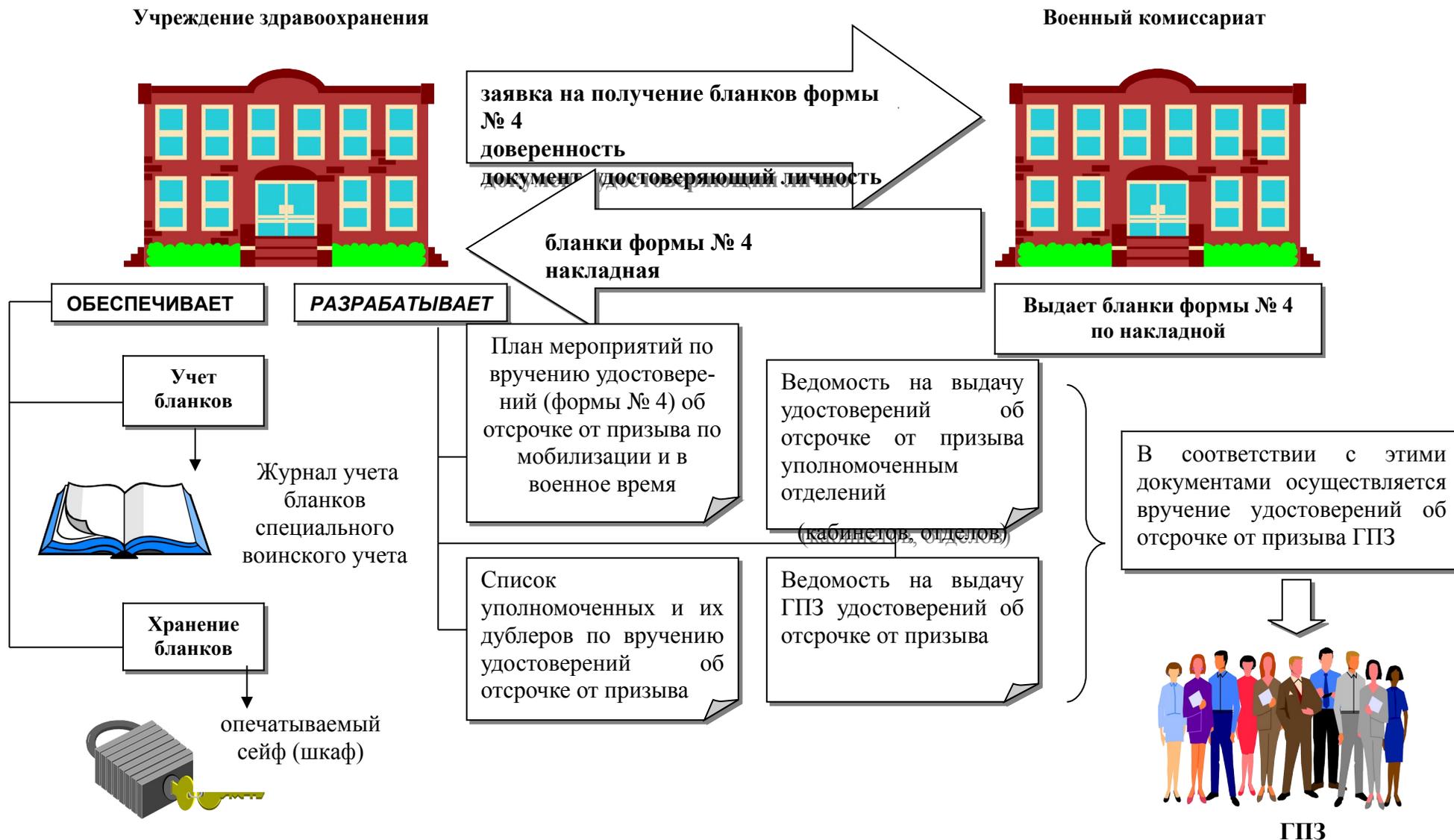
принявшего документ воинского учета)

А

М.П.

“ _____ ” _____ 20__ г.

ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ БЛАНКОВ СТРОГОЙ ОТЧЕТНОСТИ (форма № 4) В ВОЕННОМ КОМИССАРИАТЕ И ВРУЧЕНИЯ ИХ ГРАЖДАНАМ, ПРЕБЫВАЮЩИМ В ЗАПАСЕ



УТВЕРЖДЕН
постановлением _____

от «___» _____ 20__ г.

АКТ ОБ ОТВОДЕ ЗДАНИЯ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На основании постановления органа исполнительной власти субъекта
РФ _____
от «___» _____ 20__ г., комиссия по отводу зданий под

_____ (наименование специального формирования)

в составе:

- заместителя руководителя администрации _____,
- и представителей:
- органа местного самоуправления _____,
- органа управления здравоохранением _____,
- органа управления Роспотребнадзора _____,
- военного комиссариата _____,
- начальника специального формирования _____,
- жилищно-коммунального хозяйства _____,
- организации-владельца здания _____

составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с ___ по ___ _____ 20__ г. комиссией
осмотрено здание в городе (поселке) _____, в котором при
объявлении мобилизации планируется разместить

_____ (наименование специального формирования)

2. Для размещения _____
на _____ коек отвести здание, расположенное по улице
_____, дом № _____, принадлежащее

_____ (наименование учреждения – владельца здания)

3. Отводимые под специальное формирование здания в количестве _____
расположены в _____ км от железнодорожной станции (водной пристани,
аэродрома), до которой(го) имеется _____.

(указать тип дороги: шоссейная, грунтовая и т.п.)

4. Характеристика каждого отводимого здания, в том числе и для подсобных целей:

Наименование здания	Кол-во этажей	Общая площадь	К-во палат (м ²)	Коридоры (м ²)	Пищеблок (м ²)	Санузлы (кол-во)

Примечание: аналогично характеризуется здание, отводимое для проживания привлекаемого персонала специального формирования.

5. **Характеристика коммуникаций и инвентаря, подлежащих передаче вместе со зданиями, отводимыми под специальное формирование:**

Коммуникации	Инвентарь, подлежащий передаче со зданием
Отопление	Кровати
Освещение	Тумбочки прикроватные
Водоснабжение	Стол (обеденные, письменные и др.)
Канализация	Стулья
Система вентиляции	Табуретки
Радио-видео трансляция	Оборудование, в т.ч. медицинское
И т.д.	Белье нательное, постельное
	И т.д.

Стоимость передаваемого имущества - _____ (тыс. руб.)

6. Ремонтные и приспособительные работы, осуществляемые в отводимых под специальное формирование зданиях:

По перечню № 1:

Перечень работ	Исполнители работ

По перечню № 2:

Перечень работ	Исполнители работ

7. Итоговая сумма передаваемого имущества с учетом приспособительных работ по Перечню № 2 _____

Настоящий акт составлен в _____ экземплярах, каждый из которых подписан, скреплен печатью и выдан всем членам комиссии.

Председатель комиссии _____

Представители: _____

ПЕРЕЧЕНЬ № 1**мероприятий, выполняемых в мирное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведенных для развертывания в период мобилизации специальных формирований здравоохранения**

1. Монтаж водопроводных и канализационных труб во всех помещениях, предназначенных для санитарной обработки людей, устройства кухонь, туалетных и ваннных комнат, перевязочных, процедурных и операционных, а также выполнение других работ, обеспечивающих устойчивое функционирование специальных формирований здравоохранения (тыловые госпитали, обсервационные пункты).

2. Установка оборудования для централизованной подачи горячей воды в душевую санпропускника, к лечебным ваннам, в предоперационные и перевязочные.

3. Устройство и приспособление специальных помещений, предназначенных для рентгеновских кабинетов, дезинфекционных и холодильных камер и других необходимых помещений.

4. Расширение, при необходимости, существующих дверных проемов, а также оборудование дополнительных выходов из здания.

5. Устройство водонепроницаемых полов и водостоков в помещениях, предназначенных для кухонь, ваннных, душевых, туалетных и умывальных комнат.

6. Установка дополнительного оборудования для увеличения пропускной способности ваннных, душевых, умывальных, туалетных комнат или переустройство имеющегося оборудования в соответствии с потребностями специального формирования.

7. Устройство вытяжных каналов в помещениях, предназначенных для кухонь, ваннных, курительных комнат и лабораторных помещениях, где требуется установка вытяжных шкафов и вентиляторов.

8. Проведение работ, обеспечивающих прием и утилизацию всего объема канализационных и сточных вод специального формирования.

9. Устройство вводов для подачи электроэнергии в специальные кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический и т.п.).

10. Устройство и приспособление помещений, предназначенных для продовольственных и вещевых складов, овощехранилищ, холодильных камер, гаражей, конюшен и мастерских.

11. Проведение противопожарных мероприятий.

12. Благоустройство подъездных путей от мест разгрузки санитарно-транспортных средств с ранеными и больными к зданиям, отведенных под специальные формирования.

ПЕРЕЧЕНЬ № 2

мероприятий, выполняемых в период мобилизации и в военное время, по приспособлению и оборудованию зданий, отведенных для развертывания специальных формирований здравоохранения

1. Мелкий ремонт зданий и их помещений: побелка, покраска масляной краской операционных, предоперационных и перевязочных комнат; починка полов, дверей, лестниц, ремонт окон, устройство фрамуг и т.п.
2. Устройство перегородок, согласно техническому проекту.
3. Выполнение монтажных работ по установке ванн, водогрейных колонок, душей, кипятильников, раковин, кранов, умывальников, смывных бачков и других, которые в мирное время не могли быть проведены.
4. Устройство кухонных плит с котлами (при необходимости).
5. Переоборудование электроосветительной сети в соответствии с потребностями и условиями работы специального формирования здравоохранения, а также установка автономного аварийного электроснабжения.
6. Обустройство специальных кабинетов и лабораторий.
7. Монтаж отделения медицинского снабжения (аптеки).
8. Установка холодильных и дезинфекционных камер.
9. Оборудование светомаскировки (щиты, занавесы на окна и двери).

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЗАСЕДАНИЯ ШТАБА ГОЧС УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Социально-экономическая характеристика территории, прогнозируемых ЧС и их медико-тактическая оценка.
2. Структура возможной заболеваемости населения в особый период.
3. Организация развертывания и работы формирований, учреждений ГОЗ для оказания медицинской помощи населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий.
4. Организация и порядок оснащения медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом, оборудованием формирований и учреждений ГОЗ. Ознакомление с табелем имущества, содержащегося на складах мобилизационного резерва.
5. Организация обеспечения кровью, ее препаратами и компонентами больных, находящихся на лечении в формированиях и учреждениях ГОЗ в особый период.
6. О плане и характере проведения приспособительных работ в особый период при развертывании больниц ГОЗ.
7. Цели и задачи воинского учета граждан, пребывающих в запасе и работающих в здравоохранении. Организация его ведения.
8. Вопросы комплектования формирований и учреждений ГОЗ персоналом в особый период. Проблемы и пути их решения.
9. О привлечении к комплектованию больниц ГОЗ неработающего медицинского персонала или работающего в другой отрасли экономики.
10. Об учете и подготовке медицинских сестер запаса (из числа лиц, имеющих гуманитарное образование).
11. Об организации использования персонала УЗ при объявлении мобилизации.
12. Оценка состояния готовности формирований и учреждений ГОЗ.
13. Оценка состояния готовности структурных отделений УЗ к действиям в ЧС мирного времени.
14. О ходе выполнения задания на расчетный год, проблемы и возможные пути их решения.
15. Оценка состояния готовности формирований СМК.
16. О подготовке к проведению штабных тренировок, командно-штабных и тактико-специальных учений, объектовых тренировок и комплексных учений. *(Тематика тренировок и учений должна быть представлена прогнозируемыми, применительно к территории, техногенными, природными и социальными ЧС; при этом не должна исключаться возможность возникновения чрезвычайных и нештатных ситуаций в УЗ).*
17. О состоянии готовности структурных отделений УЗ к действиям в ЧС *(заслушивание руководителей отделений).*

18. О состоянии обеспеченности персонала и больных средствами индивидуальной защиты и мерах по их накоплению, освежению.

19. О состоянии готовности защитных сооружений УЗ к действиям в особый период и порядке их использовании в мирное время.

20. Об организации питания больных в условиях особого периода и при возникновении чрезвычайных ситуаций мирного времени.

21. О повышении устойчивости функционирования УЗ (его отделений) в ЧС мирного и военного времени.

22. Транспортное обеспечение мероприятий ГОЗ (использование транспорта для получения медицинского имущества резерва со склада, для обеспечения работы формирований и учреждений ГОЗ в особый период).

23. Итоги работы УЗ по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС мирного времени и по подготовке к действиям в особый период в отчетном году. Задачи УЗ на следующий год, утверждение годового плана работы штаба ГОЧС.

**ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ
НА ЗАСЕДАНИЯХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ КООРДИНАЦИОННОЙ
КОМИССИИ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ**

1. Характеристика возможных ЧС территории, их медико-тактическая оценка.
2. Характеристика сил и средств СМК, их задачи, варианты использования.
3. Порядок взаимодействия сил и средств СМК с федеральными и ведомственными УЗ, другими структурами органов исполнительной власти при возникновении крупномасштабных ЧС. Состав и оснащение мобильных формирований СМК.
4. Предназначение и задачи субъектовой (муниципальной) МКК СМК.
5. Доведение основных документов по организации работы МКК СМК.
6. О перечне документов в УЗ и его структурных подразделениях по вопросам предупреждения и ликвидации последствий ЧС.
7. Порядок создания, накопления, освежения и использования медицинского имущества оперативно-тактического резерва (ОТР) СМК.
8. Организация обеспечения пострадавших кровью, ее препаратами и компонентами в крупномасштабной ЧС.
9. Организация подготовки персонала УЗ (включая ведомственные) к действиям в ЧС (*тематическое усовершенствование, подготовка по выполнению программ обучения в УЗ*).
10. Подготовка личного состава служб общественной безопасности (УВД, ГИБДД, пожарные, спасатели и т.п.), водителей транспортных средств, педагогов, работающих с детьми приемам и способам оказания первой медицинской помощи и действиям в ЧС.
11. Порядок и организация подготовки санитарных постов, санитарных дружин, создаваемых на предприятиях и в учреждениях.
12. Сущность медицинской сортировки пострадавших в ЧС, ее виды, организация проведения на этапах медицинской эвакуации.
13. Порядок привлечения транспорта территории для эвакуации пострадавших из зоны крупномасштабных ЧС, варианты его использования.
14. Порядок привлечения транспорта для эвакуации больных и персонала при возникновении ЧС в УЗ
15. Организация взаимодействия с ведомственными медицинскими службами при возникновении ЧС, разработка и утверждение положений о взаимодействии.
16. Организация взаимодействие с соседними территориями по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ЧС, разработка и утверждение положений о взаимодействии.

17. Подготовка и проведение КШУ с составом МКК СМК по прогнозируемым ЧС и вариантам действия в них, утверждение планов подготовки и их проведения.

18. Подведение итогов работы МКК СМК в отчетном году и определение задач на следующий год (*обращается внимание на положительные результаты, недостатки, просчеты и постановку задач на их устранение*).

19. Анализ деятельности СМК (за определенный отрезок времени – год и более) по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (техногенные, в том числе транспортные, социальные, стихийные бедствия и т.п.), пути совершенствования работы с пострадавшими, внедрение новых организационных форм деятельности службы.

20. Научно-исследовательская тематика по СМК (планирование, выполнение, отчетность).

ЛИТЕРАТУРА

1. Безопасность жизнедеятельности и медицина катастроф: Учебник для студ. сред. проф. учеб. заведений / Под ред. Н.М. Киршина. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 320 с.
2. Безопасность жизнедеятельности. Безопасность в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера: Учебное пособие / В.А. Акимов, Ю.Л. Воробьев, М.И. Фалеев и др. Изд. 2-е, перераб. – М.: Высшая школа, 2007. - 592 с.
3. Бодогаров М.Ю., Шапошников А.А., Шефер Ю.М и др. Работа городской больницы в чрезвычайных ситуациях. – М.: «МП Гигиена» 2006. – 226 с.
4. Борчук Н.И. Медицина экстремальных ситуаций: Учебное пособие. – М.: Высшая школа, 1998. – 240 с.
5. Васин М.В. Медицинские аспекты радиационных аварий. – М., 2003. – 64 с.
6. Гончаров С.Ф., Шефер Ю.М. Городская больница в чрезвычайной ситуации. М.: ВЦМК «Защита». 1999. 104 с.
7. Губченко Н.П. Медико-санитарное обеспечение населения и действие сил в кризисных ситуациях. – Калуга: Манускрипт, 2005. – 528 с.
8. Замковой В.И., Ильчиков М.З. Терроризм – глобальная проблема безопасности. – М., 1996. – 75 с.
9. Золотарев В.А. Россия (СССР) в локальных войнах и военных конфликтах второй половины XX века. – М., 2000.
10. Медицина катастроф: Учебное пособие / Под ред. В.М. Рябочкина, Г.И. Назаренко. – М.: «ИНИ Лтд», 1996. – 272 с.
11. Мобилизационная подготовка здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. Ю.И. Погодина. – М., 2006. – 224 с.
12. Онищенко Г.Г., Ефременко В.И., Гржибовский Г.М. Противоэпидемическое обеспечение населения в условиях вооруженного

конфликта в Чеченской Республике. – Ставрополь: Гос. Предприятие – изд.-Полиграф. Фирма «Ставрополь», 1996. – 256 с.

13. Основные понятия и определения медицины катастроф: Словарь (библиотека ВСМК). – М.: ВЦМК «Защита», 1997. – 245 с.

14. Основы организации и тактики медицинской службы гражданской обороны. Под ред. В.И. Михайлова. М., 1981. 300 с.

15. Основы управления службой медицины катастроф. – М.: ВЦМК «Защита», 2001. – 60 с.

16. Организация медицинской службы гражданской обороны Российской Федерации. Под ред. Ю.И. Погодина и С.В. Трифонова М., 2002. 212 с.

17. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.05.1994 г. № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами».

18. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.02.1996 г. № 195 «Вопросы Всероссийской службы медицины катастроф».

19. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.1995 г. № 1113 «О создании единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций».

20. Постановление Правительства Российской Федерации от 03.08.1996 г. № 924 «О силах и средствах Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций».

21. Постановление Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 г. № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании».

22. Приказ Минздрава России от 27.10.2000 г. № 380. «О положении о службе медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации».

23. Приказ Минздравсоцразвития России от 03.02.2005 г. № 112 (в ред. от 17.09.2007 г. № 601) «О статистических формах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

24. Рябочкин В.М., Ваганов Н.Н., Державин В. М. и др. Катастрофы и дети: Под ред. акад. Ю.Ф. Исакова. М.: «Полтекс» - 1997. – 280 с.

25. Сахно В.И., Захаров Г.И., Карлин Н.Е., Пильник Н.М. Организация медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003.- 248 с.

26. Сахно И.И., Сахно В.И. Медицина катастроф (организационные вопросы): Учебник. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 560 с.

27. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1939-1945 г.г. - изд. 2, М.: Медицина, 1979, 527 с.

28. Терминологический словарь «Мобилизационная подготовка экономики (издание второе дополненное), М. 2001. – 272 с.

29. Федеральный закон от 21.12.1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

30. Федеральный закон от 29.12.1994 г. № 79-ФЗ (в ред. от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) «О государственном материальном резерве».

31. Федеральный закон от 26.02.1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации».

32. Федеральный закон от 12.02.1998 г. № 28-ФЗ (в ред. от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) «О гражданской обороне».

33. Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»