

КОНСПЕКТ

**Для самостоятельной подготовки студентов 5 и 6-го курса
по дисциплине
«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

Тема 2.9 «Специальные формирования здравоохранения»

Время подготовки: 45 минут

Учебные вопросы:

1. Основные определения
2. Определение, классификация и предназначение специальных формирований здравоохранения
3. История создания СФЗ
4. Организация управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения
5. Предназначение и задачи органов управления СФЗ
6. Предназначение, задачи и организация работы наблюдательных пунктов. Порядок наблюдения
7. Оперативные койки. Их предназначение

Литература для подготовки

1. Конституция РФ
2. Федеральный конституционный закон от 30 января 2002 года № 1-ФКЗ «О военном положении».
3. Федеральный конституционный закон от 30 мая 2001 года № 3-ФКЗ «О чрезвычайном положении»
4. Федеральный закон от 31 мая 1996 года № 61-ФЗ «Об обороне»
5. Федеральный закон от 26 февраля 1997 года № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации»
6. Федеральный закон от 29 декабря 1004 года № 79-ФЗ «О государственном материальном резерве»
7. Федеральный закон от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе»
8. Федеральный закон от 12 февраля 1998 г. № 28-ФЗ «О гражданской обороне».
9. Федеральный закон от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих».
11. Указ Президента Российской Федерации от 2 октября 1998 года № 1175 «Об утверждении Положения о военно-транспортной обязанности»
12. Указ Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 года № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации»
13. Указ Президента Российской Федерации от 25 декабря 2014 года № Пр-2976 «Об утверждении Военной доктрины Российской Федерации»
14. Указ Президента Российской Федерации от 16 сентября 1999 г. № 1237 «Вопросы прохождения военной службы»

Вопрос 1 Основные определения

Специальные формирования здравоохранения - органы управления и медицинские учреждения, создаваемые в период мобилизации и военное время для выполнения задач по медицинскому обеспечению личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации. Они создаются для использования в интересах Вооруженных Сил Российской Федерации, в состав Вооруженных Сил Российской Федерации не передаются. Они являются структурными подразделениями отраслевых органов управления (Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации) и подведомственными им (или находящимися в сфере их деятельности) учреждениями здравоохранения.

Тыловые госпитали здравоохранения - специальные формирования здравоохранения, предназначенными для приема раненых и больных военнослужащих, поступающих из госпитальных баз фронтов (флотов), войск военных округов (в том числе, из очагов массовых санитарных потерь), оказания им специализированной медицинской помощи, лечения до определившихся исходов и реабилитации.

Обсервационные пункты - противоэпидемические учреждения здравоохранения военного времени. Они предназначены для временной изоляции и обсервации следующих по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения воинских контингентов при их эпидемическом неблагополучии и выполняют функции противоэпидемических барьеров по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в войсках и среди населения.

Лечебно-эвакуационное обеспечение войск - система мероприятий по оказанию медицинской помощи пораженным и больным, их эвакуации и лечению.

Управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения - целенаправленная практическая деятельность органов управления здравоохранением различного уровня по поддержанию высокой мобилизационной готовности этих органов и учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, своевременной их подготовке к выполнению задач по предназначению, а также руководству ими в ходе мобилизационного развертывания для работы в военное время.

Управление - процесс формирования целенаправленного поведения системы посредством информационных воздействий, вырабатываемых человеком (группой людей).

Управляющая система – орган управления, реализующий задачи целеполагания,

Система связи – система, которая обеспечивает обмен управляющей информацией между управляющей системой и объектом управления.

Объект управления – исполнительный инструмент, реализующий основную функцию системы

Лицо, принимающее решение (ЛПР) - индивидуум или группа индивидуумов, имеющих право принимать окончательные решения по выбору одного из нескольких управляющих воздействий (решений).

Организационная структура управления - совокупность подсистем, объединенных иерархическими взаимосвязями, обеспечивающими распределение функций управления между управленцами для достижения целей системы

Звено или отдел - организационно обособленный, самостоятельный орган управления, выполняющий определенные функции управления.

Уровень (ступень) иерархии - группа звеньев, в которых ЛПР имеют одинаковые полномочия.

Степень централизации (децентрализации) управления. В централизованной системе принятие решений осуществляется только в центральном органе управления, в децентрализованной - решения принимаются отдельными элементами системы независимо от других элементов и не корректируются центральным органом при этом преимущество этой системы в близости органов управления к объектам управления.

Делегирование полномочий - передача части функций и прав принятия решений нижестоящим системам управления.

Норма управляемости - число подчиненных, которыми может эффективно управлять один руководитель. В настоящее время норма управляемости составляет 5- 12 подчиненных на одного руководителя.

Систему управления - совокупность функционально связанных органов управления здравоохранением, систему связи, средства управления, а также специальные системы, обеспечивающие сбор, обработку и передачу информации составляют

Органы управления здравоохранения - постоянные коллективы сотрудников, предназначенные для выполнения функций управления подчиненными предприятиями, учреждениями и организациями здравоохранения и взаимодействия с органами управления, организациями и учреждениями других министерств и ведомств по организации выполнения задач по назначению.

Мобилизационный план здравоохранения Российской Федерации - основной законодательный и нормативный акт в области мобилизационной подготовки

Обсервационные пункты здравоохранения Российской Федерации предназначены для временной изоляции и обсервации следующих по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения воинских контингентов при их эпидемическом неблагополучии и выполнения функций противоэпидемических барьеров по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в войсках и среди населения.

Оперативные койки лечебных учреждений здравоохранения – коечная емкость, выделяемая лечебными учреждениями здравоохранения в интересах медицинского обеспечения Вооруженных Сил.

СЛ. 3

Вопрос 2 Определение, классификация и предназначение специальных формирований здравоохранения

Для участия в медицинском обеспечении личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации (в период мобилизации и в военное время) в тылу страны создаются специальные формирования здравоохранения, которые предназначены, в первую очередь, для специализированного лечения наиболее тяжелых контингентов раненых и больных, их реабилитации, восстановления бое- и трудоспособности, а также для участия в проведении противоэпидемических мероприятиях среди войск, осуществляющих передислокацию.

СЛ. 4

Специальные формирования здравоохранения создаются для использования в интересах Вооруженных Сил Российской Федерации, в состав Вооруженных Сил Российской Федерации не передаются. Они являются структурными подразделениями отраслевых органов управления (Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации) и подведомственными им (или находящимися в сфере их деятельности) учреждениями здравоохранения.

Что же представляют собой специальные формированиям здравоохранения?

Под **специальными формированиями здравоохранения** понимаются органы управления и медицинские учреждения, создаваемые в период мобилизации и военное время для выполнения задач по медицинскому обеспечению личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации.

К специальным формированиям здравоохранения относятся:

- 1) органы управления специальными формированиями;
- 2) тыловые госпитали здравоохранения;
- 3) наблюдательные пункты.

Органы управления специальными формированиями – это Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения, которое создается в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, а также отделы и секторы по руководству специальными формированиями здравоохранения, которые создаются в органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

В структуре специальных формирований здравоохранения органы управления составляют около 6% от общей их численности.

Тыловые госпитали здравоохранения являются специальными формированиями здравоохранения, предназначенными для приема раненых и больных военнослужащих (далее – раненые и больные), поступающих из госпитальных баз фронтов (флотов), войск военных округов (в том числе, из очагов массовых санитарных потерь), оказания им специализированной ме-

дицинской помощи, лечения до определившихся исходов и реабилитации.

Тыловые госпитали здравоохранения Российской Федерации (далее тыловые госпитали) являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. 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 Вооруженных Сил Российской Федерации и направлены по месту жительства.

Тыловые госпитали здравоохранения составляют около 92% от общей численности специальных формирований здравоохранения.

Обсервационные пункты являются противоэпидемическими учреждениями здравоохранения военного времени. Они предназначены для временной изоляции и обсервации следующих по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения воинских контингентов при их эпидемическом неблагополучии и выполняют функции противоэпидемических барьеров по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в войсках и среди населения.

Обсервационные пункты составляют около 2% от общей численности специальных формирований здравоохранения.

Эта стройная система участия здравоохранения страны в медицинском обеспечении Вооруженных Сил формировалась на различных исторических этапах развития военного и гражданского здравоохранения.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Что такое «специальные формирования здравоохранения»?
2. Классификация СФЗ
3. Органы управления специальными формированиями. Их краткая характеристика
4. Тыловые госпитали здравоохранения. Их краткая характеристика
5. Обсервационные пункты. Их краткая характеристика

СЛ. 5

Вопрос 3 История создания СФЗ

Всякая война занимает первое место среди причин, обуславливающих боевые повреждения личного состава вооруженных сил и населения (гибель, ранения и инвалидность людей), рост инфекционной заболеваемости, что нередко приводило к эпидемическим вспышкам и даже эпидемиям. Во время войны большое количество медицинских работников гражданского здравоохранения призываются в вооруженные силы. Объем работы медицинских работников и медицинских учреждений резко возрастает. Все это сильно осложняло и усложняет работу органов и учреждений здравоохранения.

СЛ.6

Лечебно-эвакуационное обеспечение войск представляет собой систему мероприятий по оказанию медицинской помощи пораженным и больным, их эвакуации и лечению.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что здравоохранение страны всегда занимало важное место в общей системе организации и проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным, сохранению их боеспособности и трудоспособности.

Первые документы, позволяющие сделать вывод, о попытках создания системы и органов управления эвакуацией раненых и больных с театра военных действий в тыл страны в России относятся к семидесятым годам XIX века. Опыт войн конца XVIII и начала XIX веков показал, что с началом боевых действий имевшиеся в войсках лечебные учреждения быстро заполнялись ранеными и больными. Это затрудняло передвижение войск, вело к большому отставанию от них госпиталей. Возникла необходимость эвакуации в тыл страны большого числа раненых и больных. Так, согласно плану медицинского обеспечения, разработанному лейб-медиком его Величества баронеттом Виллие в августе 1812 года, раненые и больные 1-й Западной армии с продолжительными сроками лечения, а также «неспособные» должны были быть эвакуированы из Смоленска в Москву и Тверь.

В период Крымской войны 1853-1856 гг., несмотря на плохие дороги, из Крыма в ближайшие губернии (Екатеринославскую, Полтавскую, Харьковскую и Херсонскую) было эвакуировано более 12 000 раненых и больных, что составило 24,3 % от общего числа санитарных потерь.

Вместе с тем эвакуация раненых и больных и их последующее лечение в тылу страны были организованы плохо. Удручающее состояние существовавшей организации эвакуации и лечения раненых и больных отмечал Н.И. Пирогов, подводя итоги лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии в войне 1853-1856 гг. Вся система лечебно-эвакуационного обеспечения по определению Н.И. Пирогова строилась на принципе «эвакуация, во что бы то ни стало!». Лечение во время эвакуации не предусматривалось, поэтому летальность среди раненых и больных в этот период достигала 14,5 %.

Разработанные в трудах Н.И. Пирогова основные принципы медицин-

ской сортировки по нуждаемости в оказании медицинской помощи, опасности для окружающих и нуждаемости в эвакуации, а также руководства эвакуацией раненых и больных в тыл страны широко применялись в лечебно-эвакуационном обеспечении войск России, Пруссии, США и других государств, а затем были положены в основу "Проекта организации эвакуации", составленного Главным штабом России в 1876 году. Они явились теоретической предпосылкой к возникновению органов управления эвакуацией раненых и больных и организацией их лечения в тылу страны.

СЛ.7

Значительный рост санитарных потерь в войнах второй половины XIX века вызвал необходимость массовой эвакуации раненых и больных в тыл страны, а развитие железнодорожного и водного транспорта способствовали её обеспечению. В русско-турецкую войну 1877-1878 гг. в России впервые появились органы управления массовой эвакуацией раненых и больных в виде «эвакуационных комиссий», располагавшихся на узловых железнодорожных станциях при которых развертывались группы госпиталей и лазаретов. Работа эвакуационных комиссий регламентировалась циркуляром Генерального Штаба Вооруженных Сил 1877 года «О правилах распределения и развозки раненых и больных с театра войны во внутрь империи». Эвакуационные комиссии обычно состояли из представителей военного командования, военно-санитарного ведомства, органов военных сообщений и общественных организаций.

Возглавляли эвакуационные комиссии строевые генералы (офицеры), которые не подчинялись медицинской службе и рассматривали эвакуацию раненых и больных как чисто военное мероприятие, направленное на освобождение войск от утративших боеспособность воинов.

Во время русско-турецкой войны 1877-1878 гг. эвакуация раненых и больных с театра военных действий проводилась в более широком масштабе и на большую территорию страны, чем в предыдущие войны. Только из Дунайской армии в период с апреля 1877 по март 1878 годов перевезено в Россию по железной дороге более 125 000 и по морю более 81 000 раненых и больных.

Вместе с тем в эту войну мало что изменилось в лучшую сторону в организации эвакуации и лечения раненых и больных: врачи были отстранены от руководства эвакуацией раненых и больных, эвакуация же была оторвана от лечения. Возглавляли эвакуационные комиссии по – прежнему строевые генералы (офицеры), которые не подчинялись медицинской службе. В результате эвакуация раненых и больных теряла всякий медицинский смысл и часто носила нерациональный характер. Например, легкораненые могли быть в местные эвакуационные пункты.

После окончания русско-турецкой войны Н.И. Пирогов обобщил опыт работы эвакуационных комиссий в своём труде «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-1878 гг.». На основе этого труда в 1890 году было издано "Положение

об эвакуации больных и раненых", однако важнейшие идеи Н.И. Пирогова о медицинской сущности эвакуации и подготовке ещё в мирное время всей системы медицинского обеспечения в нем были проигнорированы.

СЛ.8

«Положение об эвакуации больных и раненых» 1890 года действовало в русско-японскую войну 1904-1905 гг. Эвакуационные комиссии в этой войне получили своё дальнейшее развитие. Они были организованы во фронтовом районе (полевые и тыловые эвакуационные комиссии) и в тылу страны (внутренние эвакуационные комиссии). «Для содействия в перевозке, размещении и призрении больных и раненых...» создавались губернские и уездные «распорядительные по эвакуации комитеты», которые обеспечивали размещение, содержание и лечение раненых и больных в местных больницах.

Внутренние эвакуационные комиссии были значительно расширены, в их составе появились "врачи для сортировки" раненых и больных.

Деятельность полевой и тыловой эвакуационных комиссий в виду отступления наших войск, отсутствия медицинского руководства, неорганизованности сортировочной работы, резкого недостатка в лечебных учреждениях и санитарном транспорте была неудовлетворительной. Военно-санитарные поезда загружались в спешке, в них оказывались раненые и больные различной степени тяжести: от умирающих до почти здоровых. В связи с этим эвакуация продолжала оставаться беспорядочной, а сортировка поступающих в тыл страны раненых и больных проводилась поверхностно, прямо в вагонах. Так, по данным С.А. Семеки из 197 790 раненых и больных, поступивших в Иркутскую эвакуационную комиссию за весь период русско-японской войны, было эвакуировано дальше в тыл страны 194 788 человек, или 92,9 % от общего числа поступивших. Раненых и больных доставляли в тыловые госпитали часто в недопустимо поздние сроки, нередко они погибали от неудовлетворительных условий эвакуации, зимой у многих были отморожения конечностей. Положение усугублялось тем, что внутренние эвакуационные комиссии создавались с большим опозданием уже в ходе войны.

Тяжелое положение с сортировкой раненых и больных и маломощность эвакуационных комиссий вызвали необходимость создания сортировочно - контрольных подразделений медицинской службы. В связи с этим с ноября 1904 года при внутренних эвакуационных комиссиях (кроме Челябинской) начали создаваться сборные эвакуационные пункты, которые явились прототипом современных сортировочных госпиталей. На них возлагались задачи по проведению сортировки поступающих раненых и больных, доставке их в местные госпитали и организации погрузки в ВСП, для чего при сборных эвакуационных пунктах содержались команды носильщиков и необходимый санитарный транспорт. При эвакуационных комиссиях развертывались, кроме сборных эвакуационных пунктов, госпитали и лазареты военного ведомства, общества Красного Креста и различных благотворительных организаций, "слабосильные команды", военно-санитарные поезда и

санитарные транспорты, дезинфекционные отряды, бани, прачечные, питательные пункты, различные склады медико-санитарного и хозяйственного имущества.

Таким образом, эвакуационные комиссии по своей организации все более приближались к современным эвакуационным пунктам.

Необходимо подчеркнуть, что недостатки в деле лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии в те годы можно объяснить несколькими основными причинами:

- отсутствием специального медицинского органа управления в стране, руководящего эвакуацией раненых и больных;
- отсутствием предварительных разработок по предполагаемому количеству санитарных потерь на войне и нуждаемости в эвакуации;
- неподготовленностью необходимого количества санитарного транспорта для эвакуации раненых и больных;
- неподготовленностью госпиталей с соответствующим количеством коек и помещений для их развертывания, в том числе и в тылу страны;
- несовершенством организационно-штатной структуры эвакуационных комиссий.

Каких - либо изменений после окончания русско-японской войны 1904-1905 годов и до 1914 года в организацию лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии внесено не было. Как указывает С.А. Семека, вплоть до первой мировой войны 1914-1918 годов никаких новых формирований в тылу страны на случай войны не предусматривалось, и эвакуация раненых и больных должна была производиться в постоянные военные госпитали мирного времени, общая коечная емкость которых в 1914 году составляла всего 10 890 коек.

Согласно действовавшему до 1914 года "Положению об эвакуации больных и раненых" 1890 года для размещения раненых и больных должны были использоваться также гражданские больницы, лазареты, лечебные учреждения общества Красного Креста и других общественных организаций.

Дальнейшее развитие система эвакуации раненых и больных и лечения их в тылу страны получили в первую мировую войну 1914-1918 годов. С августа 1914 года по 15 ноября 1916 годов с театра военных действий во внутренние районы страны было эвакуировано 4 154 493 раненых и больных, для лечения которых было сформировано значительное количество госпиталей, главным образом за счет общественных организаций - Союзов городов, общества Красного Креста, Земского общества и других. Общая коечная ёмкость госпиталей составляла 427 000 коек (43,5 % от общего числа коек в тылу страны и на ТВД).

Эвакуационные комиссии, сформированные в начале войны по мобилизационным планам, не смогли обеспечить выполнение возложенных на них задач и были упразднены. Согласно «Временному положению об эвакуации раненых и больных», утвержденному в августе 1914 года, была создана система эвакуационных пунктов: на театре военных действий - головных и

тыловых, а во внутреннем районе страны - распределительных и окружных. Переход к организации эвакуационных пунктов осуществлялся уже в ходе войны с большими затруднениями и формально был завершён к началу 1915 года. В период первой мировой войны в России было развернуто 8 распределительных и 25 окружных эвакуационных пунктов.

По сравнению с эвакуационными комиссиями, являвшимися по существу начальной формой организации управления сортировкой и эвакуацией раненых и больных, функции вновь созданных эвакуационных пунктов были значительно расширены. Кроме того, в тылу страны появились два органа управления эвакуацией раненых и больных, различных по своей организационно-штатной структуре и задачам.

Распределительные эвакуационные пункты (РЭП) развертывались во внутреннем районе на узловых железнодорожных станциях с таким расчетом, чтобы все раненые и больные, прибывающие с фронта, непременно проходили через них.

В состав РЭП, согласно «Временному положению об эвакуации раненых и больных», входили канцелярии и полевые запасные госпитали, предназначенные для временного размещения прибывших с фронта раненых и больных, которые по состоянию здоровья «не могут выдержать дальнейшей перевозки», оказания им медицинской помощи, а также для «обсервации и лечения острозаразных больных». При РЭП содержались: санитарно-гигиенический отряд, дезинфекционные камеры, бани и прачечные; запасы интендантского имущества и продовольствия для обеспечения эвакуируемых с пункта.

Одной из главных задач РЭП являлось проведение медицинской сортировки, распределение и отправка раненых и больных «в зависимости от места их службы, родины или избранного места жительства по соответствующим окружным эвакуационным пунктам».

Окружные эвакуационные пункты (ОЭП) развертывались также на узловых железнодорожных станциях в каждом военном округе, куда осуществлялась эвакуация раненых и больных из РЭП. Распределение раненых и больных по их количеству и структуре, направляемых из РЭП в ОЭП, осуществлялось по эвакуационным направлениям Генерального Штаба. В силу этого, распределительные и окружные эвакуационные пункты работали независимо друг от друга и не имели отношений подчиненности.

В состав ОЭП входили канцелярия и полевые запасные госпитали. Основной задачей ОЭП являлось распределение раненых и больных, требующих госпитального лечения, по лечебным учреждениям военного и гражданского ведомств и отправка «неспособных к службе» на родину или в избранные места жительства.

Как РЭПы, так и ОЭПы возглавлялись строевыми офицерами, поэтому изложенная во «Временном положении об эвакуации раненых и больных» 1914 года стройная и в целом прогрессивная система эвакуации раненых и больных на практике не была реализована.

Член Государственной Думы Шингарев А.П. в докладе на заседании бюджетной комиссии 10.12.1915 г. так характеризовал состояние эвакуации: «...Развозка раненых была неправильна. Первое время можно было в ужас прийти от такой картины, которая оказалась. В Москву приходили поезда с некормленными несколько суток, голодными людьми, с ранами неперевязанными, а если перевязанными - однажды, в течение нескольких дней не перевязанными вновь. Иногда даже с таким количеством личинок мух, червей, что трудно было даже медицинскому персоналу выносить такие ужасы, которые обнаруживались при осмотре больных».

Поступившие в таком состоянии в лечебные учреждения тыла страны раненые и больные получали, наконец, исчерпывающую медицинскую помощь и лечение. Однако уровень этой помощи в лечебных учреждениях различных ведомств был далеко не одинаков. Окружные эвакуационные пункты не только не имели своей задачей контроль за постановкой лечебной работы в этих учреждениях, но и в связи с отсутствием в их штатах врачей-специалистов практически не могли его осуществлять. Это обстоятельство, безусловно, отрицательно сказывалось на результатах лечения раненых и больных в тылу страны.

По определению Е.И.Смирнова санитарная служба царской армии почти ничего не извлекла из уроков русско-японской войны и вошла в первую мировую войну с системой развоза раненых и больных и принципами медицинского обеспечения, суть которых сводилась к оказанию первой медицинской помощи и сбору раненых и больных ночью (в периоды затишья), к хирургической бездеятельности в войсковом районе и к эвакуации "во что бы то ни стало".

Подтверждением этого служит определение целей эвакуации раненых и больных, изложенных в статье 1 «Временного положения об эвакуации раненых и больных»: «... Действующая армия нуждается в постоянном удалении от нее раненых и больных, дабы их присутствие не стесняло ее подвижности и не оказывало неприятного влияния на находящиеся в ее рядах чинов». Удовлетворение этого требования, так же как и необходимости избежать скопления раненых и больных в тылу армии и тем самым предупредить возможность возникновения здесь эпидемий и заражений путем сообщения, составляет задачу «эвакуации раненых и больных с театра военных действий».

Вышеуказанные причины обусловили сравнительно низкие показатели деятельности военно-санитарной службы русской армии в первой мировой войне 1914-1918 гг.: до 10 % раненых и больных умирали, до 20 % - становились инвалидами. Из общего числа эвакуированных в тыл страны раненых и больных в строй вернулось только 42 %.

Во время иностранной военной интервенции и гражданской войны 1918-1920 годов и, особенно, в послевоенный период система эвакуации раненых и больных в тыл страны продолжала совершенствоваться. Были созданы условия для качественно нового подхода к организации лечебно-

эвакуационных мероприятий в войсках, организован единый центр управления военно-санитарной службой Военно-санитарное управление РККА, в котором уже в первой половине 1918 года полностью сосредоточилось управление всем лечебно-эвакуационным обеспечением войск как на фронте, так и в тылу страны. Это было закреплено во "Временной инструкции учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией". В тяжелых условиях гражданской войны удалось приступить к созданию системы медицинской эвакуации раненых и больных, в которой лечение и эвакуация составляли единый и неразрывный процесс.

В 1929 году было введено в действие «Руководство по санитарной эвакуации в РККА», в котором законодательно закреплялись основные принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии. Общее руководство санитарной эвакуацией было сосредоточено в Военно-санитарном управлении РККА (далее - ВСУ РККА). Основными учреждениями санитарной эвакуации являлись: в армейском и фронтовом тыловых районах - полевые, фронтовые и вспомогательные эвакуационные пункты, а во внутреннем районе страны - распределительные (РЭП) и местные (МЭП) эвакуационные пункты.

Начальники МЭП подчинялись «в отношении санитарной эвакуации» начальникам РЭП. При РЭП создавались лазареты для выздоравливающих. Распоряжением ВСУ РККА за РЭП закреплялись военно-санитарные поезда. В эвакуационные пункты внутреннего района страны планировались к эвакуации раненые и больные, нуждающиеся в длительных сроках лечения или в специальных видах медицинской помощи, которые не могли быть обеспечены на фронте. При всех РЭП, МЭП и приписанных к ним лечебных учреждениях предписывалось иметь военно-врачебные комиссии для проведения военно-врачебной экспертизы.

Таким образом, издание «Руководства по санитарной эвакуации в РККА» явилось крупным вкладом отечественной медицины в дело совершенствования системы санитарной эвакуации и лечения раненых и больных в тылу страны.

Результаты медицинского обеспечения боевых действий в районе р. Халхин-Гол (май 1939 года) потребовали решения вопроса о специализации коечной сети в армейском, фронтовом и тыловом районах с учетом наличия врачей-специалистов в стране и местных средств населенных пунктов в которых планируется развертывать госпитали. К сожалению, эта работа не была доведена до логического конца.

Сл. 9

В ходе советско-финляндской войны, несмотря на её непродолжительный характер (с 30.11.1939 по 12.03.1940 гг.), Красная Армия понесла значительные потери. С ноября 1939 года по август 1940 года из госпитальной базы Северо-Западного фронта было эвакуировано в эвакуогоспитали тыла страны 142 925 раненых и больных, причем из них 11 200 человек - транзитом без оказания медицинской помощи в ГБФ из-за её большой перегрузки.

Для лечения раненых и больных, поступающих с фронта, в восьми военных округах (Киевском, Московском, Орловском, Приволжском, Уральском, Белорусском, Харьковском и Северо-Кавказском) было развернуто 214 эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР (ЭГ НКЗ), приписанных к восемнадцати МЭП. Общая ёмкость эвакогоспиталей на 1.08.1940 г. составляла 81 412 коек. Кроме того, в составе госпитальной базы Северо-Западного фронта было развернуто 14 ЭГ НКЗ на 4083 койки.

Очень образно описаны изменения в работе здравоохранения г. Ленинграда в работе Д.А. Журавлева.¹

«...Изменения в обычном течении городской жизни стали происходить незадолго до начала боевых действий, осенью 1939 г., а именно, в период военных сборов, которые начались в Ленинградском военном округе 7 сентября 1939 г. В городе прошла частичная мобилизация военнообязанных, значительная часть которых, вместе с тем, так и оставалась в своих частях до начала советско-финляндской войны. В Ленинграде в данное время активно проводились мероприятия по развертыванию различных воинских формирований, где военно-медицинская служба принимала действенное участие: начинали свою работу эвакуационные госпитали, организовывались призывные пункты, для обеспечения которых были задействованы местные материальные и людские ресурсы. Уже на данной стадии городское здравоохранение начало испытывать ощутимые проблемы, так как значительная часть врачебного состава, состоявшая на воинском учете, была либо призваны для прохождения службы в войсках, либо привлекалась для обеспечения проводимой мобилизации.

Начинают развертываться эвакуационные госпитали, создается фонд оперативных коек в лечебных учреждениях города. При этом наблюдалась вполне отчетливая тенденция, при которой расширение военного сектора сопровождалось практически сопоставимым сокращением ресурсов в гражданской сфере, что определялось ограниченными возможностями данного сектора.

Многие учреждения и организации были вынуждены перестраивать свою деятельность в соответствии с новыми условиями. Здравоохранение и народное образование в наибольшей степени оказались вовлеченным в процесс организации лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии. В школьных зданиях в данное время развертывались эвакуационные госпитали, а также проводились работы по приспособлению отведенных помещений. В гражданских лечебных учреждениях также проводились соответствующие мероприятия по созданию резервного коечного фонда для медицинского обеспечения Красной Армии.

За счет здравоохранения Ленинграда компенсировались проблемные вопросы работы военно-медицинской службы. До января 1940 г. в системе лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии не создавались госпитальные базы фронта, вследствие чего основная часть раненых и больных

не только из армий, действовавших на Карельском перешейке, но и из северных армий, поступала сразу в Ленинград, который являлся центром фронтового эвакуационного пункта 50. Однако и в самом Ленинграде отмечались трудности организационного плана. В городе существовал единственный госпиталь, осуществлявший прием, сортировку и дальнейшую отправку раненых и больных в тыл страны - сортировочный эвакуационный госпиталь (СЭГ) № 1170, располагавшийся на территории Александро-Невской лавры. Вследствие специфики своей работы, госпиталь примыкал к железнодорожным путям, которые были ориентированы в большей степени на проведение эвакуации в тыл страны.

Развертывание эвакуационных госпиталей в Ленинграде и последующее увеличение их числа, вызвало необходимость внесения серьезных корректировок в работу учреждений народного образования, прежде всего средних учебных заведений, в которых и развертывались формируемые госпитали. Вследствие этого учебный процесс претерпевал существенные изменения. В период боевых действий, а также учебных военных сборов производились так называемые "частичные отводы" школьных зданий для проведения мероприятий оборонного характера. В этих случаях сужались рамки действия нормативов организации учебного процесса, и осуществлялось перераспределение учащихся между школами.

Городское здравоохранение в наибольшей степени оказалось затронуто происходившими событиями. В период боевых действий 1939-1940 гг. реализация материальных и людских ресурсов гражданского здравоохранения Ленинграда шла в двух направлениях:

- укомплектование личным составом, а также необходимым медико-техническим имуществом лечебных формирований и учреждений для отправки в действующую армию;

- оказание медицинской помощи раненым и больным военнослужащим непосредственно в Ленинграде.

Степень мобилизации наличных ресурсов Ленинграда определялась его положением относительно театра военных действий. Освоение запасов санитарного имущества, техники, а также лекарственных препаратов, хранившихся на складах Ленинграда, активнее проходило в городе, а также воинских частях, находившихся в непосредственной близости от Ленинграда, что объяснялось, прежде всего, трудностями с доставкой грузов по транспортным магистралям в пределах северо-западного региона. Медицинский персонал был задействован в более широких территориальных рамках, так как недостаток квалифицированных специалистов ощущался на всех этапах лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии.

Ленинград являлся крупным медицинским центром, где были сосредоточены не только научно-практические лечебные учреждения, но и учебные заведения, готовившие врачей высокой квалификации, а также средний медицинский персонал. Исходя из столь благоприятной обстановки, командование Ленинградского военного округа признало целесообразным призыв в

Красную Армию вышеуказанных категорий с целью заполнения штатной численности формируемых лечебных учреждений и подразделений военно-медицинской службы. Мобилизация врачебного и среднего медицинского персонала развернулась еще в начале сентября 1939 г., во время проведения военных сборов, вместе с тем, хотя она и значительно ослабила систему Ленгорздравотдела, призыву подлежали только военнообязанные. Гораздо более ощутимой была мобилизация, проведенная уже в период боевых действий, когда в условиях крайне недостаточной кадровой численности, привлекались те категории, которые на военное время были закреплены за гражданскими лечебными учреждениями и могли быть призваны лишь в случае крайней необходимости.

Мобилизация медицинских работников привела к тому, что уже в декабре 1939 г. стал остро ощущаться дефицит как специалистов, так и неквалифицированных кадров в лечебных учреждениях Ленинграда вследствие того, что сверх плана в действующую армию было направлено 1 000 медицинских сестер и 120 хирургов. Кроме того, врачебный состав ленинградских стационаров был привлечен для работы в призывных комиссиях. Мобилизация медицинского персонала проходила довольно часто без ведома Ленгорздравотдела. Городской военкомат, действуя согласно имевшимся предписаниям в отношении формируемых медицинских учреждений, призывал в действующую армию работников больниц и поликлиник, предварительно не уведомляя руководство городского здравоохранения. Это не могло не сказаться на уровне медицинской помощи, оказываемой в городе. Осложнилась ситуация с особо дефицитными специальностями (отоларингологами, окулистами, рентгенологами, хирургами). Вызовы к больным выполнялись несвоевременно, с опозданием на день и более, кроме того, часть вызовов обслуживалась средним медицинским персоналом. Недокомплект врачей по квартирной помощи составлял в среднем 50 % в детской и взрослой сети. В Петроградском районе по 34-й поликлинике на 4 марта 1940 г. оставались невыполненными 60 вызовов. Такое же положение складывалось и в Октябрьском районе - невыполнение вызовов в среднем было от 50 до 60 ежедневно.

Обстановка в данной сфере усугублялась еще и тем обстоятельством, что по всей системе городского здравоохранения в предвоенный период имело место несоответствие реальной численности медицинского персонала штатной.

В военное время вышеуказанная тенденция могла привести к нарушению нормального функционирования города, вследствие чего со стороны городских властей и командования ЛВО были найдены новые механизмы регулирования численности врачебного персонала, отличительной чертой которых являлась реализация не только наличных людских ресурсов, предусмотренных мобилизационным планом, но и использование труда вольнонаемного медицинского состава, Общества Красного Креста, а также гражданского населения Ленинграда. Однако более широкой стала практика увеличения нагрузки на медицинский персонал лечебных учреждений. Подобного рода

явление следует рассматривать как экстенсивный способ решения проблемы, но вместе с тем он являлся наиболее простым в условиях больших нагрузок, требовавших адекватной реакции в короткие сроки, при отсутствии иных, более действенных административных ресурсов.

По мере нарастания активности боевых действий и увеличения числа, раненых и больных, доставленных в город, наравне с количеством лечебных мест в городских медицинских учреждениях, предназначенных для размещения раненых и больных - "оперативных коек", возрастает и численность лечебных учреждений, где они были развернуты. К концу советско-финляндской войны медицинскими учреждениями Ленинграда в оперативное распоряжение НКО было выделено 8270 коек, что составляло практически 30 % от общего количества лечебных мест, развернутых в городе. "Оперативные койки" действовали в 20 гражданских медицинских учреждениях Ленинграда - 7 больницах, 12 научно-исследовательских институтах, одном диспансере. В данный процесс были вовлечены не только доминировавшие в целом стационары наркомата здравоохранения, но и других ведомств (Узловая больница, Портовая).

Мероприятия по увеличению числа "оперативных коек" в ленинградских больницах повлекли за собой соответствующее уменьшение лечебных мест для горожан. Данная практика стала реализовываться уже накануне войны - в конце ноября 1939 г. с целью освобождения больничных коек, включенных в мобилизационный план, находившиеся на них пациенты были по медицинским показаниям в отдельных случаях выписаны, либо направлены в другие учреждения гражданского здравоохранения для окончания курса лечения. Как отмечалось в докладной записке заведующего Ленгорздравотдела Л.А. Эмдина председателю Исполкома Ленсовета П. С. Попкову, «никаких недоразумений и конфликтов с больными при выделении коек для оперативных целей не было».

Ленинградское здравоохранение, как и вся социально-экономическая структура города в целом, на данном этапе сыграли компенсирующую роль. Данные ресурсы были использованы командованием ЛВО и местным руководством в критической обстановке, обусловленной ходом боевых действий и последующим за ним общим спадом в различных сферах районов, находившихся в непосредственной близости к театру военных действий. В условиях военного времени гражданский сектор оказался в подчиненном состоянии, что определило его неустойчивое положение, так как наличные ресурсы мобилизовывались не на основании определенных ранее конкретных расчетов, а исходили из реальных потребностей действующей армии. Подобная ситуация была характерна не только для гражданского здравоохранения, но и для всего городского хозяйства, ориентированного на выполнение поставленной перед ним оборонной задачи, экономический фактор при этом игнорировался...».

Таким образом, несмотря на непродолжительность войны и её локальный характер, страна вынуждена была привлечь огромные силы и средства

военного и гражданского здравоохранения для медицинского обеспечения войск на фронте и в тылу страны. Опыт войны в целом подтвердил правильность принципов принятой системы этапного лечения, однако был выявлен ряд слабых мест. Наиболее существенными из них были:

- весьма нечеткое разграничение прав и обязанностей между УМЭП и органами здравоохранения по руководству ЭГ НКЗ;
- недостаточная специализация коечной сети в госпитальных базах тыла страны и несоответствие структуры коечного фонда структуре входящего потока раненых и больных;
- отсутствие производственной базы для протезирования инвалидов войны;
- отсутствие в составе МЭП специализированных лечебных учреждений, а также штатных сортировочных госпиталей с прирельсовыми эвакуо-приёмниками.

Очень важный итог советско-финляндской войны состоял в том, что санитарная служба Красной Армии и гражданское здравоохранение приобрели ценный опыт совместного решения задач по медицинскому обеспечению войск на фронте и в тылу страны, который был обобщен и частично реализован в руководящих документах НКО и НКЗ СССР.

В июне 1940 года, Народным Комиссаром здравоохранения СССР было утверждено «Положение о формировании эвакуационных госпиталей, развертываемых органами здравоохранения Союза ССР в военное время», которым были регламентированы основные принципы управления и руководства эвакуационными госпиталями. Эти принципы сводились к следующим положениям: ЭГ в медицинском, административном и финансовом отношении подчинялись органам гражданского здравоохранения по месту их развертывания, а в оперативном отношении - Народному Комиссариату обороны через его местные органы (санитарные отделы военных округов, УРЭП, УМЭП), которые осуществляли контроль за постановкой медицинского обслуживания раненых и больных, находящихся в ЭГ НКЗ СССР, и проводили свои мероприятия по улучшению постановки работы в ЭГ через местные органы здравоохранения, непосредственно формирующие их.

Из этого следует, что в указанном документе не давалось четкого разграничения правовых функций органов управления военного и гражданского ведомств и вело к их конфронтации.

Для предусмотренных к развертыванию в военное время госпитальных коек в тылу страны директивой ГШ от 13.02.1941 года была определена их специализация.

Это было существенным шагом на пути реализации приобретенного опыта медицинского обеспечения в ходе войны.

В тыл страны планировалось направлять тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, нуждавшихся в квалифицированном хирургическом лечении, включая сложные хирургические операции. Сроки лечения в госпиталях тыла планировались более двух месяцев. Соотношение коечной

сети между районом глубокого тыла и районами армейского и фронтового тыла намечалось иметь 25-30% в первом, а во втором и третьем - 75-70% всей коечной сети, необходимой для медицинского обеспечения действующей армии. Вышеуказанные документы явились значительным этапом реализации приобретенного опыта медицинского обеспечения в ходе советско-финляндской войны.

К сожалению, выводы по итогам советско-финляндской войны 1939-1940 гг. не могли быть реализованы в столь короткий срок. В связи с этим здравоохранение страны и санитарная служба Красной Армии оказались неподготовленными к медицинскому обеспечению первых операций начавшейся войны.

СЛ. 10

С началом Великой Отечественной войны 1941-1945 годов на территории страны развернулось формирование обширной сети эвакуационных госпиталей, объединённых под руководством управлений местных и распределительных эвакуационных пунктов в госпитальные базы тыла страны. Работа велась параллельно: Наркоматом обороны формировались органы управления эвакуацией, Наркомздравом формировались ЭГ НКЗ и выделялись оперативные койки. Первыми начали функционировать управления распределительных и местных эвакуационных пунктов, которые до создания гражданских органов управления взяли на себя руководство всеми сторонами деятельности формируемых эвакогоспиталей.

Сл.8

В конце июня – начале июля 1941 года Наркомат обороны и Наркомздрав СССР сформировали ЭГ на 658 000 коек, кроме того, в гражданских больницах некоторых городов, главным образом крупных, Наркомздрав обязывался выделить 34 100 оперативных коек. Оперативные койки находились на учете в соответствующих фронтовых, распределительных и местных эвакуационных пунктах и занимались по их распоряжению. Формирование ЭГ и коек в них из месяца в месяц возрастало и на 1 октября 1941 года составило 1 миллион коек (Военно-Санитарное Управление еще в ноябре 1940 года считало необходимым иметь этих госпиталей на 1,2 млн. коек). Задерживало формирование ЭГ необходимость проведения приспособительных работ в выделенных зданиях (в довоенный период были приспособлены здания только 1/3 госпиталей, которые предназначались к формированию). Не все гладко обстояло с обеспечением госпиталей мягким и жестким инвентарем, а также медицинским оборудованием. Слишком резко и быстро возросла потребность в этом имуществе. Наблюдались задержки в оснащении, неурядицы в укомплектовании госпиталей врачебными кадрами, в первую очередь специалистами хирургического профиля. Здесь уместно подчеркнуть громадный объем работы по формированию ЭГ в тылу страны и размещению прибывших с запада ЭГ, а также медицинских и научно-исследовательских институтов. Кроме размещения ЭГ на 395 636 коек, прибывших из прифронтовых районов, Наркомздрав СССР, Совнаркомы союзных и автономных респуб-

лик, краевые, областные, городские Советы депутатов трудящихся должны были сформировать ЭГ почти на 1 млн. коек. Работу такого огромного масштаба нельзя было осуществить без активного участия общественности и, в первую очередь, медицинской – 700-тысячной армии врачей, специалистов со средним медицинским образованием, младшего медицинского и обслуживающего персонала.

Положение несколько улучшилось после выхода в свет Постановления Государственного Комитета Обороны N 701 от 22 сентября 1941 года "Об улучшении медицинского обслуживания раненых бойцов и командиров Красной Армии" и издания на его основе совместного приказа Народного Комиссара здравоохранения и Начальника Главного Военно-санитарного управления Красной Армии N 0382/474 от 30.09.1941 года "О передаче эвакуогоспиталей в полное подчинение НКЗ СССР в соответствии с Постановлением ГКО N 701 от 22 сентября 1941 года".

В этих документах более четко разграничивались права и обязанности обоих ведомств по управлению ЭГ в тылу страны. Все медицинское обслуживание раненых и больных бойцов и командиров Красной Армии в тыловых районах страны возлагалось на Народный Комиссариат здравоохранения, а в армейских и фронтовых районах на Главное военно-санитарное управление Красной Армии. Все УРЭПы и УМЭПы были подчинены Главному военно-санитарному управлению Красной Армии. Руководство лечебной и хозяйственной деятельностью ЭГ закреплялось за управлениями эвакуогоспиталями в республиках, краях и областях. На органы управления военного ведомства (военно-санитарные отделы округов, УМЭПы и УРЭПы) возлагались следующие функции:

- снабжение раненых и больных военнослужащих в ЭГ продовольствием, вещевым имуществом, обеспечение перевозочными документами и денежным довольствием;
- организация эвакуации раненых и больных из фронтовых эвакуопунктов и распределение их по ЭГ;
- контроль за деятельностью ЭГ и работой госпитальных военно-врачебных комиссий;
- организация партийно-политической работы среди раненых и больных;
- организация учета и отчетности.

В указанных выше документах было закреплено положение, согласно которому с целью устранения параллелизма в работе инспекторов органов здравоохранения и военного ведомства, управления эвакуогоспиталей и санитарные отделы военных округов, УРЭПы и УМЭПы должны были предварительно согласовывать свои действия для достижения общих целей.

Эта система управления эвакуационными госпиталями тыла страны до конца Великой Отечественной войны оставалась громоздкой, практически многоведомственной, что оказывало существенное негативное влияние на результаты деятельности ЭГ в целом и на решение частных оперативных вопросов.

С августа 1942 года коечная сеть ЭГ начала сокращаться. Причин этому было много: острая потребность фронта в людских резервах; эвакуация госпиталей на восток (а в последующем реэвакуация) и другие причины. Для Великой Отечественной войны были характерны внезапные и большие передвижения войск, шли они с запада на восток или с востока на запад, они всегда сопровождалась передислокацией госпиталей. За год войны в среднем передислоцировалось около 100 000 коек, эта передислокация всегда сопровождалась выводом госпиталей из рабочего состояния на 1 – 2 месяца.

Органы управления по руководству эвакуогоспиталями тыла страны по линии Народного Комиссариата здравоохранения практически стали создаваться только после Постановления Государственного Комитета Обороны № 701 от 22.09.1941 года. До этого, в июне 1941 года, по опыту советско-финляндской войны 1939-1940 годов при военном отделе НКЗ был создан сектор, который, как показал опыт, не в состоянии был обеспечить должного руководства всеми сторонами деятельности ЭГ. В этой связи система управления ЭГ по линии НКЗ была коренным образом пересмотрена.

При НКЗ СССР было организовано Главное управление эвакуогоспиталей, на которое было возложено руководство лечебной работой, учет сети ЭГ, разработка руководящих документов по лечебной работе и другим видам деятельности (финансовой, материально-технической и другим).

По такому же принципу создавались управления (отделы) ЭГ при НКЗ республик, областных и краевых отделах здравоохранения. Только на территории РСФСР было создано 52 отдела и Управления ЭГ НКЗ и ВЦСПС.

При НКЗ СССР было создано специальное научно-методическое бюро, в состав которого вошли крупные ученые. Этим бюро было разработано «Положение о Главном управлении эвакуогоспиталей», где были определены задачи и функции Главного и других управлений эвакуогоспиталей.

В 1943 году были созданы типовые штаты управлений (отделов) по руководству ЭГ в республиках, краях и областях. При этом они были значительно расширены. В его составе были 4 сектора: лечебный, планово-финансовый, медицинской статистики и материально-хозяйственного обслуживания, а также секретное делопроизводство. Однако следует отметить, что даже в таком составе отделы по руководству ЭГ не были способны должным образом выполнять возложенные на них задачи. В их составе не были предусмотрены должностные лица, которые занимались бы оперативным учетом коечной сети, организацией передислокации госпиталей и их реформирования, изменением специализации коечного фонда. Выполнение этих задач вынуждены были взять на себя УРЭП и УМЭП. Да и лечебной работой практически руководили УМЭП, так как в штатах отделов ЭГ не было достаточного количества инспекторов. В целом структура и организация управления работой эвакуационных госпиталей тыла страны обеспечили успешную деятельность лечебных учреждений, привлекавшихся к лечению раненых и больных воинов в период Великой Отечественной войны. Однако

руководство ЭГ органами управления трех ведомств (НКО, НКЗ, ВЦСПС) приводило к дублированию работы этих органов, к противоречиям и большим потерям времени на различные согласования, что в конечном счете оказывало отрицательное влияние на качество лечебно-эвакуационного обеспечения и полноту использования коечной сети.

Существенным недостатком в работе органов управления ЭГ являлось то обстоятельство, что к началу войны ни санитарная служба Красной Армии, ни НКЗ СССР не имели руководящих документов, которые бы четко регламентировали содержание и объем работы УМЭП и органов НКЗ, а также их взаимоотношения.

Дальнейшее развитие система приема, медицинской сортировки и распределения раненых и больных в ЭГ тыла страны получила после утверждения НКЗ СССР в марте 1942 года "Положения о сортировочных госпиталях НКЗ", согласно которому в госпитальных базах емкостью свыше 5000 коек должны были создаваться сортировочно-эвакуационные госпитали, а в базах емкостью до 5000 коек - сортировочные отделения в хирургических ЭГ. Однако эти сортировочные госпитали, в отличие от подобных в Красной Армии, не имели специального штата, оборудования и оснащения, а являлись обычными лечебными учреждениями хирургического профиля, но с функциями СЭГ. Они должны были иметь мощные операционные и перевязочные, изоляторы и рентгеновские отделения. Прибывавшие в СЭГ раненые и больные после санитарной обработки подлежали направлению в сортировочные отделения. Здесь им оказывалась необходимая квалифицированная медицинская помощь, после чего они переводились в медицинские отделения, а отсюда после установления точного диагноза - в соответствующий специализированный госпиталь. Раненые нейрохирургического профиля, с поражениями челюстно-лицевой области, а также инфекционные, терапевтические и кожно-венерологические больные должны были доставляться в специализированные госпитали непосредственно с пунктов выгрузки.

При каждом СЭГ полагалось создавать транспортные группы из транспорта ЭГ, дислоцированных в данном населенном пункте, и транспорта, приписанного местными советскими органами.

В круг задач СЭГ входили также разгрузка прибывающих ВСП и доставка раненых и больных в ЭГ, а инвалидов - к месту жительства, сбор из ЭГ раненых и больных, подлежащих эвакуации в глубокий тыл и погрузки их на ВСП, проверка санитарного состояния проходящих транзитом ВСП, снятие с них нетранспортабельных раненых и инфекционных больных.

Однако с этими задачами СЭГ самостоятельно справиться не могли. Представители УМЭП на местах привлекали курсантов военных училищ, санитарных дружинниц, студентов для выгрузки раненых и больных, а также транспорт различных организаций для доставки их в ЭГ. В то же время СЭГ были созданы далеко не во всех ГБТС. Так, в РСФСР из 32 областей, принимавших раненых, СЭГ были созданы в период войны только в 10.

Большую роль в работе по руководству деятельностью ЭГ сыграли Госпитальный совет, его Пленумы и Военно-госпитальный комитет Ученого медицинского совета НКЗ СССР.

В деле успешного лечения раненых и больных солдат и офицеров действующей армии большая роль принадлежала и принадлежит преемственности лечебных мероприятий, начиная с войскового тылового района и кончая госпиталями тыла страны, а также единству научно методического руководства в ЭГ тыла страны. Ведь последние продолжают и завершают лечение, начатое в медицинских учреждениях войскового, армейского и фронтового тыловых районов.

В октябре 1942 года Государственным Комитетом Обороны было утверждено дополнительное развертывание 125 000 коек ЭГ. Для того чтобы достичь необходимого количества коечной сети, необходимого для обеспечения войск, участвующих в боевых действиях, ГКО на протяжении 1943 года выносил пять постановлений о дополнительном развертывании ЭГ, в результате чего за 1943 год было развернуто 359 000 коек.

Характерным для дислокации эвакуационных госпиталей в тылу страны, органов управления медицинской эвакуацией раненых и больных: управлений распределительных, местных эвакуационных пунктов (далее по тексту - УРЭП, УМЭП соответственно) - в период ВОВ являлось размещение их преимущественно в крупных городах и населенных пунктах.

В 1941 году 30% эвакогоспиталей были развернуты в республиканских, краевых и областных центрах, 30% - в районных центрах и 40% - в других населенных пунктах. Такая дислокация позволяла более эффективно использовать медицинские научные и учебные заведения, медицинские кадры, привлекать местные ресурсы, широко развертывать шефскую работу. Развертывание значительной части эвакуационных госпиталей в городах – на узлах железных дорог, облегчало разгрузку военно-санитарных поездов, а наличие городского транспорта и местного населения – их доставку до госпиталей.

Иная обстановка складывалась в регионах, где были слабо развиты железнодорожные коммуникации. Это положение закономерно приводило к развертыванию значительной части эвакогоспиталей в небольших населенных пунктах, создавало дополнительные трудности в разгрузке военно-санитарных поездов (ВСП).

Как известно, эвакуация раненых и больных с фронтов в тыл страны в период Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. осуществлялась в основном железнодорожным транспортом. На долю авиационного и автомобильного транспорта вместе взятых приходилось менее одного процента эвакуированных.

В связи с этим, одна из самых сложных задач УМЭП - доставка раненых и больных со станции выгрузки в лечебные учреждения - решалась быстрее и легче, если ЭГ располагались на железнодорожных станциях или вблизи их. Так, в пояснительной записке к отчету 62 РЭП (Новосибирск) за второе полугодие 1943 года указывалось, что абсолютное большинство ЭГ

располагалось на удалении от 0,25 до 8 км от железнодорожных станций.

При таком размещении ЭГ для доставки раненых и больных в городах повсеместно использовался городской транспорт (трамваи, автобусы, троллейбусы), а также транспорт, выделяемый в порядке взаимодействия предприятиями, воинскими частями, подразделениями Гражданской обороны.

Однако, к началу 1944 года количество ЭГ, размещенных в республиканских, краевых и областных центрах составляло 45%, в районных центрах 22%, в районных пунктах - 33%. Причем, районные центры и, особенно, районные пункты располагались на удалении до 100 и более километров от станций выгрузки. В этих случаях доставка раненых и больных в ЭГ становилась часто неразрешимой проблемой. Дело в том, что в ЭГ и УМЭП был значительный некомплект автотранспорта. Так, в 1944 году в ЭГ, дислоцированных на территории Сибирского ВО и Забайкальского фронта, укомплектованность автомобилями составляла соответственно 50% и 46%, санитарными автомобилями - 30% и 60%. В Северокавказском ВО более трети ЭГ вообще не имели автомобильного транспорта.

Часть автомобильного парка не использовалась вследствие изношенности материальной части. Например, в декабре 1944 года в Сочинской группе госпиталей из 38 автомобилей 20 требовали капитального ремонта.

По данным Ф.И. Илупиной из-за отсутствия транспорта многие ЭГ Ивановской области заполнялись только на 10-20%, причём туда направлялись в основном выздоравливающие раненые и больные из переполненных ЭГ города Иваново.

ЭГ, располагавшиеся в крупных городах были достаточно благоустроены в коммунально-бытовом отношении, так как для их размещения имелось достаточное количество зданий, которые можно было легко приспособить под госпитали. Например, в городе Иваново 60% ЭГ располагались в школах, 8% в техникумах, 15% в гостиницах, 17% в больницах.

В гораздо худших условиях находились госпитали в мелких населенных пунктах. Это были ЭГ на 50 - 150 коек, размещавшиеся в нескольких зданиях, отстоявших далеко друг от друга, или в разных населенных пунктах. Часто они не имели водопровода, канализации, электроэнергии, были недостаточно обеспечены кадрами и медицинским имуществом и по существу были не работоспособны.

В тех случаях, когда ЭГ НКЗ передавались в ведение НКО, вольнонаемные замещались военнослужащими, устанавливалась иная структура подразделений, увеличивался штат, улучшалась материальная обеспеченность и оснащение медицинским имуществом. При передаче госпиталей органам НКЗ все происходило в обратном порядке. Это обстоятельство заслуживает, с нашей точки зрения, внимания в связи с тем, что количество описанных выше маломощных госпиталей в тылу страны было довольно значительным.

В наилучших условиях размещались ЭГ ВЦСПС, занимавшие санатории и дома отдыха.

В наихудших условиях размещались ЭГ на территории западных районов страны после их освобождения от противника.

Одним из важнейших условий, определяющих деятельность ЭГ, являлась их укомплектованность врачебными кадрами, которая в ходе войны никогда не была удовлетворена. По данным отчетов начальников УМЭП укомплектованность ЭГ врачами составляла в первый период войны 95%, во второй - 88%, в третий - 91%. Однако, несмотря на довольно высокие показатели укомплектованности в целом, по отдельным категориям врачей обстановка была весьма напряженной. Так, потребность ЭГ в хирургах в первом периоде войны была удовлетворена только на 54,7%, нейрохирургах - на 63,6%, в рентгенологах - на 97,6%, во врачах лечебной физкультуры - на 54,7%, во врачах-лаборантах - на 90,4%. Такое положение сохранялось в течение всей войны, так как основное внимание уделялось комплектованию фронтовых лечебных учреждений. В МЭП-51 из 30 ЭГ только в десяти были укомплектованы должности ведущих хирургов. В МЭП-44 из 26 штатных должностей нейрохирургов было укомплектовано только три. В некоторых МЭП должности хирургов заполнялись врачами других специальностей, что не всегда способствовало улучшению хирургической работы. Так, в первом полугодии 1943 года в ЭГ Приволжского ВО должности хирургов на 63% были укомплектованы терапевтами, педиатрами и врачами других специальностей. В результате из 417 имеющихся в МЭП-44 хирургов самостоятельно могли работать лишь 144.

Управления МЭП принимали самое активное участие в решении проблемы совершенствования врачебных кадров. Врачи ЭГ направлялись на курсы усовершенствования медицинского состава в военных округах, в институты усовершенствования врачей, на рабочие прикомандирования в военные госпитали военных округов. Совместно с местными органами здравоохранения УМЭП регулярно проводили сборы, научно-практические конференции. Врачи постоянно занимались специальной подготовкой, участвовали в работе научных обществ. Силами профессорско-преподавательского состава медицинских институтов осуществлялась постоянная консультативная помощь врачам ЭГ.

В качестве одной из форм обучения практиковались выезды на 2-3 недели групп врачей ЭГ в госпитальные базы фронта.

Все эти мероприятия, безусловно, способствовали успешному решению задач по оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных в тылу страны.

Как свидетельствует опыт минувшей войны, работа по организации приема раненых и больных, направляемых в эвакуационные госпитали, во многом определялась их дислокацией и решаемыми задачами. В зависимости от дислокации и приписки к МЭП, действовавших в годы войны, ЭГ можно разделить на 4 группы, при этом функционально они отличались, прежде всего, различными сроками лечения раненых и больных.

К первой группе относились ЭГ, дислоцирующиеся в прифронтовом

районе. В лечебных учреждениях этих госпиталей подлежали лечению раненые и больные со сроками выздоровления в течение 60 суток.

ЭГ второй группы дислоцировались на территории Московского и Приволжского военных округов; они должны были обеспечить лечение раненых и больных, которые сохраняли годность к военной службе и нуждались в лечении в течение 4 месяцев.

ЭГ, располагавшиеся на территории Уральского, Южно-Уральского и Закавказского военных округов, относились к третьей группе. В эти лечебные учреждения направлялись раненые и больные со сроками лечения свыше 4 месяцев, способные после завершения лечения возвратиться на военную службу.

ЭГ четвертой группы дислоцировались на территории Сибирского, Забайкальского, Среднеазиатского военных округов. Сюда направлялись раненые и больные со сроками лечения до 6 месяцев и более, которые, как правило, были не годные к военной службе.

Следует отметить, что эвакуация раненых и больных из действующей армии по назначению в эти группы ЭГ велась редко. Чаще всего большинство раненых и больных поступали в лечебные учреждения прифронтовых ЭГ, где после тщательной прогностической сортировки и получения соответствующей медицинской помощи часть из них готовилась к эвакуации в лечебные учреждения, расположенные в глубоком тылу страны.

Такое районирование ЭГ было целесообразным. Однако, по различным причинам и, прежде всего, исходя из возможностей железнодорожного транспорта по эвакуации раненых и больных в тот или иной период, такого четкого распределения раненых и больных в зависимости от срока лечения не было.

Всего в 1941-1945 гг. было сформировано 1 725 эвакуационных госпиталей на 707 600 коек, 56 управлений местных и 10 управлений распределительных эвакуационных пунктов.

Совместная работа органов гражданского и военного здравоохранения в годы Великой Отечественной войны позволила добиться возвращения в строй 72,3% раненых и 90,6% больных. Удельный вес коек специальных формирований здравоохранения (эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР) в общей емкости коечной сети, развернутой для действующей армии в период Великой Отечественной войны, колебался от 68% в 1941 г. до 35% в 1944 г. Тысячи специальных формирований здравоохранения (эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР) были рассредоточены в различных районах страны. За весь период войны из эвакуационных госпиталей Наркомздрава возвращено в строй 56% из общего числа поступивших раненых и больных, уволено в отпуск – 44%, уволено вовсе – 36,5%, умерло – 1,5%.

В 1945 году Совнарком СССР обязал Наркомздрав СССР и совнаркомы союзных республик реорганизовать 342 ЭГ на 95 000 коек в госпитали для лечения инвалидов Отечественной войны, а ВЦСПС – реорганизовать 38 госпиталей в санатории для инвалидов Отечественной войны на 10 000 мест.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что ЭГ, а ныне тыловые госпитали здравоохранения, были и являются важным звеном в системе медицинского обеспечения войск и не утратили своей роли и значения в современных условиях.

СЛ.11

Вторая группа специальных формирований Наркомздрава СССР – это наблюдательные пункты, которые принимали непосредственное участие в решении задач противоэпидемической защиты.

Деятельность медицинского персонала по противоэпидемической защите населения страны, войск действующей Красной Армии в годы Великой Отечественной войны вошла в летопись Второй мировой войны славной страницей. Впервые, пожалуй, в истории войн, которые вела наша страна, войска действующей армии не служили источником заражения и распространения эпидемических заболеваний среди гражданского населения. На возможных путях заноса инфекционных заболеваний в войска действующей армии также была создана в целом эффективная система противоэпидемических барьеров, принципиальными положениями которой руководствуются до настоящего времени.

Первостепенную значимость в поддержании санитарно-эпидемиологического благополучия в Красной Армии имело проведение необходимых противоэпидемических мероприятий на железнодорожных магистралях тыла страны, прифронтового и фронтового районов.

С этой целью, в соответствии с директивой Генерального штаба от 14 июля 1941 года на 17 крупных железнодорожных узлах были сформированы и развернуты наблюдательные пункты Наркомздрава СССР. Санитарным управлением Красной Армии были разработаны и направлены в войска «Указания по противоэпидемическому обеспечению движущихся воинских контингентов». Приказом Наркомата обороны СССР от 30 сентября 1941 года вводится в действие «Инструкция о порядке материального обеспечения и санитарного обслуживания пополнения, отправляемого в действующую армию в период следования по железной дороге». Государственным Комитетом Обороны 02 февраля 1942 года было утверждено постановление «О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии». Выполнение противоэпидемических мероприятий, предусмотренных этим постановлением, возлагалось на Наркоматы обороны, здравоохранения, путей сообщения, морского и речного флотов, Наркомвнудел, Наркомместпром и др..

Оценка мероприятий по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии позволяет говорить о том, что в стране была создана в целом эффективная система противоэпидемических барьеров, преграждавших путь проникновения в войска инфекционных больных.

Роль первого противоэпидемического барьера выполняли медицинская служба запасных полков и бригад, пополнявших войска по мобилизации, отдельных дорожно-эксплуатационных батальонов, а собственно на же-

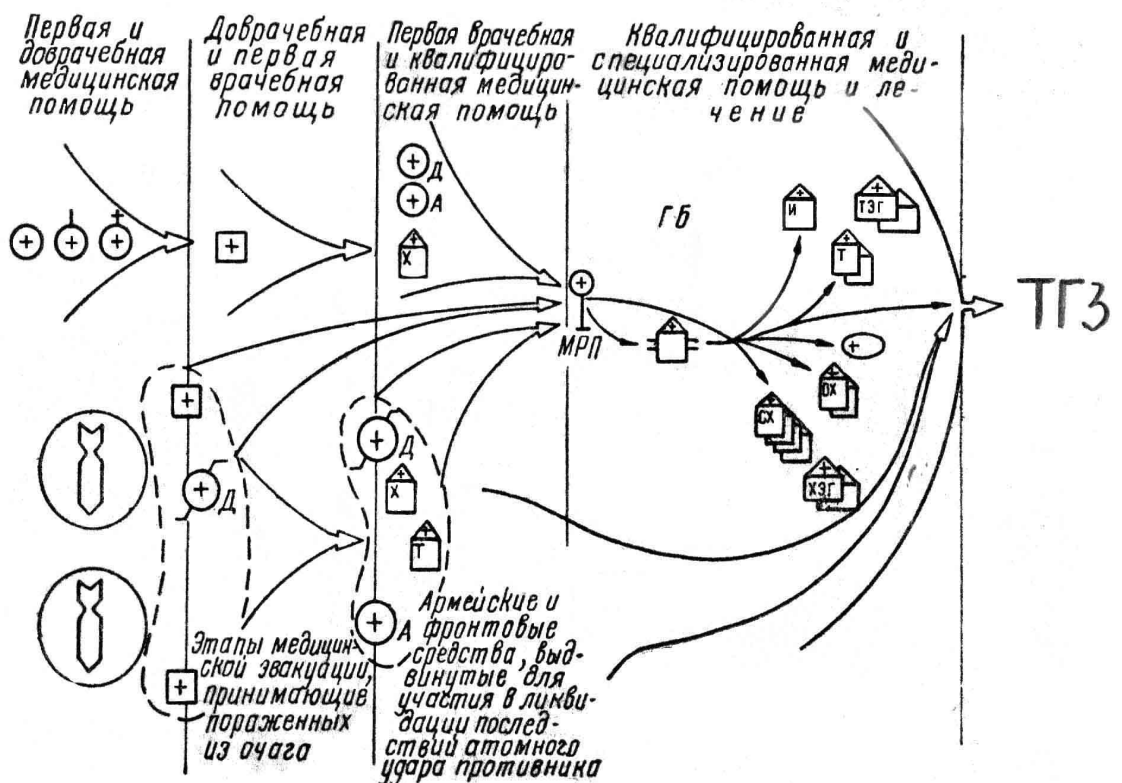
лезных дорогах – силы и средства санитарно-противоэпидемического отдела ГВСУ НКПС.

Вторым противоэпидемическим барьером на пути контингентов следующих на фронт и обратно были обсервационные пункты НКЗ СССР, а также нештатные, а с 12 марта 1942 года - и штатные санитарно-контрольные пункты (далее СКП) Санитарной службы Красной Армии. СКП подразделялись на три группы: СКП тыла страны (развертывались, как правило, на крупных железнодорожных станциях и подчинялись в своей работе начальнику санитарного отдела военного округа, на территории которого они работали), а также СКП фронтов и армий (в 1942 году действовало 57 СКП).

Обсервационные пункты и СКП, работавшие в тылу, базировались на имевшихся здесь местных гражданских и железнодорожных лечебных учреждениях, госпиталях. Для санитарной обработки использовались изоляционно-пропускные пункты НКПС, гарнизонные, гражданские и железнодорожные бани и санитарные пропускники, а там, где их не было – приданные СКП взводы обмывочно-дезинфекционных рот, банно-прачечные-дезинфекционные поезда, нередко наскоро оборудованные бани и санпропускники, а также дезинфекционные отряды по обработке подвижного состава.

За годы, прошедшие после Великой Отечественной войны 1941-1945 годов, принципиальных изменений в порядке формирования, использования (да и количества) обсервационных пунктов не произошло.

Сл.12



Принципиальная схема организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск в современных условиях.

В интересах медицинской службы ВС планировалось развертывание двенадцати типов тыловых госпиталей: нейрохирургические; для раненых в грудь и живот; для раненых в бедро и крупные суставы; для обожженных; для раненых с повреждением опорно-двигательного аппарата; нуждающихся в протезировании; для раненых с повреждением костей плеча, предплечья и голени; женские смешанные; терапевтические; для больных туберкулезом; нервно-психиатрические; сортировочные (штат № 027/2 1968 года). Их организационно-штатная структура была разработана с учетом приема контингентов раненых и больных, поступающих из госпитальных баз фронтов и получивших там квалифицированную и специализированную медицинскую помощь. Поэтому большинство тыловых госпиталей не были способны обеспечить прием и оказание квалифицированной медицинской помощи раненым и больным, поступающим непосредственно из войск ВО ВВ. Поступление же этих контингентов раненых и больных, по опыту учений, может достигать 30% от общего числа поступивших в ТГМЗ. Совершенно очевидно, что лишь малая часть тыловых госпиталей старой организации могла справиться с оказанием квалифицированной медицинской помощи при поступлении такого количества раненых и больных из очагов массового поражения на территории ВО ВВ.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что структура коечного фонда ТГМЗ в целом по стране и по отдельным ее регионам, а также внутри каждой госпитальной базы тыла страны должна определяться возможной структурой входящего потока раненых и больных, как из действующей армии, так и из войск ВО ВВ.

Однако опыт исследовательских учений показывал, что в условиях современной войны это соответствие может резко нарушиться из-за массового поступления раненых и больных в отдельные тыловые госпитали из очагов СП, возникших на территории военного округа военного времени (далее ВО ВВ). При этом удельный вес раненых и больных, поступающих из действующей армии, может составлять 70 – 80%, а из войск и объектов военного округа военного времени – 20-30%.

На исследовательских учениях с профессорско-преподавательским составом ВМедА в 1988 году в целом было подтверждено соответствие структуры поступающих в ТГМЗ контингентов раненых и больных создаваемой структуре коечного фонда современных госпитальных баз тыла страны.

На основании результатов исследовательских учений, проведенных Министерством здравоохранения СССР научно-исследовательских работ по согласованию с Министерством обороны в 1986 году были утверждены новые штаты ТГМЗ. В соответствии с принятой организационно-штатной структурой ТГМЗ подразделялись на шесть типов: 4 многопрофильных госпиталя (базовый, нейрохирургический, травматологический, терапевтический) и 2 узкоспециализированных госпиталя (кожно-венерологический и туберкулезный).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Лечебно-эвакуационное обеспечение войск. Роль мобилизационной подготовки здравоохранения в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск
2. Крымская война. Ее роль в развитии мобилизационной подготовки здравоохранения
3. Роль Н.И. Пирогова в развитии мобилизационной подготовки войск
4. Русско-турецкая война. Ее роль в развитии мобилизационной подготовки здравоохранения
5. Организационная структура эвакуационной комиссии в период русско-турецкой войны
6. Русско-японская война. Ее роль в развитии мобилизационной подготовки здравоохранения
7. Система эвакуационных пунктов. Их структура, задачи, предназначение
8. Гражданская война. Ее роль в развитии мобилизационной подготовки здравоохранения
9. Советско-финляндская война. Ее роль в развитии мобилизационной подготовки здравоохранения
10. История создания «оперативных коек»
11. Специализация коечного фонда ЭГ НКО, НКЗ и оперативных коек в военное время
12. Великая Отечественная война. Ее роль в развитии мобилизационной подготовки здравоохранения
13. Эвакогоспитали. Их значение в системе лечебно-эвакуационного обеспечения
14. Классификация эвакогоспиталей на группы по дислокации и срокам лечения раненых
15. Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения
16. Тыловые госпитали здравоохранения. Их роль в системе ЛЭО и классификация

Вопрос 4 Организация управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения

Сл.14

Управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения заключается в целенаправленной практической деятельности органов управления здравоохранением различного уровня по поддержанию высокой мобилизационной готовности этих органов и учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, своевременной их подготовке к выполнению задач по предназначению, а также руководству ими в ходе мобилизационного развертывания для работы в военное время.

Управление – это сложный род человеческой деятельности, связанный с выполнением функций организации и координации, контроля, финансирования, мотивации, представительства и направленный на достижение поставленной цели. Управление включает в себя ресурсы: правильно сформулированную цель, трудовые ресурсы, время, материальные ресурсы, власть, технические средства, финансовые и информационные ресурсы. Управление осуществляется, прежде всего, через управление людьми.

«...Специфической чертой социальной роли науки в современных условиях является направленность научного познания в целом на создание эффективных средств управления как природными, так и социальными процессами».

И.В. Блауберг и Э.Г. Юдин

В сущности управление – это деятельность по организации деятельности (работы) других людей.

Теоретическими основами управления занимается наука о теории систем и системного анализа в управлении.

С точки зрения науки управления под **управлением** понимается процесс формирования целенаправленного поведения системы посредством информационных воздействий, вырабатываемых человеком (группой людей). При этом задачами управления являются:

- целеполагание,
- стабилизация,
- выполнение программы,
- слежение;
- оптимизация.

В теории управления для обозначения управляющих воздействий используют понятие «руководство», под которым понимается управление чужой работой в организационных, социальных, экономических системах, а также признается наличие определенных принципов, знание которых позволяет квалифицированно решать задачи управления. К ним относятся:

1. Наблюдаемость объекта управления. Наблюдение и контроль текуще-

го состояния объекта управления, так как без этого управление невозможно.

2.Управляемость объекта управления. Если состояние объекта управления не меняется, то понятие управления теряет смысл.

3.Наличие цели управления, без которой управление не имеет смысла, ибо требуется перевести систему (объекты управления) в требуемое (целевое) состояние.

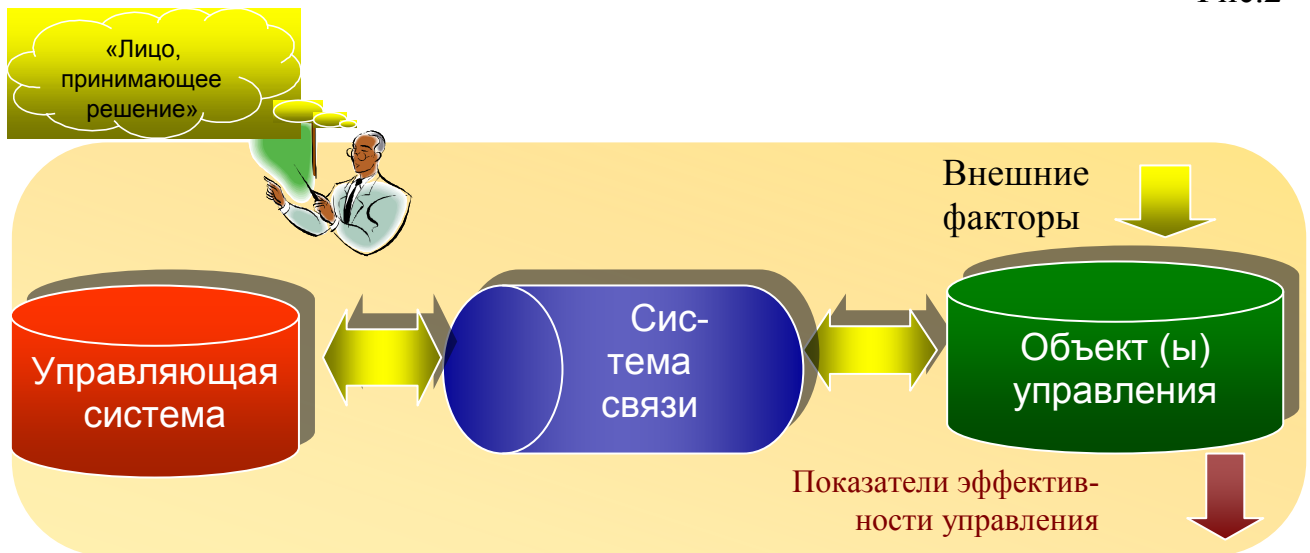
4.Возможность выбора управляющих воздействий (решений). Если есть единственный способ воздействия, - управление не требуется, а если решения не влияют на объект управления, то управления просто не существует.

5.Наличие критерия эффективности управления, которым считается степень достижения цели функционирования системы.

6.Наличие ресурсов (материальных, финансовых, специальных и др.) управления без которых оно невозможно.

Сл. 15

Рис.2



Управляющая система – орган управления, реализующий задачи целеполагания,

Система связи обеспечивает обмен управляющей информацией между управляющей системой и объектом управления.

Объект управления – исполнительный инструмент, реализующий основную функцию системы.

Основным элементом «системы с управлением» является
«Лицо, принимающее решение»

Наукой об управлении доказано, что организационные, социальные, экономические системы являются так называемыми «*системами с управлением*», относятся к типу кибернетических систем и включают в себя три под-

системы: *управляющую систему, объект управления и систему связи*. Основным их элементом является «лицо, принимающее решение» (ЛПР) - индивидуум или группа индивидуумов, имеющих право принимать окончательные решения по выбору одного из нескольких управляющих воздействий (решений).

Управляющая система – орган управления, реализующий задачи целеполагания, стабилизации, оптимизации.

Объект управления – исполнительный инструмент, реализующий основную функцию системы.

Система связи - обеспечивает обмен управляющей информацией между управляющей системой и объектом управления.

То есть, как показывает опыт, есть объекты управления, субъекты управления и средства управления.

Сл.16

Основоположник функционального подхода в управлении А. Файоль выделял пять функций управления: - *предвидение, организация, распорядительская деятельность, координация (согласование), контроль* и разделил их на шесть групп: - *производство; финансы; охрана; учет; администрирование; техника безопасности*. С учетом современных требований, к основным функциям управления относятся:

- сбор данных;
- формирование сообщения;
- передачу данных по каналам связи;
- учет;
- контроль и анализ;
- прогнозирование и планирование;
- оперативное управление;
- организацию и координацию;
- доведение решений

Кроме этого, для учета человеческого фактора в отдельную группу выделяют функции *стимулирования и мотивации*.

СЛ.17

Одним из основных понятий в теории управления является **организационная структура управления** - совокупность подсистем, объединенных иерархическими взаимосвязями, обеспечивающими распределение функций управления между управленцами для достижения целей системы. Она должна соответствовать целям, решаемым задачам, составу и условиям функционирования объектов управления. Ее определяют следующие характеристики:

- количество звеньев управления;
- количество уровней иерархии;
- степень централизации управления;
- делегирование полномочий;
- норма управляемости.

СЛ. 18

Звено или отдел - это организационно обособленный, самостоятельный орган управления, выполняющий определенные функции управления.

Уровень (ступень) иерархии это группа звеньев, в которых ЛПР имеют одинаковые полномочия.

Степень централизации (децентрализации) управления. В централизованной системе принятие решений осуществляется только в центральном органе управления, в децентрализованной - решения принимаются отдельными элементами системы независимо от других элементов и не корректируются центральным органом при этом преимущество этой системы в близости органов управления к объектам управления.

Делегирование полномочий - передача части функций и прав принятия решений нижестоящим системам управления.

Норма управляемости - число подчиненных, которыми может эффективно управлять один руководитель. В настоящее время норма управляемости составляет 5- 12 подчиненных на одного руководителя.

Кроме того, основными требованиями, предъявляемыми к управлению в системах специального назначения являются: устойчивость, непрерывность, оперативность и скрытность (конфиденциальность). Наука об управлении говорит о том, что особое значение эти требования приобретают именно в системах военного управления.

СЛ. 19

4.1 Управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения Российской Федерации

Управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения Российской Федерации, как системой, основываясь на общих законах управления в обществе и в военном деле, представляет собой самостоятельную и чрезвычайно обширную область специальных знаний, относящихся к целенаправленной деятельности соответствующих руководителей органов управления здравоохранением на различных уровнях (Центр, Федеральный округ, субъект РФ, и т.д.), а также учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения.

Управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения заключается в целенаправленной практической деятельности органов управления здравоохранением различного уровня по поддержанию высокой мобилизационной готовности этих органов и учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, своевременной их подготовке к выполнению задач по предназначению, а также руководству ими в ходе мобилизационного развертывания для работы в военное время.

Необходимо подчеркнуть, что система мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения РФ являются не только неотъемлемой составной частью мобилизационной подготовки экономики страны, но и важней-

шей составляющей мобилизационной подготовки РФ в целом. Ведь именно в общем контексте такого системного представления может быть осуществлен комплексный подход к рассмотрению проблемы управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения РФ

СЛ.20

Сама система мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации включает в себя:

- подготовку органов государственной власти Российской Федерации в вопросах мобилизации здравоохранения;
- мобилизационную подготовку органов управления здравоохранением (Министерства здравоохранения РФ, департаментов (Министерств, Управлений, Комитетов, отделов) здравоохранения субъектов РФ (областных, краевых), городских управлений (департаментов, комитетов, отделов и т.п.), районных управлений (департаментов, комитетов, отделов и т.п.) здравоохранения субъектов РФ);
- мобилизационную подготовку предприятий, учреждений и организаций медицинской промышленности;
- мобилизационную подготовку учреждений и организаций здравоохранения РФ;
- мобилизационную подготовку Министерств, ведомств и организаций РФ, которые имеют задания по формированию различных учреждений (специальных формирований) в интересах здравоохранения (автоколонн войскового типа литеры «С» - АКВТ, санитарно-транспортных и эвакуационных судов - СЭС и СТС, военных санитарных поездов - ВСП и санитарных самолетов);
- мобилизационную подготовку медицинской службы Вооруженных Сил, других войск, воинских формирований и органов РФ.

СЛ.21

Основными принципами управления системой мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения РФ являются:

1. Централизация управления мобилизационной подготовкой через систему мобилизационных органов, создаваемых в Минздраве России, органах управления здравоохранением субъектов РФ, на предприятиях, учреждениях и организациях, имеющих мобилизационное задание.
2. Комплексность и согласованность мероприятий в области здравоохранения с мобилизационными планами других министерств и ведомств.
3. Ответственность руководителей органов управления здравоохранением, медицинских организаций и учреждений за принимаемые решения и результаты выполнения поставленных им задач.

К этому следует добавить, что кроме перечисленных базовыми принципами в области управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения РФ является: определение конечных целей, содержания

и последовательности решения задач, разработка перечня, содержания и определения сроков выполнения мероприятий и контроль их реализации с оценкой достигнутых результатов.

Основная цель управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения РФ состоит в обеспечении своевременной готовности органов управления, медицинских организаций и учреждений к выполнению задач по предназначению, подготовке резервного оперативного коечного фонда, содержанию установленного объема запасов имущества медицинского назначения, накоплении объема крови, ее компонентов и препаратов, противобактериальных средств, предназначенных для использования в военное время, своевременном развертывании формирований (тыловых госпиталей здравоохранения, отрядов т.п.) согласно мобилизационному заданию и максимальной эффективности их практической работы в интересах ВС РФ, других войск, воинских формирований и органов, неотложных нужд государства и медицинского обеспечения населения страны в военное время.

Опыт показывает, что для рассмотрения вопросов управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения Российской Федерации существенным является определение временных характеристик процессов самой мобилизационной подготовки и управления ею.

При этом следует особо отметить основные характерные особенности мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации. К ним относятся:

1. Цель управления мобилизационной подготовкой здравоохранения потенциально достигаема и возможна лишь в будущем времени.

2. Сам процесс управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения протекает в условиях неопределенности времени начала войны и условий функционирования здравоохранения и экономики страны в этот период.

3. Практическая экспериментальная проверка результатов принимаемых управленческих решений в вопросах управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения практически невозможна, и достижима лишь их условная оценка на эвристической (экспертной) основе по результатам различных игр, тренировок, учений, проводимых как правило с существенными ограничениями.

Таким образом процесс управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения является итерационным, то есть в зависимости от конкретных условий осуществляется корректирование содержания работ на определенных этапах.

СЛ. 22

4.2 Построение системы мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации

Совокупность функционально связанных органов управления здравоохранением, систему связи, средства управления, а также специальные системы, обеспечивающие сбор, обработку и передачу информации составляют **систему управления**.

С точки зрения теории управления, если рассматривать структуру системы управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения России, то с учетом количества составляющих элементов, ее можно отнести к крупным управляемым системам, имеющим сложную структуру и обладающим такими характерными признаками, как наличие большого числа взаимосвязанных между собой элементов; возможность разделения системы на подсистемы, задачи каждой из которых подчинены единой цели функционирования; наличия управления, имеющего иерархическую структуру и интенсивные информационные потоки; сложность решаемых задач; влияние связей и зависимостей как на построение системы и ее подсистем, так и на принципы их функционирования.



Система органов управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией Российской Федерации

В мирное время в системе мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения РФ общее руководство осуществляет Министр здравоохранения РФ. Один из его заместителей обеспечивает повседневное руководство мобилизационной подготовкой системы здравоохранения. Координацию, методическое руководство и контроль за мобилизационной подготовкой осуществляет второе управление Минздрава России. Особо важные вопросы мобилизационной подготовки системы здравоохранения России рассматриваются на закрытых заседаниях коллегии Минздрава РФ.

В интересах медицинского обеспечения Вооруженных Сил и организации эффективной работы здравоохранения страны в военное время Минздрава России создаются органы управления здравоохранением, специальные формирования, а также создаются необходимые запасы бактериальных препаратов, а также крови, ее компонентов и препаратов. В военное время в структуре Министерства для руководства деятельностью тыловыми госпиталями создается *Главное управление*.

Наукой об управлении доказано, что в организационных, социальных и экономических системах основным элементом является «**лицо, принимающее решение**» (ЛПР) - индивидуум или группа индивидуумов, имеющих право принимать окончательные решения по выбору одного из нескольких управляющих воздействий (решений). Это **орган управления** системы.

Органы управления здравоохранения это постоянные коллективы сотрудников, предназначенные для выполнения функций управления подчиненными предприятиями, учреждениями и организациями здравоохранения и взаимодействия с органами управления, организациями и учреждениями других министерств и ведомств по организации выполнения задач по предназначению.

В соответствии с действующим законодательством и нормативными правовыми документами, управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения Российской Федерации, как системой, осуществляется органами управления различных уровней, находящихся в строгом иерархическом построении:

СЛ. 23

Президент Российской Федерации;

Правительство РФ, Федеральное собрание Российской Федерации;

Министерство здравоохранения Российской Федерации;

органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

органы управления предприятий, организаций и учреждений здравоохранения, имеющих мобилизационное задание;

органы управления негосударственных организаций и учреждений здравоохранения различных форм собственности, в ведении которых имеется задачи по выполнению мобилизационного задания.

На общегосударственном уровне управление системой мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации

осуществляется по схеме, которая в принципиальном плане распространяется на все отрасли экономики.

Президент РФ определяет цели и задачи, издает указы и распоряжения, обеспечивает координацию отраслей экономики, переговоры, устанавливает систему докладов, объявляет мобилизацию (в случае агрессии) против РФ и т.д.

Совет безопасности РФ осуществляет подготовку решений Президента Российской Федерации, рассматривает вопросы мобилизационной подготовки различных отраслей экономики (в том числе здравоохранения).

Совет Федерации и Государственная Дума, Правительство РФ и суды РФ являются органами осуществляющими законодательную, исполнительную и судебную власть.

На уровне Министерства здравоохранения РФ управление системой мобилизационной подготовки и мобилизации экономики (в том числе здравоохранения) РФ осуществляется, как в целом по стране, так и по субъектам.

СЛ. 24

Для подготовки здравоохранения к работе в военное время Министерство здравоохранения Российской Федерации организует выполнение следующих направлений деятельности:

1. Участие в разработке мобилизационных заданий экономики страны.
2. Разработка организационно-штатных структур органов управления здравоохранением в военное время, определение функциональных обязанностей руководящего состава и задач подразделений.
3. Разработка схемы управления здравоохранением в военное время, сбора и обработки информации, ее анализа и обобщения, потерях трудовых ресурсов в военное время и т.д.
4. Создание и содержание в готовности запасных пунктов управления здравоохранением в военное время, распределение руководящего состава, подготовка системы связи и обеспечение документацией.
5. Создание на запасных пунктах управления здравоохранением или соответствующих базах хранения запасов материально-технических средств для обеспечения их работы.
6. Разработка проектов нормативных правовых документов здравоохранения военного времени и определение порядка ввода их в действие.
7. Разработка планов гражданской обороны здравоохранения.
8. Координация и контроль подготовки в военное время предприятий, организаций и учреждений здравоохранения.

СЛ. 25

В свете выполнения вышеперечисленных мероприятий, на Министерство здравоохранения РФ в вопросах мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения РФ возлагаются следующие задачи:

выполнение мероприятий по мобилизационной подготовке и мобилизации здравоохранения РФ, переводу на работу в условиях военного времени и обеспечению их функционирования в военное время;

организация мобилизационной подготовки, перевод на работу в условиях военного времени и обеспечение функционирования системы здравоохранения в военное время;

проведение мобилизационной подготовки, перевод на работу в условиях военного времени и организация работы нижестоящих органов управления здравоохранением, а также предприятий, организаций и учреждений здравоохранения;

контроль за мобилизационной подготовкой, перевод на работу в условиях военного времени и работой в военное время предприятий, организаций и учреждений здравоохранения.

СЛ. 26

Министерство здравоохранения РФ совместно с участием Российской академии медицинских наук, а также с привлечением органов исполнительной власти РФ разрабатывает **мобилизационный план здравоохранения РФ**, который является основным законодательным и нормативным актом в области мобилизационной подготовки и мобилизации и включает в себя следующие разделы:

1. Задание по развертыванию специальных формирований для медицинского обеспечения ВС РФ, других войск, воинских формирований и органов.
2. Задание по развертыванию формирований и учреждений для оказания медицинской помощи населению.
3. Задание по заготовке донорской крови.
4. Мероприятия по финансовому обеспечению развертывания работы специальных формирований для ВС РФ, других войск, воинских формирований и органов, а также специальных формирований и учреждений для оказания медицинской помощи пораженному населению.
5. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия с целью предупреждения возникновения и распространения массовых инфекционных и других заболеваний в условиях применения противником современных средств поражения.
6. Мероприятия по проведению приспособительных работ в специально отведенных зданиях, предназначенных для развертывания тыловых госпиталей здравоохранения, станций переливания крови и других организаций и учреждений здравоохранения в загородной зоне.

7. Мероприятия по обеспечению потребностей специальных формирований в табельном медицинском имуществе, лекарственных средствах и иммунобиологических препаратах для обеспечения ВС РФ, других войск, воинских формирований и органов, специальных формирований и учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи пораженному населению.
8. Расчет потребности специальных формирований в медицинских кадрах для обеспечения ВС РФ, других войск, воинских формирований и органов, специальных формирований и учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи пораженному населению с указанием источника удовлетворения этих потребностей.

СЛ. 27

В системе управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения РФ **органам управления здравоохранением**, под которыми понимаются постоянные коллективы сотрудников, предназначенные для выполнения функций по управлению подчиненными учреждениями и организациями здравоохранения и взаимодействию с органами управления, организациями и учреждениями других министерств и ведомств, отводится особая роль и особые задачи, включающие в себя:

- подготовку и разработку нормативных правовых документов, регламентирующих вопросы мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации;
- планирование мобилизационного развертывания органов управления, предприятий, учреждений и организаций здравоохранения;
- руководство подготовкой органов управления здравоохранения и других (медицинских) предприятий, организаций и учреждений к выполнению поставленных задач и оказание им помощи;
- организацию и осуществление мероприятий по повышению (поддержанию) мобилизационной готовности органов управления здравоохранения и других (медицинских) организаций и учреждений;
- обеспечение взаимодействия между органами управления здравоохранением с органами управления, организациями и учреждениями других министерств и ведомств и медицинской службой ВС РФ;
- организацию подготовки кадров по специальным (мобилизационной подготовке) вопросам;
- организацию руководства мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения Российской Федерации.

К органам управления здравоохранением относятся Минздрав РФ (второе управление) – центральный орган управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения РФ, департаменты (Министерства, Управления, Комитеты, отделы) здравоохранения субъектов РФ (областные,

краевые), городские и районные управления (департаменты, комитеты, отделы и т.п.) здравоохранения субъектов РФ.

В мирное время содержание работы органов управления здравоохранения по мобилизационной подготовке включает многоступенчатый комплекс мероприятий

В мирное время в системе мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения РФ общее руководство осуществляет Министр здравоохранения Российской Федерации. Один из его заместителей обеспечивает повседневное руководство мобилизационной подготовкой системы здравоохранения. Координацию, методическое руководство и контроль за мобилизационной подготовкой осуществляет второе управления Минздрава. Особо важные вопросы мобилизационной подготовки системы здравоохранения России рассматриваются на закрытых заседаниях коллегии Минздрава РФ.

Министерство здравоохранения РФ осуществляет управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения на территориальном уровне и в интересах медицинского обеспечения ВС РФ, а также для организации эффективной работы здравоохранения страны в военное время создает органы управления здравоохранением. Для руководства деятельностью тыловыми госпиталями здравоохранения формируется *Главное управление*, а в органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации создаются *отделы (секторы) по руководству тыловыми госпиталями здравоохранения (ТГЗ)*.

Проверки мобилизационной подготовки и мобилизационной готовности здравоохранения РФ (специформирований, наличия и готовности запасов крови, бакпрепаратов) планируются Генеральным штабом ВС РФ, Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны РФ, штабом военного округа, медицинской службой округа, областным военным комиссариатом и согласовываются с соответствующими органами управления здравоохранения. Проверки проводятся как правило 1 раз в 2 года.

Вопросы для самоконтроля знаний

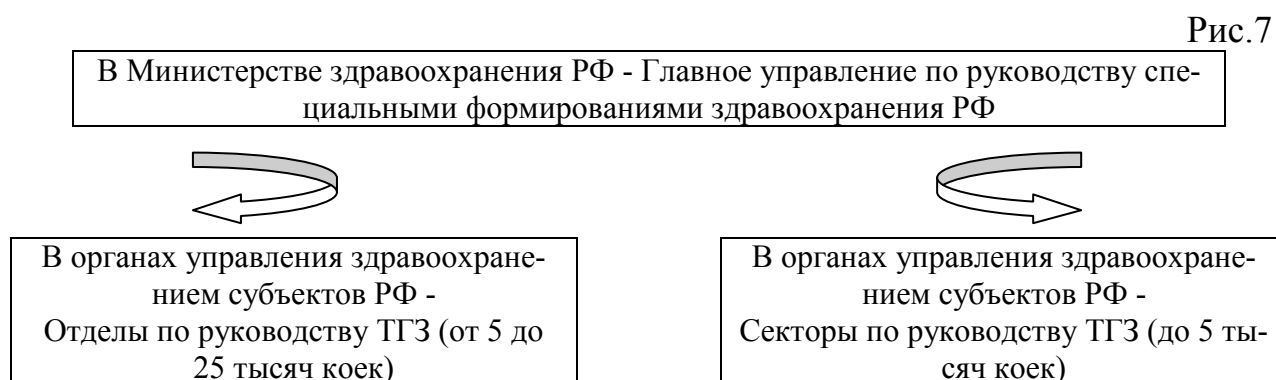
1. Что такое «управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения». Его содержание
2. Основные элементы «системы с управлением»
3. Дать определение следующим понятиям: «управляющая система», «объект управления», «система связи», «звено или отдел», «уровень (ступень) иерархии», «степень централизации», «делегирование полномочий», «норма управляемости»
4. Основные функции управления
5. Что включает в себя система мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации?
6. Основные принципы управления системой мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации

7. Система мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения Российской Федерации
8. Кто осуществляет управление мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения Российской Федерации
9. Направления деятельности Минздрава РФ в области мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения
10. Задачи Министерства здравоохранения РФ в области мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения
11. Мобилизационный план здравоохранения РФ, его разделы
12. Содержание работы органов управления здравоохранения РФ в области мобилизационной подготовки и мобилизации здравоохранения
13. Задачи системы управления здравоохранением при подготовке к переводу на работу в условиях военного времени органами управления здравоохранения субъектов Российской Федерации
14. Какими правовыми документами регламентируются вопросы управления мобилизационной подготовкой и мобилизацией здравоохранения Российской Федерации?

Вопрос 5 Предназначение и задачи органов управления СФЗ

Органы управления специальными формированиями здравоохранения (Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения, отделы и секторы по руководству тыловыми госпиталями) являются структурными подразделениями Минздрава РФ и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Они формируются при объявлении мобилизации для руководства тыловыми госпиталями здравоохранения и обсервационными пунктами.

Сл. 43



Органы управления специальными формированиями здравоохранения РФ

Если в структуре здравоохранения субъекта Российской Федерации создаются тыловые госпитали здравоохранения коечной емкостью более 5.000 кой – создается Отдел по руководству ТГЗ, если же коечная емкость создаваемых ТГЗ не превышает 5.000 кой – сектор по руководству ТГЗ.

Органы управления специальными формированиями здравоохранения пользуются всеми правами других аналогичных подразделений отраслевых органов управления здравоохранением. Их указания и распоряжения по вопросам специальных формирований являются обязательными для исполнения всеми нижестоящими органами управления здравоохранением и подведомственными учреждениями.

СЛ. 29

На органы управления специальными формированиями здравоохранения возлагаются следующие задачи:

- руководство работой специальных формирований в период мобилизации и в военное время;
- оказание методической помощи руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований по вопросам развертывания специальных формирований,

их материально-технического и финансового обеспечения, организации медицинского обеспечения и подготовки к работе в период мобилизации и в военное время;

- организация взаимодействия с Главным военно-медицинским управлением Министерства обороны Российской Федерации (медицинской службой военного округа военного времени, управлением местного эвакуационного пункта) по вопросам, обеспечения преемственности оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных;
- организация и осуществление контроля за качеством лечения раненых и больных, их реабилитацией и своевременной выпиской, проведением военно-врачебной и медико-социальной экспертизы;
- руководство проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- руководство организацией справочной работы о поступивших в тыловые госпитали раненых и больных и исходах их лечения;
- руководство организацией обеспечения специальных формирований нормативными, методическими, инструктивными документами, материалами Министерства здравоохранения и Министерства обороны Российской Федерации;
- организация научно-исследовательской работы по вопросам деятельности специальных формирований;
- организация и планирование мероприятий по специальной подготовке, и усовершенствованию медицинского состава специальных формирований;
- организация медицинского снабжения специальных формирований в период мобилизации и в военное время;
- руководство медицинским и бухгалтерским учетом и отчетностью подведомственных специальных формирований, представление установленных отчетов, докладов и донесений;
- организация и проведение статистического анализа лечебной работы в тыловых госпиталях, подготовка справочных материалов о движении раненых и больных и исходах их лечения;
- оперативное руководство и контроль за расформированием тыловых госпиталей и обсервационных пунктов.

Помещения для органов управления специальными формированиями выделяются за счет площадей, имеющих в распоряжении Минздрава РФ и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

В зависимости от объема решаемых задач состав органов управления специальными формированиями здравоохранением может быть различным.

СЛ. 30

Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения предусматривается сформировать в следующем составе:

руководитель, его заместители, главные медицинские специалисты (хирург и терапевт), три управления (организационно-плановое, лечебно-профилактическое, медицинского снабжения) и два отдела (финансово-экономический и защиты государственной тайны). Управления и отделы, свою очередь, состоят из отделов и отделений, обеспечивающих выполнение задач, возложенных на Главное управление по руководству специальными формированиями здравоохранения.

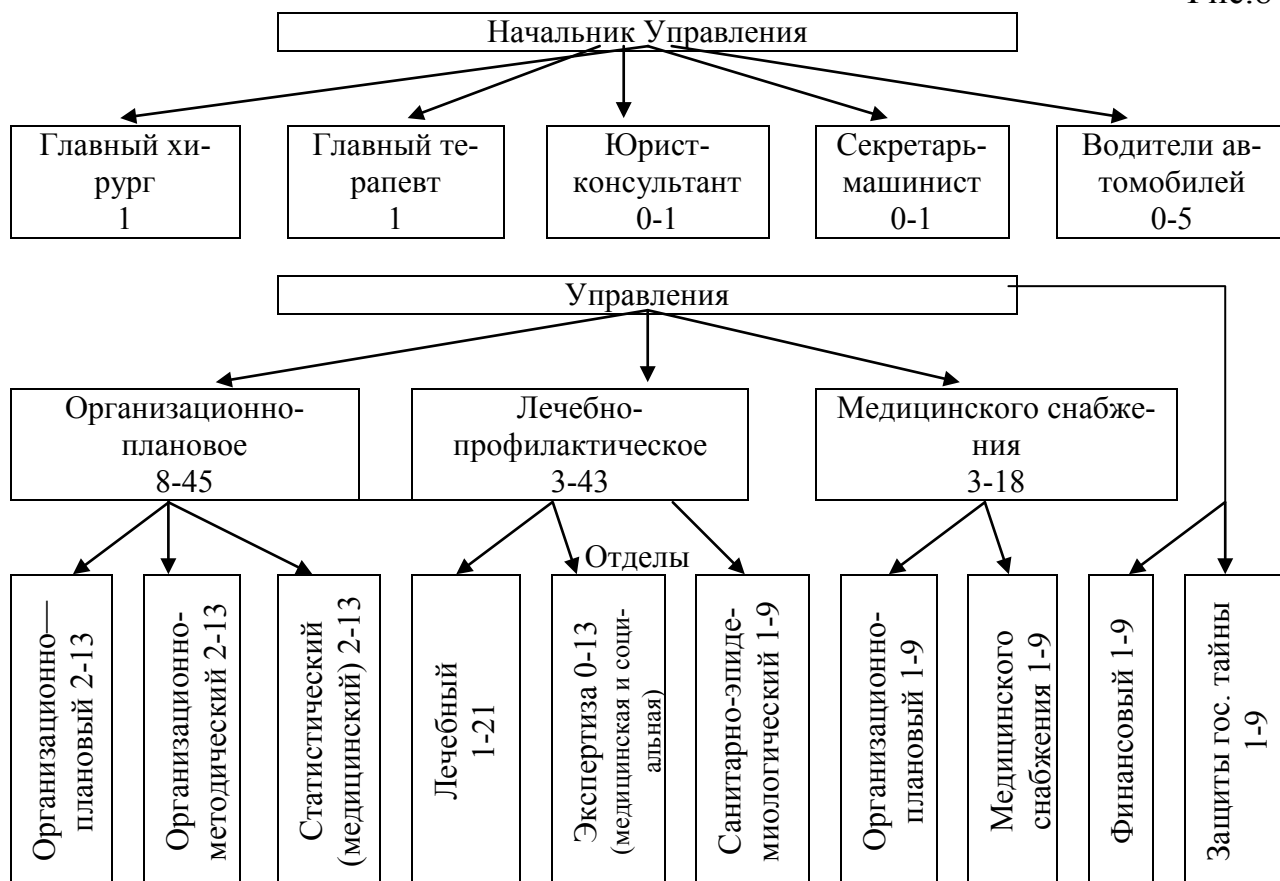
Отдел по руководству тыловыми госпиталями формируется в составе: начальника отдела, его заместителя, главных медицинских специалистов (хирург, терапевт), инспекторов – врачей, инспектора-провизора, инспектора (по спецработе), бухгалтера, делопроизводителя, машинисток и водителя.

Сектор по руководству тыловыми госпиталями формируется в составе: начальника сектора, инспектора – врача, инспектора-провизора, делопроизводителя, и водителя.

Комплектование органов управления специальными формированиями здравоохранением личным составом производится в мирное время в соответствии с ранее изложенными принципами. Главной особенностью в этой работе является персональный отбор и предназначение сотрудников отраслевого органа управления здравоохранением, с учетом их опыта работы деловых качеств и способностей, которые должны обеспечить преемственность в работе между соответствующими подразделениями мирного и военного времени.

СЛ. 32

Рис.8



Отделение сбора и обработки информации 2-7

Секретная часть 0-3

Личный состав	Количество	Вооружение и техника	Количество
Генералы	3	Автомобили	5
Офицеры	16		
Всего военносл.	19		
Гражд. персонал	131		

Организация Главного Управления СФЗ РФ

Лица, утвержденные на должности начальников органов управления специальными формированиями здравоохранения, изучают в мирное время мобилизационные документы по специальным формированиям в полном объеме и могут привлекаться к выполнению отдельных мероприятий по их мобилизационной подготовке.

Начальники органов управления специальными формированиями подчинены руководителям отраслевых органов управления здравоохранением, пользуются правами их заместителей и являются прямыми начальниками для подчиненных и подведомственных специальных формирований и находящихся в них на излечении раненых и больных.

Расформируются органы управления специальными формированиями после завершения работы подведомственных тыловых госпиталей и наблюдательных пунктов, в порядке указанном выше (для тыловых госпиталей).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Какие органы управления специальными формированиями здравоохранения есть?
2. Задачи, возлагаемые на органы управления специальными формированиями здравоохранения
3. Главное управление. Его структура, задачи. Организация Главного Управления СФЗ РФ
4. Отдел. Его структура, задачи
5. Сектор. Его структура, задачи

Вопрос 6 Предназначение, задачи и организация работы обсервационных пунктов. Порядок обсервации

Деятельность медицинского персонала по противоэпидемической защите населения страны, войск действующей Красной Армии в годы Великой Отечественной войны вошла в летопись второй мировой войны славной страницей.

Впервые, пожалуй, в истории войн, которые вела наша страна, войска действующей армии не служили источником заражения и распространения эпидемических заболеваний среди гражданского населения.

На возможных путях заноса инфекционных заболеваний в войска действующей армии была создана, в целом, эффективная система противоэпидемических барьеров, принципиальными положениями которой руководствуются до настоящего времени.

Роль первого противоэпидемического барьера выполняли медицинская служба запасных полков и бригад, пополнявших войска по мобилизации, отдельных дорожно-эксплуатационных батальонов, а собственно на железных дорогах – силы и средства санитарно-противоэпидемического отдела ГВСУ НКПС.

Вторым противоэпидемическим барьером на пути контингентов следующих на фронт и обратно были обсервационные пункты НКЗ СССР, а также нештатные, а с 12.03.1942 года и штатные санитарно-контрольные пункты (далее СКП) Санитарной службы Красной Армии.

Обсервационные пункты Наркомздрава СССР были сформированы в соответствии с директивой Генерального штаба РККА от 14.07.1941 года и развернуты на 17 крупных железнодорожных узлах.

Единые подходы в решении задач противоэпидемической защиты войск и населения страны были определены следующими документами:

1. Санитарным управлением Красной Армии были разработаны и направлены в войска «Указания по противоэпидемическому обеспечению движущихся воинских контингентов».
2. Приказом Наркомата обороны СССР от 30.09. 1941 года вводится в действие «Инструкция о порядке материального обеспечения и санитарного обслуживания пополнения, отправляемого в действующую армию в период следования по железной дороге».
3. Государственным Комитетом Обороны 02.02.1942 года было утверждено постановление «О мероприятиях по предупреждению эпидемических заболеваний в стране и Красной Армии».

Выполнение противоэпидемических мероприятий, предусмотренных этим постановлением, возлагалось на Наркоматы обороны, здравоохранения,

путей сообщения, морского и речного флотов, Наркомвнудел, Наркомместпром и др.

Обсервационные пункты и СКП, работавшие в тылу, базировались на имевшихся здесь местных гражданских и железнодорожных лечебных учреждениях, госпиталях.

Для санитарной обработки использовались изоляционно-пропускные пункты НКПС, гарнизонные, гражданские и железнодорожные бани и санитарные пропускники, а там, где их не было – приданные СКП взводы обмывочно-дезинфекционных рот, банно-прачечные-дезинфекционные поезда, нередко наскоро оборудованные бани и санпропускники, а также дезинфекционные отряды по обработке подвижного состава.

За годы, прошедшие после Великой Отечественной войны 1941-1945 годов, принципиальных изменений в порядке формирования, использования (да и количества) обсервационных пунктов не произошло.

СЛ. 35

Обсервационные пункты здравоохранения Российской Федерации предназначены для временной изоляции и обсервации следующих по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения воинских контингентов при их эпидемическом неблагополучии и выполнения функций противоэпидемических барьеров по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в войсках и среди населения.

Количество ОП, формируемых на военное время, дислокация и сроки их развертывания определяются ГШВС РФ по согласованию с Минздравом России и утверждаются постановлением Правительства РФ, как правило, на каждый расчетный год.

Мобилизационная подготовка обсервационных пунктов осуществляется в мирное время органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации (организациями - исполнителями) под общим руководством Минздрава РФ и контролем со стороны МО РФ.

СЛ. 36

Обсервационные пункты формируются при объявлении мобилизации или по особому распоряжению Правительства Российской Федерации. Они приписываются к местным (распределительным) эвакуационным пунктам, которые осуществляют оперативное руководство и контроль за их работой. Непосредственное руководство обсервационными пунктами осуществляют отделы (секторы) по руководству тыловыми госпиталями органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Обсервационные пункты содержатся на правах самостоятельных учреждений здравоохранения, имеют свою гербовую печать и штамп.

На обсервационные пункты возлагаются следующие задачи:

1. Прием, полная санитарная обработка воинских контингентов, поступающих в обсерватор, с обязательной дезинфекцией обмундирования и других вещей обсервируемых.
2. Медицинское наблюдение за обсервируемым личным составом с целью своевременного выявления инфекционных больных (подозрительных на инфекционное заболевание), их изоляция и госпитализация в ближайшие инфекционные больницы (отделения).
3. Лабораторные обследования (по показаниям) с целью выявления бактерионосителей.
4. Проведение (по эпидпоказаниям) профилактических прививок.
5. Материальное обеспечение обсервируемых и выплата им денежного довольствия за время пребывания в обсерваторе.
6. Проведение с обсервируемыми воспитательной, санитарно-просветительной и культурно-досуговой работы.
7. Организация по окончанию обсервации заключительного медицинского осмотра и санитарной обработки обсервируемых.

Медицинские отчеты ОП представляются по единым формам и срокам в МЭП (РЭП), к которым они приписаны, и в соответствующий орган управления здравоохранением по подчиненности.

СЛ. 37

В соответствии с существующими штатами обсервационный пункт состоит из:

- управления;
- основных подразделений (приемно-диагностического отделения с изолятором на 50 коек, бактериологической лаборатории и дезинфекционного отделения);
- подразделений обеспечения (аптеки, столовой, склада и хозяйственного отделения).

Рис.9



СЛ. 38

В состав Управления Обсервационным пунктом входят:

Командование

- Начальник пункта, подполковник м/с
- Заместитель нач. пункта - начальник части, майор м/с
- Заместитель нач. пункта по восп.раб., майор
- Помощник нач. пункта – нач. части
- Комендант
- Заведующий делопроизводством (секретным)

Итого:

военнослужащие 3
рабочие и служащие 3

Медицинская часть

- Зам.нач.пункта – нач.части м-р м/с
- Медицинский статистик
- Делопроизводитель - машинистка

Итого:

военнослужащие 1
рабочие и служащие 2

СЛ. 39

АХЧ

- Помощник начальника пункта - начальник части

- Техник (смотритель зданий)
- Начальник службы (продовольственной и вещевой)
- Бухгалтер - калькулятор
- Делопроизводитель – машинистка

Итого:

рабочие и служащие 5

Финансовая часть

- Начальник части – бухгалтер
- Бухгалтер – кассир

Итого:

рабочие и служащие 2

СЛ. 40

Основные подразделения

Приемно-диагностическое отделение (с изолятором на 50 коек)

- Заведующий отделением - врач инфекционист
- Врач инфекционист
- Врач – терапевт
- Фельдшер
- Медицинская сестра - 4
- Сестра – хозяйка
- Дезинфектор
- Мл. медсестра по уходу за больными 4

Итого:

рабочие и служащие 14

Сл.62

Бактериологическая лаборатория

- Заведующий лабораторией - врач – бактериолог
- Лаборант (выполняющий анализы из изолятора)
- Лаборант
- Санитарка

Итого:

рабочие и служащие 4

Дезинфекционное отделение

- Начальник отделения -фельдшер
- Инструктор дезинфектор
- Сестра - хозяйка
- Дезинфектор (паропроводчик) 2
- Парикмахер мужской 2
- Санитарка 2

Итого:

рабочие и служащие 9

На оснащении имеются:

- установки дезинфекционно-душевые ДДП-2 - 2
- прицепы 1-П-1.5 – 2

СЛ. 41

Подразделения обеспечения

Аптека

- Заведующий аптекой – провизор
- Фармацевт
- Инструктор дезинфектор
- Санитарка (мойщица)

Итого:

рабочие и служащие 4

На оснащении имеются:

- установка стерилизационно–дистилляционная типа СДП–2 - 1
- прицеп 1 - П - 1,5 - 1

Столовая

- Заведующий столовой
- Шеф –повар
- Повар – 7
- Мойщик –посуды - 2
- Чистильщик плодоовощей и картофеля - 2

Итого:

рабочие и служащие 13

На оснащении имеются:

- кухни прицепные - 1 - П - 1,5 - 1
- плиты прицепные ПП – 170 - 10
- прицепы 1 - П - 1,5 - 10
- прицепы – цистерны для воды ЦВ – 1.22 - 2

Хозяйственное отделение

- Зав.отделением -зав.хозяйством
- Электромонтер по ремонту и обслуживанию электрооборудования
- Слесарь – сантехник
- Сторож – дворник - 2
- Возчик -конюх - 3
- Уборщик бытовых и служебных помещений
- Водитель автомобиля - 3
- Машинист (кочегар) котельной – истопник - 4

Итого:

рабочие и служащие – 16

На оснащении имеются:

- легковые автомобили УАЗ 469, ГАЗ 69 - 1
- грузовые автомобили ГАЗ – 53, ГАЗ – 66 - 2
- повозки одноконные - 2

- повозки пароконные - 1
- лошади обозные - 3

Склады

- Заведующий складом 2
- Кладовщик

Итого:

рабочие и служащие - 3

СЛ. 41

Здания (помещения) для обсервационного пункта отводятся заблаговременно в мирное время вблизи от железнодорожных станций (железнодорожных разъездов, веток), портов пристаней, аэродромов, стратегических автомобильных дорог и приспособляются в соответствии с общими требованиями, установленными для СФЗ постановлением Правительства РФ от 14.03.2002 года № 153-12 «Об утверждении положения об отводе, приспособлении и оборудовании зданий, предназначенных для развертывания специальных формирований Министерства здравоохранения Российской Федерации в период мобилизации и в военное время».

При этом следует обратить внимание на то, что при отводе зданий под обсервационные пункты (для размещения его структурных подразделений), также должны предусматриваться здания и помещения для временного размещения (на 2000 человек) воинских контингентов, подлежащих обсервации.

Их отвод и приспособление осуществляется в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 13 июня 1997 № 706-34 «Об утверждении Положения о порядке обеспечения в период мобилизации и в военное время из местных ресурсов мобилизационных потребностей Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований, органов и создаваемых на военное время специальных формирований»;

Ответственность за организацию и проведение комплекса изоляционно-ограничительных, противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий, среди личного состава, размещенного в этих зданиях, возлагается на командование и медицинскую службу обсервируемой части, а также на командование и медицинскую службу гарнизона (в соответствии с приказом командующего ВО ВВ).

Материальное, финансовое обеспечение, учет и отчетность ОП осуществляется в порядке и по формам, определенном для специальных формирований здравоохранения РФ Минздравсоцразвития России и Минобороны России.

Техобеспечение ОП, а также контроль за эксплуатацией автомобилей распоряжением штаба ВО возлагается на одну из в/ч.

Обменным фондом нательного белья ОП обеспечивается по линии МО РФ в кол-ве 2500 комплектов.

Организация комплектования обсервационного пункта медицинским и обслуживающим персоналом осуществляется в порядке, определенном для всех специальных формирований здравоохранения.

СЛ. 43

Порядок обсервации

Обсервации подвергаются воинские контингенты, следующие по железнодорожным, водным и воздушным путям сообщения, при наличии среди них более 2% однородных или 5% разнородных инфекционных заболеваний, а также при обнаружении среди них хотя бы одного случая чумы, оспы и других, опасных высококонтагиозных заболеваний.

Воинские контингенты подлежат обсервации распоряжением командующего войсками военного округа, по территории которого следуют воинские транспорты, по представлению начальника медицинской службы на основании донесений начальника эшелона, командира воздушного, морского судна, начальника аэродрома, аэропорта, порта. Распоряжение о задержке воинского транспорта и направление его на обсервацию дается коменданту станции (аэропорта, порта) и начальнику гарнизона. Одновременно ставится в известность соответствующий орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, его орган управления здравоохранением и эвакуационный пункт (местный или распределительный), к которому приписан обсервационный пункт.

Орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при получении распоряжения о необходимости обсервации воинских контингентов приводит обсервационный пункт в состояние готовности к работе.

Для приема эшелона на обсервацию назначается комиссия в составе: представителя штаба военного округа военного времени, начальника обсервационного пункта, гарнизонного врача, начальника эшелона, врача эшелона и представителя органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Комиссия составляет акт в двух экземплярах о санитарно-эпидемиологическом состоянии эшелона, один из которых остается у начальника обсервационного пункта, а второй пересылается в медицинскую службу военного округа (фронта).

Одновременно комиссия делает соответствующую запись в паспорт эшелона о санитарно-эпидемиологическом состоянии перевозимых контингентов.

СЛ. 44

После приема воинского эшелона на обсервацию производится медицинский осмотр всего обсервируемого личного состава с привлечением медицинского состава эшелона.

Инфекционные больные (с выраженной клиникой заболевания) направляются в стационарные лечебные учреждения, выделяемые для этой цели органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Больные с подозрением на инфекционное заболевание помещаются в изолятор.

Весь остальной личный состав эшелона подвергается полной санитарной обработке, после чего размещается в специально предназначенных зданиях. Лица, бывшие в контакте с больными, размещаются изолированно.

Дезинфекция транспортных средств, на которых следовали обсервируемые, производится по распоряжению ведомственной медицинской службы силами и средствами этой службы.

Санитарная обработка обсервируемого личного состава проводится силами и средствами обсервационного пункта.

Все обсервируемые подвергаются ежедневному медицинскому осмотру и термометрии. Лабораторные обследования проводятся силами и средствами ОП. При необходимости осуществления массовых исследований по указанию органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации анализы могут проводиться в лабораториях ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» и других лечебно-профилактических учреждений.

Срок обсервации устанавливается в зависимости от характера инфекции начальником медицинской службы военного округа (фронта).

При первом и заключительном медицинских осмотрах лицами, проводящими осмотр, составляются акты, копии которых высылаются в медицинскую службу военного округа (фронта), а также выдаются начальникам эшелонов.

Для внутреннего обслуживания обсервационного пункта используется (по мере необходимости и в зависимости от эпидемических показаний) обсервируемый личный состав.

Правила внутреннего распорядка обсервационного пункта разрабатываются органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и утверждаются начальником гарнизона. Личный состав обсервируемых эшелонов обязан строго выполнять установленный режим. Начальник обсервируемого эшелона несет полную ответственность за воинскую дисциплину и поддержание внутреннего распорядка подчиненным л/с.

После отправки обсервируемого личного состава помещение обсервационного пункта, а также все оборудование подвергается тщательной уборке и дезинфекции силами и средствами обсервационного пункта.

Расформирование обсервационного пункта проводится в порядке, установленном для специальных формирований здравоохранения РФ.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. История создания обсервационных пунктов
2. Современные обсервационные пункты. Их структура, задачи и порядок работы
3. Штаты обсервационного пункта
4. Материальное, финансовое обеспечение, учет и отчетность ОП
5. Порядок и сроки обсервации

Вопрос 7 Оперативные койки. Их предназначение

Оперативные койки» лечебных учреждений здравоохранения страны выделялись в интересах медицинского обеспечения Вооруженных Сил (РККА), их предназначение, порядок использования, организационно оформились при подготовке и в ходе Советско–Финляндской войны 1939-1940гг.

С первой половины ноября 1939 г. начинается проведение подготовительных мероприятий, направленных на создание основы для успешной деятельности войск в предстоящей боевой операции.

Здравоохранение и народное образование в наибольшей степени оказались вовлеченным в процесс организации лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии. В школьных зданиях в данное время развертывались эвакуационные госпитали, а также проводились работы по приспособлению отведенных помещений.

В гражданских лечебных учреждениях проводились мероприятия по созданию резервного коечного фонда для медицинского обеспечения Красной Армии, которые передавались в оперативное подчинение Санитарного управления ЛенВО (в последующем они стали именоваться – «оперативные койки»).

По мере нарастания активности боевых действий и увеличения числа, раненых и больных, доставленных в город, наравне с количеством лечебных мест в городских медицинских учреждениях, предназначенных для размещения раненых и больных – «оперативных коек», возрастает и численность лечебных учреждений, где они были развернуты.

К концу советско-финляндской войны медицинскими учреждениями Ленинграда в оперативное распоряжение НКО было выделено 8270 коек, что составляло практически 30 % от общего количества лечебных мест, развернутых в городе.

«Оперативные койки» действовали в 20 гражданских медицинских учреждениях Ленинграда - 7 больницах, 12 научно-исследовательских институтах, одном диспансере.

В послевоенные годы, с 1945 года и по настоящее время, выделение оперативных коек лечебными учреждениями в интересах ВС предусматривалось в каждом мобилизационном плане Министерства обороны СССР и РФ, Министерства здравоохранения СССР и РФ, Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Значимость оперативных коек по обеспечению оказания медицинской помощи в полном объеме и специализированному лечению раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и первый месяц военного времени даже возросла.

Таким образом, лечебные учреждения, выделяющие оперативные койки, являются организациями здравоохранения, имеющими мобилизационные задания.

При этом следует отметить, что к выполнению мобилизационного задания они приступят первыми в отрасли: со вторых суток после объявления мобилизации.

Для гарантированного обеспечения выполнения установленного мобилизационного задания главные врачи (руководители) лечебных учреждений, выделяющих оперативные койки, обязаны организовать мобилизационную подготовку подведомственного учреждения.

Её содержание, обязанности организаций в области мобилизационной подготовки и мобилизации, изложены в Положении о мобилизационной подготовке и мобилизации отрасли здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которое утверждено приказом Минздрава РФ от 04.07. 2006 года № М-13с.

Лечебные учреждения, выделяющие оперативные койки, участвуют в разработке мобилизационного плана органа управления здравоохранением субъекта РФ, в части касающейся, также разрабатывают:

1. План перевода лечебного учреждения на работу в условиях военного времени.
2. План первоочередных мероприятий руководителя лечебного учреждения, включающий мероприятия, выполняемые им лично в процессе перевода организации на работу в условиях военного времени

СЛ. 47

Порядок выделения оперативных коек в лечебных учреждениях здравоохранения:

Оперативные койки лечебных учреждений здравоохранения РФ выделяются для нужд Министерства обороны РФ на период от мобилизации и первый месяц военного времени в соответствии с мобилизационным заданием, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации.

Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации выделяют оперативные койки из сети лечебных учреждений в количествах, в установленных мобилизационным заданием в пунктах (лечебно-профилактических учреждениях) по согласованию с командующими войсками военных округов (флота).

Оперативные койки предназначены для стационарного обследования и лечения раненых и больных военнослужащих (далее – военнослужащих), поступающих из воинских частей, осуществляющих передислокацию, от мобилизации или расположенных на территории военных округов (флота).

На лечебные учреждения субъектов Российской Федерации, выделяющих оперативные койки, возлагаются следующие задачи:

1. Приём, регистрация и санитарная обработка поступающих на оперативные койки раненых и больных.
2. Обследование и лечение находящихся на оперативных койках лиц до определившихся исходов ранения (болезни).
3. Проведение военно-врачебной экспертизы всем находящимся на лечении раненым и больным, своевременная их выписка или перевод в другие лечебные учреждения для реабилитационного лечения, а также обязательное проведение совместно с органами МСЭК всех увольняемых из ВС РФ.
4. Медицинское, хозяйственно-бытовое и культурное обслуживание находящихся на оперативных койках военнослужащих.
5. Ведение медицинского, материального и финансового учёта и отчётности по оперативным койкам.

СЛ. 48

Порядок госпитализации военнослужащих на оперативные койки:

Госпитализация военнослужащих на ОК производится, как правило, на основании сопроводительных документов соответствующих органов военно-медицинской службы (эвакопункта, гарнизонного врача, врача части и др.)

Госпитализация на оперативные койки лиц, не относящихся к ВС РФ, другим войскам и воинским формированиям, может быть разрешена в исключительных случаях по согласованию с командованием военного округа.

На военнослужащих, поступающих на оперативные койки, должны быть представлены лечебному учреждению продовольственный, денежный и вещевой аттестаты, а на переведенных из других лечебных учреждений, кроме того, выписки из истории болезни с данными результатов специальных исследований (лабораторных анализов, рентгенологических исследований и др.).

При отсутствии у военнослужащего продовольственного, денежного или вещевого аттестатов руководство лечебно-профилактического учреждения сообщает в ближайший в районный (городской) военный комиссариат, который истребует недостающие документы из той войсковой части, откуда военнослужащий прибыл.

Зачисление на котловое довольствие в случае отсутствия продовольственного аттестата производится по акту, копия которого направляется начальнику местного эвакуационного пункта или командиру войсковой части, направившей раненого или больного на лечение.

Военнослужащие, направляемые на оперативные койки, как правило, не должны иметь оружия и боеприпасов. В случае наличия у них оружия и боеприпасов администрация лечебного учреждения при госпитализации военнослужащих на оперативные койки, организует их сдачу утвержденным порядком согласно распоряжению штаба военного округа (группы войск, флота) одной из подчиненных ему воинских частей.

Обеспечение военнослужащих, находящихся на оперативных койках, денежным довольствием производится на основании денежных аттестатов за счет Министерства обороны Российской Федерации в соответствии с Положением о денежном довольствии военнослужащих. Остальными видами довольствия обеспечиваются на общих для данного учреждения основаниях по нормам, установленным для лечебных учреждений системы Минздрава РФ и за счет средств, отпускаемых на содержание этих учреждений.

Расходы связанные с содержанием раненых в/сл, находящихся на лечении на оперативных койках, выделенных в распоряжение органов военного управления медицинской службы ВС РФ, а также расходы, связанные с перевозкой раненых военнослужащих от железнодорожной станции (водной пристани) до лечебного учреждения транспортом других гражданских организаций, оплачиваются в соответствии с «Инструкцией о порядке учета, отчетности и расходования тыловыми госпиталями Министерства здравоохранения Российской Федерации денежных средств по смете МО РФ», утвержденной Главным управлением Военного бюджета и финансирования МО РФ (в части касающейся оперативных коек).

Организация контроля и проверки за содержанием и обслуживанием раненых и больных, находящихся на ОК:

Контроль и проверки за содержанием и обслуживанием раненых и больных, находящихся на оперативных койках, проводят:

- органы управления здравоохранением, в ведении которых находятся лечебные учреждения - в полном объеме;
- представители местного эвакуационного пункта и медицинской службы военного округа (флота) - по вопросам порядка использования оперативных коек и ведения учета и отчетности по оперативным койкам;
- представители Министерства обороны Российской Федерации допускаются к проверке оперативных коек при предъявлении удостоверений или предписаний на право проведения проверки;
- представители Министерства обороны Российской Федерации, имеющие соответствующие полномочия, могут давать рекомендации непосредственно лечебным учреждениям, в ведении которых находятся оперативные койки, по вопросам порядка использования коек и ведения учёта и отчётности по ним.

По всем остальным вопросам (использование принятых в системе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации методов, средств и сроков обследования и лечения, норм питания, хозяйственно-бытового и культурного обслуживания др.) рекомендации могут даваться только органом управления здравоохранением, в ведении которых находятся лечебные учреждения.

СЛ. 49

Выписка лиц, находящихся на ОК, в связи с окончанием их обследования и лечения производится по распоряжению главного врача лечебного учреждения на основании заключения лечащего врача. Им возвращаются принятые под расписку ценные вещи, деньги, документы, обмундирование и снаряжение.

Дообеспечение вещевым имуществом выписываемых в/сл в случае необходимости производится на основании вещевых аттестатов по заявке главного врача согласно распоряжению штаба ВО (флота) одной из подчиненных ему воинских частей.

Выписываемые военнослужащие снабжаются сопроводительными документами, продовольственным, денежным и вещевым аттестатами (если они есть в наличии) и направляются в ближайший в районный (городской) военный комиссариат.

Медицинские документы на руки военнослужащим не выдаются. Они пересылаются по почте или с нарочным в районный (городской) военный комиссариат. При невозможности пересылки указанных документов по почте или нарочным они, в порядке исключения, в опечатанном сургучной печатью конверте вручаются военнослужащему для передачи по указанному на конверте адресу.

Перевод лиц, находящихся на оперативных койках, в другие лечебные учреждения может быть осуществлён только с согласия органа управления военно-медицинской службы округа (группы войск, флота).

При выявлении у поступивших на оперативные койки лиц инфекционных заболеваний лечебное учреждение, извещает через органы управления здравоохранения, местного эвакуационного пункта и военно-медицинского управления округа (группы войск, флота) об этом воинские части (учреждения), из которых они прибыли.

О каждом случае смерти лица, находившегося на оперативной койке, руководитель лечебного учреждения сообщает в районный (городской) военный комиссариат и орган управления здравоохранением субъекта РФ. Извещение установленной формы высылается в районный (городской) военный комиссариат.

Личные вещи умершего подлежат отправке - в военкомат по месту дислокации лечебно-профилактического учреждения.

Организация учета и отчетности по оперативным койкам

Учет и отчетность по оперативным койкам ведется:

- а) по всем медицинским показателям, по количеству проведенных койко-дней, медицинских процедур и вмешательств, по расходу медикаментов, продовольствия и других средств - в общих книгах и журналах учёта и отчетности учреждения;
- б) по вопросам движения раненых и больных контингентов Министерства обороны Российской Федерации - порядком и по формам согласно указаниям Министерства обороны Российской Федерации, согласованным с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

По окончании работы оперативных коек все материалы по ним направляются в районный (городской) военный комиссариат, орган управления здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Перечнем и образцами сопроводительных документов, порядком их заполнения, нормативной документацией по ведению учёта и отчётности руководителей лечебных учреждений обеспечивает медицинская служба военного округа в мирное время.

Органы управления здравоохранения субъектов РФ в мирное время согласовывают с командованием ВО:

1. Порядок обеспечения военнослужащих госпитализированных на оперативные койки денежным, продовольственным и вещевым аттестатами, порядок дообеспечения военнослужащих вышеперечисленных документов в случаях их отсутствия.
2. Порядок сдачи оружия и боеприпасов, в случаях поступления военнослужащих с ними на ОК лечебно-профилактических учреждений.
3. Утвержденный командованием ВО (группы войск, флота) порядок отражается в мобилизационных планах районных (городских) военных комиссариатах, ОУЗС РФ, военно-медицинских управлениях военных округов и доводятся до главных врачей лечебно-профилактических учреждений, выделяющих оперативные койки.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. История создания оперативных коек
2. Роль оперативных коек в структуре лечебно-эвакуационного обеспечения войск
3. Порядок выделения оперативных коек в лечебных учреждениях здравоохранения:
4. Задачи, возлагаемые на лечебные учреждения субъектов Российской Федерации, выделяющих оперативные койки
5. Порядок госпитализации военнослужащих на оперативные койки
6. Организация контроля и проверки за содержанием и обслуживанием раненых и больных, находящихся на оперативных койках
7. Организация выписки лиц, находящихся на оперативных койках
8. Организация учета и отчетности по оперативным койкам

После изучения учебного материала ответить на вопросы тестов по ссылке

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdlx7ghd9TEE7eV1xgKXUxDcmetqUCACADzEeIHRkK-9zanVA/viewform>