

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

Тема 2.10 «Роль и место тыловых госпиталей в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск»

Время подготовки: 45 минут

Учебные вопросы:

1. Роль и место тыловых госпиталей в современной системе лечебно-эвакуационных мероприятий
2. Структура и задачи ТГЗ
3. Комплектование ТГЗ личным составом. Материальное, техническое и финансовое обеспечение ТГЗ. Отвод, приспособление и оборудование зданий, предназначенных для развертывания СФЗ
4. Основные принципы формирования и организации работы ТГЗ в период мобилизации. Расформирование тыловых госпиталей
5. Организация медицинского учета раненых и больных в ТГЗ

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 1994 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»

ВВЕДЕНИЕ

Изучая опыт работы Советской военной медицины в годы Великой Отечественной войны можно сделать следующие выводы:

1. Организованная массовая эвакуация раненых и больных в тыл страны возникла в войнах XIX столетия как мероприятие, необходимое для освобождения действующей армии от большого количества раненых и больных, сковывавших ее действия, и, пройдя тернистый путь совершенствования в условиях смены социальных систем, развития медицинской науки, железнодорожного и других видов транспорта, материально-технической базы военного и гражданского здравоохранения, получила окончательное теоретическое и организационно-штатное оформление в сороковых годах XX века в виде системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению, основанной на принципах единой военно-полевой медицинской доктрины.

2. Опыт Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. подтвердил жизненность системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. ЭГ НКЗ как конечный этап медицинской эвакуации для наиболее тяжелых контингентов раненых и больных, лечение которых не могло быть закончено в госпитальных базах армий и фронтов, внесли весьма существенный вклад в дело сохранения жизни раненых и больных и восстановления их бое - и трудоспособности в тяжелых условиях военного времени. В ЭГ тыла страны за годы войны было эвакуировано 7 705 968 раненых и больных (38,8 % от числа санитарных потерь), из которых возвращено в строй 3 552 760 человек (46,1 % от числа лечившихся в ЭГ). Летальность в ГБТС составила за войну 0,89 % среди пораженных в боях и 5,13 % среди больных. Успешному решению задач по лечению раненых и больных в тылу страны способствовало организованное на основе взаимодействия тесное рабочее сотрудничество на всех уровнях органов НКЗ СССР и ГВСУ Красной Армии, партийных и советских органов, ВЦСПС и общественных организаций.

3. Руководство всеми сторонами деятельности эвакуационных госпиталей тыла страны осуществлялось одновременно двумя органами управления: управлениями МЭП и отделами (управлениями) ЭГ НКЗ или ВЦСПС. Однако из-за маломощности гражданских органов управления ЭГ основные функции по руководству деятельностью ГБТС вынуждены были взять на себя управления МЭП, далеко выходя за рамки задач, стоящих перед ними, особенно в вопросах организации лечебно-диагностической работы. Но двойственное подчинение ЭГ и нечеткое разграничение функций между военными и гражданскими органами управления, которые часто находились в разных областях, приводило к несогласованности в действиях и параллелизму в работе, противоречиям в силу как объективных, так и субъективных причин, что в итоге отрицательно сказывалось на результатах работы ГБТС.

За годы, прошедшие после Великой Отечественной войны 1941-1945 годов, принципиальных изменений в порядке формирования и использования

специальных формирований здравоохранения не произошло. Менялись только типы тыловых госпиталей, перерабатывались штаты и таблицы к штатам, совершенствовались вопросы их мобилизационной подготовки и мобилизации.

СЛ. 3

Как известно, до 1986 года органами гражданского здравоохранения 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).

СЛ. 4

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 структу-

ры поступающих в ТГМЗ контингентов раненых и больных создаваемой структуре коечного фонда современных госпитальных баз тыла страны.

СЛ. 5

Вопрос 1. Роль и место тыловых госпиталей в современной системе лечебно-эвакуационных мероприятий

Изучение опыта военной медицины в послевоенное время свидетельствуют о том, что СФЗ, прежде всего, тыловые госпитали были и являются важным звеном в системе медицинского обеспечения войск и не утратили своей роли и значения в современных условиях.

СЛ. 6

Эвакуация раненых и больных в тыловые госпитали здравоохранения РФ в условиях современной войны может быть представлена как комплекс организационных, медицинских и технических мероприятий по отбору и подготовке раненых и больных к эвакуации, погрузке их в транспортные средства, оказанию медицинской помощи и уходу за ранеными и больными в пути следования, разгрузке транспортных средств в пунктах назначения и доставке раненых и больных в соответствующие ТГЗ.

По современным представлениям эвакуации из госпитальных баз фронтов в ТГЗ подлежат, раненые и больные, которые после окончания лечения не могут быть возвращены в строй (независимо от продолжительности лечения), а также раненые и больные, нуждающиеся в длительном лечении, превышающем установленные для ГБФ сроки.

Объем и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны будут зависеть не только от величины и структуры санитарных потерь, но и от обстановки на фронтах, состояния развернутой в глубине страны коечной сети, эвакуационных возможностей транспортных коммуникаций, наличия санитарно-транспортных средств и т.д.

В 1943-1944 годах число эвакуируемых из ГБФ составляло в среднем 1,5 миллиона человек в год. В современных условиях, по данным учений и результатам специальных исследований, в случае перехода к применению сторонами ядерного оружия, эвакуации в ТГЗ будут подлежать 30 - 45 % раненых и больных в зависимости от сроков лечения, установленных для ГБФ.

При ведении операций с применением обычных видов оружия эти показатели могут быть значительно выше и, соответственно, равняться 50 – 70 и более процентов.

Возможные сроки готовности раненых и больных к эвакуации из ГБФ в тыл страны в современных войнах будут определяться тяжестью ранения (поражения), временем, необходимым для подготовки раненых и больных к эвакуации и установления прогноза, видом эвакуационно-транспортных средств.

Согласно "Руководству по эвакуации раненых и больных из госпитальных баз фронтов в тыловые госпитали Министерства здравоохранения" для значительной части раненых и больных эвакуация за пределы фронта ВСП и СТС может быть начата с 5-7 суток после их поступления в ГБФ, эвакуация авиационным транспортом - со 2-3 суток.

СЛ. 7

В современной системе лечебно-эвакуационных мероприятий в организации эвакуации раненых и больных принимают участие: во фронте - военно-медицинское управление, ЭП(ф), управления ГБФ; во внутреннем районе страны - эвакуационные пункты распределительные, местные, перегрузочных районов, медицинская служба ВО ВВ (территориального командования). Общее руководство эвакуацией раненых и больных в ТГЗ осуществляется ГВМУ МО. Кроме органов управления к эвакуации раненых и больных привлекается большое количество сил и средств как военного, так и гражданского ведомств. В связи с этим успешное решение задач по эвакуации раненых и больных из ГБФ в ТГЗ возможно только при четкой организации взаимодействия между органами управления здравоохранения, военно-медицинской службы, службы военных сообщений, МЧС, местных органов власти и т.д.

В общей системе эвакуации раненых и больных в ТГЗ военно-медицинское управление фронта планирует эвакуацию раненых и больных из ГБФ, представляет донесения в ГВМУ МО о количестве и структуре раненых и больных, подготовленных к эвакуации, и представляет заявки в службу военных сообщений фронта для эвакуации, а также контролирует организацию эвакуации за пределы фронта.

На госпитальные базы возлагаются чрезвычайно сложные и ответственные задачи по отбору и подготовке раненых и больных к эвакуации в предельно сжатые сроки, так как массовая эвакуация за пределы фронта начинается с 5-7 суток операции. Кроме того, управления госпитальных баз организуют развертывание прирельсовых (приаэродромных) эвакоприемников своими силами и средствами, обеспечивают доставку раненых и больных к местам погрузки и погрузку раненых и больных в транспортные средства, если ЭП фронта возлагает на них эту задачу.

Непосредственное руководство эвакуацией раненых и больных из ГБФ осуществляет ЭП(ф), который организует отбор и подготовку раненых и больных, развертывание эвакуационных приемников, доставку в них раненых и больных и погрузку на санитарно-транспортные средства.

СЛ. 8

Подготовка раненых и больных к эвакуации включает выполнение следующих обязательных требований:

- завершения оказания раненому (больному) первичной специализирован-

- ной медицинской помощи;
- замену транспортной иммобилизации на лечебную (гипсовую повязку, аппарат для внеочаговой фиксации, остеосинтез переломов);
 - проведение медицинских мероприятий, обеспечивающих транспортбельное состояние раненых и больных с учетом условий транспортировки и длительность эвакуации (восполнение кровопотери, стойкое купирование болевого синдрома и психомоторного возбуждения, детоксикационная терапия и др.);
 - проведение полной санитарной обработки раненого (больного);
 - оформление медицинских документов эвакуируемого (истории болезни, эвакуационного конверта);
 - выдачу раненым и больным продовольственного, вещевого и денежного аттестатов;
 - выдачу личных вещей, орденов и медалей, принадлежащих эвакуируемому;
 - экипировку эвакуируемого (выдачу обмундирования в соответствии со временем года и погодой).

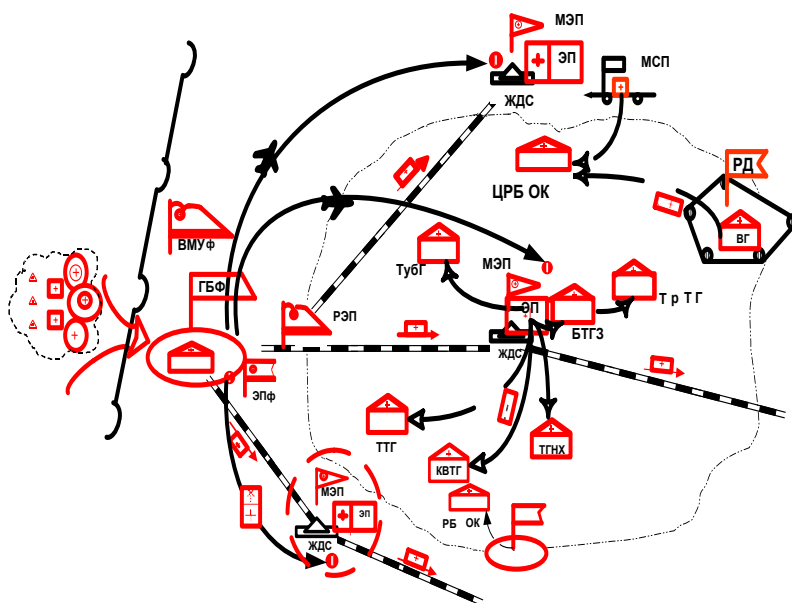
В целях обеспечения преемственности в лечении раненых и больных в переводном эпикризе истории болезни указываются время поступления в госпиталь, диагноз основного и сопутствующего ранения (заболевания), выполненные в госпитале лечебные мероприятия (оперативные вмешательства), послеоперационное течение, данные объективных исследований, обоснование перевода в ТГМЗ, необходимые медицинские мероприятия в пути следования.

В современной системе этапного лечения с эвакуацией по назначению важное место занимают местные эвакуационные пункты – это орган управления эвакуацией раненых и больных, с которым руководители СФЗ будут осуществлять наиболее тесное взаимодействие в процессе своей работы.

Местный эвакуационный пункт (МЭП) является территориальным органом управления медицинской службы, предназначенным для организации приема раненых и больных, эвакуируемых из госпитальных баз фронтов, флотов, войск военного округа военного времени, соединений и частей родов войск и видов Вооруженных Сил, дислоцированных на территории ВО ВВ, и войск, проходящих по его территории, доставки поступающих раненых и больных в тыловые госпитали МЗ и оперативного руководства деятельностью тыловых госпиталей. МЭП непосредственно подчинён начальнику медицинской службы ВО ВВ, на территории которого расположены приписанные к нему ТГЗ

(Принципиальная схема эвакуации раненых и больных из ГБФ в ТГЗ приведена на рисунке).

СЛ. 9



**Принципиальная схема эвакуации раненых и больных военнослужащих из ГБФ
в специальные формирования здравоохранения субъекта Российской
Федерации**

По современным взглядам на лечение в ТГЗ будут направляться наиболее тяжелые контингенты раненых и больных (см. выше), причем, многие из них будут иметь сочетанные ранения (плечо и грудь, бедро и живот и т.д.) или комбинированные поражения (огнестрельные ранения с поражением ОВ, поражения ионизирующим излучением и травма и др.).

Чтобы понять сложность возлагаемых на ТГЗ задач, мы считаем целесообразным рассмотреть тот контингент раненых и больных, который может быть эвакуирован из ГБФ и поступить на лечение в госпитали.

СЛ. 10

1. Из числа раненых **нейрохирургического** профиля:

- раненые после операции трепанации черепа с образованием значительных костных дефектов;
- раненые с последствиями инфекционных осложнений проникающих ранений черепа и головного мозга;
- раненые с остеомиелитом костей черепа;
- раненые с неудаленными инородными телами в полости черепа;
- раненые с последствиями тяжелой закрытой травмы мозга и выраженными неврологическими нарушениями;
- раненые с повреждениями спинного мозга и позвоночника.

СЛ. 11

2. При ранениях **лор-органов**:

- раненые с тяжелыми повреждениями лор-органов, нуждающиеся в многоэтапных пластических операциях (отрывы ушных раковин и большей части наружного носа, ранения глотки, гортани и трахеи, после операций шейной медиастинотомии и ларингофиссуры);
- раненые с наличием инородных труднодоступных тел, вызывающих функциональные расстройства лор-органов;
- лица с тяжелыми формами баротравмы при упорных слуховых и вестибулярных расстройствах;
- раненые и больные при наличии гнойных осложнений в виде рецидивирующих абсцессов, флегмон и остеомиелитов, требующих длительного лечения; при развитии хронической гнойной инфекции у контуженных (гнойные отиты, синуситы).

СЛ. 12

3. Из числа раненых в **челюстно-лицевую область**:

- раненные в челюстно-лицевую область, имеющие обширные дефекты костных и мягких тканей с выраженными анатомическими и функциональными нарушениями;
- раненые с множественными переломами челюстей, с выраженными расстройствами функции жевания, глотания и речи;
- раненые с обширными глубокими ожогами лица (IIIа и IIIб степени);
- раненые с повреждениями челюстно-лицевой области, осложненными остеомиелитом или стойкой контрактурой.

СЛ. 13

4. При **ранениях и травмах органа зрения**:

- раненые с двухсторонними прободными ранениями глазного яблока, осложненными: разрушением или полным помутнением хрусталика; кровоизлиянием в стекловидное тело или формированием в нем тяжей и мембран; отслойкой сетчатки или подозрением на нее;
- раненые с ранениями глазницы, сопровождающимися грубой деформацией ее стенок, смещением глазного яблока и стойкой (более двух недель) диплопией;
- раненые после энуклеации разрушенного глазного яблока, если ранение сочеталось с повреждением и грубой деформацией стенок глазницы;
- раненые при контузии с разрывом и деформацией оболочек глазного яблока, кровоизлияниями в полость глаза;
- раненые с тяжелыми двухсторонними ожогами глазного яблока и век;
- раненые с ожогами макулярной области обоих глаз световым излучением ядерного взрыва;
- раненые при заболеваниях глаз (иридоциклит, неврит зрительного нерва,

флегмона глазницы), требующих длительного лечения или имеющих неясный, сомнительный прогноз.

СЛ. 14

СЛ. 15

5. При ранениях и травмах груди:

- раненые с проникающими ранениями груди и проведенной операции широкой торакотомии;
- раненые с сочетанными торакоабдоминальными ранениями;
- раненые с наличием инородных тел в корне легкого и средостении;
- раненые с различными осложнениями ранений и при закрытых травмах: бронхиальный свищ, ограниченная эмпиема плевры, абсцесс легкого и другие.

СЛ. 16

6. При ранениях и травмах живота:

- раненые после лапаротомии при наличии осложнений, требующих хирургического лечения (кишечный, каловый свищ и др.);
- раненые с тяжелыми нарушениями функций органов пищеварения после перенесенных оперативных вмешательств.
- Возможные сроки готовности к эвакуации раненых в живот: при эвакуации железнодорожными (автомобильными, морскими) транспортными средствами – не ранее 10 – 15 суток после операции, авиационными средствами транспортными средствами – 3 – 4 суток.

СЛ. 17

7. При ранениях и травмах мочеполовой системы:

- раненые с повреждениями почек, осложненными воспалительным процессом, мочевыми свищами и нарушениями функции органа;
- раненые с повреждениями мочеиспускательного канала, сопровождающимися нарушением мочеиспускания;
- раненые с обширными повреждениями наружных половых органов, требующими восстановительного оперативного лечения.

СЛ. 18

8. При ранениях и повреждениях длинных трубчатых костей, крупных суставов, костей таза:

- раненые с ампутацией конечностей на любом уровне;
- раненые с переломами бедренной, плечевой, большеберцовой костей,

- обеих костей предплечья;
- раненые с ранениями (разрушениями) суставных поверхностей тазобедренного, коленного, плечевого и локтевого суставов;
 - раненые с переломами костей таза, сопровождающимися нарушениями целостности тазового кольца;
 - раненые с повреждениями магистральных кровеносных сосудов и нервных стволов.

СЛ. 19

9. При ожогах:

- глубоких поражений кожного покрова площадью свыше 10% поверхности тела;
- глубоких ожогов лица и функционально важных и высоко активных областей тела (кость, стопа, промежность, крупные суставы).

СЛ. 20

10. Из числа **пораженных ионизирующим излучением:**

- лица с острой лучевой болезнью третьей степени после купирования проявлений первичной реакции и достаточно надежного установления степени тяжести поражения.

11. Из числа **пораженных ОВ:**

- тяжелопораженные фосфорорганическими веществами при развитии у них тяжелых соматических (абсцедирующие пневмонии) или неврологических осложнений (токсические полиневриты, интоксикационные энцефаломиелопатии, психоорганический синдром, затяжные астеноневротические состояния);
- пораженные ипритами с абсцедирующими пневмониям, выраженными анемиями и значительным упадком питания;
- пораженные окисью углерода со стойкими органическими изменениями центральной нервной системы.

12. Из числа **пораженных ботулотоксином**

- эвакуации в ТГЗ подлежат лица, имеющие абсцедирующую пневмонию или стойкие неврологические осложнения (периферические полиневриты, затяжные астенические состояния).

СЛ. 21

13. Из числа **больных:**

- больные активной формой туберкулеза легких;
- больные абсцедирующей пневмонией;
- больные с обострением хронической пневмонии II-III стадии;

- больные с гипертонической болезнью III стадии;
- больные с тяжелыми формами ишемической болезни сердца;
- больные с ревмокардитом в активной фазе;
- больные с затяжной формой острого диффузионного гломерулонефрита, а также с обострением хронического гломерулонефрита;
- больные с хроническим пиелонефритом при нарушении концентрационной или азотовыделительной функции почек;
- больные с заболеваниями системы крови и диффузными заболеваниями соединительной ткани;
- больные с тяжелыми формами эндокринных заболеваний (сахарный диабет, тиреотоксический зоб);
- больные с распространенными дерматозами (экзема, нейродерматит, пузырьчатка, псориаз).

14. Из числа раненых и больных **психоневрологического профиля**:

- больные с тяжелыми формами закрытой травмы головного мозга, сопровождающимися параличами, парезами, судорожными припадками;
- пораженные ФОВ и ботулотоксином с выраженными и стойкими неврологическими (полиневриты, очаговые поражения ЦНС) и психическими (нарушения интеллекта и памяти) расстройствами;
- больные с затяжными реактивными состояниями и психозами (депрессией, бредом, псевдодеменцией);
- больные эпилепсией с психическими нарушениями;
- больные с органическими заболеваниями ЦНС;
- больные с последствиями заболеваний периферических нервов, сопровождающиеся глубоким нарушением функций;
- больные с затяжными симптоматическими психозами;
- больные с органическими инфекционными психозами с затяжным течением.

СЛ. 22

15. Из числа **женщин-военнослужащих** эвакуации в ТГЗ подлежат раненые и больные с вышеперечисленными ранениями (заболеваниями), а также раненые, имеющие:

- сочетанные ранения и травмы органов женской половой сферы живота;
- с осложнениями проникающих ранений живота, тупой травмы и повреждением внутренних органов, требующих хирургического лечения (кишечные свищи, каловые свищи);
- сочетанные ранения и травмы женских гениталий и органов мочеполовой системы;
- обширные ранения (повреждения) женских наружных половых органов, требующих восстановительного лечения.

Из числа **больных женщин-военнослужащих** эвакуации в ТГЗ подле-

жат:

- гинекологические больные с рецидивирующими хроническими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, при наличии опухолевого процесса, недержания мочи;
- беременные со сроком беременности 32 недели и более;
- родильницы (с 6 дня после родов).

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Роль эвакуогоспиталей в лечении раненых в годы Великой Отечественной войны
2. Роль тыловых госпиталей здравоохранения в современной системе лечебно-эвакуационных мероприятий
3. Мероприятия по подготовке раненых и больных к эвакуации в ТГЗ
4. Принципиальная схема эвакуации раненых и больных из ГБФ в ТГЗ
5. Какая категория пораженных нейрохирургического профиля подлежит эвакуации в ТГЗ?
6. Какая категория пораженных с повреждением ЛОР органов подлежит эвакуации в ТГЗ?
7. Какая категория пораженных с повреждением челюстно-лицевой области подлежит эвакуации в ТГЗ?
8. Какая категория пораженных с ранениями и травмами органов зрения подлежит эвакуации в ТГЗ?
9. Какая категория пораженных при ранениях груди подлежит эвакуации в ТГЗ?
10. Какая категория пораженных при ранениях живота подлежит эвакуации в ТГЗ?
11. Какая категория пораженных при повреждениях мочеполовой системы подлежит эвакуации в ТГЗ?
12. Какая категория пораженных при ранениях и повреждениях длинных трубчатых костей, крупных суставов, костей таза подлежит эвакуации в ТГЗ?
13. Какая категория пораженных при ожогах подлежит эвакуации в ТГЗ?
14. Какая категория пораженных ионизирующим излучением подлежит эвакуации в ТГЗ?
15. Какая категория пораженных ФОВ подлежит эвакуации в ТГЗ?
16. Какая категория пораженных ботулотоксином подлежит эвакуации в ТГЗ?
17. Какая категория больных подлежит эвакуации в ТГЗ?
18. Какая категория больных психоневрологического профиля подлежит эвакуации в ТГЗ?
19. Какая категория пораженных из числа женщин-военнослужащих подлежит эвакуации в ТГЗ?

Вопрос 2. Структура и задачи ТГЗ

Совершенствование медицинской науки и техники, способов и методов лечения современной боевой патологии предопределяет совершенствование организационной структуры специальных формирований здравоохранения, их мобилизационной подготовки и мобилизации.

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 существующей в настоящее время организационно-штатной структурой ТГЗ подразделяются на шесть типов: 4 многопрофильных госпиталя (базовый, нейрохирургический, травматологический, терапевтический) и 2 узкоспециализированных госпиталя (кожно-венерологический и туберкулезный). Коечная емкость тыловых госпиталей установлена в объемах 400, 500, 600 койк. Структура коечного фонда в каждом госпитале приведена к структуре вероятного входящего потока раненых и больных с учетом современных достижений и требований по специализированному лечению боевой патологии.

Во всех госпиталях структура управления и подразделений обеспечения одинаковая. Госпитали различаются лишь набором основных подразделений, которые и определяют назначение госпиталя.

Управление:

В состав управления входят: командование, медицинская часть, административная часть, отдел материально-технического обеспечения, финансовое отделение. Всего в управлении 6 офицеров и гражданского персонала (при 600 койках – 48 человек, при 500 койках – 38 человек, при 400 койках – 34 человека). Врачей – 8, среднего медицинского персонала – 3.

Подразделения обеспечения:

В составе подразделений обеспечения входят: аптека, клуб, столовая, склады, хозяйственные подразделения, гараж и т.д.

2.1 Структура ТГ

Базовый тыловой госпиталь:

Основные подразделения:

1. Приемное отделение (медицинской сортировки, с диагностическими койками)
2. Сортировочно-эвакуационное отделение (подвижное)

3. Торакальное хирургическое отделение (при 600 койках – на 50 коек, при 500 и 400 койках – 45 коек)
4. Абдоминальное хирургическое отделение на 50 коек
5. Хирургическое отделение (при 600 койках – на 65 коек, при 500 и 400 койках – 50 коек)
6. Отделение гнойной хирургии на 50 коек (В госпитале на 400 койках – отсутствует)
7. Нейрохирургическое отделение (при 600 койках - на 50 коек, при 500 койках - на 45 коек. В госпитале на 400 коек - отсутствует)
8. Травматологическое отделение на 50 коек
9. Ожоговое отделение на 50 коек
10. Урологическое отделение на 50 коек (только в 600 коечном госпитале)
11. Стоматологическое отделение (с зубопротезной лабораторией)
12. Гинекологическое отделение (при 600 и 500 койках - на 50 коек, при 400 койках - на 45 коек)
13. Операционное отделение (с операционными блоками, операционным блоком для больных с хирургическими гнойными заболеваниями и стерилизационной)
14. Отделение анестезиологии-реанимации (с палатами реанимации и интенсивной терапии на 10 коек)
15. Терапевтическое отделение – радиологическое (при 600 койках - на 75 коек; при 500 и 400 койках - на 50 коек)
16. Терапевтическое отделение –токсикологическое на 50 коек
17. Физиотерапевтическое отделение, рентгеновское отделение, лабораторное отделение, отделение лечебной физкультуры, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет, патологоанатомическое отделение, кабинеты гемодиализа, гипербарической оксигенации

Всего в основных подразделениях госпиталя на 600 коек – 628 человек (88 врачей, 388 среднего медицинского состава), в госпитале на 500 коек – 545 человек (78 врачей, 323 среднего медицинского состава), в госпитале на 400 коек 457 человек (70 врачей, 278 среднего медицинского состава)

Всего в госпитале на 600 коек – 785 человек (врачей – 96, среднего медицинского персонала – 391), в госпитале на 500 коек – 691 человек (86 и 326 соответственно), в госпитале на 400 коек – 592 человека (78 и 281)

На оснащении базового госпиталя – 13 автомобилей

СЛ. 25

Нейрохирургический тыловой госпиталь:

Основные подразделения:

1. Приемное отделение (медицинской сортировки, с диагностическими койками)

2. Нейрохирургическое отделение на 50 коек, с палатами для больных с хирургическими гнойными заболеваниями (в госпитале на 600 коек – 6 отделений, в госпитале на 500 коек – 4 отделения, в госпитале на 400 коек – 2 отделения)
3. Хирургическое отделение на 45 коек, с палатами для больных с хирургическими гнойными заболеваниями (по 2 отделения в каждом госпитале)
4. Отоларингологическое отделение (на 50 коек, с палатами для больных с гнойными хирургическими заболеваниями)
5. Офтальмологическое отделение (на 50 коек, с палатами для больных с хирургическими гнойными заболеваниями)
6. Отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (на 50 коек, с палатами для больных с хирургическими гнойными заболеваниями и зубо-протезной лабораторией)
7. Операционное отделение (с операционными блоками, операционным блоком для больных с хирургическими гнойными заболеваниями и стерилизационной)
8. Отделение анестезиологии-реанимации (с палатами реанимации и интенсивной терапии на 10 коек)
9. Психоневрологическое отделение на 50 коек
10. Физиотерапевтическое отделение, рентгеновское отделение, лабораторное отделение, отделение лечебной физкультуры, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет

Всего в основных подразделениях госпиталя на 600 коек – 631 человек (89 врачей, 376 среднего медицинского состава), в госпитале на 500 коек – 519 человек (65 врачей, 332 среднего медицинского состава), в госпитале на 400 коек 564 человек (55 врачей, 278 среднего медицинского состава)

Всего в госпитале на 600 коек – 788 человек (врачей – 97, среднего медицинского персонала – 379), в госпитале на 500 коек – 665 человек (73 и 335 соответственно), в госпитале на 400 коек – 564 человека (63 и 281)

На оснащении нейрохирургического госпиталя – 13 автомобилей

СЛ. 26

Травматологический тыловой госпиталь:

Основные подразделения:

1. Приемное отделение (медицинской сортировки, с диагностическими койками)
2. Ожоговое отделение на 50 коек
3. Травматологическое отделение (в госпитале на 600 коек – 4 отделения по 60 коек каждое; в госпитале на 500 коек – 3 отделения на 60 коек каждое; в госпитале на 400 коек – 2отделения на 50 коек каждое)

4. Травматологическое отделение для легкораненых (в госпитале на 600 коек – 2 отделения по 55 коек каждое; в госпитале на 500 коек – 1 отделение на 70 коек; в госпитале на 400 – 1 отделение на 50 коек)
5. Хирургическое отделение на 50 коек
6. 2 отделения гнойной хирургии на 45 коек каждое
7. Отделение челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (на 50 коек, с зубопротезной лабораторией)
8. Операционное отделение (с операционными блоками, операционным блоком для больных с хирургическими гнойными заболеваниями и стерилизационной)
9. Отделение анестезиологии-реанимации (с палатами реанимации и интенсивной терапии на 10 коек)
10. Физиотерапевтическое отделение, рентгеновское отделение, лабораторное отделение, отделение лечебной физкультуры, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет

Всего в основных подразделениях госпиталя на 600 коек – 596 человек (79 врачей, 375 среднего медицинского состава), в госпитале на 500 коек – 509 человек (69 врачей, 318 среднего медицинского состава), в госпитале на 400 коек 437 человек (61 врачей, 270 среднего медицинского состава)

Всего в госпитале на 600 коек – 753 человека (врачей – 87, среднего медицинского персонала – 378), в госпитале на 500 коек – 655 человек (77 и 321 соответственно), в госпитале на 400 коек – 572 человека (69 и 273)

На оснащении травматологического госпиталя – 13 автомобилей

СЛ. 27

Терапевтический тыловой госпиталь:

Основные подразделения:

1. Приемное отделение (медицинской сортировки, с диагностическими койками)
2. Кардиологическое отделение (в госпитале на 600 и 500 коек -60 коек, в госпитале на 400 коек – на 45 коек)
3. Пульмонологическое отделение (в госпитале на 600 коек – на 60 коек, в госпитале на 500 и 400 коек – на 45 коек)
4. Гастроэнтерологическое отделение (в госпитале на 600 коек - на 60 коек, в госпиталях на 500 и 400 коек - на 50 коек)
5. Неврологическое отделение (в госпитале на 600 коек - на 60 коек, в госпитале на 500 коек - на 50 коек, в госпитале на 400 коек этого отделения нет)
6. Психиатрическое отделение (в госпитале на 600 коек - на 60 коек, в госпитале на 500 коек - на 50 коек, в госпитале на 400 коек этого отделения нет)
7. В госпитале на 400 коек - психоневрологическое отделение на 50 коек

8. Терапевтическое отделение – радиологическое (в госпитале на 600 коек - на 60 коек, в госпиталях на 500 и 400 коек - на 50 коек)
9. Терапевтическое отделение – токсикологическое (на 50 коек)
10. Инфекционное отделение (в госпитале на 600 коек – 2 отделения на 50 коек каждое, на 500 коек – 2 отделения на 45 коек каждое; на 400 коек – 1 отделение на 50 коек)
11. Хирургическое отделение (в госпитале на 600 коек – 2 отделения на 40 коек каждое, в госпитале на 500 и 400 коек - 1 отделение на 45 коек, с операционным блоком и стерилизационной)
12. Стоматологическое отделение (с зубопротезной лабораторией)
13. Отделение анестезиологии-реанимации (с палатами реанимации и интенсивной терапии на 10 коек)
14. Физиотерапевтическое отделение, рентгеновское отделение, лабораторное отделение, отделение лечебной физкультуры, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет

Всего в основных подразделениях госпиталя на 600 коек – 544 человек (75 врачей, 358 среднего медицинского состава), в госпитале на 500 коек – 467 человек (64 врача, 307 среднего медицинского состава), в госпитале на 400 коек 467 человек (58 врачей, 255 среднего медицинского состава)

Всего в госпитале на 600 коек – 701 человека (врачей – 83, среднего медицинского персонала – 361), в госпитале на 500 коек – 613 человек (72 и 310 соответственно), в госпитале на 400 коек – 519 человека (66 и 258)

На оснащении терапевтического госпиталя – 13 автомобилей

СЛ. 28

Кожно-венерологический госпиталь:

Основные подразделения:

1. Приемное отделение (медицинской сортировки, с диагностическими койками)
2. Кожно-венерологическое отделение на 80 коек (в госпитале на 600 коек – 1 отделение, в госпитале на 500 коек – 5 отделений, в госпитале на 400 коек – 2 отделения)
3. Кожно-венерологическое отделение на 70 коек (в госпитале на 600 коек – 6 отделений, в госпитале на 400 коек – 2 отделения)
4. Хирургическое отделение на 45 коек (с операционным блоком и стерилизационной)
5. Стоматологическое отделение (с зубопротезной лабораторией)
6. Терапевтическое отделение на 50 коек
7. Отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии на 5 коек

8. Физиотерапевтическое отделение, рентгеновское отделение, лабораторное отделение, отделение лечебной физкультуры, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет

Всего в основных подразделениях госпиталя на 600 коек – 477 человек (67 врачей, 292 среднего медицинского состава), в госпитале на 500 коек – 404 человека (57 врачей, 247 среднего медицинского состава), в госпитале на 400 коек 344 человека (53 врача, 207 среднего медицинского состава)

Всего в госпитале на 600 коек – 634 человека (врачей – 75, среднего медицинского персонала – 295), в госпитале на 500 коек – 549 человек (65 и 250 соответственно), в госпитале на 400 коек – 479 человек (61 и 210)

На оснащении кожно-венерологического госпиталя – 13 автомобилей

СЛ. 29

Туберкулезный тыловой госпиталь:

Основные подразделения:

1. Приемное отделение (медицинской сортировки, с диагностическими койками)
2. Туберкулезное отделение - легочно-хирургическое (в госпитале на 600 коек – на 45 коек, в госпитале на 500 коек – на 40 коек, в госпитале на 400 коек – на 35 коек)
3. Туберкулезное отделение для больных костно-суставным туберкулезом (в госпитале на 600 коек – на 60 коек, в госпитале на 500 коек – на 55 коек, в госпитале на 400 коек – на 50 коек)
4. Туберкулезное отделение для больных урогенитальным туберкулезом (в госпитале на 600 коек – на 40 коек, в госпитале на 500 и 400 коек – на 30 коек)
5. Туберкулезное отделение легочное на 70 коек (в госпитале на 600 коек – 3 отделения, в госпитале на 500 коек – 1 отделение, в госпитале на 400 коек – 4 отделения)
6. Туберкулезное отделение легочное на 60 коек (в госпитале на 600 коек – 4 отделения, в госпитале на 400 коек – 5 отделений, в госпитале на 500 коек – нет)
7. Стоматологическое отделение (с зубопротезной лабораторией)
8. Операционное отделение (с операционными блоками и стерилизационной)
9. Отделение анестезиологии-реанимации (с палатами реанимации и интенсивной терапии на 5 коек)
10. Физиотерапевтическое отделение, рентгеновское отделение, лабораторное отделение, отделение лечебной физкультуры, кабинет функциональной диагностики, эндоскопический кабинет

Всего в основных подразделениях госпиталя на 600 коек – 652 человека (87 врачей, 426 среднего медицинского состава), в госпитале на 500 коек – 530

человек (71 врач, 348 среднего медицинского состава), в госпитале на 400 коек 437 человек (61 врача, 278 среднего медицинского состава)

Всего в госпитале на 600 коек – 812 человек (врачей – 95, среднего медицинского персонала – 429), в госпитале на 500 коек – 679 человек (79 и 352 соответственно), в госпитале на 400 коек – 574 человека (69 и 281)

На оснащении туберкулезного госпиталя – 13 автомобилей

СЛ. 30

2.2 Задачи ТГЗ

На тыловые госпитали здравоохранения возлагаются следующие задачи:

1. Прием, медицинская сортировка и санитарная (специальная) обработка поступающих в госпиталь раненых и больных, дезинфекция, дезинсекция и дезактивация их вещей, обмундирования и доставившего их транспорта
2. Своевременное медицинское обследование поступивших раненых и больных, оказание им специализированной медицинской помощи, лечение до определившихся исходов и медицинская реабилитация
3. Проведение военно-врачебной экспертизы всех находящихся на лечении раненых и больных, а также организация и проведение (совместно с органами МСЭК) медико-социальной экспертизы всех увольняемых из ВС РФ
4. Своевременная выписка из госпиталей раненых и больных по выздоровлению или перевод их по медицинским показаниям в другие тыловые госпитали или реабилитационные центры
5. Подготовка к эвакуации раненых и больных, подлежащих переводу в другие лечебные учреждения
6. Организация охраны госпиталя, а также его защиты от оружия массового поражения и неблагоприятных экологических факторов
7. Оказание консультативной помощи по своему профилю другим тыловым госпиталям
8. Материально-бытовое обеспечение раненых и больных и выплата им денежного довольствия
9. Проведение воспитательной и культурно-досуговой работы с ранеными и больными
10. Ведение медицинского, материального и финансового учета и отчетности
11. Проведение специальной подготовки личного состава госпиталя;
12. Проведение научно-исследовательской работы в госпитале;

СЛ. 31

На тыловые госпитали - базовые, кроме того, возлагаются следующие задачи:

1. Развертывание силами приемно-эвакуационных отделений на железнодорожных станциях, в портах и аэропортах в районах дислокации базовых

ТГЗ эвакуационных приемников и организация разгрузки прибывающих санитарных транспортов

2. Прием, медицинская сортировка, временное размещение и подготовка к дальнейшей эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению в других тыловых госпиталях, и организация их доставки в эти госпитали
3. Оказание неотложных мероприятий первичной специализированной медицинской помощи поступившим непрофильным раненым и больным, находящимся в нетранспортабельном состоянии, их временная госпитализация и лечение до восстановления транспортабельности.

Учитывая вышеизложенное, мы можем сделать вывод о том, что для обеспечения гарантированного развертывания тыловых госпиталей здравоохранения (и СФЗ в целом) в период мобилизации и выполнения ими задач по предназначению необходима их заблаговременная подготовка в мирное время.

Планирование и организация мобилизационной подготовки СФЗ возлагается на органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации под общим руководством Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Генеральный штаб Вооруженных Сил Российской Федерации осуществляет координацию мобилизационной подготовки тыловых госпиталей и контроль за состоянием их мобилизационной готовности.

Непосредственная работа по планированию и организации проведения мероприятий по мобилизационной подготовке СФЗ возлагается на мобилизационные подразделения организаций-исполнителей.

В соответствии с нормативной правовой базой в ходе мобилизационной подготовки должны быть решены следующие основные вопросы:

1. Комплектование СФЗ медицинским и обслуживающим персоналом (далее - личным составом);
2. Материальное, техническое и финансовое обеспечение СФЗ;
3. Отвод, приспособление и оборудование зданий, предназначенных для развертывания СФЗ.

Учитывая, что тыловые госпитали составляют более 90% общей численности СФЗ, а принципы мобилизационной подготовки для всех едины, дальнейшее изложение материала будем осуществлять на их примере.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Структура управления и подразделений обеспечения ТГЗ
2. Основные подразделения базового госпиталя
3. Основные подразделения нейрохирургического госпиталя
4. Основные подразделения травматологического госпиталя
5. Основные подразделения терапевтического госпиталя
6. Основные подразделения кожно-венерологического госпиталя
7. Основные подразделения туберкулезного госпиталя
8. Задачи ТГЗ
9. Дополнительные задачи базового ТГЗ

Вопрос 3 Комплектование ТГЗ личным составом. Материальное, техническое и финансовое обеспечение ТГЗ. Отвод, приспособление и оборудование зданий, предназначенных для развертывания СФЗ

Организация комплектования тыловых госпиталей личным составом осуществляется в порядке, определенном Правительством Российской Федерации, Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерством обороны Российской Федерации, и осуществляется в соответствии с существующими штатами:

а) Специалистами из числа граждан, пребывающих в запасе и работающих в мирное время в организациях-исполнителях.

Комплектование указанными специалистами является приоритетным при выполнении мобилизационных заданий. Граждане, пребывающие в запасе, работающие в мирное время в организациях-исполнителях и предназначенные в тыловые госпитали, бронированию не подлежат и к другим специальным формированиям и воинским частям не приписываются.

Предназначение указанных граждан, прежде всего специалистов дефицитных профессий, осуществляется в индивидуальном порядке как на воинские должности, так и на должности гражданского персонала, предусмотренные штатами тыловых госпиталей.

б) Гражданами, пребывающими в запасе и состоящими на общем воинском учете. Отбор граждан, предназначенных для комплектования как воинских должностей, так и должностей гражданского персонала тыловых госпиталей, производится в первую очередь из числа специалистов с учетом гражданской специальности.

в) Специалистами из числа граждан, не состоящих на воинском учете и работающих в мирное время в организациях-исполнителях (в мирное время с указанными гражданами заключаются трудовые договоры (контракты) по исполнению ими в период мобилизации и в военное время должностных обязанностей в тыловом госпитале).

г) Гражданами, не состоящими на воинском учете, путем их найма на работу в период мобилизации и в военное время на соответствующие штатные должности тылового госпиталя.

В случаях, когда должности начальников тыловых госпиталей, их заместителей и помощников невозможно укомплектовать офицерами запаса, работающими в органах здравоохранения, разрешено предназначать офицеров медицинской службы запаса 2 и 3 разрядов, состоящих на общем воинском учете.

На должности медицинского и обслуживающего персонала (врачей, рентген-техников, зубных техников, старших операционных сестер, фельдшеров и лаборантов и других), подлежащих замещению в военное время служащими по вольному найму, разрешено предназначать соответствующих специалистов из

числа граждан, пребывающих в запасе 2 и 3 разрядов, в том числе ограниченно годных к военной службе, и женщин.

Граждане, пребывающие в запасе, работающие в организациях-формирователях и предназначенные в тыловые госпитали, не подлежат бронированию на период мобилизации и в военное время; при этом эти граждане (предназначенные в тыловые госпитали) в другие команды и партии не приписываются (не предназначаются). Для этого в мобилизационных предписаниях граждан, пребывающих в запасе, предназначенных в тыловые госпитали, ставится отличительная отметка в правом верхнем углу «СФ».

Комплектование ТГЗ личным составом запаса осуществляется военными комиссариатами соответствующих территорий во взаимодействии с организациями-формирователями порядком, определяемом Генеральным штабом Вооруженных сил Российской Федерации по согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Конкретный порядок, сроки подачи и приема личного состава для тыловых госпиталей, как правило, определяет командующий войсками военного округа (флотом).

Работа по приписке (предназначению) граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ), в тыловые госпитали осуществляется мобилизационными подразделениями организаций-исполнителей, которые с получением соответствующих указаний из МЗ и СР РФ разрабатывают и направляют в штабы военных округов (флотов) заявки на выделение и заявки на призыв и поставку в разрезе военных комиссариатов субъектов Российской Федерации.

Комплекующие военные комиссариаты установленным порядком подтверждают выполнение заявок высылкой руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ копий исполненных нарядов.

На граждан, выполнение служебных обязанностей которых будет связано с совершенно секретными и секретными сведениями, военными комиссариатами соответствующих территорий производится установленным порядком оформление соответствующего допуска.

На укомплектование тыловых госпиталей не предназначаются граждане:

- имеющие неснятую или непогашенную судимость за совершение тяжкого преступления;
- забронированные в порядке, определенном Правительством РФ;
- признанные временно не годными к военной службе по состоянию здоровья на срок до 6 месяцев;
- занятые постоянным уходом за отцом, матерью, женой, мужем, родным братом, родной сестрой, дедушкой, бабушкой, усыновителем, нуждающимися по состоянию здоровья в соответствии с заключением врачебно-консультационной комиссии в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре), либо являющимися инвалидами 1 группы, а также за членами семьи, не достигшими 16-летнего возраста, при отсутствии других лиц, обязанных по закону содержать указанных граждан;
- имеющие на иждивении четырех и более детей (гражданам женского по-

- ла - одного ребенка);
- матери которых кроме них имеют четырех и более детей в возрасте до 8 лет и воспитывают их без мужа;
- члены Совета Федерации и депутаты Государственной Думы.

Врачи, предназначенные на должности начальников тыловых госпиталей, обязаны изучить и знать моральные и деловые качества личного состава, приписанного на укомплектование их учреждения. Поэтому они должны ежегодно изучать личный состав, приписанный на укомплектование тыловых госпиталей. Основными методами изучения являются работа в мобилизационных подразделениях организаций-формирователей и изучение предназначенного персонала по учетным документам (приписным картам, имеющимся в организациях-исполнителях), а также личным делам и послужным картам офицеров, учетным карточкам прапорщиков, сержантов и солдат запаса в военных комиссариатах районов, городов (без районного деления). Наиболее эффективным методом изучения приписанного на укомплектование тыловых госпиталей личного состава является личное общение с ними в период проведения учебных сборов, мобилизационных тренировок и учений.

3.1 Материальное, техническое и финансовое обеспечение ТГЗ

Номенклатура и количество вооружения, техники и других материальных средств тыловых госпиталей определяются их штатами и табелями к штатам, а также нормами обеспечения (снабжения), утвержденными МЗ и СР и МО РФ.

В штатах указывается количество основных образцов вооружения и техники, а в табелях к штатам - в полном объеме техника, имущество и другие материальные средства. Отдельным разделом в табелях к штатам указываются вооружение, боеприпасы, военная техника и другие материальные средства, обеспечение которыми возложено на Министерство обороны Российской Федерации.

Нормы обеспечения (снабжения) устанавливаются:

1. По вооружению, боеприпасам, военно-техническому имуществу связи, химическому и инженерному имуществу, продовольствию и вещевому имуществу, горючему и смазочным материалам для автомобильной техники - Министерством обороны Российской Федерации.
2. По медицинскому имуществу, медицинской и санитарной технике – МЗ и СР по согласованию с МО РФ.

Тыловые госпитали в период мобилизации и в военное время обеспечиваются Министерством обороны Российской Федерации стрелковым вооружением, боеприпасами, средствами радиационной, химической и биологической защиты, инженерной техникой, средствами заправки и транспортирования горючего (военных образцов), техническими средствами воспитания и обучения личного состава, техникой и имуществом продовольственной службы, вещевым имуществом, техникой связи, автомобильным и гужевым транспортом, печатями, штампами, бланками служебных документов, документами учета и отчет-

ности медицинской службы и служб тыла, воинскими уставами, наставлениями и инструкциями. Обеспечение раненых и больных воинскими перевозочными документами для следования к месту дальнейшего назначения после выписки из госпиталя осуществляется военными комиссариатами или закрепленными воинскими частями по решению органов военных сообщений военных округов.

МО РФ в период мобилизации и в военное время безвозмездно выделяет МЗ и СР РФ продовольствие и обменный фонд обмундирования для обеспечения раненых и больных военнослужащих, находящихся на лечении в тыловых госпиталях.

Все виды вооружения, техники, продовольствия и других материальных средств номенклатуры Министерства обороны Российской Федерации отпускаются организациям-исполнителям или непосредственно тыловым госпиталям в мобилизационный период согласно мобилизационным нарядам, высылаемым штабами военных округов в мирное время. В дальнейшем тыловые госпитали зачисляются на снабжение техникой, имуществом и продовольствием в довольствующие органы военных округов по месту дислокации.

Доставка материальных средств со складов Министерства обороны Российской Федерации в пункты развертывания тыловых госпиталей производится силами и средствами организаций-исполнителей. Выделение недостающих для этих целей транспортных средств осуществляется органами местного самоуправления на основании заявок, подаваемых в мирное время организациями-исполнителями начальникам гарнизонов или военным комиссарам.

Министерство здравоохранения РФ, органы исполнительной власти субъектов РФ и организации-исполнители в период мобилизации и в военное время обеспечивают создаваемые ими тыловые госпитали медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом, специальной техникой, оборудованием, топливом, горючим, смазочными материалами, средствами заправки и транспортирования горючего и другими материальными средствами в соответствии с утвержденными штатами и табелями к ним.

Обеспечение тыловых госпиталей медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом осуществляется путем:

- накопления его в мирное время в мобилизационном резерве согласно табелям к штатам тыловых госпиталей и нормам снабжения;
- приписки к госпиталям табельного имущества длительного использования и положенных по штату специальных кабинетов лечебно-профилактических учреждений мирного времени.

Недостающее до полной табельной потребности имущество приобретается при объявлении мобилизации из ресурсов субъектов Российской Федерации в соответствии с планом, который разрабатывается в мирное время.

Накопление материальных ценностей в мобилизационном резерве для тыловых госпиталей, их содержание, освежение и замена осуществляются организациями-исполнителями в соответствии с законодательством РФ.

Техника и другие материальные средства организаций-исполнителей, предназначенные для обеспечения тыловых госпиталей, должны храниться в пунктах их отмотобилизования.

Финансирование мероприятий по мобилизационной подготовке тыловых госпиталей в мирное время осуществляется Министерством здравоохранения и социального развития РФ за счет средств федерального бюджета.

Финансирование тыловых госпиталей в период мобилизации производится федеральными органами исполнительной власти и организациями по сметам расходов, которые разрабатываются в мирное время.

Выплата денежного довольствия личному составу тыловых госпиталей из числа военнослужащих и заработной платы гражданскому персоналу будет производиться за счет сметы органов здравоохранения в порядке и по нормам, установленным для военнослужащих и гражданского персонала МО РФ.

Обеспечение продовольствием гражданского персонала тыловых госпиталей в период мобилизации и в военное время осуществляется органами исполнительной власти субъектов РФ по нормам, устанавливаемым Правительством Российской Федерации.

Гражданский персонал тыловых госпиталей продовольственными пайками и военным обмундированием не обеспечивается.

Расходы тыловых госпиталей на выплату денежного довольствия раненым и больным военнослужащим, находящимся на лечении, производятся за счет сметы Министерства обороны Российской Федерации. Выделение денежных средств для этих целей производится военными округами по месту дислокации тыловых госпиталей через соответствующие МЭП (РЭП).

Учет и отчетность тыловых госпиталей по материально-техническому и финансовому обеспечению ведется порядком и по формам, установленными соответствующими доводящими органами Министерства здравоохранения и социального развития и Министерства обороны Российской Федерации.

3.2 Содержание и задачи медицинского снабжения

Медицинское снабжение является одним из важных направлений работы органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и представляет собой систему мероприятий, направленных на бесперебойное обеспечение медицинским имуществом тыловых госпиталей. Основным его содержанием являются планирование, заготовка, прием, накопление, хранение, учет, изготовление, отпуск медицинского имущества лечебным учреждениям, организация эксплуатации и ремонта медицинской техники и имущества, контроль за его рациональным и экономным расходованием.

Известно, что от уровня обеспеченности тыловых госпиталей медикаментами, антибиотиками, кровезаменителями, медицинскими иммунобиологическими препаратами, дезинфекционными и дератизационными средствами, перевязочным и шовным материалом, инструментами, приборами, аппаратами и другими предметами медицинского назначения во многом зависит своевремен-

ность и непрерывность оказания медицинской помощи раненым и больным, эффективность их лечения, объем лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Становление и развитие системы медицинского снабжения всецело зависит от развития военного дела, достижений научного и технического прогресса, роста отечественной промышленности, развития научных открытий в медицинской практике. По мере развития медицинской службы совершенствовались и организационные принципы медицинского снабжения, формы и методы обеспечения медицинским имуществом. Большое влияние на этот процесс оказал опыт работы, полученный в локальных войнах последних двух десятилетий и при ликвидации медико-санитарных последствий стихийных бедствий и катастроф.

Важнейшими условиями бесперебойного снабжения тыловых госпиталей являются высокая маневренность и оперативность в работе подразделений и учреждений медицинского снабжения, их способность обеспечивать защиту и сохранность материальных ценностей.

Основными задачами медицинского снабжения являются:

- определение потребности в медицинском имуществе и своевременное обеспечение им тыловых госпиталей;
- накопление установленных запасов медицинского имущества, их хранение и содержание в готовности к использованию по назначению;
- заготовка медицинского имущества на промышленных предприятиях министерств и ведомств страны и закупка непосредственно на местах;
- руководство медицинскими складами по вопросам оперативно-производственной деятельности и совершенствование их материально-технической базы;
- организация технического обслуживания и ремонта медицинского имущества;
- разработка и проведение мероприятий по защите медицинского имущества от поражающих факторов современного оружия;
- разработка и пересмотр, по мере необходимости, норм снабжения ТГЗ и руководящих документов по медицинскому снабжению;
- организация и проведение научно-исследовательской работы по дальнейшему совершенствованию системы медицинского снабжения и обобщение опыта обеспечения медицинским имуществом ТГЗ;
- участие в разработке и совершенствовании организационно-штатной структуры учреждений медицинского снабжения;
- организация контрольно-ревизионной работы и проведение мероприятий по экономному и рациональному расходованию медицинского имущества и его эксплуатации;
- ведение учета и отчетности по медицинскому имуществу;
- изучение фармацевтических кадров и участие в их расстановке, подготовке и совершенствовании.

Медицинское снабжение осуществляется довольствующими органами (органы управления здравоохранением субъектов РФ военного времени, в штат которых входят отделы по руководству тыловыми госпиталями, личный состав которых определен штатом от 09.01.1986 года № 27/598 или сектора по руководству тыловыми госпиталями, личный состав определен штатом от 09.01.1986 года № 27/599), обеспечивающими ТГЗ медицинским имуществом.

Организуя медицинское снабжение тыловых госпиталей довольствующие органы определяют потребность в медицинском имуществе, производят его заготовку, накопление, создание запасов, осуществляют контроль за рациональным и экономным расходованием.

Важнейшими задачами являются бесперебойное, своевременное и полное снабжение медицинским имуществом, особенно в период массового поступления раненых и больных, восполнение его расхода.

Свою работу довольствующие органы осуществляют через организации и учреждения медицинского снабжения, к которым относятся медицинские склады, организации и группы по ремонту медицинской техники, добыче и транспортировке медицинского кислорода, аптеки тыловых госпиталей.

На организации и учреждения медицинского снабжения возлагается прием, хранение, учет медицинского имущества, обслуживание и ремонт медицинской техники, добыча медицинского кислорода, приготовление, комплектование, расфасовка, учет, отчетность и отпуск медицинского имущества.

Руководство медицинским снабжением осуществляет руководитель органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации военного времени, а в тыловых госпиталях - их начальники. В составе органа управления здравоохранением имеются штатные функциональные подразделения медицинского снабжения (отделения, сектора, группы), непосредственно ведающие вопросами обеспечения медицинским имуществом и осуществляющие руководство медицинским центром «Резерв» и операционно-производственной и хозяйственной деятельностью медицинских складов.

Обеспечение медицинским имуществом лечебно-диагностических отделений и кабинетов тыловых госпиталей осуществляется аптеками.

Основным принципом медицинского снабжения является плановое централизованное натуральное довольствие. Оно основано на отпуске и подаче медицинского имущества натурой вышестоящим довольствующим органом нижестоящему. Номенклатура и объем поставляемого медицинского имущества определяются нормами снабжения и табелями к штатам тыловых госпиталей, которыми устанавливаются перечень и количество имущества для первоначального обзаведения с учетом решаемых задач и предусмотренного объема работы.

Помимо планового, централизованного снабжения, осуществляется и децентрализованная заготовка (закупка) имущества, не предусмотренного нормами и табелями и не поставляемого довольствующим органом. Для этой цели довольствующим органом выделяются денежные ассигнования для заготовки имущества непосредственно на местах.

3. 3. Порядок снабжения медицинским имуществом тыловых госпиталей в период мобилизационного развертывания и слагивания

Медицинское имущество, необходимое для развертывания и организации работы тыловых госпиталей, в мирное время накапливается в мобилизационном резерве на медицинских складах (структурные подразделения, расположенные вне места нахождения медицинского центра) медицинских центров мобилизационных резервов «Резерв» (далее - медицинский центр) органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по нормам табельного оснащения медицинским имуществом тыловых госпиталей здравоохранения Российской Федерации, по нормам табельного оснащения медицинским имуществом тыловых госпиталей здравоохранения Российской Федерации, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 24 июня 2005 года № 14дсп «Об утверждении «Норм табельного оснащения медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом тыловых госпиталей здравоохранения Российской Федерации»;

- «Норм обеспечения здравоохранения РФ медицинским имуществом для оказания населению отдельных видов медицинской помощи в военное время из расчета на 10 специализированных коек на 3 месяца работы»;
- «Норм обеспечения здравоохранения РФ медицинским имуществом для оказания медицинской помощи населению при применении противником оружия массового поражения в военное время из расчета на 1000 пораженных».

Медицинские центры создаются органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в интересах выполнения мобилизационного задания по развертыванию специальных формирований и учреждений здравоохранения.

В задачи медицинских центров входит:

- организация и выполнение мероприятий по накоплению, хранению, сбережению и освежению материальных ценностей мобилизационного резерва;
- учет и контроль их качественного и количественного состояния;
- руководство производственной и финансово-хозяйственной деятельностью складов мобилизационного резерва;
- обеспечение условий хранения и противопожарной безопасности на складах;
- обеспечение готовности материальных ценностей мобилизационного резерва к выдаче в установленные сроки.

Количество складов, на которых осуществляется накопление и хранение материальных ценностей мобилизационного резерва, зависит от мобилизационного задания, установленного постановлением Правительства РФ конкретному субъекту РФ по развертыванию специальных формирований и учреждений здравоохранения, в том числе и ТГЗ в интересах ВС РФ.

Структура медицинских центров и складов утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.10.1998 года № 315дсп «О введении в действие типовых штатов служащих и рабочих медицинских центров «Резерв» и складов хранения имущества второй группы органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации».

Основные требования, порядок и правила приема, хранения, освежения и выдачи медицинского имущества определены Инструкцией по хранению мобилизационного резерва медицинского и санитарно-хозяйственного имущества, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.10.2005 года № 613дсп «О хранении мобилизационного резерва медицинского и санитарно-хозяйственного имущества».

Согласно требований указанной Инструкции в мирное время на складах отрабатывается 2 экземпляра заявки-наряда (наряда) на выдачу (отпуск) имущества на каждый тыловой госпиталь, которая утверждается руководителем органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Уточнение (корректировка) заявки-наряда (наряда) проводится два раза в год материально-ответственными лицами склада с росписью на последнем листе заявки-наряда.

Выдача медицинского имущества со склада осуществляется согласно Графику выдачи имущества со склада № __, утвержденному руководителем органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Получение и вывоз медицинского имущества тыловыми госпиталями осуществляется с прикрепленных складов (таблица № 3) по команде руководителя органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации штатным автотранспортом и собственными погрузочными командами.

Доставленное в пункт дислокации тылового госпиталя медицинское имущество разгружается на склад аптеки тылового госпиталя, где оно проверяется и заводится его учет. В порядке исключения крупногабаритное медицинское имущество (рентгеновские аппараты, установки стоматологические и др.) разгружается в местах его предполагаемой эксплуатации в помещения лечебно-диагностических отделений и кабинетов тылового госпиталя.

Кроме того, медицинское и санитарно-хозяйственное имущество получается по документам, отработанным довольствующим органом, из местных ресурсов.

Местные ресурсы - это имущество, которое засчитывается в обеспеченность тылового госпиталя, за счет:

- имущества того учреждения, на базе которого планируется развертывание тылового госпиталя (больница, санаторий, дом отдыха, детский оздоровительный лагерь и др.);
- резерва имущества тех лечебных учреждений, которые по решению суженого заседания не будут функционировать в военное время.

Часть имущества получается с баз снабжения довольствующего органа, которое будет поставлено в первые 1-2 месяца по договорам, заключенным до-

вольтствующим органом с предприятиями-изготовителями по плану расчетного года.

Ввод в эксплуатацию медицинских аппаратов, приборов и врачебно-медицинских инструментов, их расконсервация осуществляется специально подготовленным в мирное время штатным персоналом лечебно-диагностических отделений и кабинетов тылового госпиталя с привлечением, при необходимости, штатных инженера (по ремонту и эксплуатации медицинской аппаратуры), техника и слесаря по контрольно-измерительным приборам и автоматике.

Монтаж крупногабаритного медицинского имущества (рентгеновские аппараты и др.) производится представителями ремонтных организаций по заранее разработанному довольствующим органом плану и заключенным договорам.

3. 4. Порядок снабжения тыловых госпиталей здравоохранения в исполнительный период

Медицинское снабжение - система мероприятий, направленных на обеспечение тыловых госпиталей медицинским имуществом.

Основное его содержание - планирование, заготовка, прием, накопление, хранение, учет и отпуск медицинского имущества, организация эксплуатации и ремонта медицинской техники и имущества, контроль за его рациональным и экономным расходом в лечебно-диагностических отделениях и кабинетах тылового госпиталя.

Обеспеченность тылового госпиталя медикаментами, антибиотиками, кровезаменителями, перевязочными и др. медицинским имуществом напрямую влияет на эффективность лечения раненых и больных, объем лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Снабжение тыловых госпиталей медицинским имуществом осуществляется органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации военного времени, организующего свою работу через учреждения медицинского снабжения, к которым относятся, в том числе, медицинский центр с подведомственными ему складами.

Руководство медицинским снабжением осуществляет руководитель органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации через штатных сотрудников органа управления, непосредственно ведающими вопросами обеспечения медицинским имуществом и осуществляющих руководство медицинским центром, операционно-производственной и хозяйственной деятельностью подведомственными ему складами, а также отделения (сектора) по руководству тыловыми госпиталями.

Обеспечение медицинским имуществом в тыловых госпиталях осуществляется аптеками, являющимися их функциональными подразделениями.

Потребность тыловых госпиталей в медицинском имуществе определяется в соответствии с нормами табельного оснащения медицинским имуществом

тыловых госпиталей здравоохранения РФ. Потребность в расходном имуществе определяется с учетом профиля тылового госпиталя и практического его расхода, исходя из того, что норма рассчитана на работу в течение 3 месяцев.

Потребность в инвентарном имуществе - с учетом установленных сроков эксплуатации каждого аппарата, прибора и инструмента, планируемого их списания по истечении установленных сроков эксплуатации и др..

Особое внимание уделяется определению потребности в быстро амортизирующихся изделиях из резины (грелки, спринцовки, круги подкладные, трубки дыхательные и др.), режущих и колющих инструментах (скальпели, ножи, иглы лигатурные и др.).

Обобщенная заявка согласовывается со всеми специалистами тылового госпиталя и в установленные сроки направляется в довольствующий орган.

В процессе плановой работы тылового госпиталя (поступление специфического контингента больных из очагов массового поражения и др.) может возникнуть острая потребность в определенных видах (группах) медицинского имущества (чаще всего расходного). В этом случае порядком, установленным довольствующим органом, отрабатывается и подается внеплановая заявка.

Плановое снабжение тыловых госпиталей медицинским имуществом, как правило, осуществляется со складов, к которым они прикреплены на медицинское снабжение в сроки и порядком, определенным довольствующим органом (таблица № 4). В этом случае руководство тылового госпиталя планирует и готовит к отправке на склад транспорт, погрузочную команду и, как правило, под руководством начальника аптеки госпиталя, осуществляется получение, загрузка в транспорт и доставка имущества в район дислокации тылового госпиталя. Имущество разгружается на склад аптеки тылового госпиталя, распределяется по группам хранения и заводится его учет.

Ремонт медицинской аппаратуры и техники осуществляется по заранее разработанному довольствующим органом плану и заключенным с ремонтными организациями договорам. Медицинское имущество требующее ремонта порожним транспортом, как правило, направляемым для получения имущества, доставляется на прикрепленный склад, откуда доставляется в ремонтные подразделения.

В исключительных случаях, если в тыловом госпитале скопилось большое количество медицинской аппаратуры и техники требующей ремонта, то по согласованию с довольствующим органом, может быть направлена подвижная ремонтная группа ремонтной организации, которая осуществляет ремонт медицинского имущества на месте (таблица № 5).

3. 5. Порядок учета и отпуска медицинского имущества

Учету подлежит все медицинское имущество поступающее в тыловой госпиталь независимо от источников его поступления и способов приобретения.

Порядок учета, формы учетных документов и порядок их заполнения определены приказами Министерства здравоохранения:

- от 02.07.1987 г. № 747 «Об утверждении «Инструкции об учете медикаментов, лекарственных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, содержащихся на государственном бюджете»;
- от 12.11.1997 года № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» и дополнения к нему от 09.01.2001 года № 2 «О внесении изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 12.11.1997 года № 330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств».

Составление и ведение учетных документов на медицинское имущество возлагается на заведующего аптекой тылового госпиталя.

Учет расходного медицинского имущества ведется в аптеке тылового госпиталя в целом за учреждение по книгам учета. Целесообразно заводить отдельные книги учета по различным группам (лекарственные средства, антибиотики и медицинские иммунобиологические препараты, перевязочные и шовные материалы, пластыри, расходные медицинские предметы, аптечные расходные предметы, лабораторные расходные предметы и принадлежности и т.д.). Для учета ядовитых и наркотических лекарственных средств в обязательном порядке заводится отдельная книга учета.

Учет инвентарного медицинского имущества ведется в аптеке в целом как за тыловой госпиталь, так и за каждое лечебно-диагностическое отделение или кабинет по книгам учета.

Выдача расходного медицинского имущества в лечебно-диагностические отделения и кабинеты тылового госпиталя осуществляется из аптеки по требованиям, написанным на бланке со штампом тылового госпиталя, которые подписываются начальником лечебно-диагностического отделения (кабинета) тылового госпиталя и накладным (инвентарное имущество).

Расходное имущество, как правило, получается в аптеке 2-3 раза в неделю согласно утвержденному начальником тылового госпиталя графику.

Накладные (в двух экземплярах) на получение инвентарного имущества заполняются в аптеке, подписываются заведующим аптеки и должностными лицами лечебно-диагностических отделений (кабинетов) тылового госпиталя, которым поручено его получение и ведение учета. Вторые экземпляры накладных выдаются вместе с имуществом, на их основании заводится учет имущества в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя.

Расходное медицинское имущество в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя после получения из аптеки используется по прямому назначению без ведения учета.

Исключение составляет утвержденный довольствующим органом ограниченный перечень (в основном ядовитые и наркотические лекарственные средства, спирт этиловый, дефицитные и дорогостоящие медикаменты, частич-

но перевязочные и дезинфицирующие средства), учет которого ведется в книгах учета.

Данные в эти книги заносятся провизором-технологом аптеки перед выдачей медицинского имущества, где проставляется его количество (при необходимости №№ серий лекарственных средств).

При использовании (проведении лечебно-диагностических мероприятий, инъекций и др.) лекарственного средства дежурная медицинская сестра лечебно-диагностического отделения (медицинская сестра кабинета) делает в книге учета отметку о количестве использованного лекарственного средства, ФИО больного и № его истории болезни.

При сдаче-приеме дежурства медицинские сестры сверяют наличие лекарственного средства с данными учета. Использованные ампулы из-под ядовитых и наркотических лекарственных средств дежурные медицинские сестры обязаны сдавать в тот же день (за исключением выходных и праздничных дней) в аптеку.

Уничтожение использованных ампул производится комиссией под председательством заведующего аптекой тылового госпиталя с оформлением соответствующего акта.

Учет инвентарного медицинского имущества ведется в книгах учета по категориям на основании данных накладных на его получение из аптеки. На каждую категорию отводится отдельный лицевой счет. На аппараты и приборы указывается их год выпуска, год ввода в эксплуатацию и заводской номер согласно технической документации (техпаспорта). Техническая документация хранится в лечебно-диагностическом отделении (кабинете) тылового госпиталя.

Ядовитые и наркотические лекарственные средства в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя должны храниться в закрытых, опечатанных (опломбированных) сейфах. На внутренней стороне дверки шкафа должен находиться перечень ядовитых и наркотических лекарственных средств с указанием их высших разовых и суточных доз. Хранение каких-либо других лекарственных средств (предметов, в том числе военных билетов, удостоверений личности раненых и больных) запрещается. Сейфы оборудуются охранной светозвуковой сигнализацией. Сигнализация выводится на пост дежурной медицинской сестры или к дежурному по тыловому госпиталю.

Допускается хранение ядовитых и наркотических лекарственных средств в металлических шкафах (шкатулках), надежно прикрепленных к стене или полу. Ядовитые и наркотические лекарственные средства для парентерального, внутреннего и наружного применения должны храниться отдельно. О приеме (сдаче) дежурным медицинским персоналом запасов ядовитых и наркотических лекарственных средств и ключей от сейфов (шкафов, шкатулок) в которых они хранятся, делается соответствующая запись в книгах учета этих средств или журнале приема (сдачи) дежурства.

В случае, если назначения ядовитых или наркотических лекарственных средств отменены и потребности в них нет, они сдаются в аптеку. Сдача

оформляется накладной, выписываемой в аптеке. Уничтожение ядовитых и наркотических лекарственных средств, дальнейшее использование которых в медицинской практике нецелесообразно, осуществляется в строгом соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 31.01.2002 года № 26 «Об утверждении «Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным».

Ключи от сейфов (шкафов, шкатулок) должны постоянно находиться у дежурной медицинской сестры (дежурного врача). Хранение ключей в ящиках рабочих столов категорически запрещается.

Запасы ядовитых и наркотических лекарственных средств в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя определяются начальником госпиталя и не должны превышать 3-х дневной потребности в них.

Для оказания экстренной неотложной помощи в вечернее и ночное время по жизненным показаниям разрешается создавать в приемных отделениях пятидневный резерв ядовитых и наркотических лекарственных средств. Указанный резерв может быть использован по разрешению ответственного дежурного врача (дежурного хирурга, терапевта) во всех лечебно-диагностических отделениях тылового госпиталя.

Ответственными за хранение и выдачу больным ядовитых и наркотических лекарственных средств в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя являются их начальники, а также лица, уполномоченные на то приказом по тыловому госпиталю. Пероральный прием ядовитых и наркотических лекарственных средств должен проводиться только в присутствии медицинской сестры.

В лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя должны быть на постах дежурных врачей и медицинских сестер и в местах хранения таблицы высших разовых и суточных доз ядовитых и наркотических лекарственных средств, а также таблицы противоядий при отравлениях ими.

В лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя подлежат предметно-количественному учету все ядовитые и наркотические лекарственные средства. Учет ведется в специальной книге учета, пронумерованной, прошнурованной и скрепленной гербовой печатью тылового госпиталя и подписанной начальником тылового госпиталя.

Вторые экземпляры ключей от помещений хранения, сейфов (шкафов, шкатулок), в которых хранятся ядовитые и наркотические лекарственные средства, опечатанные (опломбированные) печатями (пломбирами) материально-ответственных лиц, подлежат хранению в специальной части тылового госпиталя.

Контроль за учетом и хранением медицинского имущества в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя осуществляется в порядке регулярных проверок должностными лицами и оформляется записью

на последних страницах соответствующих книг учета или специальном журнале:

- старшей медицинской сестрой лечебно-диагностического отделения;
- начальником лечебно-диагностического отделения (кабинета);
- заведующим аптекой тылового госпиталя;
- заместителем начальника тылового госпиталя по лечебной работе;
- комиссиями при проведении плановых инвентаризаций медицинского имущества;
- постоянно действующими комиссиями по проверке целесообразности назначения ядовитых и наркотических лекарственных средств.

В тыловых госпиталях ежегодно приказом назначаются постоянно действующие комиссии, которые проводят не реже 1 раза в месяц проверки целесообразности назначения лечащими врачами ядовитых и наркотических лекарственных средств, а также состояние их хранения, учета и расходования.

В сроки, установленные довольствующим органом, в госпитале проводятся плановые инвентаризации медицинского имущества и отработка годовых отчетов.

При проведении плановых инвентаризаций медицинского имущества в лечебно-диагностических отделениях (кабинетах) тылового госпиталя и аптеке на основании данных учета проводится проверка его наличия, качественного состояния и выбраковка имущества подлежащего списанию по истечении установленных сроков эксплуатации.

По итогам инвентаризации заведующим аптекой отрабатывается акт инвентаризации, в котором отмечаются недостатки в учете и использовании медицинского имущества, делаются замечания и предложения по их устранению. Кроме того, отрабатываются акты на списание медицинского имущества, непригодного к дальнейшей эксплуатации, которые, в зависимости от стоимости медицинского имущества, утверждаются начальником тылового госпиталя или руководителем довольствующего органа.

На основании утвержденных актов списания медицинского имущества вносятся данные в книги учета. Списанное инвентарное медицинское имущество сдается в аптеку, где комиссия принимает решение о его утилизации, передаче на запасные части (ремонтный фонд) или создание учебного фонда.

Отработка годового отчета и составление заявки в потребности в медицинском имуществе на планируемый год.

Потребность тылового госпиталя в медицинском имуществе определяется в соответствии с нормами табельного оснащения медицинским имуществом тыловых госпиталей здравоохранения Российской Федерации (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 июня 2005 года № 14дсп «Об утверждении «Норм табельного оснащения медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом тыловых госпиталей здравоохранения Российской Федерации»,..).

Потребность в расходном имуществе определяется с учетом профиля тылового госпиталя и практического его расхода. Потребность в инвентарном

имуществе - с учетом установленных сроков эксплуатации каждого аппарата, прибора и инструмента, планируемого их списания по истечении установленных сроков эксплуатации и др...

Обобщенная заявка, согласованная со всеми специалистами тылового госпиталя, в установленные сроки направляется в доводящий орган.

К годовому отчету прилагается пояснительная записка, в которой отражаются вопросы:

- касающиеся медицинского снабжения тылового госпиталя за отчетный период;
- возникшие проблемы в обеспечении лечебного процесса медицинским имуществом;
- выполнения диагностических и лечебно-профилактических мероприятий;
- предложения по улучшению снабжения медицинским имуществом, в том числе и по отдельным группам имущества.

3.6 Отвод, приспособление и оборудование зданий, предназначенных для развертывания СФЗ

В соответствии с действующими нормативными правовыми документами здания, сооружения, коммуникации, земельные участки для тыловых госпиталей предоставляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

Решения об отводе, приспособлении и оборудовании зданий для развертывания тыловых госпиталей, о назначении организаций – исполнителей работ принимаются и утверждаются в мирное время на специальных заседаниях органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления (далее именуются – специальные заседания).

Решения специальных заседаний включаются в мобилизационные планы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

В первую очередь для размещения тыловых госпиталей отводятся здания и помещения лечебно – профилактических учреждений независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности (госпитали ветеранов войн, больницы, санатории, дома отдыха, профилактории и т.д.) и прилегающая к ним территория. В исключительных случаях отводятся здания и помещения учебных заведений, гостиниц и других учреждений, требующие минимальных затрат материальных средств для их приспособления в период мобилизации и в военное время.

После отбора зданий для развертывания тыловых госпиталей специальная комиссия органа исполнительной власти субъекта РФ обязана в течение месячного срока составить акт об отводе здания, определить объем специальных строительных работ, выполняемых в мирное время.

Акт об отводе здания (по каждому зданию) рассматривается на суженых заседаниях и утверждается руководителем органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

К акту прилагаются: технический паспорт здания; экспликация помещений и прилегающей территории; схема расположения функциональных подразделений; данные о планируемом объеме приспособительных работ; технико-экономическое обоснование выбранного варианта размещения специального формирования и наряд на выделение материальных средств (оказание услуг) из местных ресурсов.

Наряды на выделение материальных средств (оказание услуг) из местных ресурсов, необходимых для производства, хранятся в организации-исполнителе работ.

Утвержденные акты об отводе здания является основанием для оформления «Ордера на право занятия зданий...», которые затем передаются органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в мирное время.

Назначенные на основании решений специальных заседаний организации – исполнители работ в течение четырех месяцев со дня утверждения акта об отводе здания разрабатывают технический проект, смету и план строительно-монтажных работ по его приспособлению и оборудованию, которые утверждаются руководителем органа исполнительной власти субъекта РФ.

Организации-исполнители работ обеспечивают проведение работ в соответствии с доведенным до них органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планом строительно-монтажных работ.

В период мобилизации и в военное время отведенные и приспособленные для развертывания тыловых госпиталей здания, сооружения, коммуникации земельные участки, транспортные средства, имеющийся запас топлива, твёрдый и мягкий инвентарь, средства связи и энергоснабжения, а также другие необходимые материальные средства передаются организацией-владельцем здания в соответствии с решением суженного заседания в ведение начальника тылового госпиталя по акту приема-передачи с указанием в нем стоимости передаваемого имущества. Экземпляр этого акта хранится в организации-владельце здания, в органе исполнительной власти субъектов Российской Федерации или в органе местного самоуправления, а также у начальника тылового госпиталя.

К акту прилагается список работ, подлежащих выполнению в период мобилизации и в военное время.

При отсутствии надобности в зданиях начальник тылового госпиталя возвращает их организации-владельцу по акту приема - передачи с указанием суммы понесенных убытков, подтвержденных документами.

Возмещение государством убытков, понесенных организациями и гражданами в связи с предоставлением ими зданий, сооружений, коммуникаций, земельных участков, транспортных средств и другого имущества в интересах обороны страны, производится в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Организация комплектования тыловых госпиталей личным составом
2. Какая категория граждан, пребывающих в запасе идет на комплектование ТГЗ?
3. Кто не предназначается для комплектование ТГЗ?
4. Кто устанавливает нормы обеспечения (снабжения) ТГЗ?
5. Как осуществляется обеспечение тыловых госпиталей медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом?
6. Как осуществляется обеспечение тыловых госпиталей техникой и прочим материально-техническим имуществом?
7. Организация финансирования ТГЗ
8. Содержание медицинского снабжения ТГЗ
9. Основные задачи медицинского снабжения ТГЗ
10. Порядок снабжения медицинским имуществом тыловых госпиталей в период мобилизационного развертывания и слагивания
11. Основные требования, порядок и правила приема, хранения, освежения и выдачи медицинского имущества
12. Порядок снабжения тыловых госпиталей здравоохранения в исполнительный период
13. Порядок учета и отпуска медицинского имущества
14. Контроль за учетом и хранением медицинского имущества в ТГЗ
15. Порядок отвода здания для развертывания ТГЗ
16. Акт об отводе здания. Его содержание и порядок заполнения

Вопрос 4. Основные принципы формирования и организации работы ТГЗ в период мобилизации. Расформирование тыловых госпиталей

Мероприятия по формированию тыловых госпиталей здравоохранения выполняются с объявлением общей или частичной мобилизации. Подача и прием мобилизационных ресурсов в тыловые госпитали планируется в сроки, предусмотренные планами (сроки подачи и приема мобилизационных ресурсов исчисляются от момента объявления мобилизации (получения сигнала).

Призыв граждан на военную службу по мобилизации осуществляется только военными комиссариатами на основании приказов об объявлении мобилизации. Военный комиссар принимает в отношении гражданина, пребывающего в запасе, одно из следующих решений:

- о призыве на военную службу (работу на должностях гражданского персонала);
- о предоставлении отсрочки от призыва по мобилизации;
- об освобождении от призыва по мобилизации.

Решение о вызове ГПЗ, в военный комиссариат для призыва в ходе мобилизации доводится до него объявлением в средствах массовой информации приказа военного комиссара об объявлении мобилизации, либо вручением персональной повестки о призыве (предписании об убытии непосредственно в СФЗ).

Оформление призыва ГПЗ, которые поступают непосредственно в тыловые госпитали, производится военными комиссариатами по месту формирования. В этом случае военные комиссариаты после оформления призыва высылают начальникам тыловых госпиталей личные дела офицеров запаса с жетонами личных номеров и их послужные карты.

По прибытии в структурное подразделение тылового госпиталя личный состав заносится в штатно-должностные списки (ШДС) и получает задачу по должностному предназначению. По завершении укомплектования отделения (подразделения) ШДС передаются командованию тылового госпиталя для издания приказа о зачислении в списки личного состава и назначения на штатные воинские должности и должности гражданского персонала.

Зачислять на военную службу ГПЗ, в том числе и в добровольном порядке, минуя военные комиссариаты, запрещается.

Для обеспечения своевременного получения корреспонденции специальные формирования по действительным наименованиям приписываются к станциям фельдъегерской почтовой связи или предприятиям Госкомсвязи России согласно указаниям штаба военного округа.

Начальник тылового госпиталя назначает ответственного за получение корреспонденции (почтальона) и обеспечивает его удостоверением и доверенностью на право получения и отправления почты.

Комплектом печатей и штампов тыловые госпитали обеспечиваются штабами военных округов в мирное время. Эти материалы хранятся вместе со вто-

рым экземпляром мобилизационного плана в комплектующих военных комиссариатах.

Комплектование тыловых госпиталей техникой организаций и граждан осуществляется военными комиссариатами во взаимодействии с организациями-формирователями порядком, определяемым Генеральным штабом ВС РФ по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Техника принимается в технически исправном состоянии, обеспеченная запасными частями, инструментом, агрегатами, узлами, механизмами, специальным и другим оборудованием по нормам, установленным соответствующими нормативными правовыми актами Российской Федерации по военнотранспортной обязанности, с регистрационными документами и знаками, технической документацией (ведомостями комплектации завода-изготовителя, ведомостями комплектов запасных частей и принадлежностей (далее именуются – ЗИП) и т.д.), паспортами на специальное оборудование, паспортами на специальные кузова (цистерны), санитарными паспортами).

Дорожно-строительная техника (далее именуется – ДСТ) и прицепные электростанции, подлежащие освидетельствованию, принимаются при наличии разрешения на эксплуатацию от органа Госгортехнадзора (Госэнергонадзора).

Техника считается технически исправной при условии наличия заключения органа Государственной инспекции безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел РФ (орган ГИБДД) или органа государственного надзора и контроля за техническим состоянием транспортных средств в РФ (орган Гостехнадзора) о разрешении эксплуатации этой техники и (или) не имеющая неисправностей, указанных в Перечне неисправностей, при наличии которых техника, предоставляемая организациями и гражданами в период мобилизации и в военное время, не принимается войсками, воинскими формированиями и органами.

Прием техники и технического имущества от организации тыловыми госпиталями включает в себя оформление (заполнение): ведомости контроля за ходом поступления техники, листов осмотра техники, маршрутного листа, именного списка водителей, а также перерегистрацию техники и выдачу владельцу (представителю владельца) техники и технического имущества Справки.

Справки подписываются военным комиссаром (начальником тылового госпиталя) и представителем организации (гражданином) и заверяются гербовой печатью военного комиссариата (тылового госпиталя).

Военные комиссариаты на основании Справок оформляют и выдают владельцу (представителю владельца) техники и технического имущества квитанции на подтверждение передачи организациями и гражданами в соответствии с планами мобилизации, мобилизационными заданиями (заказами) и (или) технического имущества, в том числе находящихся в их собственности. Оформление и выдача Квитанций производится военным комиссариатом, как правило, после завершения выполнения основных мобилизационных мероприятий на территории района, города (без районного деления).

Паспорта принятой техники, ранее выданные органами ГИБДД и гостех-

надзора, передаются в отдел материально-технического обеспечения тылового госпиталя с целью дальнейшего оформления перехода права собственности. На основании сведений, указанных в паспортах принятой техники в течение следующих после приема техники 3-х суток оформляются паспорта (формуляры) техники. Паспорта принятой техники, ранее выданные органами ГИБДД и гостехнадзора, накладные на техническое имущество и приемо-сдаточные акты хранятся в тыловом госпитале до окончания мобилизации (военного времени) и принятия решения о дальнейшем использовании техники и технического имущества, поступивших от организаций и граждан в период мобилизации и в военное время.

О ходе отмобилизования начальники тыловых госпиталей представляют доклады и донесения руководителю органа местного самоуправления, руководителю органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и командующему войсками военного округа в соответствии с выпиской из «Табеля срочных донесений».

На основании донесения начальника тылового госпиталя о завершении отмобилизования и готовности к работе командующий войсками округа дает указание начальникам служб округа о постановке госпиталя на все виды довольствия.

4.1 Расформирование тыловых госпиталей

Тыловые госпитали расформируются по приказу МЗ и СР РФ, который издаётся на основании постановления Правительства РФ и директивы Начальника Генерального штаба ВС РФ. Ответственность за расформирование несут начальники тыловых госпиталей, а также соответствующие органы управления здравоохранением.

Вся медицинская документация расформированных тыловых госпиталей высылается Военно-медицинскому музею МО РФ.

Приказы по личному составу и другие документы общего делопроизводства госпиталей направляются в Центральный архив МО РФ.

Вооружение, технику, боеприпасы, средства защиты, остатки продовольствия и другое имущество номенклатуры МО РФ, а также книги учета материальных средств и вся переписка по этим вопросам сдаются в органы военного управления, к которым госпитали были приписаны.

Денежные документы по статьям сметы МО РФ и книги финансового учета после обревизования их довольствующим финансовым органом сдаются тыловыми госпиталями в архив военного округа. Полученные от МО РФ руководящие документы и бланки строгого учета по финансовой службе передаются по списку довольствующему финансовому органу.

Медицинское, санитарно-хозяйственное и все другие виды имущества передаются согласно указаниям органов управления здравоохранением, в ведении которых находились госпитали. Книги учета и вся остальная, не подлежащая уничтожению документация, направляются в местные архивы.

Здания со всем находящимся в них оборудованием, инвентарем и остатками топлива передаются согласно решению местных органов исполнительной власти.

Увольнение персонала госпиталей и расчет с ним производится по существующему трудовому законодательству. Органы здравоохранения, в ведении которых находились тыловые госпитали, обеспечивают через местные органы исполнительной власти трудоустройство уволенных. Граждане, пребывающие в запасе, после увольнения направляются в военные комиссариаты по месту жительства.

Материально-ответственные лица увольняются после сдачи всех числящихся за ними материальных ценностей.

О расформировании каждого тылового госпиталя местные органы здравоохранения представляют донесения МЗ и СР и МО РФ.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Мероприятия по формированию тыловых госпиталей здравоохранения в период от мобилизации
2. Порядок комплектование тыловых госпиталей техникой организаций и граждан в период от мобилизации
3. Порядок расформирования ТГЗ после окончания работы

Вопрос 5. Организация медицинского учета раненых и больных в ТГЗ

Для тыловых госпиталей здравоохранения на военное время принята система медицинского учета, представляющая собой научно обоснованный способ получения сведений о санитарных потерях, здоровье военнослужащих и состоянии медицинского обеспечения войск и сил флота. Медицинский учет осуществляется с помощью официально принятого комплекта формализованных документов индивидуального (персонального) и коллективного (группового) учета, а также специальных правил измерения и регистрации военно-медицинских данных. Он обеспечивает достоверность, полноту, сравнимость, преемственность и своевременность получения медицинской информации. Документы медицинского учета предназначены для единообразной регистрации медицинских данных, обеспечения преемственности в оказании помощи, обследовании и лечении раненых и больных, имеют юридическое значение, являются информационной основой управления здравоохранением, а также обеспечивают выполнение других задач. Перечень форм и порядок ведения документов медицинского учета регламентируются Инструкцией по медицинскому учету и отчетности в специальных формированиях здравоохранения на военное время и другими руководящими документами.

Книги и бланки медицинского учета и отчетности изготавливаются централизованно, снабжение ими осуществляется через Главное военно-медицинское управление МО РФ и они закладываются в соответствующие комплекты медицинского имущества

Статистически обработанные данные отчетных медицинских документов составляют основу для проведения качественного и количественного анализов величины и динамики возникновения санитарных потерь и деятельности военно-медицинских подразделений, частей и учреждений в конкретных условиях боевых действий войск за различные календарные периоды.

Основными направлениями медико-статистического анализа в военное время являются:

- анализ санитарных потерь (абсолютная и относительная величина; структура по видам ранений, заболеваний, по подразделениям и частям, по категориям военнослужащих, по воинским специальностям, по задачам боя, операции; среднесуточное число санитарных потерь; динамика санитарных потерь по дням боевых действий, операции и др);
- анализ деятельности учреждений здравоохранения (статистическая характеристика первой и первичной медико-санитарной доврачебной помощи раненым; статистическая характеристика первичной медико-санитарной врачебной помощи раненым и деятельности медицинских рот; статистическая характеристика специализированной медицинской помощи и деятельности госпиталей);
- анализ деятельности санитарно-профилактических (санитарно-эпидемиологических) учреждений (подразделений) (организация сани-

тарно-эпидемиологического надзора в частях и учреждениях зоны ответственности и проведение возложенных на медицинскую службу гигиенических и противоэпидемических мероприятий; качество и эффективность возложенных на медицинскую службу гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в воинских частях и учреждениях обслуживаемого района, влияющих на санитарно-эпидемиологическую обстановку в войсках).

Инструкцией по медицинскому учету и отчетности в СФЗ определен порядок медицинского учета раненых и больных. Суть его заключается в том, что в военное время персональному медицинскому учету в медицинских подразделениях, частях и учреждениях подлежат все раненые и больные военнослужащие ВС РФ и союзных армий, гражданский персонал МО, военнопленные и другие лица, поступившие для получения медицинской помощи или стационарного лечения. Учитываемой единицей является каждый раненый и больной, независимо от числа ранений, заболеваний и их сочетаний.

В отчетные медицинские документы включаются данные только о раненых и больных, подлежащих стационарному лечению. Медицинский учет раненых и больных военнослужащих (гражданского персонала) ВС РФ и союзных армий, выбывших из строя не менее чем на 24 часа и поступивших на этапы медицинской эвакуации, где оказывается врачебная помощь, является одновременно учетом санитарных потерь личного состава ВС РФ и союзных армий.

Медицинский учет военнослужащих, получивших ранения (поражения) в боях при защите РФ, производится в соответствии со специальной классификацией и номенклатурой боевых поражений для статистической медицинской отчетности военного времени. Учет военнослужащих, заболевших или получивших не боевую травму, ведется в соответствии с классификацией и номенклатурой болезней, применяемой в мирное время.

В медицинских учреждениях МО в качестве санитарных потерь учитываются раненые и больные, поступившие на лечение и получившие там первичную медико-санитарную врачебную помощь, на которых была заполнена первичная медицинская карточка.

Деятельность тылового госпиталя здравоохранения характеризуют следующие показатели: использование коечного фонда; состав и движение лечившихся больных; состояние диагностической работы (количество диагностических исследований на одного больного, соответствие структуры выполненных диагностических исследований структуре лечившихся больных, длительность диагностического и предоперационного периодов, совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов); состояние лечебного процесса (количество физиотерапевтических и ЛФК- процедур на одного больного, хирургическая активность, удельный вес сложных оперативных вмешательств, частота послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, средняя длительность лечения больных и определившиеся исходы лечения, в том числе по отдельным нозологическим формам заболеваний). Анализ деятельности тылового госпиталя здравоохранения осуществляется с применением современных тех-

нических и программных средств.

Объем работы лечебного учреждения в целом и отдельного лечебного отделения характеризуется показателями использования коечного фонда (штатной, фактической, использованной мощностью). Единицей учета при этом является госпитальная койка (штатная, развернутая, занятая). Количество коек, установленное штатом лечебного учреждения, характеризует возможности по размещению больных, обеспечению их медицинской помощью, питанием, уходом и другими видами обслуживания. Количество развернутых коек отражает фактические возможности лечебного учреждения по госпитализации больных, а количество занятых коек - использование этих возможностей. При планировании и анализе использования коечного фонда применяется расчетная единица – койко-день.

Органы управления здравоохранением разрабатывают оперативные (боевые), мобилизационные, административно-организационные и другие документы.

Документы, разрабатываемые при планировании и осуществлении медицинского обеспечения войск, в том числе на учениях и тренировках называются **боевыми документами**.

Мобилизационными являются документы, относящиеся к планированию и проведению мобилизационной работы.

Административно-организационными являются документы, определяющие использование личного состава, а также повседневную организаторскую, административную и хозяйственную деятельности специальных формирований здравоохранения.

Справочные документы – расчеты, ведомости кадрового состава, таблицы, графики, схемы, справки.

Служебные документы – документы, предназначенные для повседневного руководства силами и средствами специальных формирований здравоохранения (приказы, директивы, приказания, доклады, донесения, отчеты, акты, справки и др.)

Документы учета, медицинского учета и отчетности - это рационально организованный комплект взаимоувязанных документов, отвечающих единым требованиям и содержащих информацию, необходимую для организации работы и управления мобилизационной подготовкой, мобилизационным развертыванием и лечебно-диагностической деятельностью в специальных формированиях здравоохранения с применением (и без применения) средств автоматизации и связи.

Сложность задач, решаемых органами управления здравоохранением постоянно возрастает. Увеличиваются и объемы информации, подлежащей учету, регистрации, обработке, анализу и выдаче должностным лицам. Важнейшим элементом повышения оперативности и эффективности управления в этих условиях является создание и внедрение автоматизированной системы управления (АСУ) ТГЗ, основанной на единых организационных, методологических, информационных и технических принципах.

В ходе разработки и создания элементов АСУ ТГЗ большое значение отводится комплексу вопросов, связанных с унификацией и формализацией документов.

Унификация и формализация документов здравоохранения представляют собой сложную проблему, где объектами унификации являются разнотипные по назначению и оформлению документы, предназначенные для использования в период мобилизации и военное время.

Решение этой проблемы нашло отражение в создании инструкции должностным лицам специальных формирований здравоохранения и форм документов медицинского учета и отчетности.

В основу их разработки заложены следующие принципы:

- унификация от общего к частному (построение формуляров - образцов новых документов, а на их основе - конкретных форм документов);
- единообразие форм документов, правил их построения, заполнения и оформления;
- информативность документов (соответствие объемов информации в документах потребностям должностных лиц здравоохранения);
- экономичность (обоснованное включение форм документов).

Использование унифицированных документов, разработанных для тыловых госпиталей здравоохранения позволило:

- повысить оперативность управления;
- сократить потоки информации в системе управления здравоохранением в военное время, организовать мобилизационную подготовку на качественно новом уровне;
- обеспечить возможность обработки и отображения всех документов на технических средствах автоматизации;
- снизить трудоемкость заполнения документов и упростить их обработку;
- исключить дублирование информации;
- учесть технические возможности современных и перспективных средств автоматизации;
- унифицировать алгоритмы обработки документов на ЭВМ, существенно сократив тем самым трудоемкость разработки программного обеспечения;
- обеспечить преемственность и совместимость работы должностных лиц здравоохранения и медицинской службы ВС РФ, занимающих различные должности;
- привить должностным лицам здравоохранения в мирное время навыки, необходимые для управления и работы с документами в период мобилизации и военное время.

Документы учета, медицинского учета и отчетности представляют собой совокупность документов, относящихся к деятельности здравоохранения. Они созданы по единым правилам и требованиям, и содержат информацию, необходимую для управления специальными формированиями здравоохране-

ния на основе применения традиционных способов, а также в АСУ в мирное время, периоды мобилизационного развертывания и в военное время.

5.1 Основные единицы медико-статистического учета

Для единого понимания основных единиц информационно-статистического учета, обеспечения достоверности, полноты и сравнимости, а следовательно полноценной информационно-статистической поддержки деятельности должностных лиц специальных формирований здравоохранения в военное время приняты соответствующие понятия (определения) и учетно-статистические единицы медико-статистического учета.

Единое понимание и регистрация единиц учета обеспечивают достоверность, полноту и сравнимость медико-статистических данных.

Единица учета санитарных потерь - военнослужащий ВС РФ (работник МО) других войск, воинских формирований, выбывший из строя вследствие ранения или заболевания на срок не менее суток (24 часа), зарегистрированный на этапе медицинской эвакуации, где оказывается врачебная помощь.

Медицинский учет раненых и больных производится по диагнозам их ранений, заболеваний. При наличии у раненого (больного) нескольких ранений или заболеваний все они обязательно регистрируются в учетных медицинских документах; оперативный же медицинский учет санитарных потерь, учет лечившихся в медицинских подразделениях, частях и учреждениях, а также медицинская отчетность ведутся по диагнозам основных (ведущих) ранений, заболеваний.

При выборе диагноза основного ранения (заболевания) и причины смерти необходимо руководствоваться следующими правилами:

- основным следует считать первичное (в этиологическом и хронологическом отношении) ранение, заболевание, а не его осложнение;
- диагнозу тяжелого или смертельного ранения, заболевания отдавать предпочтение перед другими ранениями;
- при наличии у больного острого и хронического заболевания (поражения) основным следует считать диагноз острого заболевания;
- диагнозу эпидемического заболевания (поражения микробными формами бактериологического оружия) отдавать предпочтение перед диагнозами других заболеваний, ранений;
- из двух ранений (заболеваний), одинаковых по тяжести, основным считать то, которое более тяжело отражается на боеспособности и трудоспособности раненого (больного) или требует более сложного и длительного лечения.

При пользовании приведенной схемой выбора диагноза основного ранения (заболевания) и причины смерти каждое ее правило вступает в силу в том случае, когда не может быть применено предыдущее.

Госпитализированным (лечившимся) раненым (больным) считается каждый, поступивший на этап медицинской эвакуации (медицинский пункт

части, корабля, в отдельный медицинский батальон, отдельный медицинский отряд, госпиталь ЕГБФ, ТГЗ) для стационарного лечения или обследования.

При наличии у одного раненого нескольких ранений различают комбинированное, множественное или сочетанное ранение (поражение).

Оперированным считается раненый (больной), которому в лечебном учреждении была произведена хирургическая операция, т.е. механическое воздействие на ткани и органы с применением обезболивания для целей диагностики или лечения. Одному оперированному может быть произведено несколько оперативных вмешательств (хирургических операций), каждое из которых подлежит специальному медицинскому учету.

Одновременно с регистрацией хирургических операций учитываются также вид применявшегося обезболивания, осложнения и исход операции.

Специальному медицинскому учету подлежат раненые и больные, получившие противошоковую терапию.

Послеоперационным осложнением следует считать состояние, возникшее у оперированного во время или после операции, связанное с самой операцией, подготовкой к ней, послеоперационным ведением больного.

Лечебно-диагностическое мероприятие - единица учета, используемая для характеристики объема содержания проводимой на этапах медицинской эвакуации лечебно-диагностической работы. К лечебно-диагностическим мероприятиям относятся: хирургические операции, переливания крови и кровезаменителей, иммобилизация, перевязки, рентгенологические и другие диагностические исследования, различные физиотерапевтические процедуры и т.д. Для единообразия учета лечебно-диагностических мероприятий используются их специальные номенклатуры.

Определившийся исход лечения раненого (больного) - результаты законченного лечения военнослужащего в лечебных учреждениях (на этапах медицинской эвакуации): выписка по выздоровлению для дальнейшего прохождения воинской службы (без изменения или с изменением степени годности к службе); увольнение по болезни или ранению из Вооруженных Сил (в отпуск, в запас или вовсе); летальный исход (смерть).

Каждый случай определившегося исхода лечения раненых (больных) регистрируется в документах медицинского учета с обязательным указанием для военнослужащих одной из следующих формулировок:

Ранение (контузия, травма, увечье):

- 1) получено в боях при защите Российской Федерации;
- 2) получено при исполнении обязанностей военной службы;
- 3) получено вследствие несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы;
- 4) не связано со службой в Вооруженных Силах России.

Заболевание:

- 1) получено при исполнении обязанностей военной службы;
- 2) не связано со службой в Вооруженных Силах России;
- 3) связано с пребыванием на фронте.

Показатель исходов лечения раненых, больных, а также средняя длительность их лечения являются основными медико-статистическими показателями, характеризующими эффективность работы лечебного учреждения. Единицами учета являются: определившийся исход - результат законченного лечения больного (возвращение в часть, увольнение из ВС РФ, смерть) и длительность лечения раненого, больного в лечебном учреждении в днях. При определении числа дней, проведенных раненым, больным на лечении, день поступления в лечебное учреждение и день выбытия считается за один день.

Случай расхождения диагноза направления и окончательного диагноза лечебного учреждения - единица учета, используемая при количественной оценке качества диагностической работы врачей войсковых частей методом сопоставления диагнозов направления и окончательного у больных, выбывших с определившимися исходами.

Случай расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов ранения (заболевания) - единица учета, используемая при оценке качества диагностической работы врачебного состава путем сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов у умерших раненых и больных. Различают полное и частичное расхождение сравниваемых диагнозов.

Длительность лечения раненого (больного) военнослужащего учитывается (в днях) при наступлении определившегося исхода его лечения с момента ранения, заболевания и характеризует тяжесть ранения, болезни и эффективность всего комплекса лечебно-эвакуационных мероприятий, а также с момента поступления в лечебное учреждение, где определился исход, и характеризует длительность лечения в данном учреждении, т.е. длительность его пребывания в этом госпитале.

Госпитальная койка как единица медицинского учета отражает возможность лечебного учреждения разместить одного раненого (больного), обеспечив его необходимой медицинской помощью, питанием и уходом. Медико-статистическому учету подлежат койки, определенные штатом лечебного учреждения - штатные койки; койки, предусмотренные планом его развертывания - плановые койки; койки (места), фактически подготовленные к приему раненых и больных - развернутые койки; койки, соответствующие числу находящихся на лечении раненых и больных - занятые (использованные) койки.

Койко-день - расчетная единица, применяемая при планировании и анализе использования коечного фонда лечебных учреждений (имеется в виду одна койка, запланированная к использованию, фактически развернутая или занятая раненым, больным в течение одних суток).

Статистический анализ деятельности тылового госпиталя здравоохранения, характеризуют следующие показатели: использование коечного фонда; состав и движение лечившихся больных; состояние диагностической работы (количество диагностических исследований на одного больного, соответствие структуры выполненных диагностических исследований структуре лечившихся больных, длительность диагностического и предоперационного периодов, совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов); состояние лечеб-

ного процесса (количество физиотерапевтических и ЛФК-процедур на одного больного, хирургическая активность, удельный вес сложных оперативных вмешательств, частота послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, средняя длительность лечения больных и определившиеся исходы лечения, в том числе по отдельным нозологическим формам заболеваний). Анализ деятельности госпиталя осуществляется с применением современных технических и программных средств.

Объем работы лечебного учреждения и лечебного отделения характеризуется показателями использования коечного фонда (штатной, фактической, использованной мощностью). Единицей учета при этом является госпитальная койка (штатная, развернутая, занятая). Количество коек, установленное штатом лечебного учреждения, характеризует возможности по размещению больных, обеспечению их медицинской помощью, питанием, уходом и другими видами обслуживания. Количество развернутых коек отражает фактические возможности лечебного учреждения по госпитализации больных, а количество занятых коек - использование этих возможностей. При планировании и анализе использования коечного фонда применяется расчетная единица – койко-день.

При анализе данных о составе раненых, больных, лечившихся в лечебном учреждении (по отделениям госпиталя, по контингентам больных, по классам, группам и формам болезней) единицей учета является госпитализированный раненый, больной, принятый лечебным учреждением для стационарного обследования и лечения по диагнозу основного заболевания.

Показатели лечебно-диагностической работы позволяют оценить полноту охвата госпитализированных раненых и больных различными диагностическими и лечебными мероприятиями. Единицей учета при этом является раненый, больной, получивший те или иные лечебно-диагностические мероприятия (рентгенологические, физиотерапевтические процедуры и т.д.). Каждый лечившийся может пользоваться несколькими диагностическими и лечебными мероприятиями (хирургические операции, исследования, процедуры).

5.2. Основные документы медицинского учета и отчетности СФЗ

Документы медицинского учета и отчетности, применяемые для управления СФЗ, ведутся, заполняются и применяются в мирное время (мобилизационная подготовка) и в военное время. Их роль в решении задач медицинского обеспечения войск и управлении тыловыми госпиталями здравоохранения в период мобилизации и в военное время имеет большое значение, так как они являются основными источниками получения необходимой информации для принятия обоснованных решений. Кроме того, документы учета и отчетности – важное средство отображения складывающейся медицинской обстановки.

С их помощью должностные лица органов управления здравоохранением накапливают и анализируют информацию военно-медицинского и иного характера. На их основе готовятся донесения, отчеты и доклады для вышестоящих органов управления здравоохранением о степени выполнения поставлен-

ных задач, происходящих изменениях в обстановке и результатах принятых решениях, о положении дел и состоянии СФЗ.

В современных условиях при разработке автоматизированных систем управления и автоматизированных рабочих мест для должностных лиц органов управления здравоохранением учетные и отчетные документы не утратили прежней важности.

Количество документов, обрабатываемых в органах управления здравоохранением постоянно растет, увеличивается и число источников информации, что обуславливает важность и необходимость широкого применения для их разработки и заполнения электронно-вычислительной техники. При этом вопросы упорядочения, стандартизации и унификации документов, а также рационализация алгоритмов и программ их заполнения принимают первостепенное значение.

Решение этой проблемы можно осуществить несколькими способами: разработкой унифицированных документов учета, медицинского учета и отчетности специальных формирований здравоохранения, а также повышением уровня автоматизации управленческих процессов.

Документы медицинского учета и отчетности предназначены для работы с ними должностных лиц органов управления здравоохранением в мирное время (во время подготовки и проведения учений, а также для мобилизационной подготовки приписанных к тыловому госпиталю здравоохранения офицеров и врачей), в период мобилизационного развертывании тыловых госпиталей здравоохранения и в военное время.

Приведем сведения о наиболее важных документах медицинского учета и отчетности

Первичная медицинская карточка (Ф № 100) является документом персонального медицинского учета, предназначенным для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи раненым и больным на этапах медицинской эвакуации. Заполненная медицинская карточка имеет юридическое значение - она свидетельствует факт ранения (заболевания) и дает право раненому (больному) на эвакуацию в тыл.

Карточка заводится на всех раненых и больных, выбывших из строя в связи с ранением или заболеванием на срок не менее одних суток при первом оказании им первичной медико-санитарной врачебной помощи.

На этапе медицинской эвакуации, где раненому (больному) впервые оказана первичная медико-санитарная врачебная помощь, заполняются лицевая сторона первичной медицинской карточки и ее корешок. Регистратор заполняет паспортную часть карточки и ее корешка, под диктовку врача обводит номера назначенных мероприятий медицинской помощи и вписывает дополнительные мероприятия в свободные строки. Номера назначений переносятся в корешок карточки. Отметки о выполнении врачебных назначений отмечаются подчеркиванием названия соответствующего мероприятия в карточке. При выявлении дефектов оказания медицинской помощи номера последних в карточке и корешке также обводятся кружком. Аналогично оформляются особые замечания

врача на обороте карточки. Корешок отрезается от карточки и используется для составления очередного донесения по медицинской службе. Заполненная карточка подписывается врачом, заверяется печатью части и вместе с эвакуированным раненым (больным) оправляется на следующий этап медицинской эвакуации. Медицинская карточка прикрепляется к повязке раненого или вкладывается в левый карман его верхней одежды.

2. История болезни является (Ф № 102) основным документом персонального медицинского учета раненых и больных, находящихся на стационарном лечении в военно-лечебных учреждениях.

Она состоит из постоянной части и набора вкладышей: вкладыш к истории болезни раненого; вкладыш к истории болезни больного (пораженного); лист учета выполнения врачебных назначений; лист динамического наблюдения; карта интенсивной терапии; анестезиологическая карта; карта экстракорпоральной детоксикации; вкладной лист к истории болезни;

История болезни содержит паспортные данные раненого (больного), сведения об обстоятельствах и характере ранения (заболевания), течении патологического процесса, проведенных лечебно-диагностических мероприятиях, определившемся исходе и длительности лечения и обеспечивает преемственность в лечении раненого (больного) в различных военно-лечебных учреждениях. Она удостоверяет наличие или отсутствие причинной связи ранения (заболевания) военнослужащего с пребыванием на фронте или прохождением военной службы. Нумерация реквизитов дана в соответствии с их номерами в карточке учета раненого (больного) (форма № 103).

Форма № 102 ведется:

— в госпиталях — на всех раненых и больных, госпитализированных для стационарного лечения в военное время, а также в мирное время при ликвидации последствий аварий, катастроф и в локальных конфликтах;

— в омедб, ОМО (ОМОСН) — на временно госпитализированных раненых и больных в военное время, а также в мирное время при ликвидации последствий аварий, катастроф и в локальных конфликтах.

История болезни заводится на каждого раненого и больного один раз и ведется до определившегося исхода лечения. При эвакуации раненого (больного) из одного лечебного учреждения в другое история болезни пересылается вместе с эвакуируемым. При этом история болезни с другими медицинскими документами раненого (больного) вкладывается в эвакуационный конверт (форма № 104).

В лечебном учреждении, куда поступил раненый (больной), новая история болезни не заводится, а заполняется вкладной лист, который клеивается в историю болезни.

Все записи в истории болезни должны быть краткими, достоверными, четко сформулированными, написаны разборчивым почерком и подписаны тем, кто их произвел.

Первичная медицинская карточка, с которой поступил раненый (больной), клеивается в историю болезни между первым и вторым листами.

При первичном заполнении истории болезни на раненого (больного), поступившего на стационарное лечение или обследование, диагноза, с которыми направлен, предварительный и окончательный, установленные в этом лечебном учреждении, записываются на первом листе истории болезни.

В последующих лечебных учреждениях, куда поступит раненый (больной), диагноз его ранения (заболевания) записывается на вкладном листе к истории болезни и в конце эпикриза.

При выбытии раненого (больного) с определившимся исходом из последнего лечебного учреждения окончательный диагноз приводится в конце эпикриза, а также выносится на первую страницу истории болезни. Диагноз ранения (заболевания) формулируется в соответствии с Номенклатурой ГВМУ МО РФ и содержит текстовую часть и код.

Истории болезни всех выбывших с определившимися исходами лечения подлежат постоянному хранению. После использования их для составления документов медицинской отчетности лечебного учреждения истории болезни пересылаются в архив Военно-медицинского музея Министерства обороны РФ установленным порядком.

3. Карточка учета раненых и больных(Ф № 103) является документом персонального медицинского учета раненых и больных, находящихся на стационарном лечении. Она предназначена для регистрации основных паспортных данных раненого (больного), сведений о его ранении (заболевании) и результатах лечения. Содержащиеся в карточке данные используются для составления документов медицинской отчетности госпиталя и в справочных целях.

Карточка ведется в госпиталях на всех раненых, пораженных или больных, госпитализированных для стационарного лечения или обследования.

Карточка учета раненых и больных состоит из основной и осведомительной части (собственно карточки) и осведомительного купона на поступившего в госпиталь. Лицевая сторона карточки и осведомительный купон заполняются в приемно-сортировочном отделении госпиталя при поступлении раненого (больного) в госпиталь одновременно с заполнением истории болезни. Для удобства заполнения нумерация основных пунктов истории болезни, карточки и купона – совпадает. Заполненный осведомительный купон отрезается от карточки и в течении ближайших суток пересылается через управление госпитальной базы (управление МЭП или РЭП) в Учетно-справочное бюро о раненых и больных МО РФ, где используется для справочных целей.

Заполненные в приемно-сортировочном отделении карточки учета передаются в медицинскую часть госпиталя, где используются при составлении донесений по медицинской службе по форме № 1г/мед для характеристики состава поступивших за сутки раненых и больных.

Оборотная сторона карточки заполняется данными из истории болезни перед эвакуацией раненого из госпиталя или при наступлении у него определенного исхода лечения (выписка по выздоровлению, увольнение в отпуск по болезни или вовсе из ВС РФ, смерть).

Заполненные карточки используются при составлении очередного отчета о работе госпиталя, после чего пересылаются в Учетно-справочное бюро о раненых и больных.

4. Эвакуационный конверт (Ф № 104) предназначен для хранения во время эвакуации медицинских и других документов раненого (больного), а также для записи указаний сопровождающему медицинскому персоналу об уходе и лечебных мероприятиях, необходимых эвакуируемому в пути следования.

Эвакуационный конверт заводится в омедб, омедо или госпитале при подготовке к эвакуации раненых и больных, имеющих истории болезни.

Вид эвакуационного транспорта, очередность эвакуации, положение раненого (больного) указывается графически на рисунках лицевой стороны конверта.

Номер транспорта, фамилия, имя и отчество раненого (больного), его воинское звание, диагноз; перечень документов, находящихся в конверте; пункт назначения; номер места в транспорте; нуждаемость в уходе и медицинской помощи; время заполнения конверта; фамилия заполнявшего его врача разборчиво вписывается в соответствующие строки на этой же стороне.

Слева на конверте имеются рисунки, обозначающие ранение головы с угрозой асфиксии, ранение крупных сосудов с временной остановкой кровотечения (жгут, пинцет), проникающие ранения груди и живота, тяжелые ранения с переломами костей или обширным повреждением мягких тканей. При наличии у эвакуируемого подобных ранений и необходимости обратить на них внимание сопровождающего персонала указанные рисунки обводятся.

По заполнении конверт с вложенными в него документами вручают лицу, сопровождающему эвакуируемых, или водителю транспорта.

На промежуточных этапах медицинской эвакуации, где эвакуируемый для лечения не задерживается, на оборотной стороне конверта отмечается название этого этапа, время прибытия и убытия раненого (больного), оказанная медицинская помощь (например, исправление повязки, инъекции и т.д.) и мероприятия по уходу (питание, туалет и др.), указывается учреждение, куда эвакуируется раненый (больной).

При необходимости изменения указаний о режиме эвакуации, уходе и медицинской помощи раненому (больному) об этом делаются отметки на лицевой стороне конверта, а предыдущие указания зачеркиваются.

Эвакуационный конверт хранится с историей болезни и в случаях повторной эвакуации раненого (больного) используется снова.

При невозможности дальнейшего использования эвакуационного конверта он заменяется новым. После наступления определившегося исхода лечения раненого (больного) и подготовке истории болезни к сдаче в архив эвакуационный конверт уничтожается.

Вопросы для самоконтроля знаний

1. Основные направления медико-статистического анализа в военное время в ТГЗ
2. Организация медицинского учета военнослужащих, получивших ранения (поражения)
3. Виды документов, разрабатываемых при планировании и осуществлении медицинского обеспечения войск
4. Основные единицы медико-статистического учета
5. Основные документы медицинского учета и отчетности СФЗ
6. Первичная медицинская карточка (Ф № 100). Ее предназначение
7. История болезни является (Ф № 102). Ее предназначение
8. Карточка учета раненых и больных(Ф № 103) и эвакуационный конверт (Ф № 104). Их предназначение

После изучения учебного материала ответить на вопросы тестов по ссылке

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSetFL2FatgBob3gSoNeyk8Bywx0EzE5dm8qgtleIKHdrDM4vA/viewform>