**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ**

**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Анализ людских потерь в войнах ХХ века показывает, что наряду с вооруженными силами огромные потери несет и гражданское население. Так, в годы первой мировой войны потери среди гражданского населения составили 5%, во вторую мировую войну – 48% от общего числа людских потерь, во время войны во Вьетнаме погибло 90% мирного населения.

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

В современных войнах решающая роль отводится высокоточному оружию. Применение такого оружия направлено на разрушение промышленных и военных объектов, что снижает потери среди гражданского населения. В то же время, как показывает опыт войны в Югославии, где это оружие применялось, соотношение погибших военных к гражданскому населению составило 1:15.

С учетом этого важная роль в системе национальной безопасности отводится мероприятиям ГО.

Медицинское обеспечение населения, пострадавшего в ходе военных действий или вследствие этих действий, возложено на ГО в сфере здравоохранения (ГОЗ).

Оно **включает** в себя:

* комплекс организационных, лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья пострадавшего населения,
* мероприятия по мед. снабжению формирований и учреждений ГОЗ,
* мероприятия по медицинской защите населения от поражающих факторов современных средств боевого воздействия.

# Задачи, структура и основы работы

# гражданской обороны в сфере здравоохранения

**Основными задачами ГО в сфере здравоохранения** являются:

1. Оказание всех видов МП пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий населению с целью быстрейшего возвращения его к труду, максимального снижения у него инвалидности и летальности.

2. Проведение полного комплекса сан.-гиг. и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых поражений, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, а при их развитии – на локализацию, ликвидацию и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

3. Организация снабжения формирований и учреждений ГОЗ медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом.

4. Комплексные меропр. по защите больных и персонала ГОЗ от воздействия пораж. факторов совр. боевого оружия и всевозможных катастроф в военное время.

5. Систематическая и планомерная подготовка мед. персонала к выполнению своих обязанностей в особый период.

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

7. Проведение учета и отчетности, осуществление аналитической деятельности.

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

**Руководство** представлено **начальниками ГОЗ** на соответствующих уровнях:

- в РФ – Министром здравоохранения и социального развития РФ;

- в субъекте РФ – руководителем органа управления здравоохранением субъекта;

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

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

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

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

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

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

- создавать формирования и учреждения ГОЗ в соответствии с планом-заданием и поддерживать их в постоянной готовности;

- создавать, хранить и освежать оперативно-тактический резерв медицинского имущества, объемы которого определяются планом-заданием;

- организовывать взаимодействие с ведомственными медицинскими службами и другими службами ГО территорий;

- создавать надежную систему управления, оповещения и связи;

- разрабатывать вопросы медицинского обеспечения эвакуации и рассредоточения населения;

- отрабатывать вопросы перевода здравоохранения на работу в условиях особого периода;

- совершенствовать организацию и тактику действий сил и средств ГОЗ;

- формировать и совершенствовать систему безопасности функционирования УЗ, в целом, формирований и учреждений ГОЗ, в частности, в условиях особого периода.

Для решения неотложных задач создаются оперативные группы, на которые возложены следующие задачи:

1. Установление связи и взаимодействия с:

- Минздравсоцразвития РФ, агентствами, входящими в его структуру, федеральными и ведомственными УЗ;

- органами исполнительной власти субъектов РФ и их муниципальных образований;

- руководителями УЗ, дислоцированных на территории;

- МЧС России, его Главным управлением по субъекту РФ, управлениями (отделами) МЧС в муниципальных образованиях;

- оперативными службами, учреждениями и предприятиями в зоне ответственности.

2. Организ. подгот. защ. сооружений в ЛПУ для укрытия персонала и больных.

3. Разработка проектов решений штаба ГОЧС УЗ о состоянии готовности учреждения к выполнению возложенного задания на особый период.

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

**Силы** **ГОЗ** представлены создаваемыми **формированиями и учреждениями для оказания медицинской помощи населению**, пострадавшему в ходе военных действий и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых потерь. Комплектуются формирования и учреждения ГОЗ за счет граждан, пребывающих в запасе (ГПЗ) Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ) и состоящих на специальном воинском учете, и граждан, не состоящих на воинском учете.

В случае необходимости и дефиците сил ГОЗ к оказанию медицинской помощи пораженному населению могут привлекаться все кадровые ресурсы УЗ, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности, в том числе и не включенные в состав ГОЗ (пенсионеры, мед. персонал, работающий в других отраслях экономики).

**Средства** **ГОЗ** – это медицинское, санитарно-хозяйственное, специальное имущество и оборудование, санитарный и иной транспорт.

Комплектование формирований и учреждений ГОЗ медицинским имуществом и оборудованием **осуществляется за счет**:

- текущего снабжения (имущество повседневного обеспеч. УЗ в мирное время);

- имущества мобилизационного резерва, содержащегося на складах медицинских центров (МЦ) «Резерв»

- медицинского имущества оперативно-тактического резерва, создаваемого УЗ согласно плану на случай возникновения ЧС мирного времени.

В основу **создания,** комплектования и обучения сил и средств ГОЗ положены следующие **основные принципы**:

**1. Территориально-производственный** – органы управления, формирования и учреждения ГОЗ создаются на базе существующих в мирное время террит. органов управления и учреждений здравоохр. с макс. использ. людских и матер. ресурсов.

**2. Универсализма подготовки** – органы управления, формирования и учреждения ГОЗ готовятся к реальной работе во всех возможных очагах массового поражения (ядерном, хим., биол., механическом, термическом, комбинированном и др.).

**3. Функционального предназначения** – формирования и учреждения ГОЗ предназначаются для оказания определенного вида и свойственного ему объема медицинской помощи раненым и больным из числа гражданского населения.

Основные **принципы организации оказания медицинской помощи** пораженным и больным в системе ГО представлены на рис. 9:

**Основные принципы**

**организации медицинской помощи**

**в системе гражданской обороны**

Двухэтапное оказание медицинской помощи и лечение раненых и пораженных

Создание формирований и учреждений ГОЗ на базе УЗ мирного времени

Осуществление медицинской сортировки раненым и пораженным на каждом этапе медицинской эвакуации

Привлечение сил и средств ведомственных УЗ к медицинскому обеспечению раненых и пораженных

Приближение медицинской помощи к пораженным

Маневр

силами и средствами ГОЗ

**Рис. 9. Основные принципы организации медицинской помощи в системе гражданской обороны**

Формирования ГО, создаваемые в интересах здравоохранения подразделяются на 3 группы:

**Формирования, создаваемые на базе санитарно-эпидемиологических учреждений ФГУ Роспотребнадзора**

**Формирования, создаваемые на базе ЛПУ**

**Объектовые формирования**

**СПЭБ**

**СЭО**

**ОСД**

**СД**

**СП**

ГСЭР

**СЭБ**

**БСМП**

**ПГ**

**ОПМ**

СГ(Т)Б

РБ

ЭБ

ХПГ

ТТПГ

ИПГ

ОСМП

**1. Объектовые формирования,** создаются в учреждениях и организациях немедицинского профиля ипредназначаются для оказания первой медицинской помощи (ПМП) и проведения простейших санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. К ним относятся санитарные посты **(СП),** санитарные дружины(**СД),** отряды санитарных дружин (**ОСД).** В их состав **не включаются** лица, имеющие медицинское образование, а также студенты старших курсов высших и средних медицинских образовательных учреждений.

**2. Формирования, создаваемые на базе лечебно-профилактических учреждений** – отряды первой медицинской помощи **(ОПМ),** подвижные госпитали (хирургический – **ХПГ**, токсико-терапевтический – **ТТПГ**, инфекционный – **ИПГ),** бригады специализированной медицинской помощи (**БСМП)** и их отряды (**ОСМП).**

**3. Формирования, создаваемые на базе санитарно-эпидемиологических учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзора)** – специализированные противоэпидемиологические бригады **(СПЭБ)**, санитарно-эпидемиологические отряды **(СЭО),** санитарно-эпидемиологические бригады **(СЭБ)** и группы санитарно-эпидемиологической разведки (**ГСЭР).** Из числа СЭБ комплектуют эпидемиологические бригады **(ЭБ),** радиологические бригады **(РБ),** санитарно-гигиенические (токсикологические) бригады **(СГ(Т)Б).** СЭО формируются за счет функционального объединения ЭБ, РБ и СГ(Т)Б. Санитарно-эпидемиологические учреждения, не имеющие возможностей создания СЭО формируют только СЭБ, а не способные сформировать СЭБ комплектуют расширенные ГСЭР.

*Все формирования ГОЗ, за исключением СП, являются подвижными.*

**Санитарный пост** **(СП) -** создается на объектах экономики из расчета один пост на 200 работающих (обучающихся), из сотрудников предприятий, учреждений, в том числе образовательных, и других организаций различной формы собственности, а при численности работающих менее 200 человек – один СП на объект. Состоит СП из 4-х человек, которые на оснащении имеют медицинскую аптечку, санитарные носилки, две лямки к ним и средства индивидуальной защиты. За 1 час работы персонал СП способен оказать ПМП 10 раненым и пораженным (без розыска и выноса). В мирное время персонал СП целесообразно привлекать к оказанию ПМП пострадавшим при производственных травмах и для проведения оздоровительных мероприятий среди рабочих и служащих объекта экономики.

**Санитарная дружина** **(СД) –** создается также на объектах экономикив составе: командир, связной (он же завхоз), шофер и 5 звеньев по 4 человека в каждом. Всего в составе СД 23 человека. СД предназначены для оказания ПМП в очагах поражения, способны работать как самостоятельно, так и в составе формирований и учреждений ГОЗ, либо **объединяться в ОСД, состоящий из 4-5 СД.** Для перевозки личного состава и имущества к СД приписывается автомобильный транспорт (автобус), по возможности, от объекта экономики ее формирующего.

Оснащение СД: сумки санитарные, противохимические и перевязочные пакеты, защитная одежда, противогаз (приобретаются за счет предприятий, учреждений ее формирующих). Специальная подготовка СД проводится силами медицинского персонала территорий. Основными формами подготовки являются практические занятия, штабные тренировки и тактико-специальные учения. СД способна за 10 часов работы в очаге поражения оказать ПМП 500 пострадавшим. При проведении противоэпидемических мероприятий в очаге биологического поражения за одной СД закрепляется территория с населением 1500 человек на весь период ее работы в очаге.

**Отряд первой медицинской помощи** **(ОПМ) –** формирование повышенной готовности, предназначенное для приема, медицинской сортировки, проведения частичной специальной обработки пораженных (пострадавших), оказания им первой врачебной помощи, осуществления временной изоляции инфекционных и психоневрологических больных, а также для подготовки раненых и пораженных к дальнейшей эвакуации. Создается ОПМ на базе ЛПУ, как правило, амбулаторно-поликлинического профиля. По штату в состав ОПМ входит 143 человека, в т. ч. 9 врачей, 38 медицинских сестер и фельдшеров и 2 СД.

Структура ОПМ представлена управлением и 8 отделениями:

Управление ОПМ представлено начальником отряда, заместителями по массовым формированиям и воспитательной работе, радистом и шофером. В ОПМ развертывают следующие функциональные отделения: приемно-сортировочное, частичной специальной обработки, операционно-перевязочное, госпитальное, эвакуационное, лабораторное, медицинского снабжения (аптека) и хозяйственное, которое оборудует морг.

Укомплектованный и оснащенный ОПМ за 24 часа работы способен выполнить полный объем решаемых задач для 500-1000 раненых и пораженных.

**Инфекционный подвижной госпиталь (ИПГ) –** комплектуется из персонала ЛПУ инфекционного профиля по типовому штату и предназначен для проведения лабораторной индикации биологических (бактериальных) средств, оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, лечения инфекционных больных и оказания консультативной помощи медицинскому персоналу, работающему в очагах инфекционных заболеваний. Численность личного состава ИПГ 138 человек, из них 17 врачей, 42 средних медицинских работника и прочего персонала – 79 человек.

ИПГ имеет свой палаточный фонд, в котором развертываются приемно-диагностическое и два лечебно-диагностических отделения, клинико-диагностическая и бактериологическая лаборатории. В его составе обязательны аптека, обмывочно-дезинфекционное, хозяйственное, транспортное отделения и столовая. При развертывании в инфекционном очаге ИПГ способен обеспечить специализированное лечение 200 больных в течение месяца, а в очаге особо опасных инфекций его емкость сокращается до 100 коек без изменения штатной структуры.

Автомобильной техникой ИПГ укомплектовывается в количестве 13 единиц (1 легковой и 8 грузовых автомобилей, 1 мотоцикл, 1 санитарный автобус, 1 санитарно-бактериологическая лаборатория и 1 автоцистерна). ИПГ придаются по одному дезинфекционно-душевому автомобилю (ДДА) и дезинфекционно-душевому прицепу (ДДП).

ИПГ прекращает свою деятельность после выписки выздоровевших больных, проведения заключительной дезинфекции, обсервации и полной санитарной обработки медицинского и обслуживающего персонала.

**Хирургический подвижной госпиталь (ХПГ) –** комплектуется персоналом многопрофильной больницы, имеющей в своем составе хирургические отделения, и предназначен для оказания хирургической помощи, в основном по жизненным показаниям, и последующего лечения населения, пострадавшего в ходе ведения военных действий или вследствие этих действий. Развертывается в палатках на 300 коек.

В составе госпиталя работает 173 человека, из них 15 врачей (в том числе 8 хирургов), 65 – среднего медицинского персонала, 50 – младшего и 43 человека из числа прочего персонала.

Срок готовности ХПГ к приему пораженных – 3 часа после прибытия к месту развертывания, а полная готовность – 6-8 часов.

В составе госпиталя – управление, медицинская часть, отдел материально-технического обеспечения и основные лечебно-диагностические отделения – приемно-эвакуационное отделение, первое хирургическое отделение с операционно-перевязочным блоком, реанимационной палатой и палатой интенсивной терапии, второе и третье хирургические отделения с палатами интенсивной терапии. Вспомогательными подразделениями являются: рентгеновский кабинет, лаборатория, физиотерапевтический кабинет, аптека и морг. Имеются хозяйственное отделение и электростанция.

Техника представлена 15 автомобилями (2 легковых, 12 грузовых, 1 санитарный автобус), 2 автоцистернами и 2 ДДА..

**Токсико-терапевтический подвижной госпиталь (ТТПГ) –** комплектуется персоналом токсикологических центров или многопрофильных больниц, имеющих в своем составе терапевтические отделения. Он предназначен для оказания специализированной медицинской помощи пораженным боевыми отравляющими и аварийно-опасными химическими веществами с их последующим лечением. Госпиталь развертывается на 300 коек в палатках. Количество личного состава ТТПГ – 171 человек, из них 18 врачей (в том числе 11 терапевтов-токсикологов, 2 анестезиолога-реаниматолога), 47 средних, 60 младших медицинских работников и 46 человек прочего персонала.

В своем составе ТТПГ имеет управление, медицинскую часть, отделение материально-технического обеспечения и лечебно-диагностические отделения – приемно-эвакуационное, два терапевтических, психоневрологическое, стоматологическое и физиотерапевтическое. Имеются рентгеновский кабинет, лаборатория, аптека, морг, хозяйственное отделение и электростанция. Готовность к приему пораженных – 2 часа с момента прибытия к месту развертывания, а срок полной готовности – 3 часа.

ТТПГ приписывается автотранспорт в количестве 20 единиц (2 легковых и 12 грузовых автомобилей, 1 санитарный автобус, 1 прицеп-фургон для подвоза хлеба, 2 автоцистерны и 2 ДДА).

**Бригада специализированной медицинской помощи** **(БСМП) –** создается на базе высших образовательных учреждений медицинского профиля, многопрофильных и монопрофильных городских, областных и республиканских больниц. Состав: 2 врача-специалиста, 2 медсестры и водитель. Предназначены для усиления больниц ГО с целью оказания специализированной медицинской помощи пораженным и больным, пострадавшим в ходе ведения военных действий или вследствие этих действий. В отдельных случаях БСМП могут придаваться ОПМ для временной работы по усилению оказания первой врачебной помощи, особенно в первые сутки поступления массового потока пораженных. Профиль бригады определяется специальностью врачей, включенных в их состав (общехирургическая, травматологическая, нейрохирургическая, анестезиологическая, токсико-терапевтическая, акушерско-гинекологическая, офтальмологическая, трансфузиологическая, психоневрологическая и др.). Бригады могут создаваться по 17 профилям. Оснащение БСМП производится согласно табелю оснащения за счет учреждения-формирователя. Имущество должно храниться в укладках, и быть в готовности к немедленному использованию.

Возможности БСМП находятся в прямой зависимости от профиля бригады. Так, БСМП хирургического профиля за 10 часов работы может выполнить 10-12 хирургических вмешательств.

**Отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП) –** формируется при необходимости исостоит из 8 БСМП и управления. В составе управления – начальник, его заместитель, шофер.

**Мобильные формирования, создаваемые в сети Роспотребнадзора** и предназначенные для работы в очагах массовых потерь военного времени аналогичны по структуре и решаемым задачам формированиям ВСМК, используемым в очагах ЧС мирного времени.Их структура и задачи изложены в разделе 3.1. настоящего руководства.

К **учреждениям ГОЗ** относят:

больницы ГО (головные, многопрофильные, профилированные),

станции (институты) переливания крови,

станции скорой медицинской помощи,

бюро судебно-медицинской экспертизы,

ЦГиЭ в субъектах РФ,

склады медицинского снабжения,

аптеки

и образовательные учреждения по подготовке медицинского персонала.

Они предназначены для организации оказания специализированной медицинской помощи пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий населению, обеспечения учреждений ГОЗ медицинским и санитарно-хозяйственным имуществом и для подготовки персонала с целью последующего использования его в целях ГОЗ.

В военное время в субъектах РФ развертывается **больничная база (ББ) ГО.** Она включает в себя:

- существующие в загородной зоне ЛПУ, доразвертывающиеся до объемов мобилизационного задания в больницы ГО;

- ЛПУ категорированных городов, также доразвертывающиеся до больниц ГО, а при необходимости, эвакуирующиеся в загородную зону;

- лечебно-эвакуационные направления (ЛЭН) – это пути эвакуации (автомобильные, железнодорожные, авиационные и водные), проходящие через территории нескольких сельских муниципальных образований с развернутой на них сетью учреждений ГОЗ.

Общая коечная емкость ББ ГО определяется существующим коечным фондом здравоохранения субъекта РФ мирного времени и дополнительно развертываемой, согласно заданию на особый период, специализированной коечной сетью.

Структура ГОЗ слагается из следующих учреждений и формирований:

- **многопрофильные больницы (МПБ) ГО –** их, как правило, создают наиболее крупные ЛПУ (областные, городские больницы, диспансеры, ЦГБ, ЦРБ), имеющие в своем составе хирургические отделения;

- **профилированные больницы (ПБ) ГО** – создаются на базе специализированных ЛПУ существующей сети здравоохранения мирного времени (терапевтические, инфекционные, противотуберкулезные, офтальмологические, кожно-венерологические, психоневрологические и др.).

МПБ ГО включают в свой состав различные виды лечебно-диагностических отделений хирургического и терапевтического профилей, исходя из штатных возможностей персонала, закрепленного (забронированного и привлекаемого) за больницей, и прогнозируемой структуры ранений, травм и заболеваний у населения, способной развиться (обостриться) у него при ведении военных действий или вследствие этих действий на обслуживаемой территории. В числе таких отделений могут быть приемно-сортировочное, хирургическое, травматологическое, ожоговое, нейрохирургическое, (либо объединенное – общехирургическое), анестезиолого-реаниматологическое, терапевтическое, кардиологическое, пульмонологическое, (общетерапевтическое), психоневрологическое, родильное, педиатрическое, гинекологическое, поликлиническое, рентгенологическое (рентген-кабинет), физиотерапевтическое, лабораторное, медицинского снабжения и другие, в том числе «узкоспециализированные» (офтальмологическое, ЛОР, челюстно-лицевое и т.п.). Помимо вышеуказанных отделений МПБ, создаваемые на базе ЦРБ (ЦГБ), обязательно включают в свой состав отделение скорой медицинской помощи и инфекционное отделение. При развертывании МПБ ГО следует стремиться к увеличению числа хирургических коек до 65-75%.

Из числа ЦРБ, расположенных на основных транспортных магистралях вблизи категорированных городов для руководства организацией оказания медицинской помощи пораженным внутри каждого ЛЭН, определяют **головные больницы (ГБ) ГО.** В целях рационального распределения потоков пораженных по учреждениям ЛЭН головная больница развертывает **медицинский распределительный пункт** (**МРП)**, с возложением на него следующих задач:

- выделение транспорта для эвакуации тяжело больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

- эвакуация пораженных и больных с учетом расположения больниц ББ ГО, их специализации и равномерной загрузки.

- учет поступивших и направленных пораженных и больных с последующей информацией начальников ГОЗ соответствующих уровней.

В состав МРП включают врача, медицинскую сестру и 6 сандружинниц.

На месте развертывания МРП оборудуют высокую платформу, к которой подъезжает автомобиль с ранеными и где производится внешний осмотр пострадавших, ознакомление с медицинской документацией, при необходимости, оказывается неотложная помощь. На МРП устанавливается указатель остановки транспорта и оборудуется место отдыха его персонала. С МРП пострадавших направляют в больницы ББ ГО в зависимости от профиля поражения, ранения, заболевания. Водителю автомобиля выдается маршрутный лист, в котором указывается адрес необходимой больницы.

В числе **профилированных больниц** создаются терапевтические, психоневрологические, туберкулезные, акушерско-гинекологические, инфекционные, офтальмологические, реабилитационные и другие больницы. При создании терапевтических больниц необходимо предусмотреть функционирование различных отделений этого профиля, исходя из возможностей ЛПУ мирного времени, на базе которого создается ПБ ГО.

В структуре МПБ и ПБ ГО обязательно развертывание хозяйственных подразделений и пищеблока, а при создании их на базе ЦГБ (ЦРБ) и морга.

МПБ и ПБ ГО, при необходимости, выставляют при въезде в больницу **временный распределительный пост** (**ВРП),** в составе фельдшера и 2-3 сандружинниц, с которого больные направляются в приемно-сортирочное отделение (где оборудуется и отделение специальной обработки), либо непосредственно в лечебно-диагностические отделения больниц.

При развертывании больниц ГО на базе существующих ЛПУ следует предусмотреть, при необходимости, использование под палаты рекреаций и подсобных помещений, а, в крайнем случае, использование под больницы общественных зданий круглогодичного функционирования (школы, детские сады, клубы и т.п.) из расчета не менее 3 м² на одну койку.

В целях приема (отправки) и временного размещения пораженных и больных, эвакуируемых различными видами транспорта, на вокзалах, пристанях, аэропортах необходимо предусмотреть развертывание **эвакуационных приемников (ЭП).** Они включают в себя сортировочно-эвакуационное, хозяйственное отделения и перевязочную для оказания экстренной медицинской помощи пострадавшему (пораженному) населению. Развертывание ЭП возлагается на ведомственные медицинские службы, а при их отсутствии – на муниципальное здравоохранение.

**Станция (подстанции) скорой медицинской помощи**, как учреждение с входящими в его состав бригадами, работают в особый период по своему прямому предназначению, а при осуществлении эвакуации населения категорированных городов в загородную зону выполняют задачи по ее медицинскому обеспечению. После завершения этого мероприятия бригады эвакуируются в загородную зону, оставляя часть из них в категорированном городе для медицинского обеспечения персонала работающих смен предприятий.

**ЦГиЭ в структуре ГОЗ включены в состав Сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК)** ипомимо мобильных формирований санитарно-эпидемиологического профиля, создают головные и низовые лаборатории СНЛК (бактериологические, радиологические и санитарно-токсикологические).

Головные лаборатории СНЛК, как правило, создаются на базе ЦГиЭ, а низовые – на базе его филиалов, работающих на территории субъекта РФ.

**Головные лаборатории** являются подразделениями повышенной готовности (со сроком готовности 6-8 часов) и осуществляют:

- установление вида примененных БС (бактерий, вирусов, риккетсий, грибков, токсинов) в пробах, отобранных из объектов внешней среды, а также в материалах от больных и трупов людей (специфическая индикация);

- количественное определение токсических веществ в продуктах питания, пищевом сырье, питьевой воде, на медикаментах и медицинском имуществе в подведомственных здравоохранению объектах;

- санитарную экспертизу продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды, зараженных РВ, АОХВ и БС, с выдачей заключения о пригодности их для использования населением;

- сбор, обобщение и анализ информации о заражении РВ, АОХВ и БС продуктов питания, пищевого сырья, питьевой воды;

- санитарный надзор на обслуживаемой территории и ведение санитарно-эпидемиологической разведки в очагах массового поражения;

- определение уровней радиоактивного загрязнения местности;

- участие в выработке рекомендаций по обеспечению режима защиты и поведения населения в очагах заражения РВ, АОХВ и БС;

- разработку нормативных документов и ведение методического руководства низовыми лабораториями;

- подготовку (переподготовку) специалистов лабораторий.

**Низовые лаборатории** осуществляют:

- проведение санитарно-эпидемиологической разведки на обслуживаемой территории с отбором проб из объектов внешней среды и доставкой их в головную лабораторию для специфической индикации БС;

- лабораторный контроль зараженности БС (в том числе и особо-опасными инфекциями) продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды на объектах здравоохранения;

- отбор проб продуктов питания, пищевого сырья и питьевой воды, зараженных РВ, АОХВ, БС и доставка их в головные лаборатории для лабораторных исследований;

- определение уровней радиоактивного загрязнения местности.

Для обеспечения непрерывности и устойчивости функционирования СНЛК, главным государственным санитарным врачом субъекта РФ совместно с главным врачом ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъекте РФ определяются дублеры головных лабораторий из числа филиалов ЦГиЭ, способных при осложнении обстановки взять на себя функции руководства службой.

**Все формирования и учреждения,** входящие в структуру ГОЗ, независимо от выполняемых задач **обязаны иметь:**

- список персонала, в том числе по структурным отделениям;

- схемы оповещения и сбора персонала в рабочее и нерабочее время;

- схему развертывания структурных подразделений;

- план эвакуации в загородную зону (для УЗ категорированных городов) и схемы маршрутов движения в загородную зону;

- схему организации связи и взаимодействия с органами управления, формированиями и учреждениями ГОЗ, расположенными в пределах ЛЭН, ведомственными медицинскими службами, другими службами ГОЧС территорий и организациями, обеспечивающими устойчивость функционирования формирований и учреждений ГОЗ при возникновении ЧС;

- функциональные обязанности для персонала всех категорий;

- инструкции, журналы регистрации и справочные материалы.

**Медицинское обеспечение эвакуации населения**

**в системе гражданской обороны**

Опыт локальных войн и военных конфликтов свидетельствует, что при разрушении крупных городов, за их границами возможна концентрация не только «организованного» эвакуируемого населения, но и больших групп вынужденных переселенцев, прибывающих в результате стихийной миграции и не имеющих крова, продуктов питания и предметов первой необходимости для обеспечения жизнедеятельности. Проживание такого контингента (в основном старики, женщины и дети) в местах временного расселения может принять долговременный характер.

Медицинское обеспечение этого контингента в начальный период предусмотрено, согласно **федеральному закону «О гражданской обороне**», в виде экстренных медицинских мероприятий первоочередного жизнеобеспечения населения и включает оказание первой медицинской помощи раненым и больным с их последующей, при необходимости, эвакуацией в ЛПУ, обеспечением медикаментами и проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий в местах временного расселения. В дальнейшем медицинское обеспечение эвакуированного населения (в том числе и беженцев) должно строиться на долговременной основе в соответствии с действующим в стране принципом медицинского обслуживания по месту жительства.

Приводим ***определение и сущность основных понятий***, используемых при изложении настоящего раздела.

**Эвакуация населения** – комплекс мероприятий по организованному вывозу всеми видами имеющегося транспорта и выводу пешим порядком населения из категорированных городов.

**Рассредоточение населения** – комплекс мероприятий по организованному вывозу из категорированных городов и размещению в загородной зоне для проживания и отдыха рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих свою деятельность в условиях особого периода.

**Загородная зона –** территория, в пределах административных границ субъекта РФ, расположенная вне зон возможных разрушений от воздействия современных средств боевого поражения, вне очагов радиоактивного химического или биологического поражения, за пределами зон катастрофического затопления и заблаговременно подготовленная для размещения, проживания, первоочередного жизнеобеспечения, организации трудовой деятельности эвакуируемого населения и персонала объектов социально-экономической сферы.

Эвакуация сопровождается массовым перемещением людей, что обусловливает возможность возникновения у них заболеваний, травм, ухудшения санитарно-эпидемиологической обстановки и, следовательно, необходимость всестороннего медицинского обеспечения этого мероприятия. Кроме того, большое значение должно придаваться организации эвакуации УЗ из категорированных городов и медицинскому обеспечению рассредоточиваемого персонала работающих смен предприятий, продолжающих свое функционирование в городах в военное время.

Непосредственное осуществление мероприятий по организации подготовки и проведению эвакуации населения и материальных ценностей возложено на **эвакуационные органы (эвакуационные комиссии – ЭК**) территорий, которые работают под руководством органов исполнительной власти различных уровней и во взаимодействии с управлениями МЧС России. В состав ЭК обязательно включается представитель здравоохранения, который организовывает проведение медицинского обеспечения эвакуируемого населения и порядок проведения эвакуации УЗ.

Медицинское обеспечение эвакуации населения:

- организуется по территориально-производственному принципу и возложено на руководителей органов управления здравоохранением (начальников ГОЗ) муниципальных образований субъекта РФ;

- включает проведение организационных, леч.-диагн., санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

При проведении эвак. мероприятий на ГОЗ возлагаются **следующие задачи**:

- организ. мед. обеспеч. насел. в процессе эвакуации и в местах его расселения;

- вывод формирований ГОЗ в ЗЗ;

- эвакуация УЗ из категорированных городов в ЗЗ;

- организация лечения нетранспортабельных больных;

- развертывание коечного фонда в ЗЗ за счет эвакуированных больниц;

- организация медицинского обеспечения рабочих и служащих объектов экономики, продолжающих работу в военное время;

- защита персонала УЗ и больных от поражающих факторов современных средств ведения боевых действий.

Для решения указанных задач **проводятся следующие мероприятия**:

- развертывание и организация работы медицинских пунктов (МП) в целях оказания неотложной медицинской помощи раненым и больным из числа эвакуируемых на сборных эвакуационных пунктах (СЭП), пунктах посадки (ПП), на маршрутах эвакуации, промежуточных пунктах эвакуации (ППЭ), пунктах высадки (ПВ), приемных эвакуационных пунктах (ПЭП) и в местах расселения населения;

- осуществление санитарно-эпидемического надзора и контроля за проведением эвакуационных мероприятий, санитарно-гигиеническим состоянием мест размещения эвакуированного населения, организацией его питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания;

- медицинское обеспечение нетранспортабельных больных;

- организация работы МП на объектах экономики, продолжающих свою деятельность в особый период;

- непрерывное наблюдение за эпидемиологической обстановкой, активное выявление инфекционных больных, их изоляция, лечение и выполнение других противоэпидемических мероприятий;

- снабжение МП на путях эвакуации и УЗ медицинским имуществом;

- эвакуация медицинского персонала, членов их семей, транспортабельных больных, медицинского имущества и оборудования УЗ категорированных городов.

Успешное выполнение задач по медицинскому обеспечению эвакуационных мероприятий достигается **заблаговременным четким планированием**. Для его осуществления штабы ГОЧС органов управления и учреждений здравоохранения должны располагать определенными исходными данными, которые получают от территориального органа управления МЧС России.

Исходные данные включают в себя:

- численность эвакуируемого населения (в том числе количество детей и детских учреждений) в целом по городу и отдельно по его административным округам;

- количество, места расположения и пропускную способность СЭП;

- маршруты и способы эвакуации населения;

- места расположения ПП и количество эвакуируемого населения в каждой автоколонне (железнодорожном составе, теплоходе и т.п.);

- дислокацию ППЭ и ПВ;

- районы расселения и численность подлежащего расселению населения.

На основании полученных сведений органы управления здравоохранением определяют потребность в различных категориях медицинского персонала, в медицинских средствах и санитарном транспорте на путях эвакуации.

Медицинское обеспечение эвакуационных мероприятий осуществляется на сборных эвакуационных пунктах (СЭП), пунктах посадки (ПП), в пути следования, промежуточных пунктах эвакуации (ППЭ), в местах больших и малых привалов, пунктах высадки (ПВ), и в местах расселения населения. Организация медицинского обеспечения на СЭП, ПП возлагается на начальника ГОЗ категорированного города, а в пути следования, на ППЭ, ПВ, эвако-приемных пунктах и местах расселения – на начальника ГОЗ соответствующего сельского района ЗЗ.

На СЭП и ПП в специально выделенных помещениях развертываются МП, работающие круглосуточно до окончания эвакуации.

На ПП, организуемых на ЖД станциях, морских и речных вокзалах (пристанях), крупных аэропортах, МП оснащаются, как правило, за счет сил и средств ведомственных медицинских служб.

**На медицинские пункты, создаваемые при СЭП и ПП** выделяется медицинский персонал из расчета: 2 средних медицинских работника, 1 санитарка, 1 дезинфектор в смену. В отдельных случаях предусматривается выделение врача. Для доставки в ближайший медицинский стационар остро заболевших и лиц, получивших в ходе эвакуации травмы, а также престарелых граждан и детей с матерьми, МП оснащается санитарным автомобилем с врачебной (фельдшерской) бригадой (рис. 10).

**МП СЭП**

# Техника

# Персонал

Санитарный автомобиль

Санитарка

1 чел.

Дезинфектор 1 чел.

Медсестра (фельдшер) 2 чел.

**Рис. 10. Структура медицинского пункта, создаваемого на сборных эвакуационных пунктах и пунктах посадки**

МП, развернутые на путях эвакуации, обеспечиваются имуществом для оказания медицинской помощи теми ЛПУ, за счет которых они создаются. Персонал таких МП должен быть подготовлен по вопросам оказания неотложной медицинской помощи, выявления и изоляции инфекционных больных, в особенности среди детских контингентов, а также по вопросам принятия простейших управленческих решений.

Для медицинского обеспечения населения, эвакуируемого на большие расстояния автомобильными колоннами, железнодорожными эшелонами, морскими и речными судами в состав колонн, эшелонов, судов включают 2-х средних медицинских работников (из числа подлежащих эвакуации) с соответствующим оснащением. Они в пути следования обязаны быть готовыми к оказанию доврачебной помощи, организации выявления и изоляции инфекционных больных и контактировавших с ними лиц.

При пешей эвакуации в каждую колонну численностью 500 человек выделяется один средний медицинский работник. Кроме того, к медицинскому обеспечению пеших колонн привлекаются ЛПУ, расположенные на путях эвакуации. Места расположения этих ЛПУ должны обозначаться указательными знаками на дорогах.

Если на маршрутах эвакуации колонн отсутствуют ЛПУ, то в этом случае в местах больших привалов и при ППЭ развертываются **временный медицинский пункт (ВМП)** с привлечением для работы в нем персонала ближайших ЛПУ.

## ВМП на маршрутах эвакуации

Санитарка1-2 чел.

Медсестра (фельдшер) 2-3 чел.

Врачи 1-2 чел.

**Рис. 11. Структура временного медицинского пункта, создаваемого в местах больших привалов и при пунктах промежуточной эвакуации**

В некоторых случаях вместо ВМП на каждый маршрут эвакуации по принципу патрулирования выделяется не менее 2-х медицинских бригад на автомобилях, в состав каждой из которых включаются врач (фельдшер) и медицинская сестра.

На время эвакуации ЛПУ сельского района, находящихся вблизи маршрутов эвакуации, согласно плану медицинского обеспечения эвакуационных мероприятий, направляют дежурный санитарный автотранспорт на железнодорожные станции, водные пристани для приема заболевших, которые по состоянию здоровья нуждаются в снятии с эшелона, теплохода и направлении на стационарное лечение.

На пунктах высадки (ПВ) или вблизи их оборудуются приемно-эвакуационные пункты (ПЭП), которые также развертывают МП, по структуре и штатному составу аналогичные создаваемым на СЭП. Пораженным, пострадавшим, заболевшим, из числа прибывшего населения, медицинская помощь, в объеме доврачебной, оказывается по неотложным показаниям и, при необходимости, они эвакуируются для лечения в ближайшие стационары или направляются на амбулаторное лечение.

В местах расселения эвакуированного населения его медицинское обслуживание осуществляется по участково-территориальному принципу ЛПУ сельской местности или ЛПУ, эвакуированными из категорированных городов и развернувшимися для работы в ЗЗ.

Организация санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения эвакуируемого населения осуществляется на всем пути его эвакуации – на СЭП, ПП, в пути следования, в местах отдыха (привала), на ППЭ, ПВ, в местах размещения (расселения) и возлагается на учреждения и формирования Роспотребнадзора и **включает в себя**:

- ведение непрерывного эпидемиологического наблюдения и бактериологической разведки на маршрутах эвакуации и в местах дислокации эвакуируемого населения;

- выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;

- осуществление контроля за соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил на объектах питания и водоснабжения; за организацией банно-прачечного обслуживания; за удалением или обеззараживанием пищевых отходов, обеззараживанием туалетов на маршрутах движения и в районах расселения населения.

- проведение мероприятий по дезинфекции, дезинсекции и дератизации территорий и помещений;

- организация, при необходимости, экстренной профилактики и иммунизации среди населения и личного состава сил ГО;

- проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

С началом проведения эвакуационных мероприятий санитарно-эпидемиологические учреждения направляют свои формирования в районы, предназначенные для эвакуации населения с целью оценки их санитарно-эпидемиологического состояния и организации противоэпидемического обеспечения прибывающего населения. При выявлении санитарно-эпидемиологического неблагополучия в каком-либо районе, предназначенном для размещения рассредоточиваемого или эвакуируемого населения, эти учреждения извещают о неблагополучии органы управления здравоохранением и органы МЧС России категорированных городов, из которых планируется эвакуация населения, с целью принятия ими необходимых мер, вплоть до перераспределения районов эвакуации.

В категорированных городах ряд предприятий продолжает работу в военное время. При этом организация медицинского обеспечения работающих смен возлагается на руководителя медицинского подразделения предприятия, а при отсутствии таких подразделений – на начальника ГОЗ категорированного города. Они создают на предприятии МП, в состав рабочей смены которого водят: врач, 2 медицинские сестры и санитарка. Им придается санитарный автомобиль из расчета на 2,5 тысяч работающих (рис. 12).

**МП предприятий**

# Техника

# Персонал

Врач 1 чел.

Медсестры 2 чел.

Санитарка 1 чел.

Санитарный автомобиль

**Рис. 12. Структура медицинского пункта предприятий, продолжающих работу в особый период в месте постоянной дислокации**

Если на предприятии менее 2,5 тысяч работающих выделяется только 1-2 средних медицинских работника в смену. Оснащение МП персоналом и имуществом осуществляется за счет медико-санитарных частей, поликлиник, здравпунктов предприятий, продолжающих работу в особый период в месте своей постоянной дислокации. МП может осуществлять медицинское обеспечение рабочих и служащих других объектов, расположенных поблизости, если обслуживаемый контингент их не будет превышать 2,5 тысячи человек.

Таким образом, в условиях современной войны при неполной обеспеченности защитными сооружениями и средствами индивидуальной защиты различных категорий населения, эвакуация их в ЗЗ является основным способом, решающим проблему защиты от современных средств боевого воздействия. Правильное, грамотное и четкое осуществление медицинского обеспечения этого мероприятия позволит сохранить жизнь и здоровье населения, а значит, – обеспечить выполнение социально-экономических задач и укрепление обороноспособности государства.

**Особенности эвакуации учреждений здравоохранения**

**в загородную зону**

Эвакуация УЗ из категорированных городов производится с целью обеспечения защиты больных, персонала и сохранения материальных ценностей УЗ для последующего развертывания их в ЗЗ в виде больниц ГО. Основной задачей больниц ГО является *оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи населению, пострадавшему в ходе военных действий или вследствие этих действий, и лечение их до окончательного исхода заболевания (поражения*). Ответственность за эвакуацию УЗ в ЗЗ возлагается на их руководителей.

Организация проведения эвакуации УЗ должна быть четко спланирована и подготовлена. Исходными данными для планирования эвакуации УЗ являются:

- количество эвакуируемого персонала и больных;

- виды эвакуируемого имущества и оборудования;

- сроки и последовательность эвакуации;

- виды и количество транспорта, выделяемого для эвакуации;

- согласование с органами управления МЧС маршрутов движения;

- изучение маршрутов эвакуации и места размещения УЗ в ЗЗ;

- количество и профилизация коек (для стационаров);

- порядок работы в ЗЗ.

Подготовка УЗ к эвакуации в ЗЗ предусматривает:

- определение мест погрузки больных, персонала, имущества по отделениям (подразделениям) эвакуируемого УЗ и ее очередности в зависимости от выделяемых транспортных средств;

- согласование с военным командованием и территориальными органами управления МЧС России маршрута выдвижения;

- решение вопроса о вывозе членов семей персонала;

- формирование погрузочных команд.

В УЗ приказом руководителя создается **ЭК,** задачами которой являются разработка и ежегодное уточнение в мирное время, совместно со штабом ГОЧС УЗ, плана эвакуации, согласовываемого с территориальными органами управления здравоохранением и МЧС и утверждаемого руководителем УЗ.

В плане указываются:

- количественный и качественный состав эвакуируемых, адрес пункта посадки (при эвакуации железнодорожным и водным транспортом), организация медицинского обеспечения в ходе эвакуации;

- разработка и осуществление мероприятий по освоению закрепленного района (пункта) эвакуации УЗ в ЗЗ (изучение отведенных зданий и помещений, разработка поэтажных планов размещения функциональных подразделений и УЗ, в целом, планов проведения приспособительных работ, подготовка поквартирной схемы размещения сотрудников УЗ и членов их семей в месте планируемой эвакуации УЗ);

- подготовка и развертывание медицинского пункта на СЭП (при наличии задания УЗ), приведение в готовность имеющихся в УЗ защитных сооружений;

- оповещение в особый период сотрудников УЗ о начале эвакуации, времени прибытия их и членов семей.

- приведение в готовность имеющегося в УЗ защищенного стационара.

В состав ЭК, в зависимости от объема эвакуационных мероприятий, входят председатель, секретарь и от двух до четырех-пяти ее членов (рис. 13).

## Эвакуационная комиссия

Председатель 1 чел.

Члены комиссии 2-5 чел.

Секретарь 1 чел.

**Рис. 13. Состав эвакуационной комиссии учреждения здравоохранения**

Эвакуацию УЗ рационально планировать и осуществлять автомобильным транспортом с целью уменьшения количества перегрузок больных и имущества с одного вида транспорта на другой.

**Не допускается** перевозка персонала и больных на неприспособленном автотранспорте (прицепы, фургоны) и эвакуация их пешим порядком.На каждый автомобиль (автобус) назначается старший, который обязан знать маршрут движения к месту размещения ЛПУ в ЗЗ, места дислокации других ЛПУ на маршруте эвакуации, а также соблюдать и контролировать выполнение мер безопасности при проведении эвакуации.

Если эвакуация УЗ автомобильным транспортом невозможна или затруднена, следует использовать железнодорожный (водный) транспорт; при этом руководитель УЗ обязан владеть информацией о пунктах посадки и высадки. При эвакуации больных необходимо определить способ их транспортировки (сидя, лежа), предусмотреть порядок и последовательность эвакуации больных, персонала и имущества.

При подготовке расчета распределения медицинского имущества, следует определить его перечень и количество, для укомплектования создаваемых формирований ГОЗ, защищенных стационаров (ЗС) в ЛПУ для нетранспортабельных больных и медицинских пунктов на этапах эвакуации. Необходимо определить тоннаж и габаритный объем имущества, подлежащего эвакуации из УЗ, произвести расчет потребности транспортных средств для его перевозки. В УЗ необходимо иметь списки членов семей персонала, подлежащих эвакуации, и расчет распределения транспорта.

Эвакуация УЗ из КГ проводится в следующей последовательности:

- вывод в ЗЗ формирований ГОЗ, создаваемых УЗ;

- эвакуация транспортабельных больных с сопровождающим персоналом и вывоз основной части медицинского и санитарно-хозяйственного имущества; при этом медицинский персонал, выделенный для сопровождения больных, обеспечивается сумками неотложной помощи и обязан иметь истории болезни на эвакуируемых больных;

- эвакуация остального персонала и членов их семей, а также вывоз оставшейся части медицинского и санитарно-хозяйственного имущества;

- консервация зданий УЗ и сдача их под охрану органам УВД.

Больным, подлежащим выписке на амбулаторное лечение, на руки выдается справка со сведениями о проведенном обследовании и лечении.

Нетранспортабельные больные во время проведения эвакуационных мероприятий укрываются в специально **оборудованных ЗС** (стационары для нетранспортабельных больных), емкость которых не превышает 10% коечного фонда ЛПУ мирного времени. Из ЛПУ, которые не имеют ЗС, нетранспортабельные больные эвакуируются в ЛПУ, продолжающие деятельность в категорированных городах. Их перевозка осуществляется машинами ССМП, работающей в городе до конца эвакуации и эвакуирующейся в ЗЗ в последнюю очередь, оставляя часть бригад в городе для медицинского обеспечения персонала работающих смен предприятий.

В ЗС следует также направлять внезапно заболевших или получивших травму в период проведения эвакомероприятий, заболевших из числа персонала работающих смен предприятий, продолжающих работу в категорированном городе, если они по состоянию здоровья не могут быть эвакуированы в ЛПУ ЗЗ. По мере улучшения их состояния здоровья и появления возможности для транспортировки больные из ЗС переводятся в больницы ГО.

Штат ЗС формируется персоналом ЛПУ его имеющего. В расчете на 50 коек ЗС выделяется 2 врача, 3 дежурных, 2 операционных и 1 процедурная медицинская сестра, а также 4 санитарки. На каждые последующие 50 коек выделяется дополнительно 50% персонала от указанного состава. Для работы в ЗС выделяется также технический и обслуживающий персонал: 2 слесаря, по одному дизелисту, электрику, буфетчице (рис. 14).

**Защищенный стационар**

**(стационар для нетранспортабельных)**

Электрик – 1

Дизелист – 1

Слесари – 2

### Медицинский персонал

**персонал**

**Обслуживающий персонал**

Врачи – 2

Дежурные медсестры – 3

Операционные медсестры – 2

Буфетчица – 1

Процедурная медсестра – 1

**Рис. 14. Штат защищенного стационара ЛПУ**

Санитарки – 4

**(из расчета на 50 коек)**

В мирное время в целях подготовки персонала УЗ к проведению эвакуационных мероприятий необходимо проводить тренировочные занятия с привлечением в качестве статистов студентов высших и средних образовательных учреждений медицинского профиля или выздоравливающих больных. На занятиях целесообразно отрабатывать следующие вопросы:

- оповещение и экстренный сбор персонала;

- медицинская сортировка пораженных и больных по эвакуационным признакам и оформление документации на их эвакуацию;

- массовая одномоментная выписка больных на амбулаторное лечение;

- порядок перевода нетранспортабельных больных в ЗС;

- выделение медицинского персонала для работы в ЗС, организация и порядок выполнения ими должностных обязанностей;

- определение вида и количества транспортных средств для эвакуации больных и персонала, порядок востребования транспорта;

- порядок вывода (выноса) больных, их посадка (погрузка) на транспорт;

- организация приобретения тары, определение вида, количества медицинского имущества и оборудования для эвакуации, подбор, укладка и погрузка (разгрузка) его на транспорт (с транспорта);

- выявление колич. и структуры членов семей персонала УЗ, эвакуируемых в ЗЗ.

После проведения тренировочных занятий рекомендуется провести комплексное объектовое учение с введением вводных и решением ситуационных задач. Результаты проведенных занятий и учений анализируются с выявлением позитивных и негативных элементов, при необходимости, осуществляется корректировка плана эвакуации УЗ в ЗЗ и пакета, входящих в него документов.

В заключение следует отметить, что эвакуация УЗ в ЗЗ является важной составляющей сохранения медицинского потенциала и бесперебойного функционирования здравоохранения при возникновении войн и военных конфликтов.

**Режимы функционирования гражданской обороны**

**в сфере здравоохранения и объем выполняемых в них мероприятий**

Система ГОЗ с ее формированиями и учреждениями функционирует в установленных Правительством РФ **4-х режимах деятельности** (повседневный, первоочередные мероприятия ГО первой группы – повышенная готовность, первоочередные мероприятия ГО второй группы – военная опасность и общая готовность – полная готовность).

В режиме **повседневной готовности** ГОЗ осуществляет текущее и перспективное планирование своей деятельности к действиям в условиях особого периода, проводя следующие **мероприятия:**

- прогнозирование возможных медико-санитарных последствий от боевого воздействия и планирование мероприятий по медицинскому обеспечению;

- разработку планов медицинского обеспечения населения в военное время, планов медицинского обеспечения мероприятий ГО и планов ГО УЗ;

- подготовку органов управления ГОЗ всех уровней к организационно-управленческой деятельности в особый период;

- подготовку пунктов управления ГОЗ к непрерывной и устойчивой работе в особый период;

- подготовку штаба-дублера на случай выхода из строя основного штаба или потери связи с ним и разработку для него пакета документов;

- создание и подготовку к развертыванию формирований и учреждений ГОЗ, поддержание их в готовности к действиям в особый период;

- планирование и организацию проведения приспособительных работ в общественных зданиях ЗЗ;

- планирование мед. обеспечения эвакуируемого населения;

- создание запасов медицинского, сан-хозяйственного, специального имущества;

- подготовку персонала органов управления, формирований и учреждений ГОЗ к действиям в особый период;

- участие в обучении населения приемам и способам оказания первой помощи раненым и пораженным в порядке само- и взаимопомощи.

Члены штаба ГОЧС органов управления и учреждений здравоохранения обязаны иметь скомпонованные, постоянно освежаемые и корректируемые рабочие документы. К ним, в частности, относятся личные планы работы по степеням готовности ГО, проекты приказов, распоряжений, нормативные и справочные материалы по виду своей деятельности и зоне ответственности.

С получением распоряжения о переводе экономики, в том числе и здравоохранения на работу в условиях особого периода скрытно, под видом учений, тренировок или проведения ремонтно-приспособительных работ организуется выполнение **первоочередных мероприятий ГО первой группы (ПМ-1) – мероприятий Повышенной готовности.** В связи с этим, начальник ГОЗ, получив информацию от вышестоящего руководителя, организует оповещение и экстренный сбор членов штаба ГОЧС, а сам приступает к предварительной оценке обстановки и вырабатывает распоряжение. После прибытия членов штаба он доводит до них сложившуюся обстановку и ставит **задачи** по выполнению распоряжения:

- организацию круглосуточного дежурства руководящего состава штаба ГОЧС на основном пункте управления;

- уточнение плана медицинского обеспечения населения в военное время;

- проверку готовности систем управления и связи;

- приведение в готовность ЗС в ЛПУ для укрытия нетранспортабельных больных и обслуживающего их персонала;

- осуществление подготовки к выдаче средств индивидуальной защиты и организацию изготовления простейших средств защиты;

- организацию взаимодействия территориальной лечебной сети с санитарно-эпидемиологической службой, ведомственными медицинскими учреждениями и со структурами ГО в других сферах экономики;

- приведение в готовность сети наблюдения и лабораторного контроля (СНЛК) ГО санитарно-эпидемиологических учреждений, а также технических средств и оснащения, предназначенных для индикации радиоактивного, химического и биологического заражения в продуктах питания, воде, предметах медико-санитарного имущества и оборудования;

- уточнение укомплектованности формирований и учреждений ГОЗ персоналом, обеспеченности их имуществом и техникой;

- уточнение количества медицинского персонала, находящегося в командировках и отпусках, и мест их пребывания;

- выявление числа врачей, медицинских сестер из числа пенсионеров и лиц, работающих в коммерческих и частных структурах с целью возможного привлечения их в формирования и учреждения ГОЗ;

- организацию проведения подготовительной работы по досрочному выпуску студентов старших курсов медицинских образовательных учреждений высшего и среднего профессионального образования;

- подготовку заявок на недостающее имущество и технику;

- уточнение готовности дублеров штабов ГОЧС различных уровней на способность управления деятельностью ГОЗ в особый период;

- проверку организации связи с органами управления и учреждениями здравоохранения субъектов РФ, их муниципальных образований и порядка управления ими в особый период;

- выработку порядка представления донесений об обстановке и определение сроков их представления;

- организацию проведения всех видов разведки (радиационной, химической, бактериологической) в районе размещения УЗ.

Выполнение **первоочередных мероприятий ГО второй группы (ПМ-2) – мероприятий по степени готовности Военная опасность** предусматривает**:**

- осуществление перевода службы на круглосуточный режим работы (по сменам боевого расчета);

- направление на запасной пункт управления (ЗПУ) оперативной группы (ОГ) штаба ГОЧС органа управления здравоохранением или УЗ;

- приведение в полную готовность системы связи и взаимодействия;

- организацию отзыва медицинского персонала, находящегося в отпусках;

- уточнение плана выезда на ЗПУ основного состава штаба ГОЧС;

- приведение в готовность медицинских формирований повышенной готовности и бригад скорой медицинской помощи;

- приведение в готовность защищенных стационаров в УЗ и организация круглосуточного дежурства групп (звеньев) по их обслуживанию;

- проверка защитных сооружений, средств связи на работоспособность и герметичность, на наличие аварийных запасов воды и продовольствия;

- приведение в готовность формирований ГО общего характера (связи, охраны общественного порядка, противопожарные и др.);

- проверка работоспособности КЭС УЗ на устойчивость функционирования в особый период;

- контроль за комплектованием медпунктов, амбулаторий и медсанчастей, обслуживающих объекты экономики, продолжающие работу в особый период, наличие медицинских аптечек в убежищах категорированных городов;

- выдачу медицинскому персоналу СИЗ из запасов УЗ;

- проведение выписки части больных из стационаров на амбулаторное лечение, прекращение госпитализации больных на плановое лечение;

- осуществление, при необходимости, переадресовки поставок медицинского имущества от промышленных предприятий в ЛПУ ЗЗ;

- перевод на круглосуточный режим работы учреждений СНЛК с ведением постоянного наблюдения (не реже двух раз в сутки) за радиационной, химической и бактериологической обстановкой на закрепленной территории;

- проведение массовой иммунизации населения при наличии эпид. показаний;

- выдачу препаратов стабильного йода персоналу радиационных объектов и населению, проживающему в 30-километровой зоне;

- проведение неотложных мероприятий по повышению устойчивости работы УЗ (готовность пунктов управления, автономные источники энергоснабжения, средства РХБ-разведки и т.п.);

- проведение мероприятий по подготовке больниц ГО к дополнительному развертыванию специализированных коек;

- уточнение наличия запасов продуктов питания, медицинского имущества текущего довольствия в УЗ и имущества оперативно-тактического резерва;

- организация получения медико-санитарного имущества для больниц ГО со складов мобилизационного резерва;

- подготовка к вывозу в ЗЗ действующих и архивных документов (в случае получения распоряжения на эвакуацию);

- уточнение с органами военного командования маршрутов проведения эвакуационных мероприятий и порядка создания группировки сил в ЗЗ.

При введении степени **Общая готовность ГО – Полная готовность:**

- приводятся в полную готовность органы управления, формирования и учреждения ГОЗ и СНЛК в соответствии с разработанными планами;

- обеспечивается защита персонала ГОЗ и больных;

- организуется установление связи с выше- и нижестоящими штабами ГОЗ, взаимодействие с ведомственными медицинскими службами и аварийно-спасательными службами территорий;

- уточняются планы медицинского обеспечения населения в военное время, планы медицинского обеспечения мероприятий ГО органов управления здравоохранением и планы ГО УЗ;

- приводятся в готовность все формирования ГОЗ без прекращения работы УЗ, на базе которых они создаются;

- завершается подготовка к эвакуации больниц ГО из категорированных городов в ЗЗ (производится выписка больных на амбулаторное лечение, определяются нетранспортабельные больные и больные, подлежащие эвакуации);

- переводятся в ЗС нетранспортабельные больные;

- на ЭП, ПП, ПВ, ППЭ и ПЭП направляется персонал УЗ для развертывания МП и обеспечения готовности их к работе;

- обеспечивается проведение защитных мероприятий в УЗ;

- проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний на территории страны (субъекта РФ и т.п.), включая места рассредоточения и эвакуации населения;

- приводятся в готовность и передаются в оперативное подчинение начальнику ГОЗ бригады ССМП и санитарно-транспортные формирования;

- вывозятся в ЗЗ (при необходимости) действующие и архивные документы, запасы медицинского имущества;

- организуется медицинское обеспечение эвакуации населения и вывод формирований ГОЗ повышенной готовности в ЗЗ.

Срок проведения основных мероприятий по каждой степени готовности определяется распоряжением вышестоящего руководителя, а при проведении учебных мероприятий он составляет одни сутки (24 часа).

**При внезапном применении средств боевого воздействия** возможно, одномоментное появление массовых потерь (безвозвратных и санитарных) среди населения, а также нанесение значительного ущерба силам и средствам здравоохранения. В этих условиях разработанные в повседневный период планы по медицинскому обеспечению населения и мероприятий ГО вводятся в действие немедленно и в полном объеме, **а штаб ГОЧС территориального здравоохранения**:

- оценивает сложившуюся медицинскую обстановку, выявляет не пострадавшие УЗ и УЗ, способные к восстановлению с минимальными затратами;

- принимает меры по восстановлению нарушенного управления силами и средствами здравоохранения;

- запрашивает в территориальных управлениях МЧС России данные об инженерной, радиационной, химической и биологической обстановке, ориентировочном количестве потерь среди населения;

- оценивает полученные данные в интересах ГОЗ и определяет объем работ,.

Затем на основе поступающих распоряжений:

- отдаются указания о подготовке к предстоящим действиям;

- организуется ведение медицинской разведки, в ходе которой:

а) выявляются места нахождения пораженных, устанавливается их количество и состояние, намечаются пути выноса, вывода и вывоза пораженных;

б) определяются объемы работ и потребное количество сил и средств ГОЗ;

в) уточняется сан.-эпид обстановка в очагах и на маршрутах эвакуации;

г) проводятся другие мероприятия в зависимости от сложившейся обстановки;

- организуется ведение радиационной, химической и биологической разведки в местах размещения УЗ;

- готовятся данные начальнику ГОЗ для принятия решения и последующего его доклада начальнику ГО территории;

- разрабатывается и доводится до подчиненных приказ начальника ГОЗ на организацию медицинского обеспечения населения.

При внезапном боевом воздействии основу группировки сил и средств ГОЗ в очагах массовых потерь составят силы и средства ГОЗ сельской местности и городов, которые не подверглись боевому воздействию. За счет этих сил и средств будут развертываться и дополнительные койки. Штаб ГОЧС территориального здравоохранения в этих условиях осуществляет маневр медицинскими силами и средствами, направленный на выполнение задач по медицинскому обеспечению раненых и больных в условиях резкого дефицита кадровых и материальных ресурсов здравоохранения.

В случае выхода из строя основного состава штаба, функции управления ГОЗ принимает на себя штаб-дублер.