Департамент здравоохранения Новосибирской области
Сибирский окружной медицинский цент
Новосибирский государственный медицинский университет

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Методические рекомендации

Новосибирск, 2009

Департамент здравоохранения Новосибирской области
Сибирский окружной медицинский цент
Новосибирский государственный медицинский университет

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ФОРМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Методические рекомендации

Новосибирск, 2009

УДК 616- 082 : 614.2
ББК 51.1 (2) 2
С - 78

Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи:

методические рекомендации / В.М.Чернышев, А.М.Садовой,

В.В.Степанов, Н.В. Гапиенко. – Новосибирск. – 2009. – 147с.

Предложенные рекомендации по развитию стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению включают сведения о развитии стационарозамещающих технологий в России, описание и методические основы организационных форм работы дневных стационаров и стационаров на дому, анализ объемов и характера их деятельности, а также ориентировочные нормативы потребности в стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи разных профилей. В качестве приложений в методических рекомендациях приводятся нормативные документы, регламентирующие организацию и использование стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи, образцы положений и должностных инструкций персонала.

Рекомендации представляют интерес для руководителей органов и учреждений здравоохранения, слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», могут использоваться при обучении студентов высших медицинских учебных заведений.

@ - Новосибирский государственный медицинский университет

Содержание:

ВВЕДЕНИЕ……..6

1. История развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в России……7

2. Виды стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи……..9

2.1 Дневные стационары в амбулаторно-профилактических учреждениях……9

2.2 Дневные стационары в больницах…….12

2.3 Дневные стационары на дому…….13

2.4 Редкие формы оказания стационарозамещающей медицинской помощи…....16

3. Методические основы организации стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи……..18

4. Основные показатели деятельности и анализ работы стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи…….23

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение 1 Приказ Минздрава России от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»……26

Приложение 2 Методические рекомендации МЗ РФ от 17.11.2000 г. № 2000/166 по организации дневных стационаров в больничных учреждениях…….32

Приложение 3 Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной документации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»……54

Приложение 4 Приказ Минздрава России от 13.11.2003 № 545 «Об утверждении инструкции по заполнению учетной медицинской документации по дневным стационарам»……75

Приложение 5 Приказ МЗ и СР РФ от 13.11.2003 № 548 «Об утверждении инструкции по заполнению отчетной формы по дневным стационарам»…….91

Приложение 6 Письмо МЗ и СР РФ от 11.04.2005 № 166-13с «О дневных стационарах»…….97

Приложение 7 Приказ МЗ и СР РФ от 07.12.2005. N765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового»……...98

Приложение 8 Письмо МЗ и СР РФ от 18 мая 2007 г. N 3950-ВС ФФОМС 17 мая 2007г. N 3613/26-3/и «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданами Российской Федерации

бесплатной медицинской помощи на 2007 год» (извлечение) ……...106

Приложение 9 Требования к помещениям дневных стационаров……....111

Приложение 10 Примерное положение о дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении……112

Приложение 11 Примерное положение о дневном стационаре больницы

(Приложение N 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 16 декабря 1987 г. N 1278)…….115

Приложение 12 Примерное положение о дневном стационаре на дому (Приложение N 1 к приказу Министерства здравоохранения СССР от 16 декабря 1987 г. N 1278)…….117

Приложение 13 Примерная должностная инструкция заведующего дневным стационаром……....118

Приложение 14 Примерная должностная инструкция врача дневного стационара …….121

Приложение 15 Примерная должностная инструкция старшей медицинской сестры дневного стационара…….123

Приложение 16 Примерная должностная инструкция медицинской сестры дневного стационара…….126

Приложение 17 Типовая должностная инструкция санитарки дневного стационара……...128

Приложение 18 Анкета изучения мнения пациентов……130

Приложение 19 Карта экспертной оценки организации и качества медицинской помощи пациенту дневного стационара……..133

Приложение 20 Карта изучения отдаленных результатов лечения в дневном стационаре……..136

Приложение 21 Примерное положение о центре амбулаторно-поликлинической хирургии (Приложение № 1 к решению Коллегии Минздрава СССР от 13.02.1991)……..138

Приложение 22 Рекомендуемый перечень хирургических вмешательств и видов лечебно-диагностической помощи в центрах амбулаторно-поликлинической хирургии (Приложение № 2 к решению Коллегии Минздрава СССР от 13.02.1991)……....140

Список сокращений:

АПУ - амбулаторно-поликлинические учреждения

ДС - дневной стационар

ЛПУ - лечебно-профилактические учреждения

МП - медицинская помощь

НИИ - научно-исследовательский институт

СД – стационары на дому

СЗФОМП - стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи

СКАЛ - специализированное курсовое амбулаторное лечение

СКП - стационары круглосуточного пребывания

ЦРБ - центральная районная больница

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы совершенствование системы охраны здоровья в стране осуществлялось в соответствии в Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением правительства РФ от 05.11.1997 № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», которая определила цель государственной политики в области здравоохранения – улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также ресурсам, которыми располагает государство и граждане.

В соответствии с Планом мероприятий по реализации Концепции на 2001-2005гг. и на период до 2010г. актуальной задачей отрасли остается обеспечение максимальной доступности стационарной помощи всем нуждающимся за счет более рационального использования ресурсов отрасли.

Сокращение коечного фонда в последние годы происходит за счет расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и невостребованности в связи в этим части коек, развернутых в стационарах с круглосуточным пребыванием (Ю. П. Лисицын, 1998; В.И. Стародубов, 1998, 2002 и др.)

Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой – необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения, то есть объективной потребностью самой системы здравоохранения, действующей в реальной социально-экономической среде (В.П. Филатов и соавтр., 2005).

В целом за последние годы в Российской Федерации число дневных стационаров (ДС) на базе амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) увеличилось в 3,8 раза, ДС на базе больничных учреждений - в 12,4 раза, а число стационаров на дому (СД) в 4,4 раза. При этом число пролеченных больных возросло в ДС на базе АПУ в 4,4 раза, а в ДС на базе больничных учреждений - в 17,3 раза и в СД - в 3,3 раза.

1. История развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в России.

Впервые в России дневной стационар был открыт в 1930г. в Московской психоневрологической больнице им. П.Б. Ганнушкина, который выполнял функцию промежуточного звена между больницей и лечебно-трудовыми мастерскими диспансера. В 1933 году в Москве функционировало уже 3 подобных учреждения. В дальнейшем такая форма оказания медицинской помощи стала появляться в других отраслях медицины (Ю. Федорова, 2000).

В 1970-е годы в психиатрической службе были созданы различные стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (СЗФОМП). Такие как ночные стационары, стационары выходного дня (на субботу и воскресенье), стационары с режимом «частичной госпитализации» и др. Режим частичной госпитализации позволял врачу отпускать больного на определенное время домой, продолжая при этом наблюдение за ним и корректировку лечения. Это снимало у больных реакцию предубеждения и протеста, создавая атмосферу доверия, сотрудничества с медицинским персоналом (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

Начавшая в нашей стране в 1960-е гг. работа по созданию СЗФ оказания медицинской помощи позволила оценить позитивные стороны их деятельности,

обосновать их медико-организационную целесообразность (В.И. Стародубов, А.А. Калининская, 2001, С.И. Шляфер, 2002). Однако интерес к этой форме работы в последующие два десятилетия был несколько потерян в связи с отсутствием директивных документов, регламентирующих ее деятельность, нерешенностью вопросов финансирования. (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

В 60-е годы прошлого века был проведен ряд исследований, позволявших оценить положительные стороны работы дневных стационаров и обосновать их медико-организационную целесообразность (В. И. Стародубов, 2001). Так, И.Н. Розова и соавт. (1987, 1989) одними из первых попытались обобщить опыт организации работы дневного стационара для больных терапевтического и неврологического профилей. По данным авторов, лечение в ДС позволило получить выраженный положительный эффект у 86,5% больных. Сразу по окончании лечения в ДС были выписаны на работу 84,7% больных. Кроме того, авторы проанализировали социальную эффективность данной формы лечения. По результатам проведенного социологического опроса пациентов, закончивших лечение, 90% респондентов предпочитают лечиться именно в дневном стационаре, а не в больнице. Все респонденты отметили, что лечение в дневном стационаре предпочтительнее, так как позволяет проводить комплексное лечение в течение 3-4 ч., после чего возвращаться домой, не прерывая привычных социальных связей, не испытывая сложностей госпитальных условий.

Дневной стационар поликлиники как новая форма оказания квалифицированной медицинской помощи населению появился в середине 80-х годов и был регламентирован Приказом Минздрава СССР № 1278 от 16.12.1987 «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому». В настоящее время этот нормативный документ утратил силу.

Дневные стационары организовывались не только на базе поликлиник, но и поликлинических отделений городских больниц, центральных районных больниц, диспансеров, клиник НИИ, имеющих необходимую материально-техническую базу (В. И. Стародубов, 2001). Позднее был издан приказ МЗ РФ № 438 от 16.12.1999г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».

2. Виды стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи.

Дневные стационары могут быть организованы как в составе амбулаторно-поликлинических, так и при стационарных учреждениях здравоохранения. (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006), они занимают промежуточное место между стационарными и амбулаторными учреждениями, обладают преимуществами больницы: регулярное (ежедневное) наблюдение больного медицинским персоналом, активное лечение и обследование в объеме, близком к осуществляемому в больнице. С другой стороны, ДС сохраняют положительные черты амбулаторного лечения, главной из которых является то, что больной находится в привычной для него среде.

Следует отметить, что ДС на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений имеют общие цели, задачи и функции, вместе с тем в ДС на базе больниц, как правило, возможно проведение более сложных лабораторно-диагностических обследований, проще организовать двух-трехразовое питание, чем в условиях ДС на базе АПУ. Преимуществом ДС на базе амбулаторно-поликлинических учреждений может быть большая возможность использования широкого комплекса восстановительного лечения (Зыятдинов К. Ш., Рыбкин Л. И., 2000).

Основными задачами организации и работы дневных стационаров являются (К.Ш. Зыятдинов и Л.И. Рыбкин, 2000):

- Проведение в поликлинических условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления или улучшения состояния здоровья пациентов.
- Проведение комплексного активного лечения пациентов в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем больным, которые по каким-то причинам не могут быть госпитализированы в больницы.
- Рациональное использование коечного фонда стационарных отделений больницы для лечения прежде всего тяжелобольных пациентов.
- Долечивание и адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в стационаре.
- Повышение доступности плановой стационарной помощи пациентам.
- Проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих или специальной подготовки или последующего наблюдения, осуществляемых медицинским персоналом.
- Расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в амбулаторных условиях пациентам с некоторыми хирургическими, оториноларингологическими, офтальмологическими и гинекологическими заболеваниями.
- Сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста по поводу наблюдаемых заболеваний.
- Плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих пациентов.
- Временная госпитализация пациентов поликлиники, у которых во время посещения возникли неотложные состояния, для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи или до полного купирования неотложного состояния.
- Решение отдельных вопросов врачебно-трудовой и врачебно-медицинской экспертизы.

2.1 Дневные стационары в амбулаторно-профилактических учреждениях.

При АПУ ДС могут быть организованы на базе поликлиник, поликлинических отделений городских больниц, ЦРБ, диспансеров, клиник НИИ, имеющих хорошую материально - техническую базу. Мощность ДС определяется в зависимости от потребности и местных условий. Ответственность за их деятельность несет главный врач учреждения. Необходимое количество медицинского персонала определяется по действующим штатным нормативам в пределах общей численности.

Организация ДС при поликлиниках может быть построена по централизованному, децентрализованному и смешанному принципу:

- централизованная форма работы предусматривает специальное выделение штатов (врача и медицинской сестра). Медицинской сестрой делаются все необходимые заборы анализов, процедуры и инъекции 1-2 раза в день. При такой форме врач и медицинская сестра СД обслуживают в день 12-14 больных.

- децентрализованная форма предполагает обслуживание участковым врачом и медицинской сестрой 2-3 больных своего участка.

Наиболее целесообразно ДС располагать в отдельном крыле поликлиники, приблизив максимально его к отделению восстановительного лечения, что позволит широко применять различные физиотерапевтические процедуры, психотерапию, иглорефлексотерапию, ЛФК и т.д.

Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, должен включать лабораторно - диагностическое обследование,

медикаментозную терапию, восстановительное лечение. В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств.

Больные проходят лечение в ДС в среднем 10-12 дней. Как и в обычном стационаре, они регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей и т.д.

В условиях ДС может также осуществляться долечивание больных, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима с последующей выпиской к трудовой деятельности. В ДС помимо лечения основного заболевания больным целесообразно проводить оздоровительные мероприятия и лечение сопутствующих заболеваний. В период лечения широко используются физиотерапия, бальнеолечение, грязелечение, массаж, ЛФК, психотерапия, иглорефлексотерапия и другие методы восстановительного лечения. В функции ДС может входить оказание неотложной догоспитальной помощи тем больным, у которых в период обращения в поликлинику развились неотложные состояния, приступы пароксизмальной тахикардии, стенокардии, бронхиальной астмы и др. Особое внимание следует уделять диспансерной группе больных, для которых лечение в условиях ДС проводится, как правило, с профилактической целью.

Первичный отбор больных в ДС осуществляется лечащими врачами поликлиники и направляются с санкции заведующего отделением, либо заместителя главного врача по лечебной работе. Если дневной стационар создан на базе отделения восстановительного лечения, окончательный отбор больных проводится реабилитационной комиссией отделения при участии врача ДС. Для работы в ДС должны быть выделены опытные медицинские работники: врачи соответствующей специальности в зависимости от профиля дневного стационара (терапевты, хирурги, травматологи, невропатологи и др.), средние медработники, санитарки. Врачи ДС должны владеть методами догоспитальной реанимационной помощи.

Дневной стационар позволяет повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать ресурсы поликлиники. Кроме того, как говорилось выше, открываются широкие возможности для активного оздоровления больных из диспансерной группы. В целом, ДС способствует развитию преемственности между специалистами и службами поликлиники, обеспечивая непрерывность лечебного процесса (Е. Черниенко и соавт., 2006).

Развитие стационарозамещающих технологий является особенно рациональным для поликлиники, имеющей в своем составе консультативно-диагностический центр, поскольку, расширенная диагностическая база позволяет в условиях поликлиники проводить целый ряд сложных диагностических исследований, требующих последующего медицинского наблюдения, таких, как контрастная холецистохолангиография, экскреторная урография и др.

Режим работы ДС предусматривает 2-3 сменный прием пациентов, таким образом, на 1 койке ежедневно приходит лечение 2-3 пациентов, в удобное для них время.

Преимущества организации ДС для поликлиники – это дополнительные средства, поступающие в бюджет учреждения, так как в условиях дневного стационара тарифы выше, чем для лиц, находящихся а обычном амбулаторном лечении (Е. Черниенко и соавт., 2006). ДС могут также финансироваться из других источников, не запрещенных законодательством, в них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счет средств добровольного медицинского страхования и граждан.

Таким образом, лечение пациентов в стационаре дневного пребывания экономически выгодно ЛПУ, имеет преимущество в деонтологическом отношении – большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, в окружении близких людей, что повышает эффективност лечения. (Е. В. Хворова, 2002).

Кроме того, средняя длительность лечения в ДС составляет меньше сроков лечения в стационаре круглосуточного пребывания**.**

2.2. Дневные стационары в больницах.

Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более широко и эффективно использовать ресурсные возможности больничных учреждений, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: дневной стационар для более легкого контингента больных и стационар круглосуточного пребывания для более тяжелых больных, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения (В.Б. Филатов и соавтр., 2005).

Главным преимуществом данной структуры при многопрофильной больнице – наличие мощной диагностической (от анализа крови до сложных гормональных исследований, от ЭКГ до круглосуточного мониторирования работы сосудов и сердца, велоэргометрии, энцефалографии, УЗИ с доплероскопией и т.д.) и реабилитационной (от массажа и мануальной терапии до грязелечения) баз, что позволяет иметь низкую длительность пребывания в дневном стационаре (9-10 дней), а так же снизить среднюю длительность пребывания в круглосуточном стационаре с 12,2 до 9 койко-дней, вследствие своевременного перевода на долечивание в дневной стационар (Т.П. Баснак, 2005).

Следует отметить, что на практике организационные формы работы дневных стационаров на базе больничных учреждений строятся по-разному. В основном это койки долечивания в профильных отделениях стационаров.

Организация ДС, как коек долечивания на базе больниц не дает большого экономического эффекта. В лучшем случае это только экономия затрат на питание больных. Реже ДС организуются как самостоятельные структурные подразделения на базе больничного учреждения с выделением помещения и штатов. Организация ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больничного или амбулаторно-поликлинического учреждения с выделением штатов и помещения позволяет более экономно расходовать финансовые возможности больниц. Стоимость лечения больных в таком ДС почти в 2 раза меньше, чем в одноименном отделении стационара за счет: сокращения штатной численности медицинского персонала (дежурного врача и круглосуточных постов среднего и младшего медицинского персонала), а также сокращения штатной должности буфетчицы и расходов на питание больных.

Более выраженный экономический эффект достигается при условии работы ДС в 2 смены.

При этом, необходимо понимать, что дневные стационары никогда не смогут заменить круглосуточные, и такая цель не стоит. Их задача – снизить нагрузку на больничные учреждения и стать связующим звеном между амбулаторной и стационарной медицинской помощью (Е. Черниенко и соавт., 2006).

2.3 Дневные стационары на дому.

В настоящее время вопросы ухода за больными на дому приобретают все большее значение в России и мире. С одной стороны, это обусловлено реструктуризацией системы здравоохранения и службы социальной защиты, переориентацией первичной медико-социальной помощи населению в сторону амбулаторного звена, так как стационарное обслуживание пациентов связано с большими экономическими затратами. С другой стороны, наблюдается рост числа пожилых людей (В.Б. Филатов, В.И. Ярохно, Е.А. Финченко, 2005). Численность россиян старше трудоспособного возраста в 2003г. составила 20,8% населения России. Люди пожилого возраста особенно нуждаются в медико-социальной помощи на дому. Расчеты показывают, что в среднем из 100 тыс. человек 20 тыс. составляют пожилые лица (65 лет и старше), из них 1200 человек не

выходят из дома, так как плохо себя чувствуют, 300 человек прикованы к постели и еще 300 являются обитателями домов престарелых (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

Результаты проведенных исследований показывают, что среди всех лиц, обратившихся в поликлинику за помощью на дому, доля лиц старше 60 лет составляет 60%, а среди вызовов скорой помощи - более 65%. Свыше 45% всех заболеваний начинаются с вызова врача на дом, а в осенне-зимний период на это приходится почти 90%. В общем объеме помощи, оказываемой населению городскими поликлиниками, почти 30% занимает медицинская помощь на дому.

Индейкин Е.Н. (2002) определяет СД как такой вид медицинской деятельности, когда активное лечение болезненных состояний, требующих по прежним представлениям стационарных условий, может осуществлять работниками здравоохранения в домашних условиях.

Существующая на сегодняшний день система ухода на дому не охватывает достаточно большую часть граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи, - это тяжело больные люди с далеко зашедшими хроническими заболеваниями, нуждающиеся в интенсивной медико-социальной реабилитации на дому (О.П. Щепин, Е.П. Какорина, В.О. Флек, 2006).

Если состояние больного и домашние условия (социальные, материальные, и моральные) позволяют организовать уход на дому целесообразно организация СД с целью оказания квалифицированной медицинской помощи больным с острыми заболеваниями и с обострениями хронических заболевании, состояние здоровья которых может ухудшиться при посещении поликлиники, а также лицам, нуждающимся в стационарном лечении, но не госпитализированным в больницу по целому ряду причин.

На современном этапе с учетом продолжающегося постарения населения и ростом хронических заболеваний особое внимание должно быть уделено медицинской помощи на дому.

Организация СД предполагает ежедневное наблюдение больного врачом, проведение лабораторно - диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции) и т.д. При необходимости в комплекс лечения больных включаются также физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК и др. Больным в СД оказывается консультативная помощь врачами узких специальностей. В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными осуществляется дежурными врачами и медсестрами, для чего они обеспечивается специально выделенным автотранспортом.

Руководство СД осуществляется заведующим терапевтическим отделением, который в своей деятельности подчиняется главному врачу и его заместителю по лечебной части. Отбор больных на лечение в СД производится заведующим терапевтическим отделением совместно с врачом СД по представлению участковых врачей или врачей других специальностей.

Больные в СД регулярно наблюдаются врачом. За время лечения больных (1-2 раза) посещает заведующий отделением, при необходимости их консультируют врачи узких специальностей. Медсестра СД осуществляет на дому забор крови, мочи, мокроты на анализ и др., делает инъекции (внутримышечные, внутривенные), выполняет процедуры, контролирует выполнение больными назначенного лечения. В СД делаются ЭКГ. Более сложные диагностические обследования (фонокардиограмма, эхокардиограмма, рентгеноскопия и др.) производятся при наличии клинических показаний в поликлинике, куда больные доставляются санитарным транспортом. При показаниях больные в СД получают физиотерапевтические процедуры и отдельные виды восстановительной терапии (массаж, консультации инструктора ЛФК и др.). ВКК проводится на дому. Все записи производятся в амбулаторной карте.

Как и в ДС при АПУ, на практике в ДС существуют 2 метода организации работы врачей и медсестер: централизованный и децентрализованный. В первом случае для работы в стационаре на дому выделяют врача и медсестер. Установлено, что они могут обслужить в день 12-14 больных. В случае децентрализованного метода организации труда медицинских работников в стационаре на дому помощь оказывают участковый врач и участковая медсестра. В выходные дни пациенты в СД обслуживаются дежурной службой, а ночью при необходимости могут наблюдаться отделением неотложной помощи. Наиболее целесообразной является организация работы СД по второму типу участковым врачом и медсестрой, при этом выделяются 1-2 выездных процедурных медсестры в помощь участковым медсестрам для проведения больным в СД процедур. При этом участковыми врачом и медсестрой обслуживаются в СД 2-3 больных своего участка, а выездной процедурной медсестрой 12-14 больных близлежащих участков. Выездная процедурная медсестра обеспечивается автотранспортом. Участок ее обслуживания включает приблизительно 20 тыс. населения.

При использовании СД для лиц старшего возраста, инвалидов, особенно с целью реабилитации следует помнить о том, что дома пациент остается один на один со своей болезнью, что значительно затрудняет его социальную адаптацию. Вместе с тем, от медицинских работников требуется работа не только с пациентом, но и с членами его семьи, которые должны быть обучены правилам ухода и нуждаются в психологической поддержке.

Говоря о перспективах развития СД, можно предвидеть их трансформацию с приходом в поликлиники врача общей практики, с одной стороны, и с другой - их перерастание в мощные центры амбулаторной помощи, высокооснащенные технически, которые будут оказывать не только медико-социальную, но и специализированную МП. Деятельность этих центров не исключает и оказание платных услуг.

2.4 Редкие формы оказания стационарозамещающей медицинской помощи.

К числу других, более редких форм стационарозамещающей медицинской помощи относятся вечерние и ночные стационары, стационары выходного дня, комплексы: дневной стационар - пансионат.

Ночным стационарам в отечественной литературе уделяется недостаточное внимание, хотя определенный опыт все же имеется. Например, в г. Ленинграде при глазной больнице работает ночной глазной диспансер, в котором без отрыва от производства обследуются больные с подозрением на глаукому. В диспансере 3 палаты по 10 человек, столовая, кабинет врача и медицинской сестры. Штат сотрудников включает одного врача, 2,5 ставки медсестры и 1 ставку санитарки. Пациенты находятся в отделении с 18 часов до 8 часов утра. В течение этого времени им производят динамические наблюдения за уровнем внутриглазного давления и проводится подбор лечения.

В психиатрии ночные стационары создают благоприятные условия для лечение больных, у которых работоспособность не страдает и сохраняется установка на продолжение работы или учебы, лечение нервно - психических расстройств, проявляющихся в ночное время (например, нарушение сна).

В некоторых промышленных предприятиях функционируют ночные профилактории, на базе которых проводится плановое обследование (диспансеризация) и профилактическое лечение сотрудников предприятия.

Вечерние стационары (программы) разворачивают как в комплексе с дневными стационарами в одном помещении с ними, так и самостоятельно.

Стационары выходного дня широко практикуются при профилакториях. Однако, с переходом на новые условия хозяйствования станет очевидной выгода от создания в помещении дневного стационара, работающего по пятидневке, стационара выходного дня для работающих. За рубежом широко практикуется опыт коммерческих учреждений выходного дня, где клиент может получить комплекс профилактического лечения (массаж, водные процедуры, физиотерапия, лечебная физкультура).

Интересна идея комплекса дневной стационар – пансионат, которая частично воплощена в жизнь в МНТК "Микрохирургия глаза", где пациент после операции помещается в пансионат с более широким предоставлением сервисных услуг, часть из которых он оплачивает. В пансионате больной находится на свободном режиме, однако при возникновении осложнений ему тут же оказывается соответствующая помощь.

Другой подход нужен к дневным стационарам, организованным на базе консультативно - диагностических поликлиник и специализированных центров разных уровней. Главной их целью является - приблизить к пациенту, сделать менее дорогостоящей и более доступной специализированную помощь. В процессе поиска путей совершенствования специализированной помощи были найдены формы, близкие по содержанию к дневным стационарам. Это специализированное, курсовое амбулаторное лечение (СКАЛ) и так называемый процедурный блок.

Специализированное курсовое амбулаторное лечение является амбулаторным эквивалентом стационарного лечения на базе специализированного центра, получаемого больным при регулярных явках в центр в течение определенного времени.

Разновидностью дневных стационаров, являющихся развитием идеи отделений краткосрочного пребывания на базе специализированных подразделений, являются однодневные стационары. Палаты однодневного пребывания функционируют на базе офтальмологических, гинекологических, проктологических, детских хирургических, нефрологических и др. отделений. Больным в течение дня может быть проведено комплексное обследование и хирургическое лечение, в т.ч. под наркозом. Через 2-3 часа после выхода из наркоза и восстановления основных жизненно важных функций, а также при отсутствии осложнений больной может быть выписан домой. При наличии проблем в лечении и самочувствии больного, он остается в отделении для дальнейшего лечения.

За рубежом чрезвычайно распространены амбулаторные центры на базе больниц работающие по принципу однодневного стационара. Как правило, в состав таких центров входит в качестве одного из подразделений служба помощи на дому для тех, кто выписан из дневного стационара. Кроме того, в зарубежной литературе пропагандируется опыт создания дневного стационара для детей сотрудников на базе предприятия или детского учреждения.

3. Методические основы организации стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи.

При принятии решения об открытии дневных стационаров, необходимо изучить: демографическую обстановку (возрастную структуру) в районе облуживания ЛПУ, структуру заболеваемости, доступность различных видов стационарной помощи для жителей района, а, также материально-техническую базу, силы и средства учреждения (М.И. Майоров, 2002).

Целью организации ДС на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. ДС на базе больничных учреждений могут быть организованы в структуре профильных отделений городских больниц, ЦРБ, диспансеров, клиник, НИИ, МСЧ.

Функции ДС:

• проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

• проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающей, как правило, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно-диагностических манипуляций;

• послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения по поводу несложных хирургических вмешательств (удаления доброкачественных опухолей, вросшего ногтя, флегмон, панарициев и др.);

• подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или с хроническими заболеваниями при изменении степени тяжести заболевания (например, больным сахарным диабетом);

• профилактические обследования и оздоровления лиц из групп риска, а также длительно и часто болеющих;

• долечивание в условиях активного режима больных, выписанных из стационара в более ранние сроки;

Профиль ДС должен определяться исходя из приоритетных задач, стоящих перед здравоохранением каждой конкретной территорией (район, город, область). Контингенты больных, направляемых в ДС различны: дети, взрослые, женщины, лица старших возрастов. В своей деятельности ДС используют диагностическую, лечебную базу и консультации специалистов того учреждения, на базе которого они развернуты. Ответственность за деятельность дневного стационара несет главный врач поликлиники или больницы.

В медицинском учреждении ДС создается приказом главного врача, которым утверждается положение о ДС и должностные инструкции его сотрудников.

Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

Койки дневного пребывания в стационарах являются структурной частью коечного фонда учреждения (отделения). Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

Учет коек дневного пребывания, их работы в больничных учреждениях, движение больных осуществляется в установленном порядке.

Желательно размещение ДС в обособленных помещениях медицинского учреждения с отдельным входом. ДС должен включать несколько комнат, в числе которых: кабинет врача, не менее 2 комнат - палаты ДС (мужская и женская), в которых можно разместить 8-10 больных, помещение для отдыха после процедур. Целесообразно создать возможности для приема больными пищи, принесенной из дома, или организовать питание больных в буфете при учреждении. Режим работы ДС рекомендуется строить по 6-дневной рабочей неделе в одну или в две смены (иногда в три).

Учитывая особенности работы дневных стационаров, желательно на врача возложить обязанности заведующего, который будет осуществлять всю координационно-организационную и лечебную работу.

Для упорядочения работы дневного стационара целесообразно иметь штамп - клише "дневной стационар". Маркированные таким штампом направления на обследования и рецептурные бланки на лекарства должны обеспечивать преимущественно безочередное обслуживание больных дневного стационара.

Отбор больных на лечение в дневном стационаре производят участковые врачи и врачи - специалисты, руководствуясь, прежде всего тем положением, что дневной

стационар организован для больных, которым не показано круглосуточное наблюдение и лечение.

В каждом медицинском учреждении, исходя из объемов его деятельности, наличия специалистов и уровня их квалификации, других реальных возможностей, необходимо разработать четкий перечень показаний и противопоказаний для госпитализации в ДС. На госпитализацию в ДС поликлиник целесообразно направлять следующие группы пациентов:

- лиц, за которыми после применения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, в т.ч. оперативных вмешательств, должно осуществляться краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение;
- больных, у которых возможно развитие неблагоприятных реакций после переливания крови и ее препаратов, внутривенного вливания кровезамещающих жидкостей и других растворов, после специфической гипосенсибилизирующей терапии и др.;
- лиц, нуждающихся в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов;
- пациентов, которым показаны различные процедуры (ванны, грязевые аппликации, массаж, вытяжение и т.д.) с обязательным последующим отдыхом (релаксацией);
- больных, требующих специальной подготовки (если они не могут провести ее самостоятельно) для проведения некоторых диагностических исследований;
- пациентов, нуждающихся в проведении сложных врачебных манипуляций /пункция плевры с удалением плевральной жидкости, артроскопия и др./;
- пациентов, требующих неотложной помощи по поводу состояний, возникших во время пребывания в поликлинике и на близлежащей территории (приступ бронхиальной астмы, пароксизм тахикардии и тахиаритмии, гипертонический криз и др.);
- пациентов, требующих долечивания после интенсивного лечения в условиях стационара с круглосуточным пребыванием (послеоперационные, постинсультные, постинфарктные состояния и т.д.);
- лиц, в отношении которых следует решить сложные вопросы врачебно - трудовой экспертизы с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований;
- лиц, нуждающихся в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные женщины и др.);
- пациентов, нуждающихся в сложных реабилитационных процедурах;
- лиц, имеющих социальные показания для пребывания в ДС и т.д.;

Противопоказаниями для госпитализации в ДС являются:

- тяжелое состояние больных, нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении и уходе;
- потребность в круглосуточном парентеральном введении препаратов;
- резко ограниченная возможность пациентов к самостоятельному передвижению;
- необходимость соблюдения обязательного круглосуточного постельного режима;
- потребность соблюдения диетического режима, выполнение которого невозможно в домашних условиях;
- статус больных, когда их самочувствие и состояние может ухудшиться при нахождении на холодном воздухе, жаре и т.д. по дороге в дневной стационар и домой и др.

Понятно, что этот перечень может изменяться в зависимости от конкретных местных условий. Например, если при ДС поликлиники функционирует служба помощи на дому, имеются возможности транспортировать больных из дому и домой. Если в поликлинике есть отделение неотложной помощи, и она находится недалеко от стационара, где имеется реанимационное отделение и операционный блок, перечень показаний может быть расширен, а противопоказаний, наоборот, сужен.

С другой стороны, следует определить, в какой мере можно отрывать активное лечение и обследование от условий стационара, готового в любую минуту подключиться к оказанию экстренной помощи больному при возникшем осложнении (анафилактический шок, кровотечение и т.п.). При организации ДС на базе амбулаторно - поликлинического учреждения должна быть обеспечена высококвалифицированная неотложная помощь, гарантирована возможность перевода в стационар круглосуточного пребывания.

ДС должны ориентироваться не только на активные методы лечения и обследования, но, главным образом, на работу с пациентами старших возрастов с хроническими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой - освободит койки в стационарах круглосуточного пребывания для больных с острыми заболеваниями, действительно нуждающихся в стационарном лечении.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством.

Учитывая, что режим работы ДС, как правило, строится в 2 смены, а лечение в нем является значительно менее затратным, чем в стационаре круглосуточного пребывания, достигается результат увеличения числа пролеченных больных и сокращение круглосуточного коечного фонда.

4. Основные показатели и анализ работы дневных стационаров

Важной проблемой является определение эффективности деятельности ДС: медицинской, социальной и экономической.

Медицинская эффективность, предлагает оценку таких показателей, как: исходы лечения: выздоровление, улучшение состояния здоровья, без перемен, ухудшение состояния здоровья; сроки лечения; частота обострений заболеваний; частота послеоперационных осложнений; частота заживления ран первичным натяжениеми др.

При определении социальной эффективности используется анкетирование пациентов, которое является ценным и актуальным инструментом оценки качества деятельности ДС, независимого контроля уровня организации их работы с участием самой заинтересованной стороны – пациентов. Развитие СЗФОМП предопределяется региональными особенностями: плотностью населения, развитием транспортных путей сообщения и др., в связи, с чем необходима корректировка показателей результатами социологических опросов больных.

Экономическая эффективность - один из главных, показателей деятельности ДС. Многие авторы приводят данные о сэкономленных средствах в процессе функционирования ДС за счет снижение стоимости лечения пациентов, уменьшение стоимости одной койко-смены за счет интенсификации работы дневного стационара, снижение экономических потерь от временной нетрудоспособности пациентов, лечившихся в дневном стационаре. .

Таблица

Основные показатели для оценки работы дневного стационара

№ п/п	Группа показателей	Наименование показателей и их динамика
1.	Медицинская эффективность	1.1 Исходы лечения: выздоровление, улучшение состояния здоровья, без перемен, ухудшение состояния здоровья. 1.2 Сроки лечения.

		1.3 Частота обострений заболеваний. 1.4 Частота послеоперационных осложнений. 1.5 Частота заживления ран первичным натяжением. 1.6 Уровень летальности при лечении в дневном стационаре.
2.	Социальная эффективность	2.1 Снижение временной потери нетрудоспособности у лечившихся в дневном стационаре и более быстрое их возращение к трудовой деятельности. 2.2 Снижение временной нетрудоспособности по причине обострений заболеваний. 2.3 Степень удовлетворения потребности населения в стационарной помощи. 2.4 Сокращение времени пациентов на стационарное лечение. 2.5 Снижение психологического травмирования больных и членов их семей в связи с госпитализацией дневной стационар. 2.6 Отсутствие жалоб на лечение в дневном стационаре.
3.	Экономическая эффективность	3.1 Снижение стоимости лечения пациентов – эффективность в дневном стационаре по сравнению с таковой в стационарном отделении больницы. 3.2 Уменьшение стоимости одной койко-смены за счет интенсификации работы дневного стационара. 3.3 снижение экономических потерь от временной нетрудоспособности пациентов, лечившихся в дневном стационаре.

В заключение, следует подчеркнуть, что дневные стационары, как прогрессивная форма медицинского обслуживания пациентов, не исчерпала своих возможностей, требует дальнейшего усовершенствования в процессе практической ее реализации.

Приложение 1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
9 декабря 1999 г.
N 438
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ В ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 года N 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации 1997 г., N 46, ст. 53/12), одним из основных направлений совершенствования определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению.

Несмотря на проводимую в здравоохранении Российской Федерации реформу, ликвидация имеющихся диспропорций, перераспределение объемов оказания медицинской помощи с дорогостоящей и ресурсоемкой стационарной на стационарозамещающие и иные догоспитальные формы осуществляется крайне медленными темпами.

За последние 5 лет число больничных коек в лечебно - профилактических учреждениях сократилось на 132 тысячи, уровень обеспеченности койками составил 110,9 на 10 тыс. населения, уровень госпитализации - 20,7 на 100 жителей. Таким образом, каждый пятый житель страны проводит ежегодно в стационаре более 16 дней, на что расходуется около 80% финансовых средств, выделяемых на здравоохранение. В то же время, результаты специальных исследований свидетельствуют, что от 20 до 50% лиц, получающих лечение в стационарах, особенно терапевтического, неврологического и гинекологического профилей, направлены на госпитализацию необоснованно и могли бы получать более эффективную и значительно менее дорогостоящую медицинскую помощь в условиях дневных стационаров поликлиник, больничных учреждений и стационаров на дому.

Это подтверждает опыт медицинских учреждений городов Москвы и Санкт - Петербурга, Архангельской, Тверской, Ростовской областей, Ставропольского края, Республик Татарстан, Башкортостан и других субъектов Российской Федерации.

В настоящее время в лечебно - профилактических учреждениях страны организовано и функционирует 3168 дневных стационаров на 48 тысяч коек. Ежегодно в них получают медицинскую помощь около 1,5 млн.человек.

Вместе с тем, не во всех субъектах Российской Федерации органами и учреждениями здравоохранения принимаются действенные меры по внедрению и совершенствованию стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий организации медицинской помощи, ликвидации имеющихся диспропорций, повышению эффективности использования материальных и финансовых ресурсов (Тамбовская, Курганская, Читинская, Рязанская области. Республики Саха (Якутия), Мордовия и др.).

В ряде лечебно - профилактических учреждений обычное посещение пациентом поликлиники с лечебной целью оформляется как пребывание в дневном стационаре, а посещение врачом на дому - как стационар на дому.

В работу дневных стационаров крайне медленно внедряются современные комплексные методики лечения и диагностики наиболее распространенных заболеваний, не в полной мере используются имеющиеся возможности для подбора адекватной терапии с применением лабораторного и инструментального контроля больным с впервые выявленными или хроническими заболеваниями сердечно - сосудистой, дыхательной, эндокринной и других систем, не проводится комплексное курсовое лечение и реабилитация больных и инвалидов, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

Вопреки концепции перехода к системе единого лечащего врача, отмечаются многочисленные случаи введения в штатные расписания лечебно - профилактических учреждений дополнительных врачебных должностей для обеспечения работы дневных стационаров.

В большинстве административных территорий Российской Федерации не решены вопросы финансирования медицинской помощи и лекарственного обеспечения в дневных стационарах и стационарах на дому, отсутствует комплексность в работе со службами социальной защиты, не обеспечивается проведение действенного контроля качества лечебно - диагностического процесса при внедрении стационарозамещающих технологий, не упорядочено ведение учетной и отчетной медицинской документации указанных подразделений.

При разработке территориальных программ государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью во многих субъектах Российской Федерации не планируется проведение эффективных мер по установлению оптимальных пропорций между объемами оказываемой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, установлению баланса между уровнями потребления населением ресурсов здравоохранения и имеющимися ограниченными экономическими возможностями.

Система обязательного медицинского страхования также пока не способствует созданию экономических мотиваций по увеличению объема и перечня медицинских услуг, оказываемых в дневных стационарах и стационарах на дому.

С целью улучшения доступности и качества медицинской помощи населению, оказываемой на догоспитальном этапе, повышению эффективности использования материальных, кадровых и финансовых ресурсов здравоохранения

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Руководителям, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

1.1. Провести до 1 марта 2000 года углубленный анализ объемов и качества оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, организации и эффективности деятельности дневных стационаров в лечебно - профилактических учреждениях и стационаров на дому, использования в них современных технологий диагностики, лечения и реабилитации больных и инвалидов и по результатам разработать и реализовать необходимые меры по реструктуризации стационарной помощи и развитию стационарозамещающих технологий.

1.2. Включить в территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью объемы оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров в лечебно - профилактических учреждениях и стационаров на дому.

1.3. Организовать работу дневных стационаров в лечебно - профилактических учреждениях в соответствии с Положением об организации деятельности дневного стационара в лечебно - профилактических учреждениях (приложение); работу стационаров на дому с учетом Положения об организации деятельности отделений медико - социальной помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 28.07.99 г. N 297 "О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и

старческого возрастов в Российской Федерации" (признан не нуждающимся в регистрации; письмо Минюста России от 06.08.99 г. N 6304 - ПК).

1.4. Совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями разработать меры по формированию экономической мотивации ускорения развития стационарозамещающих технологий в лечебно - профилактических учреждениях и совершенствованию системы контроля качества ее оказания.

2. Центральному НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России (Стародубов В.И.) до 1 июля 2000 года изучить эффективность функционирования дневных стационаров в лечебно - профилактических учреждениях и стационаров на дому, в т.ч., в лечебно - профилактических учреждениях субъектов Российской Федерации, осуществляющих реализацию международных проектов по данному направлению деятельности.

По результатам провести республиканский семинар, подготовить методические рекомендации и представить их в Минздрав России для утверждения в установленном порядке.

3. Департаменту организации медицинской помощи населению (Карпеев А.А.), Управлению охраны здоровья матери и ребенка (Зелинская Д.И.):

3.1. Разработать до 1 января 2001 года с привлечением ведущих научно - исследовательских медицинских учреждений и главных специалистов, Минздрава России протоколы ведения больных, в т.ч. с применением стационарозамещающих технологий в соответствии с Отраслевым стандартом. "Протоколы ведения больных. Общие требования" и представить их в установленном порядке в Экспертный совет по рассмотрению, проектов нормативных документов по стандартизации в здравоохранении Минздрава России.

3.2. Совместно с Отделом медицинской статистики и информатики (Тишук Е.А.) до 1 января 2000 года разработать предложения по совершенствованию системы статистического учета и отчетности дневных стационаров в лечебно - профилактических учреждениях и стационаров на дому.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Вялкова А.И.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение
УТВЕРЖДЕНО
Приказ Минздрава России
от 09.12.1999 г. N 438

ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Общие положения

1.1. Дневной стационар является структурным подразделением лечебно - профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и образовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного

медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

1.2. В своей деятельности дневной стационар лечебно - профилактического учреждения руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и настоящим Положением.

1.3. Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно - профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

В соответствии с профилем, койки дневного пребывания являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты).

Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляется в установленном порядке.

1.4. Дневной стационар может являться клинической базой медицинских образовательных и научно - исследовательских учреждений.

1.5. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, условия выписки или перевода в лечебно - профилактическое учреждение утверждаются руководителем лечебно - профилактического учреждения.

1.6. Режим работы дневного стационара определяется руководителем лечебно - профилактического учреждения с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий, как правило, в 2 смены.

1.7. Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.8. Вопрос по обеспечению питанием больных в дневном стационаре решается органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации самостоятельно.

1.9. В дневном стационаре ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация.

1.10. Контроль за деятельностью дневного стационара осуществляет руководитель лечебно-профилактического учреждения и (или) заместитель по медицинской части и клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения.

1.11. Организация и ликвидация дневного стационара осуществляется по решению руководителя лечебно - профилактического учреждения по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением.

2. Цель и функции

2.1. Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно - профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

2.2. В соответствии с этой целью дневной стационар осуществляет следующие функции:

2.2.3*. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2.2.4. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

2.2.5. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

2.2.6. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

2.2.7. Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.

2.2.8. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико - социальную экспертизу.

3. Структура и штаты

3.1. В структуру дневного стационара могут включаться:

- палаты, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем;
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет с малой операционной,
- комната для пребывания медицинского персонала;
- комната для приема пищи больными;
- иные кабинеты по решению руководства лечебно - профилактического учреждения.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения лечебно-профилактического учреждения, в структуре которого он создан.

3.2. В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером - гинекологом, врачом общей практики и другими врачами - специалистами). При необходимости привлекаются соответствующие врачи - консультанты. Штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала лечебно - профилактических учреждений устанавливаются с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара.

3.3. В дневных стационарах вводится должность старшей медицинской сестры, должности медицинских сестер палатных из расчета 1 должность на 15 мест.

Должности санитарок палатных или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер.

3.4. В штаты лечебно - профилактического учреждения, имеющего в своем составе дневной стационар, в связи с увеличением объема работы диагностических, лечебных, реабилитационных и других подразделений, могут быть дополнительно введены должности врачей и среднего медицинского персонала.

4. Финансирование

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно - профилактическому учреждению, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

---

* - Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

Приложение 2

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАУЧНО - ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УТВЕРЖДАЮ:
Первый зам. Министра
здравоохранения России
В.И.ВЯЛКОВ
от 17.11.2000 г. N 2000/166

СОГЛАСОВАНО:
Начальник Департамента
организации медицинской
помощи и профилактики
неинфекционных заболеваний
А.А.КАРПЕЕВ

Начальник Управления
научно - исследовательских
медицинских учреждений
С.Б.ТКАЧЕНКО

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ В БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Методические рекомендации составили: д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН В.В. Стародубов, д.м.н. А.А. Калининская, к.м.н. Г.П. Сквирская, к.м.н. С.И. Шляфер, к.м.н. Э.Н. Матвеев.

При участии: к.м.н. А.Н. Злобина, А.И. Дементьева, Г.А. Горбуленко, О.В. Шапекиной, С.М. Евдокимовой, Т.В. Евсеевой, Н.Д., Дементьевой (г. Тверь); д.м.н., проф. В.В. Павлова, к.м.н. С.И. Кузнецова (г. Самара), Е.И. Чернявской, Л.Е. Эйгина, к.м.н. И.А. Новиковой (г. Москва).

1. Развитие коечного фонда стационарозамещающих форм медицинской помощи в Российской Федерации

Социально - экономический кризис в стране отразился на сфере здравоохранения. Кризисное состояние в здравоохранении усугубляется крайне низкой эффективностью использования ресурсной базы. Практически во всех регионах страны реформирование здравоохранения осуществляется в условиях дефицита финансовых средств.

Требует материальных вложений материально - техническая база учреждений здравоохранения, внедрение новых современных технологий, подготовка медицинских кадров.

Недостаточное финансирование отрасли диктует необходимость оптимизации использования ресурсов здравоохранения и фондоемкого коечного фонда в первую очередь.

Дорогие стационарные койки используются не эффективно: велики сроки обследования и лечения больных, применяются устаревшие технологии лечебно - диагностического процесса; стандарты лечения больных зачастую не способствуют

внедрению современных технологий и новых эффективных форм лечения больных, у врачей нет заинтересованности в повышении эффективности лечения больного.

Одним из основных направлений реформы здравоохранения, определенной "Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации", является внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм (СЗФ) и оказания медицинской помощи населению.

За последние 14 лет число стационаров уменьшилось на 13,3%, число больничных коек сократилось на 238 тысяч. Обеспеченность койками составила 110,9 на 10 тысяч населения. При этом разница в показателях по отдельным территориям колеблется почти в два раза. Частота госпитализации в 1998 г. составляла 207 на 1000 населения, занятость койки - 305 дней. Средняя длительность лечения больных в стационарах в отдельных субъектах Российской Федерации колебалась от 13,6 до 19,4 дней (30%). В то же время в большинстве стран Запада средняя длительность лечения больных в стационарах составляет 8-12 дней, частота госпитализации - 130-170 на 1000 населения. На фоне сокращения коек абсолютное число врачей в стационарах увеличилось на 10,8%, а среднего медицинского персонала на 5,7%.

Признавая важность проблемы рационального использования финансовых затрат в стационарном секторе, следует констатировать, что развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи в нашей стране проводится медленно.

В 1998 г. в лечебно - профилактических учреждениях РФ функционировало 3613 дневных стационаров (ДС <*>) и стационаров на дому (СД) на 53 тысяч коек, в которых ежегодно получали медицинскую помощь около 1,6 млн. человек. Обеспеченность населения койками ДС на базе больничных учреждений (в 1998 г.) составило 1,2; ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений - 2,4 на 10 тысяч населения, что составило 3,6% от общего числа коечного фонда в РФ (таблица 1).

<*> Приказом МЗ РФ N 438 от 09 12.1999 г. дневные стационары при поликлиниках (ДС) и стационары дневного пребывания в больничных учреждениях (СДП) определены дефинициями дневной стационар.

Анализ развития стационарозамещающих форм медицинской помощи в отдельных территориях РФ в динамике за 1996-1998 гг. свидетельствует о том, что реализация основных положений концепции здравоохранения по развитию стационарозамещающих технологий проводится неудовлетворительно. В целом в РФ за эти годы число ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений увеличилось на 422, ДС на базе больничных учреждений - на 365, при этом число пролеченных больных в учреждениях этого типа возросло на 25,9% и на 36,8% соответственно.

Таблица 1

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РФ В 1990-1998 ГГ.
(по данным отчетов Минздрава РФ)

	Годы								
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Дневные стационары при амбулаторно - поликлинических учреждениях (ДС)									
- число учреждений	804	960	1136	1180	1216	1330	1443	1622	1865
- число коек	11726	15272	18652	21779	21394	23325	25837	29817	35299
- число пролеченных больных	386223	499613	629693	628955	749561	754510	824274	866934	1038255
Дневные стационары в больнице:									
- число учреждений	281	310	379	372	370	400	497	838	862
- число коек	7028	8165	8255	8497	9947	10087	12099	18317	17775
- число пролеченных больных	84473	106707	145575	154185	180070	195780	209659	288069	286919
Стационары на дому (СД):									
- число учреждений	404	512	553	548	552	561	1215	708	886
- число пролеченных больных	129331	150342	173605	191486	189100	205844	208860	227233	290500
Обеспеченность койками ДС на 10 тысяч населения	1,2	1,6	1,8	2,0	2,1	2,3	2,6	3.3	3,6
Число госпитализированных в ДС и СД на 1000 населения	4,1	5,1	6,4	6.6	7.6	7,8	8,4	9,4	11,0

Важно отметить, что за изучаемый период в целом ряде территорий активно проведена работа по организации ДС на базе больничных учреждений, что особо важно, так как эта форма работы позволяет высвободить дорогостоящий коечный фонд стационаров.

Однако проведенное изучение свидетельствует о том, что организация ДС в больничных учреждениях идет крайне низкими темпами. Число коек в учреждениях этого типа в РФ за период изучения возросло с 0,8 до 1,2 на 10 тысяч населения.

В большинстве территорий РФ работа по организации ДС на базе больничных учреждений проводится крайне медленно. Так, на период изучения (1998 г.) в 16 субъектах РФ из 89 ДС на базе больничных учреждений не были организованы совсем. В их числе в Республиках Саха (Якутия), Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Чувашская, Мордовия, а также в Ивановской, Липецкой, Тамбовской, Белгородской, Ульяновской, Новгородской областях и др.

Высокие показатели обеспеченности койками ДС на базе больничных учреждений в 1998 г. отмечены в республике Хакасия 11,5 на 10 тысяч населения, в Омской области (9,3), Республике Коми (4,7), Иркутской области (4,5), Тверской области (4,0), Самарской области (3,9), в Астраханской области (3,3), в Воронежской (3,3), в Челябинской (3,0), в Томской (3,0) областях, в Ставропольском (3,0), Хабаровском (3,0) краях и др.

В республике Татарстан число ДС на базе больничных учреждений за период анализа 1996 - 1998 гг. увеличилось с 6 до 58, в Иркутской области - с 4 до 47, в Красноярском крае - с 12 до 44, в Омской области - с 23 до 86. В Самарской, Ростовской областях, Краснодарском, Ставропольском краях их число возросло в 1,5-2 раза.

В ряде территорий показатели обеспеченности койками ДС на базе больничных учреждений очень низкие (Архангельская, Тюменская, Смоленская области по 0,1 койки на 10 тысяч населения), в г. Санкт - Петербург, Кировская, Саратовская, Амурская области (по 0,2 койки) и др. (в РФ - 1,2).

Медленное внедрение ДС на базе больничных учреждений в стране связано с отсутствием методологической базы, утвержденных учетно - отчетных форм и экономических стимулов их развития.

Дневные стационары при амбулаторно - поликлинических учреждениях являются самой массовой формой организации, в числе всех стационарозамещающих технологий. По данным на 1998 г. численность ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений больше числа ДС на базе больничных учреждений и стационаров на дому вместе взятых, а число пролеченных в них больных в 1,8 раз больше, чем в вышеназванных структурных подразделениях.

В числе территорий с наибольшей численностью ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений можно назвать Кемеровскую (80), Саратовскую (76), Ростовскую (74) области, Краснодарский край (70) и др. В таких крупных мегалополисах, как в городе Москве, имелось 80 ДС, в городе Санкт - Петербурге - 60.

В 1998 г. не было ни одной территории, где бы не были созданы ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений. Однако в ряде территорий их численность очень мала: Республика Саха (Якутия) (1), Еврейская автономная область (2), Калининградская, Курганская области и республики Тыва и Хакасия (по 3).

Число коек в ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений в РФ составило 2,4 на 10 тысяч населения. В числе территорий с наибольшей обеспеченностью койками ДС можно отметить республику Калмыкию - 9,5; Самарскую - 9,4; Ульяновскую - 7,7; Кемеровскую - 6,8; Оренбургскую и Магаданскую области по 5,5 на 10 тысяч населения.

Очень низкая обеспеченность койками ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений в Ярославской области и республике Дагестан - по 0,3; в Читинской - 0,4; в

Ивановской, Курганской и Новгородской областях - по 0,5; в Курской и Московской областях - по 0,7 на 10 тысяч населения и др.

Проведенное изучение показало большие колебания показателей обеспеченности населения койками СЗФ в территориях. Не во всех субъектах Российской Федерации органами и учреждениями здравоохранения принимаются действенные меры по внедрению и совершенствованию стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий организации медицинской помощи, по повышению эффективности использования материальных и финансовых ресурсов в здравоохранении.

Самарская область одна из первых территорий РФ была включена в эксперимент по внедрению нового хозяйственного механизма, поэтому в этой территории стационарозамещающие формы организации медицинской помощи стали развиваться раньше и активнее, чем в других территориях и здесь накоплен положительный опыт в организации дневных стационаров на базе амбулаторно - поликлинических учреждений.

Проведенное изучение показало, что обеспеченность населения Самарской области койками СЗФ составила 13,2 на 10 тысяч населения, в том числе койками ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений - 9,3 и ДС на базе больничных учреждений - 3,9. Наиболее активно развита коечная сеть ДС и ДС терапевтического профиля 57,9% от общего числа коек этого профиля в больничных учреждениях, психиатрического - 30,4%; педиатрического - 36,3%; акушерско - гинекологического - 23,0%; дермато - венерологического - 22,3%. Важно, что в области хорошо развиты специализированные койки СЗФ для детей (детская онкология, детская эндокринология, детская гастроэнтерология и детская неврология) (таблица 2).

Таблица 2

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
КОЙКАМИ СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ
И ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ
(на 10 тысяч населения) 1998 г.

Профиль коек	Обеспеченность койками стационаров на 10 тыс. населения	Обеспеченность койками стационарозамещающих форм организации			
		ДС на базе больничных учреждений		ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений	
		на 10 тыс. населения	%	на 10 тыс. населения	%
Всего:	81,0	3,904	4,8	9,288	11,5
в том числе					
Терапия	9,37	1,498	16,0	3,93	41,9
Педиатрия	3,3	0,269	8,2	0,928	28,1
Детская гастроэнтерология	0,24	0,015	6,2	-	-
Детская эндокринология	0,12	0,024	20,0	-	-
Детская неврология	0,44	0,015	3,4	-	-
Детская онкология	0,03	0,015	50,0	-	-
Кардиология	3,8	0,027	0,7	0,024	0,6
Гастроэнтерология	1,15	0,082	7,1	0,061	5,3
Эндокринология	0,73	0,045	6,2	0,012	1,6

Хирургия	6,66	0,067	1,0	0,363	5,4
Травматология	3,4	0,03	0,9	0,015	0,4
Урология	2,12	0,015	0,7	0,009	0,4
Нейрохирургия	1,22	-	-	0,009	0,7
Акушерство - гинекология	9,04	0,803	8,9	1,28	14,1
Отоларингология	1,3	0,16	12,3	0,061	4,7
Офтальмология	1,6	0,082	5,1	0,073	4,6
Неврология	3,5	0,091	2,6	0,242	6,9
Психиатрия	7,5	0,151	2,0	2,133	28,4
Наркология	2,3	0,015	0,7	0,03	1,3
Фтизиатрия	3,9	0,03	0,8	0,048	1,2
Дермато - венерология	1,4	0,272	19,4	0,04	2,9
Онкология	1,77	0,168	9,5	0,018	1,0
Стоматология	0,5	-	-	0,012	2,4
Инфекция	4,94	0,03	0,6	-	-

Активная работа Самарской области в организации и развитии стационарозамещающих форм организации медицинской помощи позволила значительно улучшить показатели использования коечного фонда: обеспеченность населения койками (1998 г.) составила в области 81.0 (в РФ - 110,9) на 10 тысяч населения, при частоте госпитализации 217,3 (РФ - 218) на 1000 населения и средней длительности лечения 14 дней (РФ - 16,3).

Проведенное изучение свидетельствует о широкой специализации коечного фонда СЗФ в Самарской области, что позволяет ориентироваться на эту территорию при планировании стационарозамещающих форм организации медицинской помощи и в других территориях РФ.

На основе научно - исследовательских работ, проведенных в целом ряде территорий РФ (Самарская, Тверская, Московская, Брянская области, Ставропольский край и др.) были рассчитаны ориентировочные нормативы потребности в коечном фонде СЗФ дифференцированно по профилю коек (таблица 3).

Таблица 3

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ НОРМАТИВЫ ПОТРЕБНОСТИ В КОЕЧНОМ ФОНДЕ СЗФ (ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ НА БАЗЕ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ) НА 10 ТЫСЯЧ НАСЕЛЕНИЯ

Профиль коек	Число коек на 10 тысяч населения	Профиль коек	Число коек на 10 тысяч населения
Терапия	3,95	Отоларингология	0,22
Педиатрия	1,2	Офтальмология	0,16
Кардиология	0,16	Неврология	0,51
Гастроэнтерология	0,27	Психиатрия	2,28
Эндокринология	0,1	Наркология	0,05
Нефрология	0,1	Фтизиатрия	0,18
Хирургия	0,43	Дермато - венерология	0,31
Травматология	0,15	Онкология	0,2
Урология	0,09	Челюстно - лицевая хирургия	0,012
Нейрохирургия	0,009		

Акушерство - гинекология	2,08	Инфекция	0,03

Рекомендуется планировать коечный фонд стационарозамещающих форм организации медицинской помощи населению с использованием предложенных нами ориентировочных нормативов обеспеченности населения койками СЗФ.

Ответственность за внедрение стационарозамещающих форм работы должна быть возложена на муниципальные власти, которые обеспечивают планирование и организацию медицинской помощи на подведомственной территории через соответствующие органы здравоохранения. Целесообразно внести вопросы организации стационарозамещающих форм медицинской помощи в специальные региональные программы.

2. Организационно - функциональная модель деятельности дневного стационара на базе больничного учреждения

Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более широко и эффективно использовать ресурсные возможности больничных учреждений, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: ДС для более легкого контингента больных и стационар круглосуточного пребывания для более тяжелых больных, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения.

Проведенный анализ основных показателей деятельности ДС в ряде регионов РФ показал, что организационные формы работы ДС на базе больничных учреждений строятся в основном по типу коек долечивания в профильных отделениях стационаров. Реже ДС организуются как самостоятельные структурные подразделения на базе больничного учреждения с выделением помещения и штатов. Режим работы таких ДС, как правило, строится в одну смену.

Определенный "Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью" норматив дней работы СЗФ еще не определяет экономическую эффективность использования коечного фонда стационаров, так как организация ДС, как коек долечивания на базе больниц в лучшем случае дает только экономию затрат на питание больных.

Предложенная нами организационно - функциональная модель ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больничного учреждения позволяет более экономно расходовать финансы больничных учреждений. Стоимость лечения больных в ДС, как самостоятельного структурного подразделения, почти в 2 раза меньше, чем в одноименном отделении стационара за счет: сокращения ночных дежурств врача, среднего и младшего медицинского персонала, а также сокращения штатной должности буфетчицы и расходов на питание больных.

В условиях работы ДС в 2 смены стоимость лечения одного больного еще меньше в связи с тем, что стоимость одной койко - смены по статьям расходов (хозяйственные, прочие, капитальный ремонт) будет еще меньше.

В процессе организационного эксперимента нами апробирована организационно - функциональная модель дневного стационара, как самостоятельного структурного подразделения на базе городской больницы.

Построение организационно - функциональной модели ДС на базе больничного учреждения включало 2 этапа. На 1-ом этапе (1997 - 1998 гг.) в условиях эксперимента отработаны организационные формы работы ДС, разработано положение о ДС, функциональные обязанности медицинского персонала, определен перечень показаний и противопоказаний лечения больных, разработаны технологии лечения больных в ДС.

2-ой этап исследования (1998-1999 гг.) включал нормирование труда врача ДС, определение численности больных, обслуживаемых врачом ДС; расчет потребности в

койках для ДС, как самостоятельного структурного подразделения и коек ДС для долечивания и оценку эффективности деятельности ДС.

Экспериментальной базой исследования являлся дневной стационар на базе ГБ N 1 г. Твери на 30 коек (терапевтические, неврологические и хирургические). В условиях организационного эксперимента отработан режим работы ДС в 2 смены. В составе ДС имелись кабинеты врача и старшей медицинской сестры, процедурная, 5 палат по 6 коек и другие подсобные помещения. Штаты ДС включали 3,5 должности врачей, 7,5 должности средних медицинских работников и 7,0 должности младшего медицинского персонала. Заведующий ДС и врачи являлись врачами общей практики, которые прошли специальное обучение и имели сертификаты. Кроме того, для работы в ДС привлекались врачи - хирург и невропатолог (по 0,25 должности каждый). Оплата труда врачей ДС осуществлялась в соответствии с должностным окладом.

В 1998 г. в ДС закончили лечение 1232 больных, в числе которых 45% составили мужчины и 55% женщины. По возрастному составу основное большинство лечившихся (69%) составили лица трудоспособного возраста до 60 лет, 19% - лица до 70 лет и 12% - лица 70 лет и старше.

Из числа закончивших лечение в ДС 38% составили больные с сердечно - сосудистой патологией; 22,5% - с болезнями органов пищеварения; 11,1% больных с болезнями органов дыхания; 9,7% - проходили лечение по поводу болезней костно - мышечной системы и соединительной ткани; 5,7% - по поводу психических расстройств; 5,2% - страдали болезнями мочеполовой системы: 1,5% - болезнями крови и кроветворных органов и др.

В числе больных, лечившихся в ДС по поводу сердечно - сосудистых заболеваний, почти 1/3 составили лица, страдающие гипертонической болезнью, несколько меньше ишемической болезнью сердца, стенокардиями и др.

По поводу болезней органов пищеварения наибольшую долю составили больные с хроническими гастритами, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и меньше было число лечившихся по поводу болезней печени, желчного пузыря, язвенной болезни желудка и др.

В классе болезней органов дыхания основное число лечившихся было с хроническими и острыми бронхитами, бронхиальной астмой. Имело место лечение или долечивание в ДС больных с острой пневмонией и др. В классе психические расстройства основную долю составила нейроциркуляторная дистония. Болезни мочеполовой системы в основном составили инфекционные заболевания почек и мочеточников.

Анализ объема и характер работы ДС показал, что на каждые 100 лечившихся больных 84 получили внутривенные капельные инфузии и внутривенные инъекции; 94 - внутримышечные и подкожные инъекции; 10 - таблетированные препараты и др. Всем больным в ДС были проведены лабораторные обследования, 37% сделано УЗИ; 7% - рентгеноскопия и 18% получили восстановительное лечение.

Медицинская эффективность организации ДС в больницах подтверждается социологическими опросами больных. Все опрошенные высказали удовлетворение этой формой работы и считали ее более удобной для себя в социальном плане.

Эффективность лечения больных в ДС подтверждается тем, что 96% больных были выписаны из ДС с улучшением, 3% - с выздоровлением и только у 1% больных состояние здоровья осталось без перемен.

Средняя длительность лечения в стационаре дневного пребывания составила 15,1 день, что несколько ниже сроков лечения в терапевтическом отделении стационара.

В процессе исследования было проведено нормирование труда врача ДС с целью спроектировать норматив должности врача ДС по специальности "врач общей практики". Результаты исследования показали, что нагрузка на одного врача ДС составит 25 больных в койко - смену.

Результаты исследования послужили основой для расчета потребности в коечном фонде ДС, которая осуществлялась раздельно для ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе стационара, так и потребность в отдельных койках в структуре больничных отделений (терапевтического, неврологического, хирургического и эндокринологического).

Расчетный показатель потребности взрослого населения в койках ДС 4-х вышеназванных профилей составил 5,2 на 10 тысяч населения (в их числе в ДС как самостоятельного структурного подразделения 4,9 и ДС долечивания 0,3 коек на 10 тысяч населения).

Развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи предопределяется региональными особенностями: инфраструктурой расселения, развитием транспортных путей сообщения и др., в связи с чем необходима корректировка показателей результатами социологических опросов больных.

В процессе организационного эксперимента нами был рассчитан экономический эффект от организации ДС на базе больничных учреждений при разных формах их организации. Базой исследования являлась ГБ N 6 г. Твери.

Рассчитывался экономический эффект от организации:

- дневного стационара как самостоятельного структурного подразделения на базе ГБ, с выделением помещения и штатных должностей для госпитализации в них первичных больных, направленных поликлиникой;

- коек ДС на базе профильных отделений стационара с целью обследования или долечивания больных с использованием современных технологий при условии, что медицинские показания и социальные факторы позволяют больным ежедневно приезжать в больничное учреждение. Такие больные не нуждаются в обязательном питании и даже могут не нуждаться в специально выделенной койке и белье, для них нужна комната отдыха.

Результаты экспертных оценок обоснованности использования коечного фонда стационаров установили, что 14,6% из числа госпитализированных больных могли лечиться или долечиваться в ДС.

С целью расчетов реальной потребности в коечном фонде ДС на базе больничных учреждений нами учтены результаты социологических опросов госпитализированных больных, которые показали, что 39,9% больных не могли лечиться в ДС по ряду причин, признанных нами объективными. В числе таких объективных причин были в основном трудности для больного ежедневно приезжать на лечение в ДС.

Экспертиза установила, что в 6,2% от общего числа койко - дней проведенных больными в стационаре, лечение могло быть проведено в условиях ДС. Экономический эффект от внедрения ДС как самостоятельного структурного подразделения на базе больницы составил 58,4 тыс. рублей (1,2%). Экономия складывалась за счет упразднения ночных дежурств медицинского персонала, расходов на питание больных, сокращение должности буфетчицы. Экономический эффект от организации коек ДС на базе профильных отделений стационара (терапевтического, хирургического, неврологического и эндокринологического) составил 20 тысяч рублей (0,4%). Формируется он за счет экономии расходов на питание больных.

Суммарный экономический эффект от организации ДС, включающий данные экспертных оценок, составил 667,04 тыс. руб., что составило 13,6% от текущих и годовых расходов на содержание коечного фонда.

Разработанная и апробированная в ходе эксперимента организационно - функциональная модель дневного стационара, как самостоятельного структурного подразделения на базе городской больницы, может быть рекомендована для внедрения в практику здравоохранения.

При организации и планировании работы дневного стационара на базе больничного учреждения рекомендуется пользоваться предложенной организационной структурой, режимом работы ДС, нормами нагрузки врача, а также расчетными показателями потребности населения в койках ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больничных учреждений, так и коек ДС в структуре профильных отделений больницы.

Необходимо изменить порядок финансирования ДС. С этой целью должны быть разработаны тарифы по медицинским услугам в ДС, включающие в себя все осуществляемые затраты по соответствующим статьям бюджетной классификации.

Расчет может быть проведен либо по сумме оказываемых медицинских услуг в соответствии с утвержденным "Классификатором простых медицинских услуг", либо из расчета 1 койко - дня, либо из расчета стоимости лечения больных при определенных заболеваниях. Объем медицинских услуг должен финансироваться за счет ОМС.

Учитывая, что режим работы ДС, как правило, строится в 2 смены, а лечение в нем является значительно менее затратным, чем в стационаре круглосуточного пребывания, при этом достигается результат увеличения числа пролеченных больных и сокращение круглосуточного коечного фонда.

Снижение затрат на лечебно - диагностический процесс должно привести к экономии денежных средств с учетом подушевого финансирования. Эти средства могут быть использованы на внедрение новых современных медицинских технологий, подготовку специалистов и внедрение экономических методов стимуляции их труда.

ДС могут также финансироваться из других источников не запрещенных законодательством. В них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счет средств добровольного медицинского страхования и граждан.

3. Организация работы дневных стационаров на базе больничных учреждений.

Целью организации ДС на базе больничных учреждений является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования больных в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. ДС на базе больничных учреждений могут быть организованы в структуре профильных отделений городских больниц, ЦРБ, диспансеров, клиник, НИИ, МСЧ.

Функции ДС на базе больничных учреждений могут включать:

- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающего, как правило, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно - диагностических манипуляций;
- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара по поводу несложных хирургических вмешательств (удаления доброкачественных опухолей, вросшего ногтя, флегмон, панарициев и др.);
- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания (например, больным сахарным диабетом);
- профилактические обследования и оздоровления лиц из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющих;
- долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения в условиях активного режима;

- апробация совместно с кафедрами вузов и НИИ новых методик лечения и обследования больных.

Профиль ДС должен определяться исходя из приоритетных задач, стоящих перед здравоохранением каждой конкретной территорией (район, город, область). Контингенты больных, направляемых в ДС различны: дети, взрослые, женщины, лица старших возрастов. В своей деятельности эти формы работы используют диагностическую, лечебную базу и консультации специалистов того учреждения, на базе которого они развернуты. Ответственность за деятельность дневного стационара на базе больничного учреждения несет главный врач больницы.

Направление больных на лечение и обследование в дневной стационар осуществляется в соответствии с показаниями лечащим врачом поликлиники или стационара, отбор больных в ДС осуществляет заведующий ДС или заведующий профильного отделения, на базе которого создан ДС.

Отбор и лечение больных в дневной стационар следует осуществлять в соответствии с разработанными нами в процессе исследования показаниями и противопоказаниями (приложение 1).

Лечение больных в ДС следует осуществлять с использованием современных технологий лечения больных (приложение 2).

Штатные должности врачей, среднего и младшего медицинского персонала ДС устанавливаются главным врачом больничного учреждения, на базе которого он создан, с учетом мощности ДС, профиля и режима его работы, а также рекомендуются приказом Минздрава РФ N 438 от 09.12.1999 г.

Режим работы ДС определяется руководителем медицинского учреждения, на базе которого расположен ДС, и зависит от профиля ДС и характера патологии. Как правило, ДС должен работать в 2 смены. В исключительных случаях, когда это требует характер заболевания, возможно лечение больных в одну смену.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

Питание больных в дневном стационаре решается индивидуально в зависимости от режима его работы и характера патологии.

Наибольшие проблемы возникают при формировании отчетной деятельности ДС на базе больничных учреждений. Приказом и сложившейся практикой определена 2-х сменная работа койки ДС. Кроме этого в ДС могут переводиться больные из круглосуточного стационара, не выписываясь из лечебного учреждения. При использовании действующих форм статистической учетности и отчетности возникают проблемы с определением количества пролеченных больных на каждом этапе, контролем за использованием коечного фонда (особенно в части оборота койки) и проведением расчетов за пролеченного больного в системе ОМС.

В связи с чем требуется привести в соответствие учетные и отчетные формы деятельности ДС, в первую очередь, на базе больничных учреждений.

Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно - профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

В соответствии с профилем койки дневного пребывания являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты). Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

Организация ДС в больничных учреждениях не должна нарушать лечебно - охранительного и санитарно - гигиенического режима стационара. Поэтому не целесообразно разворачивать койки ДС в структуре круглосуточного отделения.

ДС может быть многопрофильный (1-2 и более отделений) при этом лечебный процесс должен осуществляться специалистами соответствующего профиля.

Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляется в установленном порядке.

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно - профилактическому учреждению, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством РФ.

Приложение N 1

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР НА БАЗЕ БОЛЬНИЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

N п/п	Нозологическая форма	Показания	Противопоказания
1.	Острый бронхит	- затяжное лечение - с астматическим компонентом	- выраженный астматический компонент - выраженные явления интоксикации
2.	Хронический бронхит	- ст. обострения - дыхательная недостаточность I-II ст. - с астматическим компонентом - без астматического компонента	- дыхательная недостаточность III ст. - выраженный астматический компонент
3.	Бронхиальная астма (атопическая, инфекционно - аллергическая)	- ср. тяжести (I-II ст.) - вне статуса - дыхательная недостаточность I-II ст.	- тяжелая форма - астматический статус - дыхательная недостаточность III ст.
4.	Гипертоническая болезнь	- I-II стадия - недостаточность кровообращения I-II ст.	- III стадия - частые гипертонические кризы - недостаточность кровообращения III ст. - тяжелые осложнения и сопутствующие заболевания
5.	ИБС: стенокардия напряжения	- I-II функц. класс - недостаточность кровообращения I-II ст.	- III функц. класс - нестабильная - вариантная (Принцметала) - недостаточность кровообращения III ст.
6.	ИБС: аритмическая форма	- экстрасистония, мерцательная аритмия (постоянная форма) - недостаточность кровообращения I-II ст.	- пароксизмальная форма - впервые выявленная НК III ст.
7.	Вегетососудистая дистония	- период сосудистых пароксизмов	- частые сосудистые кризы
8.	Ревматизм. Ревматические пороки сердца	- I-II ст. активности - НК I-II ст.	- III ст. активности - НК III ст.
9.	Острый пиелонефрит	- без выраженной интоксикации	- с выраженными явлениями интоксикации

10.	Хронический пиелонифрит (ХПН)	- стадия обострения ХПН без выраженной интоксикации	- ХПН с выраженными явлениями интоксикации
11.	Хронический гломерулонефрит	- ст. обострения без ХПН	- явления ХПН - тяжелые осложнения
12.	Хронический гастрит, дуоденит. эзофагит	- ст. обострения	- выраженные болевой и диспептический синдромы
13.	Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	- ст. обострения - впервые выявленная	- непрерывно рецидивирующее течение - тяжелые осложнения и сопутствующие заболевания - выраженный болевой и диспептический синдромы
14.	Хронический холецистит	- ст. обострения - без выраженной интоксикации	- желчнокаменная болезнь с частыми приступами желчной колики - выраженная интоксикация
15.	Постхолицистэктомический синдром	- ст. обострения	- выраженная секреторная недостаточность поджелудочной железы - выраженный болевой и диспептический синдромы
16.	Хронический панкреатит	- ст. обострения - без выраженной интоксикации	- выраженная секреторная недостаточность поджелудочной железы - выраженный болевой и диспептический синдромы - выраженная интоксикация
17.	Хронический гепатит	- персистирующий - алкогольный - без признаков ХПН	- явления хронической печеночной недостаточности
18.	Цирроз печени	- активность процесса I-II ст. - умеренно выраженный синдром портальной гипертензии - ХПН I ст.	- выраженная активность процесса - хр. печеночная недостаточность II-III ст. - спленомегалия
19.	Сахарный диабет (I,II тип)	- диабетическая ангиопатия - нейропатия - нефропатия	- ХПН II-III ст. - ангиопатия конечностей с ишемией III Б-IV ст. - нейропатия с атаксией - декомпенсированная форма инсулинозависимого сахарного диабета
20.	Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	- I-III А ст.	- III Б-IV ст.
21.	Эндартерииты	- I-II ст.	- III-IV ст. - острый тромбофлебит
22.	Варикозная болезнь, хр. посттромбэмболический синдром, хр. венозная недостаточность	- I-II ст.	- III ст. с тяжелыми трофическими нарушениями
23.	Деформирующий остеоартроз, солевые артропатии	- нарушения функции I-III ст.	- анкилозы крупных суставов с нарушением функции IV ст.

24.	Ревматоидный артрит	- без выраженного нарушения функции суставов	- нарушение функции III-IV ст.
25.	Остеоартроз, спондилез	- без выраженных нарушений двигательных функций	- выраженное ограничение двигательных функций
26.	Болезни межпозвоночных дисков	- обострение	- протрузия (грыжа) диска с компрессией позвонков
27.	Ишемическая болезнь мозга: атеросклероз сосудов головного мозга остаточные явления острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)	 - ХНМК I-II ст. - период сосудистых пароксизмов - через 6 мес. после ОНМК	 - ХНМК III ст. - выраженные нарушения двигательных функций - психические расстройства (изменение личности)
28.	Дисциркуляторная ангиоэнцефало (миело)-патия	- вестибулярно - координационные расстройства - легкие интеллектуально - мнестические нарушения	- те же
29.	Неврологические осложнения остеохондроза	- рефлекторные синдромы - ишемические синдромы	- выраженные периферические парезы - тазовые расстройства
30.	Полиневропатия (токсическая)	- двигательные расстройства и чувствительные легкой и ср. ст.	- те же
31.	Остаточные явления нейроинфекций	- пирамидные синдромы легкой и ср. ст. тяжести - мозжечковые расстройства легкой и ср. степени	- выраженные конгитивные (корковые) нарушения - двигательные нарушения координации
32.	Рассеянный склероз	- двигательные чувствительные и координационные расстройства легкой и ср. ст. тяжести	- неврит или невропатия зрительного нерва (потеря зрит. функций) - тазовые расстройства - парапарезы - мозжечковые нарушения
33.	О. очаговая пневмония	- без явлений интоксикации	- выраженные явления интоксикации

Приложение N 2

ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ НА БАЗЕ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ И БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Нозологическая форма	Рекомендуемый набор лекарственных средстви процедур для лечения в ДС на базе больничных учреждений	Рекомендуемый набор лекарственных средств и процедур для лечения в ДС на базе амбулаторно-поликлинических учреждений

1. Облитерирующий атеросклероз (диабетическая ангиопатия)	1. Трентал 5.0 (10.0) в/в N 10 кап. 2. Солкосерил (актовегил) 6.0 (8.0) в/в N 10-15 кап. 3. Реополиглюкин 200 (400) в/в N 5 капельно. 4. Гемодез 200 (400) в/в N 5 капельно. 5. Ксантинола никотинат (компламин - ретард) 2.0 в/м N 15-20 6. Vit E, B2, C в/м N 10. 7. Лазеротерапия N 10 8. ГБО N 10. 9. Массаж N 10. 10. Иглорефлексотерапия.	1. Пентоксифиллин 5.0 (10.0) в/в N 10 -15 кап. на физ. р-ре 2. Таб.Пентоксифиллин 1 х 3 р. 3. Никотиновая кислота. (Ксантинола никотинат 2.0 в/м 15-20) 4. Vit E, B1, B6 в/м N 10 или таб. 5. Физиолечение ДДТ, токи Бернара, магнитное поле, электрофорез с MgSO4 6. Массаж N 10 7. Иглорефлексотерапия
Примерная стоимость	1930	290
2. Эндартерииты (облитерирующий эндартериит, тромбангит Бюргера, аретериоартрит, б-нь Рейно)	то же 11. Вазопростан (простовазин) 3.0 в/в N 10-15 12. Гормонотерапия 5-15 мг/сут. (преднизолон) 13. Иммунотерапия: Т-активин, тимолин, интерферон, интерлейкин. 14. Эссавен - гель, гемотромбин - гель, лиотон 100 2-3 наружно 15. Тиклид 1 х 2 раза	то же 8. Ацетилсалициловая к-та 0,255 х 2 раза 9. Гормоны по показанию 5-15 мг/сут. (преднизолон) 10. Гепариновая мазь 2-3 раза наружно 11. Троксевазин 1 х 3 раза
Примерная стоимость	1100	420
3. Варикозная болезнь, хронический посттромбэмболический синдром, хр. венозная и хр. лимфовенозная недостаточность	1. Трентал 5.0 (10.0) в/в N 10 кап. на 200.0 физ. р-ра 2. Реополиглюкин 200 (400) в/в N 3 капельно 3. Гемодез 200 (400) в/в N 3 кап. 4. Солкосерил (актовегин) 6.0 в/в N 5 капельно 5. Детралекс (гинкор - форте) 1 х 2 раза 6. Гели (лиотон, гепатромбин, эссавен) - 2-3 раза наружно 7. Бинтование 8. Антибиотикотерапия по показаниям 9. Тиклид 1 х 2 раза 10. ГБО N 10 11. Лазеротерапия N 10	1. Петроксифаллин 5.0 (10.0) в/в N 10 кап. на 200.0 физ. р-ра 2. Триоксивазин 1 х 3 раза 3. Экскузан 1 х 3 раза 4. Гепариновая мазь 2-3 раза наружно 5. Аспирин 0,5 х 3 раза 6. Эластическое бинтование 7. Антибиотикотерапия по показаниям (пенициллин 1.0 х 4 раза, ампициллин 0,5 х 4 раза, докациклин 1 х 1 раз, линкомицин 0,3 х 3 раза) 8. Физиотерапия УВЧ, электрофорез
Примерная стоимость	1975	440

4. Деформирующий артроз	1. НПВС (вольтарен, реопирин 3.0 в/м N 10, ортофен 1 х 2 раза), сургам 1 т. х 2 раза 2. Никотиновая к-та (ксантинола никотинат) 2.0 в/м N 10 3. Гели наружно 4. Румалон 1.0 N 25 по схеме в/м 5. ЛФК, массаж 6. Иглорефлексотерапия 7. Vit B12 в/м N 10 8. Лазеротерапия 9. НПВС с миорелаксирующ. д-м (сирдалуд) 10. Внутрисуставные инъекции	1. НПВС (ортофен 3.0 в/м N 5-10, диклофенак 3.0 в/м, N 5-10, индометацин 1х3 раза) 2. Никотиновая к-та (ксантинола никотинат) 2.0 в/м N 10-15 3. Мазь индометациновая, меновазин 2 х 3 раза 4. Vit B12 400 в/м N 10 5. ЛФК, массаж 6. Физиотерапия (электрофорез KJ, димексид N 10, фонофорез с гидрокортизоном N 10, УВЧ N 6, токи Бернара)
Примерная стоимость	640	120
5. Рассеянный склероз 21 - 25 дней	1. Церебролизин 5.0 в/в N 10 2. Vit E в/м 2.0 N 10 3. Ретаболил 2.0 в/м 1 раз в неделю N 5-7 4. Т-активин 1.0 в/м N 7 5. Декариз 150 мг х 3 раза в неделю 6. Сирдалуд 1 т. х 2 раза 10-15 дней 7. Преднизолон в табл. по схеме	1. Пирацетам 5.0 в/в N 10 2. Vit E в/м 2.0 N 10 3. Тимолин 10 мг N 10 4. Преднизолон в табл.
Примерная стоимость	4965	410
6. Дисциркуляторная ангиоэнцефало(миело)-патия 15 - 21 день	1. Кавинтон 2.0 - 4.0 в/в N 5-10 кап. на 200.0 физ. р-ра 2. Трентал 5.0 в/в N 5-7 кап. 3. Актовегин 5.0 в/в N 10 кап. 4. Ноотропил 5.0 в/в N 10 кап. 5. Церебролизин 5.0 в/в N 10 6. Тиклид 1 х 4 раза 7. Инстенон 1 т. х 3 раза	1. Эуфеллин 5.0-10.0 в/в N 10 кап. на физ. р-ре 2. Пирацетам 5.0 в/в N 10 3. Никотиновая к-та 2.0 в/м N 10 4. Vit B1, B6 2.0 в/м N 10 5. Циннаризин 1 х 3 раза
Примерная стоимость	4074	510

7. Атеросклероз сосудов головного мозга ХНМК I-II ст. 15 - 20 дней	1. Липостабил 10.0 N 15 (липонор, липостат) 2. Сермион 4 мг N 15 в/в инфузии (ницерголин) 3. Токоферол 0,5 х 3 раза или 10% 1,0 N 10 4. Курантил 0,025 х 3 раза 5. Продектин 0,25 х 3 раза	1. Ксантинола никотинат 2.0 в/м N 15 2. Аскорбиновая к-та 5% 2,0 в/м N 10 3. Пикоминон 2,0 10-15 в/м 4. К-та липоевая 0,025 N 50 таб. 5. Метионин 0,25 N 50
Примерная стоимость	1067	326
8. Остеохондроз поясничнo - грудного отдела позвоночника с ВБН 15-20 дней	1. Кавинтон 4.0 N 10-15 в/в инфузия 2. Румалон 1.0 N 20 в/м 3. Ноотропил 5.0 N 10 в/в 4. Винпоцетин 0.005 1 х 3 раза 5. Баклофен 0.25 х 2 6. Массаж воротниковой зоны 7. Фонофорез лекарственных препаратов	1. Фонофорез лекарственных препаратов 2. Компламин 2.0 N 15 в/м 3. Плазмол 1.0 N 20 или стекловидное тело 2.0 N 20 в/м 4. Vit B6 1.0 N 15 в/м 5. Циннаризин 0,025 х 3 раза 6. Аэровит 1 др. х 3 раза 7. Электрофорез лекарственных средств на воротниковую зону 8. ЛФК
Примерная стоимость	1700	114
9. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника 13-17 дней	1. Диклофенак (вольтарен) 3.0 в/м N 5-10 2. Месупид 1 т х 2 раза 5 дней 3. Сирдалуд 1 т. х 2 раза 5-7 дней 4. Румалон 1.0 в/м N 25 5. Фастум - гель наружно 6. ИРТ 10 сеансов 7. Мануальная терапия 4-5 сеансов	1. Ортофен 3.0 в/м N 5-10 2. Индометацин 1 х 3 раза 3. Vit B12 400 ед. в/м N 10 4. Меновазин наружно 5. ДДТ N 5-7
Примерная стоимость	1106	52
10. Полиневропатия (токсическая) 15-24 дня	1. Трентал 5.0 в/в капельно N 5-10 2. Солкосерил 5.0 в/в N 10-15 3. Убретид 0.5 в/м 7-10 4. Vit B1 3.0-4.0 в/м N 10 5. Электростимуляция, массаж N 10	1. Никотиновая к-та 2.0 в/м N 10 2. Vit B1 3.0 в/м N 10 3. Прозерин 1.0 в/м N 10
Примерная стоимость	1004	90

11. Остаточные явления нейроинфекции 15-21 день	1. Ноотропил 5.0 в/в N 10-12 2. Лидаза 64 ед. в/м N 10 3. Церебролизин 5.0 в/в N 10 4. АТФ 2.0 в/м N 10-15 5. ККБ 50.0 в/м N 10-15	1. Пирацетам 5.0 в/в N 10 2. Стекловидное тело 2.0 в/м N 20 3. Vit B6 1.0 в/м N 10
Примерная стоимость	2074	190
12. ИБС: стенокардия напряжения I-II ст. НКО 18 дней	1. Изосорбиддинитрат рет. 40 мг утро (изо-мак) 2. Молсидомин 1 т. вечер 3. Верапамил 80 мг х 2 раза (дилтиазем) 4. Аспирин 1/2 т. (тиклид) 5. Милдронат 5.0 + глюкоза 5% 200.0 в/в кап. N 10 или ГИК + вит. B6 2.0 + MgSO4 5.0 в/в кап. N 10	1. Нитросорбид 1 т. х 4 раза 2. Коринфар рет. 1 т в день 3. Аспирин 1/4 т/день 4. Кокарбоксилаза 50.0 или АТФ 1.0 в/м N 15 5. ГИК: глюкоза 5% 200.0 + KCl 3% 20.0 + инсулин 4 ед. + MgSO4 25% 5.0 в/в кап. N 5 через день
Примерная стоимость	603	356
13. ИБС: постинфарктный кардиосклероз НК I-II ст. 15 дней	1. Изосорбиддинитрат рет. 40 мг/день или 2. Молсидомин 10 мг/день 3. Гидрохлордиазид 12.5 мг/день 4. Панангин 1 х 3 раза 5. ГИК в/в кап. N 10 6. АТФ 1.0 в/м N 10	1. Нитросорбид 1 х 3 раза 2. Гидрохлортиазид 12.5 мг/день 3. Аспаркам 1 х 3 раза 4. Дилтиазем рет. 80 мг х 2 раза/день 5. ГИК в/в кап. N 10
Примерная стоимость	555	329
14. ИБС: аритмическая форма 18 дней	1. Кордарон 1 х 3 раза или этацизин 1 – 3 раза 2. Соталол 80 мг х 2 раза или метопролол 100 мг х 1 раз 3. Фуросемид 1 х 2 раза в неделю 4. Панангин 1 х 3 раза 5. ГИК + рибоксин 5.0 в/в кап. ч/д N 5	1. Кордарон 1 х 3 раза 2. Обзидан (пропранолол) 40 мг х 3 раза 3. ГИД + дигоксин 0.5 в/в кап. ч/д N 5 4. Фуросемид 1 х 2 раза в неделю 5. Аспирин 1/2 шт. утром
Примерная стоимость	685	467
15. Гипертоническая болезнь I-II ст. 12 дней	1. Ницерголин 5.0 + глюкоза 5% 200.0 в/в кап. ч/д N 5 2. Ноотропил 5.0 в/в N 10 3. Sol. MgSO4 25% 5.0 в/м N 10 4. Атеносан 25 мг х 2 раза или, и нифедипин 5 мг х 1 раз 5. Ренитек 10 мг х 2 раза 6. Фуросемид 1 х 2 раза в неделю	1. Эуфиллин 5.0 + глюкоза 5% 200.0 в/в кап. ч/д N 5 2. Пирацетам 5.0 в/м N 10 3. Эналаприл 10 мг х 2 раза 4. Обзидан 20 мг х 2 раза 5. и, или нифедипин 5 мг х 1 раз 6. Фуросемид 1 х 2 раза в неделю
Примерная стоимость	718	280

16. Ревматические пороки сердца НК I-II ст. 18 дней	1. Дигоксин 1 х 2 раза 2. Триампур 1 ш. в день 3. Анаприлин 10 мг 2 раза 4. Милдронат 5.0 в/м N 10 5. Панангин 10.0 + рибоксин 5.0 + глюкоза 5% 200.0 в/в кап. N 5 ч/д 6. Тиклид 250 мг х 1 раз	1. Дигоксин 1 х 2 раза 2. Фуросемид 1 х 3 раза в неделю 3. ГИК в/в кап. ч/д N 5 4. ККБ 50.0 или АТФ 2.0 в/м N 15 5. Аспирин 1/2/день
Примерная стоимость	1125	233
17. Язвенная болезнь желудка и 12 п. кишки 18 дней	1. Клацид 250 мг х 2 раза 5 дней 2. Омез 20 мг х 2 раза 3. Метронидазол 500 мг х 2 раза 10 дней или 1. Де-нол 120 мг х 4 раза 2. Омез 20 мг х 2 раза 3. Метронидазол 10 дней 250 мг х 4 раза 4. Амоксициллин 7 дней 500 мг х 4 раза 5. Но-шпа 2.0 в/м N 5	1. Фамотидин 300 мг х 2 раза 2. Ампициллин 500 х 4 раза 7 дней 3. Метронидазол 500 мг х 2 раза 10 дней 4. Викалин 1 х 4 раза 5. Папаверин 2.0 в/м N 5
Примерная стоимость	814	195
18. Хр. гастрит, дуоденит 12-14 дней	1. Пилорид (ранитидин) 400 мг х 2 раза 2. Панзинорм 1 х 3 раза 3. Трихопол 500 мг х 2 раза 4. Альмагель 1 д.л. х 3 раза 5. Но-шпа 2.0 в/м N 5	1. Викалин 1 х 3 раза 2. Метронидазол 500 х 2 раза 3. Дигестал 1 х 3 раза 4. Папаверин 2.0 в/м N 5
Примерная стоимость	230	112
19. Хр. панкреатит в ст. обострения 18 дней	1. Фамотидин 40 мг х 2 раза 2. Фосфалюгель 1 д.л. х 4 раза 3. Гордокс 20.0 + глюкоза 5% 400.0 в/в кап. N 5 или котрикал 20 тыс. + глюкоза 5% 400.0 в/в кап. N 5 4. Баралгин 5.0 в/в N 5 5. Новокаин 0.25% 100.0 в/в кап. N 3 6. Панзинорм 1 х 3 раза	1. Ранитидин 400 мг х 2 раза 2. Альмагель 1 д.л. х 4 раза 3. Фестал 1 х 3 раза 4. Новокаин 0.25% 100.0 в/в кап. N 3 5. Глюкоза 5% 400.0 + баралгин 5.0 + димедрол 1.0 + MgSO4 25% 5.0 в/в кап. N 5
Примерная стоимость	947	347
20. Хр. холецистит в ст. обострения ЖКБ 15-18 дней	1. Ампиокс 0.5 х 4 раза в/м N 7 2. Мотилиум 10 мг х 4 раза 3. Фуразолидон 1 х 3 раза 4. Панзинорм 1 х 3 раза 5. Маалокс 15 мл х 4 раза 6. Баралгин 5.0 в/м N 3	1. Ампициллин 0.5 х 4 раза в/м N 7 или тет- рациклин 0.5 х 4 раза N 7 2. Церукал 2.0 в/м N 5 3. Пикодин 1 х 3 раза 4. Трихопол 1 х 3 раза 5. Фестал 1 х 3 раза 6. Папаверин 2.0 в/м N 5
Примерная стоимость	914	350
21. Хр. гепатит 15-18 дней	1. Легалон 1 х 3 раза 2. Глюкоза 5% 400.0 + рибоксин 5.0 + аскорбиновая к-та 5.0 в/в кап. N 5 3. Гемодез 400.0 в/в кап. N 2-3 4. Вит. B1 и B6 по 2.0 в/м N 10 5. Креон 1 капс. х 3 раза	1. Липамид 2 х 3 раза 2. Карсил 2 х 3 раза или лив-52 1 х 3 раза 3. Вит. B1 и B6 по2.0 в/м N 10 4. Глюкоза 5% 400.0 + ККБ 100.0 + аскорбиновая к-та 5.0 в/в кап. N 5
Примерная стоимость	706	295

22. Цирроз печени (хр., алкогольный) 20 дней	1. Нормазе 60 мг/сут. 2. Фуросемид 2 х 2 раза в неделю 3. Верошпирон 100 мг/день 4. Глюкоза 5% 400.0 + эссенциале 10.0 + Вит. В6 2.0 + Вит. В1 2.0 в/в кап. ч/д N 5 5. Гемодез 200.0 в/в кап. ч/д N 3 6. Фолиевая к-та 5 мг/сут. 7. Диазолин 1 х 2 раза	1. Фестал 1 х 3 раза 2. Фуросемид 2 х 2 раза в неделю 3. Верошпирон 100 мг/день 4. Глюкоза 5% 400.0 + рибоксин 5.0 + аскорбиновая к-та 3.0 в/в кап. N 7 5. Димедрол 1 х 2 раза
Примерная стоимость	643	520
23. Постхолецистэктомический с-м 10-12 дней	1. Фестал 1 х 4 раза 2. Маалокс 15 мг х 4 раза 3. Баралгин 5.0 в/м N 5 4. Дебридат 100 мг х 3 раза	1. Папаверин 2.0 в/м N 5 2. Дигестал 1 х 3 раза 3. Аллохол 1 х 3 раза 4. Альмагель 1 д.л. х 3 раза
Примерная стоимость	550	118
24. С-м оперированного желудка 15-17 дней	1. Эглонил 2.0 в/м N 5 или мотилиум 10 мг х 4 раза 2. Имодиум 2 мг х 3 раза 3. Креон 1 х 4 раза 4. Вентер 1 х 4 раза 5. Аскорбиновая к-та 5.0 в/м N 10	1. Сульпирид 900 мг/сутки 2. Мезим - форте 1 х 3 раза 3. Маалокс 1 д.л. х 4 раза 4. Олиговит 1 др. х 2 раза
Примерная стоимость	1524	450
25. Хр. пиелонефрит в ст. обострения. МКБ. Вторичный пиелонефрит. ХПНО 18-20 дней	1. Ципрофлоксацин 500 мг х 2 раза 7 дней в/м 2. Фуразолидон 0.01 х 4 раза 3. Но-шпа 2.0 в/м N 5 4. Метрагил 100.0 в/в кап. N 3 5. Фитолизин 1 ч.л. х 3 раза	1. Пенициллин 500 тыс. х 3 раза в/м N 7-10 2. Нитроксолин 1 х 3 раза 3. Папаверин 2.0 в/м N 5 4. Уросептический сбор
Примерная стоимость	315	140
26. Хр. гломерулонефрит (гипертон. форма) ХПН 21 день	1. Индометацин 1 х 3 раза 2. Трентал 5.0 + физ. р-ра 0.9% 200.0 в/в кап. ч/д N 5 3. Каптоприл 1 х 2 раза 4. Но-шпа 2.0 в/м N 5	1. Ибупрофен 1 х 3 раза 2. Курантил 25 мг х 3 раза 3. Эналаприл 5 мг х 2 раза 4. Фуросемид 1 х 3 раза в неделю 5. Верошпирон 2 т./день
Примерная стоимость	402	270
27. Сахарный диабет I-II тип - с поражением почек - с поражением глаз - с поражением периферич. нервн. системы 15 дней	1. Антидиабетич.пр-ты (инсулин или по схеме) 2. Трентал 5.0 + физ.р-р 0.9% 200.0 в/в кап. N 10 3. Сулодексид 600 ед.в/м N 15 4. Кокарбоксилаза 50.0 в/м N 15 5. Ренитек 2 мг х 2 раза	1. Антидиабетич.пр-ты (инсулин или по схеме) 2. Пентоксифиллин 5.0 + физ. р-р 0.9% 200.0 в/в кап. N 10 3. Пирацетам 5.0 в/в N 10 4. Никотиновая к-та 2.0 в/м N 10 5. Энам 5 мг х 2 раза
Примерная стоимость	800	470
28. Острый бронхит 10-12 дней	1. Антибиотики (соотв. флоре) + гентамицин 2.0 х 2 раза в/м N 7 2. Трихопол 1 х 3 раза 3. Эуфиллин 1 х 3 раза 4. АЦЦ 1 х 2 раза 5. Тавегил 1 х 2 раза	1. Пенициллин 1 млн.х 4 раза в/м N 7 2. Эуфиллин 1 х 3 раза 3. Диазолин 1 х 2 раза 4. Мукалтин 1 х 4 раза
Примерная стоимость	261	120

29. Хр. бронхит в ст. обострения 12-14 дней	1. Цефамезин 1.0 х 2 раза N 7 2. Эуфиллин 2.4% 5.0 + физ. р-р 0.9% 100.0 в/в кап. N 5 3. Метронидазол 500 мг х 2 раза N 10 4. Супрастин 1 х 2 раза 5. Кленбутерол 1 ч.л. х 2 раза	1. Ампиокс 0.5 х 3 раза в/м N 7 2. Папаверин 2% 2.0 в/м N 10 3. Метронидазол 500 мг х 2 раза N 10 4. Бромгексин 1 х 3 раза 5. Диазолин 1 х 2 раза
Примерная стоимость	950	136
30. О. очаговая пневмония 14 дней	1. Клацид 250 мг х 2 раза 5-7 дней 2. Метрагил 100.0 в/в кап. N 3 3. Кларитин 1 ш. 4. АЦЦ1 пор. х 2 раза 5. Триовит 1 капс. х 2 раза	1. Ампиокс 0.5 х 4 раза в/м N 7 2. Трихопол 1 х 4 раза 3. Бромгексин 1 х 3 раза 4. Диазолин 1 х 2 раза 5. Эуфиллин 1 х 2 раза
Примерная стоимость	730	160
31. Бронхиальная астма, ср. ст. тяжести, приступ. период. ДН I-II ст. 16 дней	1. Дитэк 2 инг. х 4 раза 2. Дексазон 5 мг + физ. р-ра 9% 400.0 в/в кап. 2 - 3 раза (при гормонозавис.) 3. Бекотил 2 инг. х 6 раз 4. Эуфиллин 2.4% 100.0 + физ. р-р 9% 400.0 в/в кап. N 10 5. Кетотифен 1 х 2 раза 6. Папаверин 2% 2.0 в/м N 10 7. Массаж гр. кл. N 10	1. Эуфиллин 2.4% 10.0 + физ. р-р 9% 400.0 в/в кап. N 10 2. Преднизолон 60.0 в/в N 3 3. Сальбутамол 1 инг.х 4 раза 4. Таб. Сальбутамол 1 х 2 раза 5. Диазолин 1 х 2 раза 6. Папаверин 2% 2.0 в/м N 10
Примерная стоимость	950	443
32. Железодефицитная анемия 18 дней	1. Фенюльс 1 капс. X 2 раза 2. Глюкоза 5% 200.0 + аскорбиновая к-та 5.0 + вит. B1 2.0 + вит. B6 2.0 в/в кап. N 7	1. Ферроплекс 2 х 3 раза 2. Аскорбиновая к-та 3.0 в/м N 10
Примерная стоимость	238	85
33. Ревматоидный артрит 14-16 дней	1. Кеторол 1 мл 5 дней 2. Месулид 1 х 2 раза 5 дней 3. Вит. B12 800 в/м N 4. Супрастин 1 х 2 раза 5. Электрофорез с димексидом N 7	1. Ортофен 3.0 в/м N 10 2. Диазолин 1 х 2 раза 3. Вит. B12 800 в/м N 10
Примерная стоимость	164	95

приложение 3

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
30 декабря 2002 г.
N 413
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНОЙ И ОТЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

В целях упорядочения ведения учета и отчетности в условиях взаимодействия органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в учреждения здравоохранения системы Минздрава России была введена временная, сроком на 1 год, учетная и отчетная медицинская документация, утвержденная приказом Минздрава России от 20.02.2002 N 60 "О введении временной учетно - отчетной медицинской документации".

Анализ работы с данными формами подтвердил необходимость перехода учреждений здравоохранения на систему учета, отвечающую требованиям работы отрасли в современных экономических условиях и внедрением в деятельность учреждений здравоохранения ресурсосберегающих технологий.

В связи с вышеуказанным

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Ввести в действие с января 2003 года следующую медицинскую учетную и отчетную документацию:

1.1. Учетную форму N 039/у-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно - поликлинических учреждениях, на дому" (приложение N 1).

1.2. Учетную форму N 007/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (приложение N 2).

1.3. Учетную форму N 016/у-02 "Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (приложение N 3).

1.4. Учетную форму N 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно - поликлиническом учреждении, стационара на дому" (приложение N 4).

1.5. Учетную форму N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно - поликлиническом учреждении, стационара на дому" (приложение N 5).

1.7. Отчетную форму N 14-дс "Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно - профилактического учреждения" (приложение N 6).

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации обеспечить:

2.1. Введение вышеперечисленных учетных и отчетной форм во все подведомственные учреждения здравоохранения.

2.2. Представление годового отчета за 2002 год по форме N 14-дс Минздраву России в установленном порядке.

3. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению (Хальфин Р.А.) подготовить до 20.02.2003 инструктивно - методические материалы по заполнению вышеуказанной медицинской документации.

4. Приказ Минздрава России от 20.02.2002 N 60 "О введении временной учетно - отчетной медицинской документации" считать утратившим силу.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации А.И.Вялкова.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение N 1
к приказу Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

По вопросу, касающемуся заполнения формы N 039/у-02 см. Инструкцию, утвержденную Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 039/у-02
Утверждена приказом Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

ВЕДОМОСТЬ
УЧЕТА ВРАЧЕБНЫХ ПОСЕЩЕНИЙ
В АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, НА ДОМУ

Ф.И.О. и должность врача _____
_____
профиль специальности
за ____ 20... г.
Участок: территориальный N _____ цеховой N _____

Дата	Число посещений в поликлинике		в том числе в возрасте (из графы 2)		из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний			профилактических	Число посещений на дому (всего)	из общего числа посещений на дому						Число посещений по видам оплаты			
										по поводу заболеваний				из числа профилактических		ОМС	бюджет	платные	ДМС
	всего	из них сельских жителей	0-17 лет	60 лет и старше	всего	в т.ч. числе в возрасте				всего	в т.ч. в возрасте			0-17 лет	В т.ч. 0-1 год				
						0-17 лет	60 лет и старше				0-17 лет	из них 0-1 год (вкл.)	60 лет и старше						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			

4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			

оборотная сторона ф. N 039/у-02

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			

Подпись врача _____

Приложение N 2
к приказу Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

По вопросу, касающемуся заполнения формы N 007/у-02 см. Инструкцию, утвержденную Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 007/у-02
Утверждена приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

ЛИСТОК
ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА
СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО
СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
(подчеркнуть)

_____
наименование отделения, профиля коек

	Код	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт	В том числе коек, свернутых на ремонт	Движение больных за истекшие сутки												На начало текущего дня			
				Состояло больных на начало истекших суток	Поступило больных <*> (без переведенных внутри больницы)					переведено больных внутри больницы		Выписано <*> больных				умерло	состоит больных - всего	состоит матерей при больных детях	свободных мест	
					всего	в т.ч. из дневного стационара	из них (из гр. 6)					всего	в т.ч.						мужских	женских
							сельских жителей	0-17 лет	60 лет и старше	из других отделений	в другие отделения		переведенных в другие стационары	в круглосуточный стационар	в дневной стационар					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Всего																				

в том числе по койкам																				

Формат А4 Подпись медицинской сестры _____

<*> При поступлении больного из круглосуточного стационара в дневной и наоборот считать больного как выписанного и вновь поступившего.

оборотная сторона ф. N 007/у-вр

Фамилия, и., о поступивших	Фамилия, и., о. поступивших из круглосуточного стационара	Фамилия, и., о. выписанных	Фамилия, и., о. переведенных		Фамилия, и., о. умерших	Фамилия, и., о. больных, находящихся во временном отпуску <*>
			в другие отделения данной больницы	в другие стационары		
1	2	3	4	5	6	7

<*> Учитываются при подсчете койко - дней.

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа управления здравоохранением.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая сведения по койкам узких специальностей), в последующие строки сведения о койках и движении больных по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежащих в отделении, имевшем урологические койки.

Для получения суммарных данных по больнице сведения из листков отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

В гр. 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантином и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в гр. 3 выделяются в гр. 4 койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

В графах 5-17 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (о числе состоявших и поступивших больных, в т.ч. из дневных стационаров переведенных из отделения в отделение, выписанных в т.ч. в дневные стационары и умерших) в гр. 18 и 19 - о числе больных, состоящих в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в гр. 18 предыдущего дня, должно быть переписано в гр. 5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 18) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр. 6) и переведенных (гр. 11) за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 12), выписанных (гр. 13) и умерших (гр. 17), т.е. числам в гр. 5 + 6 + 11 - 12 - 13 - 17 = гр. 18.

Приложение N 3
к приказу Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

По вопросу, касающемуся заполнения формы N 016/у-02 см. Инструкцию, утвержденную Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 016/у-02
Утверждена приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА ПО СТАЦИОНАРУ, ОТДЕЛЕНИЮ ИЛИ ПРОФИЛЮ КОЕК СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ (нужное подчеркнуть)

_____ наименование отделения, профиль коек _____
за 20__ год

	Число коек в пределах сметы		Среднемесячных коек	Состояло больных на начало отчетного периода	За отчетный период												Состояло больных на конец отчетного периода	Проведено больными коек - дней в круглосут. стационаре (дней лечения в дневном стационаре)	Кроме того	
					Поступило больных					Переведено больных внутри больницы		Выписано больных				умерло			число коек - дней закрытия	проведено коек - дней по уходу
	Всего факт. развернутых	В т.ч. свернуты на ремонт			Всего	в т.ч. из дневных стационаров	из них (из гр. 6)					всего	в т.ч.							
							сельских жителей	0-17 лет	60 лет и старше	из других отделений	в другие отделения		в дневной стационар	в круглосуточный стационар	переведено в другие стационары					
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Январь																				
Февраль																				

Март																				
Апрель																				
Май																				
Июнь																				
за полугодие																				
Июль																				
Август																				
Сентябрь																				
Октябрь																				
Ноябрь																				
Декабрь																				
за год																				

Подпись

Приложение N 4
к приказу Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

По вопросу, касающемуся заполнения формы N 007дс/у-02 см. Инструкцию, утвержденную Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 007дс/у-02
Утверждена приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

ЛИСТОК <*>
ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ
УЧРЕЖДЕНИИ, СТАЦИОНАРА НА ДОМУ

_____
наименование отделения, профиля мест

	Код	Число мест (пациенто - мест в стационаре на дому)	Средне-месячных (годовых) мест	Движение больных за истекшие сутки									на начало текущего дня		Состояло больных на конец отчетного периода	Проведено больными дней лечения	в т.ч. сельскими жителями
				состояло больных на начало истекших суток <*>	Поступило больных					выписано больных		умерло	состоит больных				
					Всего	в т.ч. из круглосуточных стационаров	из них (из гр. 6)			всего	в т.ч. в круглосуточные стационары		всего	в т.ч. сельских жителей			
							сельских жителей	0-17 лет	60 лет и старше								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Дата _____ Подпись медицинской сестры _____

<*> При необходимости сводных сведений воспользоваться этой же формой, в сводной форме указать месяц, срок. При использовании формы для дневного учета - в графе 1 перечислить профили коек; для сводной ведомости - месяцы года, а в графе 5 - "состояло больных на начало отчетного периода".

оборотная сторона ф. N 007дс/у-02

Фамилия, И., О. поступивших	в т.ч. из круглосуточного стационара	Фамилия, И., О. выписанных	в т.ч. в круглосуточные стационары

Приложение N 5
к приказу Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

По вопросу, касающемуся заполнения формы N 066/у-02 см. Инструкцию, утвержденную Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 N 545.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
_____
наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 066/у-02
Утверждена приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ, СТАЦИОНАРА НА ДОМУ

N медицинской карты _____

1. Код пациента: <*> _____ 2. Ф.И.О.: _____
3. Пол: муж. - 1; жен. - 2 4. Дата рождения _ _._ _._ _ _ _
5. Документ, удостов. личность: название, серия, номер _____
6. Адрес: регистрация по месту жительства _____
7. Код территории проживания: ___ Житель: город - 1; село - 2.
8. Страховой полис (серия, номер): _____
Выдан: кем _____ Код терр.: _ _ _
9. Вид оплаты: ОМС - 1; Бюджет - 2; Платные услуги - 3; в т.ч. ДМС - 4; Другое - 5.
10. Социальный статус: дошкольник - 1: организован - 2; неорганизован - 3; учащийся - 4; работает - 5; не работает - 6; БОМЖ - 7; пенсионер - 8; военнослужащий - 9; Код _ _ _; Член семьи военнослужащего - 10.
11. Категория льготности: инвалид ВОВ - 1; участник ВОВ - 2; воин - интернационалист - 3; лицо, подвергшееся радиационному облучению - 4; в т.ч. в Чернобыле - 5; инв. I гр. - 6; инв. II гр. - 7; инв. III гр. - 8; ребенок - инвалид - 9; инвалид с детства - 10; прочие - 11.
12. Кем направлен _____ N напр. _____ Дата: _ _._ _._ _ _ _
13. Кем доставлен _____ Код _ _ Номер наряда _____
14. Диагноз направившего учреждения _____
_____
15. Диагноз приемного отделения _____
_____
16. Доставлен в состоянии опьянения: <**> Алкогольного - 1; Наркотического - 2.
17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году:
первично - 1; повторно - 2; по экстренным показаниям - 3; в плановом порядке - 4.
18. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы): в первые 6 часов - 1; в теч. 7-24 часов - 2; позднее 24-х часов - 3.
19. Травма: - производственная: промышленная - 1; транспортная - 2, в т.ч. ДТП - 3; с/хоз - 4; прочие - 5;
- непроизводственная: бытовая - 6; уличная - 7; транспортная - 8, в т.ч. ДТП - 9; школьная - 10; спортивная - 11; противоправная травма - 12; прочие - 13.
20. Дата поступления в приемное отделение: _._._ _ _ _ Время _ _. _ _
21. Название отделения _____ Дата поступления _____ Время _____.
Подпись врача приемного отделения _____ Код _ _
22. Дата выписки (смерти):_ _._ _._ _ _ _ Время _ _._ _
23. Продолжительность госпитализации (койко - дней): _ _ _
24. Исход госпитализации: выписан - 1; в т.ч. в дневной стационар - 2; в круглосуточный стационар - 3; переведен в другой стационар - 4;

24.1. Результат госпитализации: выздоровление - 1; улучшение - 2; без перемен - 3; ухудшение - 4; здоров - 5; умер - 6.
25. Листок нетрудоспособности: открыт _ _._ _._ _ _ _ закрыт:_ _._ _._ _ _ _
25.1. По уходу за больным Полных лет: _ _ Пол: муж. 1 жен. 2

<*> Идентификационный номер пациента или иной, принятый в ЛПУ.
<**> Определение состояния опьянения осуществляется в соответствии с порядком, установленным Минздравом России.

26. Движение пациента по отделениям:

N	Код отделения	Профиль коек	Код врача	Дата поступления	Дата выписки, перево-да <***>	Код диагноза по МКБ	Код медицинского стандарта <*>	Код прерван-ного случая <**>	Вид опла-ты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

<*> Проставляется в случае утверждения в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.
<**> Заполняется при использовании в системе оплаты.
<***> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах.

27. Хирургические операции (обозначить: основную операцию, использование спец. аппаратуры):

Дата, Час	Код хирурга	Код отделе-ния	Операция		Осложнение		Анестезия <*>	Использ. спец. аппаратуры			Вид опла ты
			Наимено-вание	код	наименован ие	код		энд.	лазер	криог.	
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13

<*> Анестезия: общая - 1, местная - 2.

28. Обследован: RW 1 ☐ AIDS 2 ☐
29. Диагноз стационара (при выписке):

Клинический заключительный	Основное заболевание	Код МКБ	Осложнение	Код МКБ	Сопутствующее заболевание	Код МКБ
Патолого-анатомический						

30. В случае смерти указать основную причину _____
_____ код по МКБ _____
31. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1; недостаточный объем клинико - диагностического обследования - 2; неправильная тактика лечения - 3; несовпадение диагноза - 4.

Подпись лечащего врача _____

Подпись заведующего отделением _____

Приложение N 6
к приказу Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

Медицинская документация
Форма N 14дс
Утверждена приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 г. N 413

По вопросу, касающемуся заполнения формы N 14дс см. Инструкцию, утвержденную Приказом Минздрава РФ от 13.11.2003 N 548.

ОТРАСЛЕВОЕ СТАТИСТИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

СВЕДЕНИЯ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ
ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ЗА 20__ Г.

Представляют:	Сроки представления	Форма N 14дс
Учреждения здравоохранения, имеющие дневные стационары всех типов: - центральной районной (городской) больнице, рай(гор)здравотделу	5 января	Утверждена приказом Минздрава России от _____ N ____
центральная районная (городская) больница, рай(гор)здравотдел отчет каждого подведомственного учреждения: - органу управления здравоохранением субъекта Российской Федерации - территориальному фонду ОМС субъекта Российской Федерации	в установленные последним сроки	Годовая
органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, город федерального значения: - Минздраву России	в установленные последним сроки	

Наименование отчитывающейся организации _____

Почтовый адрес _____						
Код формы по ОКУД	Код (проставляет отчитывающаяся организация)					
	Отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКДП	Отрасли по ОКОНХ	территории по ОКАТО	Министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	Контрольная сумма (стр. 1-6)
1	2	3	4	5	6	7

I. Общие сведения

(1000) Дневной стационар при больничном учреждении _____ 1, мест _____ 2, число смен _____ 3; дневной стационар при амбулаторно - поликлиническом учреждении _____ 4, мест _____ 5; число смен _____ 6; стационар на дому _____ 7, мест _____ 8;

(1001) Дневной стационар при больничном учреждении для детей (0-17 лет) _____ 1, мест _____ 2, число смен _____ 3; дневной стационар при амбулаторно - поликлиническом учреждении _____ 4, мест _____ 5, число смен _____ 6; стационар на дому _____ 7, мест _____ 8.

Раздел I. Использование коечного фонда

(1100)

N стр.	Профиль мест	Дневной стационар при больничном учреждении <**>							Дневной стационар при амбулаторно - поликлиническом учреждении <***>							Стационар на дому <***>				
		число мест	число средне-годовых мест <*>	поступило больных	выписано	из них детей (0-17 лет)	в т.ч. в круглосуточный стационар (из гр. 6)	проведено больными дней лечения <**>	число мест	число средне-годовых мест <*>	поступило больных	выписано	из них детей (0-17 лет)	в т.ч. в круглосуточный стационар (из гр. 13)	проведено больными дней лечения <**>	число мест	выписано	в т.ч. детей (0-17 лет)	в т.ч. в круглосуточный стационар (из гр. 18)	проведено больными дней лечения <**>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	Всего: в том числе																			

<*> При утверждении графика работы дневного стационара в 2 смены, при расчете среднегодовых мест - одно место считать эквивалентным двум местам.

<**> Сведения заполняются на основе ф. N 016/у-вр.

<***> Сведения заполняют на основе ф. N 007/дс-вр (сводный).

(1101) Из числа выбывших: умерло в дневном стационаре при больничных учреждениях _____ 1, при амбулаторно - поликлиническом учреждении _____ 2, при дневном стационаре на дому _____ 3.

(1102) Из числа выбывших сельские жители: в дневном стационаре при больничных учреждениях _____ 1, при амбулаторно - поликлиническом учреждении _____ 2, при дневном стационаре на дому _____ 3.

Раздел II. Состав больных в дневном стационаре, сроки и исходы лечения (18 лет и старше)

(2000)

	N строки	Код по МКБ X	Дневной стационар при больничных учреждениях				Дневной стационар при амбулаторно - поликлинических учреждениях				Стационар на дому			
			выписано больных	из них направлено в круглосуточный стационар	проведено выписанными больными дней лечения	умерло	выписано больных	из них направлено в круглосуточный стационар	проведено выписанными больными дней лечения	умерло	выписано больных	из них направлено в круглосуточный стационар	проведено выписанными больными дней лечения	умерло
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Всего:	1	A00-T98												
Инфекционные и паразитарные болезни	2	A00-B99												

Новообразования	3	C00-D48												
Болезни крови и кроветворных органов	4	D50-D89												
Б-ни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в-в и ...	5	E00-E90												
Психические расстройства и расстройства поведения	6	F00-F99												
Болезни нервной системы	7	G00-G99												
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8	H00-H59												
Болезни уха и сосцевидного отростка	9	H60-H95												
Болезни системы кровообращения	10	I00-I99												
Болезни органов дыхания	11	J00-J99												
Болезни органов пищеварения	12	K00-K93												
Болезни кожи и подкожной клетчатки	13	L00-L99												
Болезни костно - мышечной системы ...	14	M00-M99												
Болезни мочеполовой системы	15	N00-N99												
Беременность, роды и послеродовый период	16	O00-O99												
Врожденные аномалии пороки развития ...	17	Q00-Q99												
Симптомы, признаки и отклонения от нормы ...	18	R00-R99												
Травмы, отравления	19	S00-T98												
Кроме того факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	20	Z00-Z99		X		X				X	X	X	X	X
Оперировано больных (из числа выписанных и умерших)	21	X			X				X				X	
Число проведенных операций	22	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X

2001) Из общего числа выписанных (гр. 4, 8) - направленные РВК _____ 1.
(2002) Лица, госпитализированные для обследования и оказавшиеся здоровыми _____ 1, из них призывники _____ 2.

Состав больных в дневном стационаре,
сроки и исходы лечения <*>
(дети 0-17 лет включительно)

(2003)

	N строки	Код по МКБ X	Дневной стационар при больничных учреждениях				Дневной стационар при амбулаторно - поликлинических учреждениях				Стационар на дому			
			выписано больных	из них направлено в круглосуточный стационар	проведено выписанными больными дней лечения	умерло	выписано больных	из них направлено в круглосуточный стационар	проведено выписанными больными дней лечения	умерло	выписано больных	из них направлено в круглосуточный стационар	проведено выписанными больными дней лечения	умерло
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Всего:	1	A00-T98												
Инфекционные и паразитарные болезни	2	A00-B99												
Новообразования	3	C00-C48												
Б-ни крови и кроветворных органов	4	D50-D89												
Б-ни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в-в и ...	5	E00-E90												
Психические расстройства и расстройства поведения	6	F00-F99												
Болезни нервной системы	7	G00-G99												
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8	H00-H59												

Болезни уха и сосцевидного отростка	9	H60-H95												
Болезни системы кровообращения	10	I00-I99												
Болезни органов дыхания	11	J00-J99												
Болезни органов пищеварения	12	K00-K93												
Б-ни кожи и подкожной клетчатки	13	L00-L99												
Болезни костно - мышечной системы ...	14	M00-M99												
Болезни мочеполовой системы	15	N00-N99												
Беременность, роды и послеродовый период	16	O00-O99												
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде ...	17	P00-P96												
Врожденные аномалии пороки развития...	18	Q00-Q99												
Симптомы, признаки и отклонения от нормы ...	19	R00-R99												
Травмы, отравления	20	S00-T98												
Кроме того факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	21	Z00-Z99		X		X				X	X	X	X	X
Оперировано больных (из числа выписанных и умерших)	22	X			X				X				X	
Число проведенных операций	23	X		X	X	X		X	X	X		X	X	X

(2004) Из общего числа выписанных (гр. 4, 8) - направленные РВК _____ 1.
(2005) Лица, госпитализированные для обследования и оказавшиеся здоровыми _____ 1, из них призывники _____ 2.

Виды оплаты

(4000)

Вид оплаты лечения	N строки	Число выбывших больных (выписано + умерло)	Число дней лечения, проведенное выбывшими из дневного стационара (выписано + умерло)

		при стационаре	при амбулаторно - поликлинических учреждениях	на дому	при стационаре	при амбулаторно - поликлинических учреждениях	на дому
1	2	3	4	5	6	7	8
ОМС	1						
бюджет	2						
платное в том числе	3						
ДМС	4						

Руководитель организации _____
Должностное лицо,
ответственное за составление формы _____

Номер телефона _____ Дата _____

Приложение 4

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
13 ноября 2003 г.
N 545
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИЙ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

В целях унификации подходов к заполнению учетной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений, использующих в работе учетные формы

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по заполнению учетной формы N 039/у-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому" (приложение N 1).

1.2. Инструкцию по заполнению учетной формы N 007/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (приложение N 2).

1.3. Инструкцию по заполнению учетной формы N 016/у-02 "Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (приложение N 3).

1.4. Инструкцию по заполнению учетной формы N 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" (приложение N 4).

1.5. Инструкцию по заполнению учетной формы N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" (приложение N 5).

2. Инструкции по заполнению учетных форм: N 039/у-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому", N 007/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении", N 016/у-02 Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении", N 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому", N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" ввести в действие с 01.12.2003.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Р.А.Хальфина.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение N 1
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 13.11.2003 г. N 545

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 039/У-02
"ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ВРАЧЕБНЫХ ПОСЕЩЕНИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, НА ДОМУ"
(УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2002 N 413)

"Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому" (далее "Ведомость") заполняется всеми врачами лечебно-профилактических учреждений, проводящими амбулаторный прием больных в поликлинике и на дому, в т.ч. и ведущими только консультативный прием.

Посещение - это контакт пациента с врачом по любому поводу с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

Учету подлежат следующие посещения:

- врачей любых специальностей, ведущих амбулаторный, в том числе консультативный прием (терапевтов, педиатров, хирургов, акушеров-гинекологов, урологов, отоларингологов и т.д., включая заведующего отделения);
- психотерапевтов при проведении групповых занятий (число посещений учитывается по числу больных, занимающихся в группе);
- врачей здравпунктов, цеховых терапевтов, акушеров-гинекологов и других, ведущих прием на здравпунктах в часы, специально выделенные для амбулаторного приема;
- врачей, оказывающих медицинскую помощь в специально выделенные для амбулаторного приема дни, при выездах в другие лечебно-профилактические учреждения (районные больницы, участковые больницы и амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты):
- посещение больного или родственника больного для повторной выписки рецепта (онколопатология, сахарный диабет и др.);
- врачей-инфекционистов проводящих подворные обходы во время вспышки инфекционных заболеваний, осмотры контактных в очаге (семье) инфекционного заболевания.

Примечание: Посещения в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение;

- консультации амбулаторных больных врачами стационара для учета которых ввести ф. N 039/у-02 на общих основаниях раздельно по каждой специальности врача;
- случаи оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным, не подлежащим госпитализации, для учета которых помимо записи в "Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации" (ф. N 001/у), заполняется ф. N 39/у-02;
- консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационаре.

В больнице сестринского ухода посещения показываются только при наличии врачебной должности.

Профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях, школах, профилактические осмотры населения, включая периодические осмотры рабочих промышленных предприятий, работников детских, коммунальных и других учреждений, включаются в число посещений независимо от того, проведены ли они в стенах поликлиники или непосредственно на предприятиях (в учреждениях), при наличии соответствующей записи о проведенной работе в Медицинской карте амбулаторного

больного (ф. N 025/у), Истории развития ребенка (ф. N 112/у), Медицинской карте ребенка (ф. N 026/у).

Не подлежат учету как посещения врачей:

- случаи оказания медицинской помощи персоналом станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи;

- обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и т.д.;

- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

- консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями (КЭК);

- посещения к врачам вспомогательных отделений (кабинетов).

Примечание:

Посещения врачей вспомогательных отделений и кабинетов учитываются только при условии "ведения" больного: назначения лечения с записью в амбулаторной карте, в процессе контроля за лечением и после окончания назначенного курса лечения (лучевой терапии, физиотерапевтического, лечебной физкультуры, эндоскопии.

К посещениям по поводу заболеваний следует относить:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;

- посещения для лечения;

- посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;

- посещения больными в связи с оформлением на ВТЭК, санаторно-курортной карты открытие и закрытие листка нетрудоспособности, получения справки о болезни ребенка, направление на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям, а также по поводу консультаций у специалистов, даже если врач при этом не находит никакой патологии по своей специальности.

К посещениям с профилактической целью следует относить:

- посещения по поводу осмотров при поступлении на работу, учебу, в дошкольное учреждение, при направлении в учреждения отдыха; осмотров контингентов, подлежащих периодическим осмотрам; осмотров населения при проведении ежегодной диспансеризации: осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний);

- посещения беременных при нормальной беременности; посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу медицинских абортов, проводимых в амбулаторных условиях, применения противозачаточных средств; после медицинских абортов, проведенных в стационаре и т.д.;

- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, работа врачей призывных комиссий, повторные обходы врачей инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний.

Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

Посещение среднего медицинского персонала:

Посещения среднего медицинского персонала подлежат учету в случаях ведения самостоятельного приема во врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях, на врачебных и фельдшерских здравпунктах, ФАПах, включая посещения по поводу процедур. Посещение засчитывается как одно, если при обращении по поводу заболевания одновременно выполняется и процедура. Посещение в течение дня больных к одному и тому же медицинскому работнику учитывается как одно посещение.

Порядок заполнения формы:

Графа 1. "Дата". В графе проставлены числа (дни) отчетного месяца.

Графа 2. "Число посещений в поликлинике, всего". Указывается число посещений в поликлиниках за соответствующую дату всех пациентов (городских, сельских и любого возраста) как по поводу заболеваний (графа 6), так и с профилактической целью, то есть сведения из графы 9 включаются в графу 2.

Графа 3. "Число посещений в поликлинике сельских жителей". Указывается число посещений в поликлинике сельских жителей как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью (из графы 2).

Графа 4. "Число посещений в поликлинике, в том числе в возрасте от 0 до 17 лет". Указывается число посещений лицами в возрасте от 0 до 17 лет (из графы 2) как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью.

Графа 5. "Число посещений в поликлинике, в том числе в возрасте 60 лет и старше". Указывается число посещений лицами в возрасте 60 лет и старше (из графы 2) как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью.

Графа 6. "Из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний, всего". Указывается общее число посещений в поликлинике по поводу заболеваний (из графы 2).

Графа 7. "Из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний, в том числе в возрасте от 0 до 17 лет". Указывается число посещений в поликлинике пациентов в возрасте от 0 до 17 лет по поводу заболеваний (из графы 6).

Графа 8. "Из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний, в том числе в возрасте 60 лет и старше". Указывается число посещений в поликлинике пациентов в возрасте 60 лет и старше по поводу заболеваний (из графы 6).

Графа 9. "Профилактических". Указывается число всех посещений в поликлинику с профилактической целью (из графы 2).

Графа 10. "Число посещений на дому, всего". Указывается число всех посещений на дому, как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью.

Графа 11. "Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний, всего". Указывается число посещений на дому по поводу заболеваний (из графы 10).

Графа 12. "Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний к лицам в возрасте от 0 до 17 лет". Указывается число посещений на дому пациентов в возрасте от 0 до 17 лет по поводу заболеваний (из графы 11).

Графа 13. "Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний к детям в возрасте от 0 до 1 года". Указывается число посещений на дому детей в возрасте от 0 до 1 года включительно по поводу заболеваний (из графы 12).

Графа 14. "Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний к лицам в возрасте 60 лет и старше". Указывается число посещений на дому пациентов в возрасте 60 лет и старше по поводу заболеваний (из графы 11).

Графа 15. "Из общего числа посещений на дому, профилактических, к лицам в возрасте от 0 до 17 лет". Указывается число посещений на дому с профилактической целью пациентов в возрасте от 0 до 17 лет.

Примечание: Общее число посещений на дому с профилактической целью исчисляется как разница граф 10 и 11 (графа 10 - графа 11).

Графа 16. "Из общего числа посещений на дому, профилактических, к детям в возрасте от 0 до 1 года". Указывается число посещений на дому с профилактической целью детей в возрасте от 0 до 1 года включительно (из графы 15).

Сумма чисел графы 2 ("Число посещений в поликлинике, всего") и графы 10 ("Число посещений на дому, всего ") распределяются по видам оплаты в графах с 17 по 20 "Число посещений по видам оплаты". В соответствующих графах указываются:

Графа 17. "ОМС" - Посещения, оплату которых производит ОМС.

Графа 18. "Бюджет" - Посещения за счет средств бюджета.

Графа 19. "Платные" - Посещения, оплаченные пациентами.

Графа 20. "ДМС" - Посещения, оплату которых производит ДМС.

Сумма чисел граф с 17 по 20 (17 + 18 + 19 + 20) может быть равна сумме чисел граф 2 и 10 (2 + 10), либо меньше ее на то число посещений, оплата которых производится по иному источнику финансирования.

Приложение N 2
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 13.11.2003 г. N 545

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 007/У-02 "ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ" (УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2002 N 413)

Учет работы стационарных учреждений как городских, так и сельских, независимо от их специализации, ведется по "Листку ежедневного учета больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (учетная форма N 007/у-02).

Учетная форма N 007/у-02 является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в отделении, стационаре. Эта учетная форма позволяет следить за изменением коечного фонда и движением больных. Кроме того, она обеспечивает возможность регулировать прием больных в стационаре, так как в графах 20 и 21 формы N 007/у-02 указывается наличие свободных мест.

Листок учета движения больных и коечного фонда заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа управления здравоохранением.

Сведения по отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.) в форме показываются следующим образом: в первую строку записываются сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая сведения по койкам узких специальностей), а в последующие строки вписываются сведения о койках и движении больных по выделенным узким специальностям. При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных, фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которые они были помещены, и не суммируются со сведениями по урологических больных, лежащих в отделении, имевшем урологические койки.

В случаях, когда приказом по больнице было произведено временное или постоянное перепрофилирование коек, сведения в форме (графа 3) о фактически развернутых койках

показываются по новому профилю коек. Например, если койки терапевтического отделения перепрофилируются в койки для инфекционных больных, то в графе 3 показываются инфекционные койки.

В число коек не включаются койки для матерей в детских отделениях, койки для новорожденных и рахмановские койки в родильных отделениях.

В графе 3 показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая свободные койки, не занятые больными, и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантином и другими причинами в соответствии с приказом по больнице. В это число не включаются приставные койки, развернутые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в графе 3 выделяются в графу 4 койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

При заполнении сведений о движении больных в графе 5 (состояло больных) показывается общее число больных, находящихся в отделении на 9 часов утра истекшего дня, включая и больных, занимающих приставные койки.

В графах 5-17 показываются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (о числе состоявших и поступивших больных, в т.ч. из дневных стационаров; переведенных из отделения в отделение; выписанных, в т.ч. в дневные стационары; умерших).

В графах 18 показываются сведения о числе больных, состоящих в отделении на 9 часов утра текущего дня, в графе 19 - сведения о состоящих матерях при больных детях.

В графе 6 указывается общее число поступивших в отделение больных за истекшие сутки. Сведения в графах 7-10 выделяются из графы 6: в графу 8 включаются только жители сельской местности, в графах 9 и 10 указываются поступившие больные в соответствии с указанным возрастом.

Графы 11 и 12 отражают движение больных внутри стационара, т.е. больных, переведенных из одного отделения в другое.

В графе 13 показывается общее число выписанных из отделения больных, включая больных, переведенных в другие стационары.

В графе 18 указывается число состоявших в отделении на начало текущего дня, т.е. на день заполнения формы. Число больных, показанное в графе 18 предыдущего дня, должно быть переписано в графу 5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 18) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр. 6) и переведенных (гр. 11) за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 12), выписанных (гр. 13) и умерших (гр. 17), т.е. числам в гр. 5 + 6 + 11 - 12 - 13 - 17 = графа 18.

Отдельно в графе 19 показываются сведения о состоящих матерях по уходу за больными детьми. В общем движении больных сведения о состоящих матерях при больных детях не учитываются.

На обороте учетной формы N 007/у-02 указываются фамилии и инициалы поступивших, переведенных внутри больницы, выписанных, переведенных в другие круглосуточные стационары, умерших. Данные оборотной стороны служат для контроля поступивших и выбывших больных и учета поступления медицинской карты стационарного больного (учетная форма N 003/у) и карты выбывшего из стационара (учетная форма N 066/у-02) в кабинете медицинской статистики. Таким образом, достигается полнота контроля поступления медицинских карт стационарного больного и карт выбывшего из стационара в кабинет медицинской статистики.

Сведения о движении больных в учетной форме N 007/у-02 (графы 6, 11, 12, 13, 14, 17) должны соответствовать списку этих больных на обороте учетной формы.

При заполнении ф. N 007/у-02 необходимо помнить следующее:

- в стационарах, где больному предоставляются лечебные отпуска (пробные или регулярные) необходимо исходить из следующего:

- при уходе больного в лечебный отпуск он не выписывается из стационара, его медицинская карта стационарного больного остается в отделении до окончательной выписки;

- на время отпуска больной снимается с питания, для этого в уч. ф. N 007/у-02 на обороте указываются фамилии всех больных, находящихся в отпуске;

- в учетной форме N 007/у-02 уход больного в лечебный отпуск в графе 13 (выписано больных) не показывается, а в графе 6 (поступило больных) не делается никаких отметок при его возвращении из отпуска. Сведения о больных, пользующихся лечебным отпуском, показываются отдельной дополнительной строкой, при этом больные, ушедшие в отпуск за истекшие сутки, показываются в графе 13, находящиеся в отпуске на начало и на конец суток показываются в графах 5 и 18, а вернувшиеся из отпуска - в графе 6.

- При переводе больного из круглосуточного стационара в дневной и наоборот, считать больного как выписанного и вновь поступившего.

Заполненные листки учетной формы N 007/у-02 передаются каждый день в кабинет медицинской статистики или другому сотруднику, отвечающему за ведение учета больных, который ежедневно составляет данные в целом по больнице и записывает их в сводную учетную форму N 007/у-02.

Примечание:

Для больных дневного стационара день поступления и день выписки считать за 2 дня лечения:

Для больных круглосуточного стационара день поступления и день выписки считать за 1 койко-день.

Приложение N 3
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 13.11.2003 г. N 545

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 016/У-02 "СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА ПО СТАЦИОНАРУ, ОТДЕЛЕНИЮ И ПРОФИЛЮ КОЕК СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ" (УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2003 N 413)

Учетная форма N 016/у-02 "Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению и профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (далее Сводная ведомость) составляется ежемесячно по каждому отделению и в целом по стационару. В конце месяца сведения по отделениям или по профилю коек, а также в целом по больнице, показанные в форме N 007/у-02, суммируются и переносятся в форму N 016/у-02. В таблице N 1 (приложение) приведен порядок переноса сведений из ф. N 007/у-02 в Сводную ведомость.

Сводная ведомость дает возможность следить за правильным использованием коечного фонда, за развертыванием коек в отделениях и по стационару в целом (по месяцам, кварталам, полугодиям). Данные сводной ведомости характеризуют мощность больницы, ее структуру и позволяют рассчитать такие показатели, как: использование

коечного фонда, средняя длительность пребывания больного в стационаре, средняя занятость койки, оборот койки, летальность (как по отделениям, так и в целом по больнице).

В графе 4 Сводной ведомости по месяцам показывается среднемесячное число коек, а "за год" - среднегодовое число коек. Для определения среднемесячного числа коек подсчитываются за месяц данные графы 3 учетной формы N 007/у-02 и полученная сумма делится на число календарных дней месяца. Для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 4 учетной формы N 016/у-02 и полученная сумма делится на 12.

Число койко-дней, проведенных больными (графа 18 Сводной ведомости) получается путем суммирования чисел больных, состоящих 9 часов утра ежедневно за все дни месяца (графа 18 учетной формы N 007/у-02). В число больных включаются больные, находящиеся на сметных и временных койках (приставных).

Число койко-дней закрытия на ремонт и по другим причинам (графа 19 учетной формы N 016/у-02) получается путем суммирования чисел графы 4 в учетной форме N 007/у-02.

Число койко-дней по уходу (графа 20 учетной формы N 016/у-02) получается путем суммирования чисел графы 19 в учетной форме N 007/у-02.

В стационарах, где больному предоставляются лечебные отпуска, в Сводной ведомости учетной формы N 016/у-02 в графе 18 показывается общее число койко-дней, проведенных больными в стационаре, а дополнительной строкой в графе 18 показывается общее число дней, проведенных больными в отпуске за все дни месяца (из формы N 007/у-02). Дни пребывания больных в лечебных отпусках не должны исключаться из общего числа койко-дней при исчислении таких показателей как средняя занятость койки, средняя длительность пребывания больного на койке, оборот койки.

После заполнения Сводной ведомости за месяц (за год) необходимо проверить движение больных по отделению и в целом по стационару. Для этого берется число состоявших больных на начало отчетного периода (месяца, года) - графа 5 - прибавляются числа поступивших больных (графа 6) и переводных больных внутри стационара (графа 10), за минусом числа переведенных в другие отделения (графа 11), выписанных (графа 12), умерших (графа 16) т.е. графы 5 + 6 + 10 - 11 - 12 - 16 = графе 17.

Данные Сводной ведомости (учетной формы N 016/у-02) служат для заполнения таблицы N 1 "Коечный фонд и его использование" раздела III "Деятельность стационара" формы N 30 "Сведения о лечебно-профилактическом учреждении".

Приложение

Таблица 1

ПОРЯДОК ПЕРЕНОСА СВЕДЕНИЙ ИЗ ЕЖЕДНЕВНОГО ЛИСТКА
(Ф. N 007/У-02) В СВОДНУЮ ВЕДОМОСТЬ (Ф. N 016/У-02)

	Графы формы N 016/у-02	Графы формы N 007/у-02	
N	Наименование	N	Наименование
2	Всего фактически развернутых коек	3	Фактически развернутых коек, включая койки свернутые на ремонт
3	В том числе коек, свернутых на ремонт	4	В том числе коек, свернутых на ремонт
5	Состояло больных на начало отчетного периода	5	Состояло больных на начало истекших суток

6	Поступило больных - всего	6	Поступило больных (без переведенных внутри больницы) - всего
7	Поступило больных из дневных стационаров	7	Поступило больных, в том числе из дневного стационара (из гр. 6)
8	Поступило больных сельских жителей	8	Поступило больных (без переведенных внутри больницы) сельских жителей (из гр. 6)
8а	Поступило больных в возрасте 0-17 лет	10	Поступило больных (без переведенных внутри больницы) в возрасте 0-17 лет (из гр. 6)
9	Поступило больных в возрасте 60 лет и старше	11	Поступило больных (без переведенных внутри больницы) в возрасте 60 лет и старше (из гр. 6)
10	Переведено больных из других отделений	11	Переведено больных из других отделений
11	Переведено больных в другие отделения	12	Переведено больных в другие отделения
12	Выписано больных всего	13	Выписано больных всего
13	Выписано больных в дневной стационар	16	Выписано больных в дневной стационар (из гр. 3)
14	Выписано больных в круглосуточный стационар	15	Выписано больных из дневного в круглосуточный стационар
15	Выписано больных по переводу в другие стационары	14	Выписано больных по переводу в другие стационары
16	Умерло	17	Умерло
17	Состояло больных на конец отчетного периода	18	Состоит больных на начало текущего дня - всего
18	Проведено больными койко-дней (дней лечения)	18	Состоит больных на начало текущего дня - всего (суммарно за месяц, год)
19	Число койко-дней закрытия	4	В том числе коек свернутых на ремонт (суммарно за месяц, год)
20	Проведено койко-дней по уходу	19	Состоит матерей при больных детях (суммарно за месяц, год)

Приложение N 4
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 13.11.2003 г. N 545

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 007ДС/У-02
"ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ,

СТАЦИОНАРА НА ДОМУ" (УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2002 N 413)

Форма N 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" заполняется учреждениями здравоохранения, организовавшими дневные стационары или стационары на дому в соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях".

Форма N 007дс/у-02 заполняется ежедневно медицинской сестрой после окончания смены за истекшие сутки (смену) и на начало текущего дня в целом по дневному стационару, если он имеет один профиль коек, или раздельно по каждому профилю, если стационар имеет места по нескольким профилям.

Примечание. Если дневной стационар работает в 2 смены, то в графе 3 "Число мест" показывается число фактически развернутых (в соответствии с приказом по учреждению), а в графе 4 "Среднемесячных" - показываются места с учетом сменности работы, т.е. из расчета, что 1 место эквивалентно 2-м (3-м) местам в зависимости от числа смен.

В графах 5-13 показываются сведения о движении больных за истекшие сутки с 9 часов утра предыдущего дня до 9 часов утра текущего дня.

Графа 5. "Состояло больных на конец истекших суток". Переписывается число больных из графы 14 "Состоит больных на начало текущего дня" показанное в листке за предыдущий день, т.е. число больных в гр. 14 за предыдущий день равно числу больных в гр. 5 за текущий день.

Графа 6. "Поступило больных - Всего" - показывается число поступивших больных. Фамилии И.О. поступивших указывается на оборотной стороне формы.

Графа 7. "В т.ч. из круглосуточных стационаров". Из общего числа поступивших больных (из гр. 6) показывается число пациентов поступивших из круглосуточного стационара (Фамилия И.О. поступивших указывается на оборотной стороне формы).

Графа 8. "Сельских жителей". Из общего числа поступивших больных (из гр. 6) показывается число пациентов проживающих в сельской местности.

Графа 9. "0-17". Из общего числа поступивших больных (из гр. 6) показывается число пациентов в возрасте от 0 до 17 лет включительно.

Графа 10. "60 и старше". Из общего числа поступивших больных (из гр. 6) показывается число пациентов в возрасте 60 лет и старше.

Графа 11. "Выписано больных - Всего". Показывается число пациентов выписанных из дневного стационара. Фамилия И.О. выписанных указывается на оборотной стороне формы.

Графа 12. "Выписанных в круглосуточные стационары". Показывается число больных (из гр. 11) выписанных из дневного стационара в круглосуточный стационар (либо этого же учреждения, либо другого).

Примечание. При поступлении больного из круглосуточного стационара в дневной и наоборот, считать больного как выписанного и вновь поступившего.

Графа 13. "Умерло". Показывается число умерших пациентов.

Графа 14. "На начало текущего дня состоит больных - Всего". Показывается число больных состоящих на 9 часов утра текущего дня. Необходимо ежедневно следить чтобы числа балансировались. Так число больных в гр. 14 равно: графа 5 (состояло больных) плюс графа 6 (поступило больных) минус графа 11 (выписано больных) минус графа 13 (умерло). Баланс: гр. 5 + гр. 6 - гр. 11 - гр. 13 = = гр. 14

Графа 15. "В т.ч. сельских жителей". Указывается число больных (из гр. 14) проживающих в сельской местности.

Форма N 007дс/у-02 может быть использована как сводная форма (аналог ф. 016/у-02). При этом в графе N 1 указываются месяцы (с января по декабрь) и итоговая строка "итого за год".

По графе 5 показывается - "состояло больных на начало отчетного периода", а по графе 16 "Состояло больных на конец отчетного периода".

В графе 17 - показывается число дней лечения (за соответствующий период).

В графе 18 - показывается число дней лечения проведенных сельскими жителями (из гр. 17).

Примечание:

- День поступления и день выписки в дневном стационаре считать за 2 дня лечения.

- Учитываются все дни лечения, включая выходные дни от поступления больного в дневной стационар до его выписки.

- На больного дневного стационара любого типа заводится "Медицинская карта стационарного больного" (учетная форма N 003/у) при переводе его из круглосуточного стационара в дневной одного и того же учреждения и наоборот, допускается ведение одной истории болезни, в этом случае номер ее указывается через дробь - в числителе номер истории болезни стационара круглосуточного пребывания, в знаменателе - дневного.

- При выписке и поступлении больного в круглосуточный или дневной стационар одного и того же учреждения, на больного заполняются две "Статистические карты выбывшего из стационара ..." (ф. N 066/у-02).

Приложение N 5
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 13.11.2003 г. N 545

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 066/У-02 "СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ, СТАЦИОНАРА НА ДОМУ" (УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2003 N 413)

"Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" (далее Карта выбывшего) является статистическим учетным документом, содержащим сведения о пациенте, выбывшем из стационара (дневного стационара). Заполняется на всех выбывших из стационара (дневного стационара) любого типа, в том числе родильниц. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре.

Номер Карты выбывшего и пункты с 1 по 21 заполняются при поступлении пациента (роженицы) в приемный покой стационара, родильного дома или дневной стационар. Врач приемного отделения стационара (родильного дома), либо врач дневного стационара осуществляет контроль за правильным и своевременным заполнением выше указанных пунктов Карты выбывшего.

Пункты 22-25.1, 28-29 и 31 заполняются лечащим врачом при выписке пациента.

Строки пунктов 26 и 27 заполняются врачами соответствующих отделений.

Разделы пункта 29 "Диагноз стационара патологоанатомический" и пункт 30 "Основная причина смерти" заполняются в патологоанатомическом отделении.

На заведующих отделением возлагается контроль за правильностью заполнения пунктов Карты выбывшего.

Врач кабинета медицинской статистики (или лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов и операций) контролирует правильность кодирования диагнозов (при необходимости кодирует диагнозы), операций, осложнений операций.

Кодирование диагнозов стационара (дневного стационара) и направившего учреждения проводится по "Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем" десятого пересмотра (МКБ-10).

При наличии в стационаре (дневном стационаре), электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта. Карта выбывшего может заполняться автоматизировано на уровне приемного отделения.

Последующая автоматизированная обработка Карты выбывшего позволяет осуществлять:

- формирование и актуализацию регистра прикрепленного населения;
- сбор и формирование статистической информации по каждому случаю госпитализации, оказанным медицинским услугам, временной нетрудоспособности, проведенным операциям;
- учет и ведение медицинских полисов обязательного и добровольного страхования;
- систему расчетов за оказанную медицинскую помощь;
- экспертизу качества оказанной помощи (соответствие стандартам длительности лечения, медикаментозного лечения, анализ расхождения диагнозов скорой медицинской помощи - стационара, поликлиники - стационара и т.д.);
- персонифицированный учет расхода и стоимости медикаментов.

Порядок заполнения Карты выбывшего

В заголовке Карты выбывшего подчеркивается соответствующий тип стационара и фиксируется номер медицинской карты стационарного больного (ф. N 003/у).

Пункт 1. Код пациента. Указывается идентификационный номер пациента или иной код, принятый в ЛПУ.

Пункт 2. Ф.И.О. Фамилия, имя, отчество записываются без сокращений на основании документа, удостоверяющего личность. При отсутствии документа - по устному заявлению пациента, а при отсутствии контакта с пациентом - вносится "неидентифицирован". При заполнении Карты выбывшего на новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносится фамилия, имя, отчество матери.

Пункт 3. Пол. Пол пациента отмечается штрихом или обведением в кружок в соответствующей позиции: мужчины - 1, женщины - 2.

Пункт 4. Дата рождения. Указывается дата рождения пациента в формате: число, месяц, год (год рождения - полностью).

Например, запись даты рождения "5 мая 2001 года" должна иметь вид 05.05.2001.

Пункт 5. Документ, удостоверяющий личность. Фиксируются данные документа, удостоверяющего личность пациента (для детей - свидетельство о рождении, документ родителя, опекуна), при отсутствии документа - пункт не заполняется, проставляется прочерк.

Пункт 6. Адрес: регистрация по месту жительства. Указывается адрес места жительства по данным паспорта: государство, субъект Российской федерации, населенный пункт (город, деревня, село и т.д.), административный округ, улица, дом, корпус, квартира.

Пункт 7. Код территории проживания. Заполняется соответственно коду субъекта Российской Федерации, по действующему классификатору.

Житель. Признак "житель города", "житель села" отмечается путем обведения в кружок соответствующей позиции (в соответствии с административным делением).

Пункт 8. Страховой полис. Если вид оплаты - медицинское страхование, то записываются реквизиты страхового полиса и страховщика (страховая компания, территориальный Фонд ОМС, филиал ТФОМС) с обязательным указанием кода территории, на которой располагается страховщик, по действующему классификатору.

Пункт 9. Вид оплаты: ОМС - 1, бюджет - 2, платные услуги -3, в т.ч. ДМС - 4, другое - 5; подчеркивается или обводится в кружок соответствующий реквизит.

Пункт 10. Социальный статус. Позиции 2-6 ("дошкольник: организован", "дошкольник: неорганизован", "учащийся", "работает", "не работает") относятся к занятости пациента. Отмечается путем обведения в кружок соответствующей позиции. Позиция "код" заполняется для военнослужащих по действующему классификатору.

Пункт 11. Категория льготности. Заполняется для пациентов, относящихся к категории населения, имеющей право на льготное обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения: отмечается соответствующая позиция. Если пациент имеет категорию льготности, не указанную в Статкарте, то отмечается позиция "прочие".

Пункт 12. Кем направлен. Заносится наименование учреждения (дневного стационара), направившего пациента, при наличии направления проставляется - номер и дата выдачи направления.

Пункт 13. Кем доставлен. Записывается канал госпитализации (например, "скорая помощь", "самостоятельное обращение" и т.д.), код канала госпитализации по действующему на территории классификатору, номер наряда скорой помощи.

Пункт 14. Диагноз направившего учреждения. Заносится наименование и код по МКБ-10 диагноза направившего учреждения.

Пункт 15. Диагноз приемного отделения. Заносится наименование и код по МКБ-10 диагноза приемного отделения.

Пункт 16. Доставлен в состоянии опьянения. Отмечается штрихом в соответствующей позиции при наличии состояния алкогольного опьянения или состояния одурманивания, зафиксированного в МК стационарного больного и/или протоколе медицинского освидетельствования (в соответствии с приказом МЗ СССР от 08.09.88 г. N 694 "О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения" и Временной инструкции МЗ СССР "О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения" от 01.09.88 г. N 06-14/33-14.

Пункт 17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году. Отмечается соответствующая позиция: "первично", "повторно"- на основании устного заявления пациента о первичном либо повторном поступлении в данное лечебное учреждение по данному заболеванию, "по экстренным показаниям" - на основании решения врача приемного отделения, или в плановом порядке.

Пункт 18. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы). Отмечается на основании решения врача приемного отделения, либо со слов больного, время, прошедшее от начала заболевания (травмы).

Пункт 19. Травма. Заполняется при наличии травмы у пациента: отмечается соответствующая позиция на основании устного заявления пациента или направившего учреждения, или заключения скорой помощи.

Пункт 20. Дата и время поступления в приемное отделение. Записывается дата и время поступления пациента в приемное отделение стационара.

Пункт 21. Название отделения, дата и время поступления. Указывается наименование отделения, куда госпитализирован пациент, дата и время (заполняется в отделении куда поступил больной).

Подпись врача приемного отделения, ответственного за госпитализацию пациента, либо врача дневного стационара, личный код врача.

Пункт 22. Дата и время выписки (смерти). Записывается дата и время окончания госпитализации.

(При летальном исходе поле "Время" подлежит обязательному заполнению).

Пункт 23. Продолжительность госпитализации. Записывается количество койко-дней, проведенных в стационаре, дневном стационаре (в круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считать за один койко-день, в дневном - за два дня лечения).

Пункт 24. Исход госпитализации. Исход госпитализации отмечается в соответствующей позиции. Если больной выписан в дневной круглосуточный стационар, то отмечаются две позиции: "1" - выписан, "2" - в т.ч. в дневной стационар (или "3" - в круглосуточный).

Пункт 24.1. Результат госпитализации. Отмечается в соответствующей позиции.

Пункт 25. Листок нетрудоспособности. Записываются даты открытия и закрытия больничного листка или справки о временной нетрудоспособности (в Карте выбывшего сделать запись "справка", если регистрируется справка о временной нетрудоспособности). Если документ временной нетрудоспособности не закрывается в стационаре, то в п. 25 заполняется только дата открытия и эта позиция не идет в разработку для формирования отчетной формы N 16-вн "Сведения о временной нетрудоспособности".

Пункт 25.1. По уходу за больным. Заполняется, если больничный лист выдан по уходу за больным. Указывается возраст и пол лица, ухаживающего за пациентом.

Пункт 26. Движение пациента по отделениям (профилям коек). Фиксируется движение пациента по отделениям и профиля коек с указанием даты поступления (выбытия); кода диагноза по МКБ-10; кода лечащего врача; вида оплаты. Коды медицинских стандартов, признаки законченности либо прерванности госпитализации указываются по действующим классификаторам.

Примечание: коды медицинских стандартов и признаков законченности или прерванности госпитализации не указываются если:

- в стационаре не существует классификатора медицинского стандарта;
- данная информация не включается в разработку при использовании информационной системы.

Пункт 27. Хирургические операции. Заполняется при проведении оперативного вмешательства. Записывается: дата; час; код хирурга, код отделения; наименование и код операции; код анестезии; наименование и коды послеоперационных осложнений; использование специальной аппаратуры. Коды операций и их осложнений указываются по действующему классификатору.

При наличии нескольких операций "основная операция" обязательно отмечается штрихом. В соответствующих графах заносится код отделения (гр. 3), к которому относится операция (т.е. отделение в котором числится хирург проводивший данную операцию), указываются личные коды хирургов (гр. 2) и вид оплаты (гр. 13).

Пункт 28. Обследование на сифилис, ВИЧ-инфекцию. Заполняется при наличии наследования на сифилис, ВИЧ-инфекцию: отмечается в соответствующей позиции.

Пункт 29. Диагноз стационара (при выписке). Записывается заключительный диагноз заболевания в последовательное: "Основное, осложнение основного, сопутствующие заболевания", и соответствующие им коды МКБ-10. В случае смерти пациента и проведении аутопсийного исследования, записывается патологоанатомический диагноз в последовательной: "основной, осложнение, сопутствующие". При наличии биказуального или мультизаукального диагноза в рубрике "основной" кодируется одна нозоологическая единица, которая идет в статистическую разработку.

Пункт 30. Основная причина смерти. Указывается наименование и код по МКБ-10 основной (первоначальной) причины смерти.

Пункт 31. Дефекты догоспитального этапа. Отмечается путем подчеркивания в соответствующей позиции дефекты догоспитального этапа на основании решения лечащего врача, заведующего отделения, врача эксперта.

Примечание. Унифицированные правила кодирования клинических диагнозов и причин смерти в статистических документах изложены в Методическом пособии НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН "Использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра в практике отечественной медицины".

Приложение 5

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
13 ноября 2003 г.
N 548
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ ПО ДНЕВНЫМ СТАЦИОНАРАМ

В целях унификации подходов к заполнению отчета по дневным стационарам
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по заполнению отчетной формы N 14дс "Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения" (приложение).

2. Инструкцию по заполнению отчетной формы N 14дс "Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения" ввести в действие с 01.12.2003.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Р.А.Хальфина.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

Приложение
УТВЕРЖДЕНО
приказом Минздрава России
от 13.11.2003 г.

ИНСТРУКЦИЯ
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ОТЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 14ДС
"СВЕДЕНИЯ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ"
(УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2002 N 413)

Отчетная форма N 14дс "Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения" заполняется всеми лечебно-профилактическими

учреждениями, на базе которых в соответствии с приказом руководителя учреждения организованы дневные стационары.

Отчет составляется по состоянию за год в соответствии с бланком формы, представляется в вышестоящую организацию 5 января следующего за отчетным годом. Сводный отчет по республике (в составе Российской Федерации), краю, области (городу), подписанный руководителем соответствующего учреждения (Бюро медицинской статистики субъекта Российской Федерации, МИАЦ) и органа Управления здравоохранением, представляется Министерству здравоохранения Российской Федерации в установленные последним сроки.

Форма N 14дс заполняется на основании учетных форм:

По дневному стационару при больничном учреждении:

- N 016/у-02 "Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении".

- N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому".

По дневному стационару при амбулаторно-поликлиническом учреждении и на дому:

- N 007дс/у-02 (сводная) "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" (сводная).

- N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому".

В дневном стационаре любого типа на больного ведется учетная форма N 003/у "Медицинская карта стационарного больного".

Отчетная форма включает следующие разделы:

- общие сведения - о дневных стационарах, развернутых в учреждениях здравоохранения таблицы 1000 и 1001;

- использование коечного фонда - таблица 1100;

- состав больных в дневном стационаре, сроки и исходы лечения - таблицы 2000 и 2003;

- виды оплаты - таблица 4000.

Общие сведения

В таблице 1000 показываются сведения о дневных стационарах для взрослых (18 лет и старше), в п. 1 - отмечается дневной стационар, развернутый при больничном учреждении (фактически проставляется "1"), в п. 2 показывается число мест, развернутых в дневном стационаре, с учетом сменности (если работа дневного стационара организована в две смены).

Пример:

Если в учреждении развернуто 10 мест, которые работают в 2 смены, то в п. 2 надо показать 20 мест, т.к. место фактически работает как 2 места, это должно быть учтено в приказе по учреждению.

В п. 3 отмечается число рабочих смен дневного стационара.

В п. 4-6 показываются аналогичные сведения по дневному стационару при амбулаторно-поликлиническом учреждении.

В п. 7 показываются сведения о стационаре на дому. Здесь показывается число мест (а не число пролеченных больных), развернутых на дому в соответствии с приказом руководителя учреждения.

В таблице 1001 показываются сведения о дневном стационаре для детей (0-17 лет), в п. 1 отмечается "дневной стационар при" больничном учреждении, в п. 2 показывается число мест с учетом сменности, в п. 3 - число смен работы дневного стационара. В п.п. 4-7 показывается аналогичные сведения по дневным стационарам при амбулаторно-поликлиническим учреждениям.

Примечание:

Если, в учреждении развернут стационар для взрослых и для детей, то сведения о них покажутся в т. 1000 и 1001 самостоятельно по каждому типу дневных стационаров.

Раздел 1. Использование коечного фонда

Таблица 1100. Состоит из 3-х блоков, включающих сведения: в графах с 3 по 9 - о дневном стационаре при больнице, с 10 по 16 - при амбулаторно-поликлиническом учреждении, с 17 по 21 - на дому.

Дневной стационар при больничном учреждении.

Сведения о дневном стационаре при больнице показываются в графах с 3 по 9, заполняются на основании учетной формы N 016/у-02 по дневному стационару, за исключением графы 7 - "из них детей" - заполняется на основании формы N 066/у-02.

В графе 3 "Число мест" указывается число мест в дневном стационаре на конец отчетного года по каждому профилю коек (в соответствии с утвержденным Минздравом России наименованием профиля коек), развернутому в дневном стационаре в соответствии с приказом руководителя учреждения с учетом сменности работы дневных стационаров.

В графе 4 "Число среднегодовых мест" - показывается сведения из итоговой строки ("за год") формы N 016/у-02, графы 4 деленные на 12.

Графа 5 - "Поступило больных" заполняется на основании сведений графы 6 "Всего поступило больных" (по итоговой строке "За год") формы N 016/у-02 по соответствующим профилям коек.

Графа 6 - "Выписано больных" заполняется на основании сведений графы 12 "Выписано всего" по итоговой строке "за год" формы N 016/у-02.

Графа 7 "из них детей (0-17 лет)" заполняются на основании формы 066/у-02.

Графа 8 - "в т.ч. в круглосуточный стационар". Сведения о числе выписанных из дневного стационара в круглосуточный выделяются из графы 6 (из числа выписанных больных) и соответствует сведениям графы 14 формы N 016/у-02 "в т.ч. в круглосуточный стационар".

Примечание:

Больных, направленных из дневного стационара в круглосуточный, и наоборот считать выписанными и поступившими соответственно, на них заполняются две статистические карты выбывшего, то же касается поступления и выписки пределах одного учреждения. В данном случае допускается ведение одной истории болезни, номер карты указать через дробь: в числителе - номер истории болезни круглосуточного стационара в знаменателе - дневного стационара.

Графа 9 - "Проведено больными дней лечения". Заполняется на основании графы 18 учетной формы N 016/у-02.

Примечание:

При подсчете дней лечения день поступления и день выписки в дневном стационаре считать за 2 дня.

Дневной стационар при амбулаторно-поликлинических учреждениях

Графы с 10 по 21 отражают сведения по дневным стационарам при амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарам на дому. Сведения заполняются в соответствии с данными учетной формы N 007дс/у-02 (сводной), кроме граф 14 и 19, которые заполняются на основании формы N 066/у-02.

Графа 10 - "Число мест". Указывается число мест на конец отчетного года на основании ф. N 007дс/у-02 (сводной) графа 3, с учетом сменности работы дневного стационара.

Примечание:

При утверждении графика работы дневного стационара в 2 смены число при выделении мест необходимо учесть число смен работы дневного стационара, т.е. 1 место считать эквивалентно 2-м местам.

Графа 11 - "Число среднегодовых мест". Указывается число среднегодовых мест на конец отчетного года на основании ф. N 007-дс/у-02 (сводной) графы 4.

Графа 12 - "Поступило больных". Заполняется на основании сведений "Поступило больных всего" ф. N 007дс/у-02 (сводной) графы 6.

Графа 13 - "Выписано". Заполняется на основании сведений "Выписано больных всего" ф. N 007дс/у-02 (сводной) графы 11.

Графа 14 - "из них детей". Заполняется по карте выбывшего из стационара ф. N 066/у-02.

Графа 15 "в т.ч. круглосуточный стационар". Показываются сведения о выписанных больных, на основании графы 12 "в т.ч. в круглосуточный стационар" ф. N 007дс/у-02.

Графа 16. - "Проведено больными дней лечения". Заполняется на основании графы 17 "Проведено больными дней лечения" формы N 007дс/у-02 (сводной).

Примечание: день поступления и день выписки считать за 2 дня.

Стационар на дому

Графы 17-21 заполняются на основании ф. 007дс/у-02 (сводной).

Заполняется в соответствии с тем же порядком, что и раздел "дневной стационар при АПУ". (графы 10, 13, 14-16).

В подтабличной строке 1101 показываются сведения об умерших:

- в п. 1 "при больничном учреждении" - показывается число умерших из итоговой строки по графе 16 формы N 016/у-02;

- в п. 2 "при амбулаторно-поликлиническом учреждении" показывается число умерших из итоговой строки по графе 13 формы N 007дс/у-02 (сводной);

- в п. 3 "при дневном стационаре на дому" - показывается число умерших из итоговой строки по графе 13 формы N 007дс/у-02 (сводной).

В подтабличной строке 1102 в п.п. 1-3 показываются, из числа выбывших (выписанных и умерших) из дневных стационаров "сельские жители", сведения берутся из ф. N 066/у-02.

Раздел II. "Состав больных в дневном стационаре, сроки и исходы лечения".

В разделе показываются сведения о числе выбывших (выписанных и умерших) больных взрослых 18 лет и старше (таб. 2000) и детей 0-17 лет (таб. 2003) по классам болезней по всем типам дневных стационаров, заполняется по данным статистических карт выбывших из стационара (учетная форма N 066/у-02).

Таблица 2000 "Состав больных в дневных стационарах, сроки и исходы лечения" (18 лет и старше). В графах 1 и 3 в строках со 2-й по 19 перечислены наименования классов болезней в соответствии с кодами по МКБ-10. В строке 1 - "Всего" показываются сведения по сумме строк со 2 по 19 по всем графам таблицы; в строке 20 показываются сведения о лицах, кроме того госпитализированных по иным обстоятельствам, в соответствии с кодами XXI класса МКБ-10. В строке 21 "Оперировано больных" -

показываются сведения о числе оперированных больных из числа выписанных и умерших, в строке 22 - число проведенных им операций.

В графе 4 показываются сведения о числе выписанных больных, в графу 5 выделяются сведения (из числа выписанных) о направленных в круглосуточный стационар.

Примечание:

Больных, направленных в круглосуточный стационар из дневного и наоборот считать выписанными и поступившими. На такого больного заполняются 2 статистические карты выбывшего и (ф. N 066/у-02), как на выбывшего из разных типов учреждений. "Сведения о больных круглосуточного стационара" включаются в отчетную форму N 14 "Сведения о деятельности стационара", о больных дневного стационара - в форму N 14дс - "Сведения о деятельности дневных стационаров".

Сведения в подтабличной строке 2002 "Лица, госпитализированные для обследования и оказавшиеся здоровыми" показываются из строки 20 "Кроме того факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения" таблицы 2000 (таблицы 2003 - из строки 21).

Сумма строк 1-й - "Всего" и 20-й - "Кроме того факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения" по графе 4 "Выписано больных" таблицы 2000 плюс сумма строк 1-й - "Всего" и 21-й - "Кроме того факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения" по графе 4 "Выписано больных" таблицы 2003 должна быть равна сведениям, показанным в т. 1100, стр. 1, гр. 6 "выписано".

Аналогичное сопоставление с таблицей 1100 и по дневному стационару при поликлинике (гр. 8-11) и стационару на дому (гр. 12-15).

Для таблицы 2003 - сумма строк 1-й - "Всего", плюс 21-й "Кроме того факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения" по графе 4 "Выписано больных" должна быть равна сведениям, показанным в т. 1100, стр. 1, гр. 6 "выписано" (сведения подтабличной строки 2002 "Лица, госпитализированные для обследования и оказавшиеся здоровыми" выделяются из строки 20).

Графа 5 - "Из них направлено в круглосуточный стационар". Сумма 1-х строк "Всего" по графе 5, таблиц 2000 и 2003 должна быть равна сведениям таблицы 1100, стр. 1, гр. 8 - в т.ч. направленных в круглосуточный стационар".

Графа 7. "Умерло" (в дневном стационаре при больничном учреждении) число умерших по сумме 1-х строк - "Всего" таблиц 2000 и 2003 по графе 7 должно быть равно числу умерших, показанному в подтабличной строке 1101 "Умерло в дневном стационаре при больничных учреждениях п. 1".

Графа 11 "Умерло" (в дневных стационарах при АПУ) - число умерших по сумме 1-х строк - "Всего" таблиц 2000 и 2003 по графе 11 должно быть равно числу умерших, показанному в подтабличной строке 1101 "Умерло в дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении" - п. 2.

Графа 15 "Умерло" (в стационаре на дому) - число умерших по сумме 1-х строк - "Всего" таблиц 2000 и 2003 по графе 15 должно быть равно числу умерших, показанному в подтабличной строке 1101 "Умерло в дневном стационаре на дому" - п. 3.

Вид оплаты

Таблица 4000. Сведения о видах оплаты заполняется на основании формы N 066/у-02 - статистической карты выбывшего из стационара.

В таблице 4000 в графах 3-5 представлены сведения о числе выбывших больных (выписанных и умерших), в графах 6-8 - сведения о числе дней лечения, проведенных выбывшими больными по всем типам дневных стационаров по видам оплаты: в строке 1-й

- по ОМС, во 2-й - по бюджету, в 3-й - на платной основе, в стр. 4, в т.ч. по ДМС (из строки 3).

В число дней лечения, проведенных выбывшими больными включаются дни лечения как выписанных так и умерших больных, поэтому сумма чисел строк 1 + 2 + 3 в графах 6, 7, 8 (по типам стационаров) должна быть равна или больше чисел суммы строк 1 и 20 таб. 2000 и строк 1 и 21 таб. 2003 за счет дней лечения умерших.

По числу выбывших больных:

- по дневному стационару при больничном учреждении (гр. 3) - сумма строк 1, 2, 3 должна быть равна сумме строк 1-й и 20-й таб. 2000 и 1-й и 21-й таб. 2003 по графам - 4 (выписано) и 7 (умерло);

- по дневным стационарам при амбулаторно-поликлиническом учреждении - (гр. 4) - сумма чисел строк 1, 2, 3 должна быть равна сумме строк 1-й и 20-й таб. 2000 и 1-й и 21-й таб. 2003 по графам - 8 (выписано) и 11 (умерло).

Аналогичная проверка и по стационарам на дому (по соответствующим графам).

Приложение 6

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПИСЬМО
11 апреля 2005 г.
N 1663-ВС
О ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ

В связи с поступающими запросами органов управления здравоохранением Российской Федерации о дневных стационарах Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации сообщает следующее.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации N 690 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год" (II раздел п. б) к амбулаторно-поликлинической помощи относится оказание медицинской помощи в дневных стационарах всех типов - в больницах, в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому. Финансирование объемов помощи, предоставляемых гражданам в дневных стационарах всех типов, осуществляется за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней.

Дополнительного лицензирования стационарозамещающих технологий в больницах, как амбулаторно-поликлинического вида медицинской помощи, не требуется.

Заместитель Министра
В.И.СТАРОДУБОВ

Приложение 7

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ
7 декабря 2005 г.
N 765
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

В соответствии с подпунктом 5.2.11. пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению приказываю:

1. Утвердить:

1.1. Положение об организации деятельности врача-терапевта участкового согласно приложению N 1;

1.2. Учетную форму N 030/у-тер "Паспорт врачебного участка (терапевтического)" согласно приложению N 2.

2. Департаменту развития медицинской помощи и курортного дела (Р.А. Хальфин) разработать инструкцию по заполнению учетной формы N 030/у-тер "Паспорт врачебного участка (терапевтического)" в срок до 1 апреля 2006 года.

3. Департаменту трудовых отношений и государственной гражданской службы (Сафонов А.Л.) и Департаменту фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования (Н.Н. Володин) разработать квалификационные требования врача-терапевта участкового в срок до 1 июня 2006 года.

4. Департаменту фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования (Н.Н. Володин) пересмотреть программы переподготовки и повышения квалификации врача-терапевта участкового в срок до 1 июня 2006 года.

5. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра В.И. Стародубова.

Министр
М.Ю.ЗУРАБОВ

Приложение N 1
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 7 декабря 2005 г. N 765

ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО

1. Настоящее Положение регулирует деятельность врача-терапевта участкового.

2. На должность врача-терапевта участкового назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия" и сертификат специалиста по специальности "Терапия".

3. Врач-терапевт участковый в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами

федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, а также настоящим Порядком.

4. Врач-терапевт участковый осуществляет свою деятельность по оказанию первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях преимущественно муниципальной системы здравоохранения:

- поликлиниках;
- амбулаториях;
- стационарно-поликлинических учреждениях муниципальной системы здравоохранения;
- других лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению.

5. Оплата труда (финансирование деятельности) врача-терапевта участкового осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Врач-терапевт участковый:

- формирует врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения;
- осуществляет санитарно-гигиеническое образование, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни;
- осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет школы здоровья;
- изучает потребности обслуживаемого им населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий;
- осуществляет диспансерное наблюдение пациентов, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;
- **организует и проводит диагностику и лечение различных заболеваний и состояний, в том числе восстановительное лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;**
- **оказывает неотложную медицинскую помощь пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;**
- направляет пациентов на консультации к специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке;
- проводит экспертизу временной нетрудоспособности в установленном порядке и оформляет документы для направления на медико-социальную экспертизу;
- выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе;
- руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь;
- ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализирует состояние здоровья прикрепленного населения и деятельность врачебного участка.

Приложение N 2
к Приказу
Министерства здравоохранения
и социального развития
Российской Федерации
от 7 декабря 2005 г. N 765

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Медицинская документация
Учетная форма N 030/у-тер

_____
(наименование медицинского учреждения)
_____
_____
(адрес)
_____

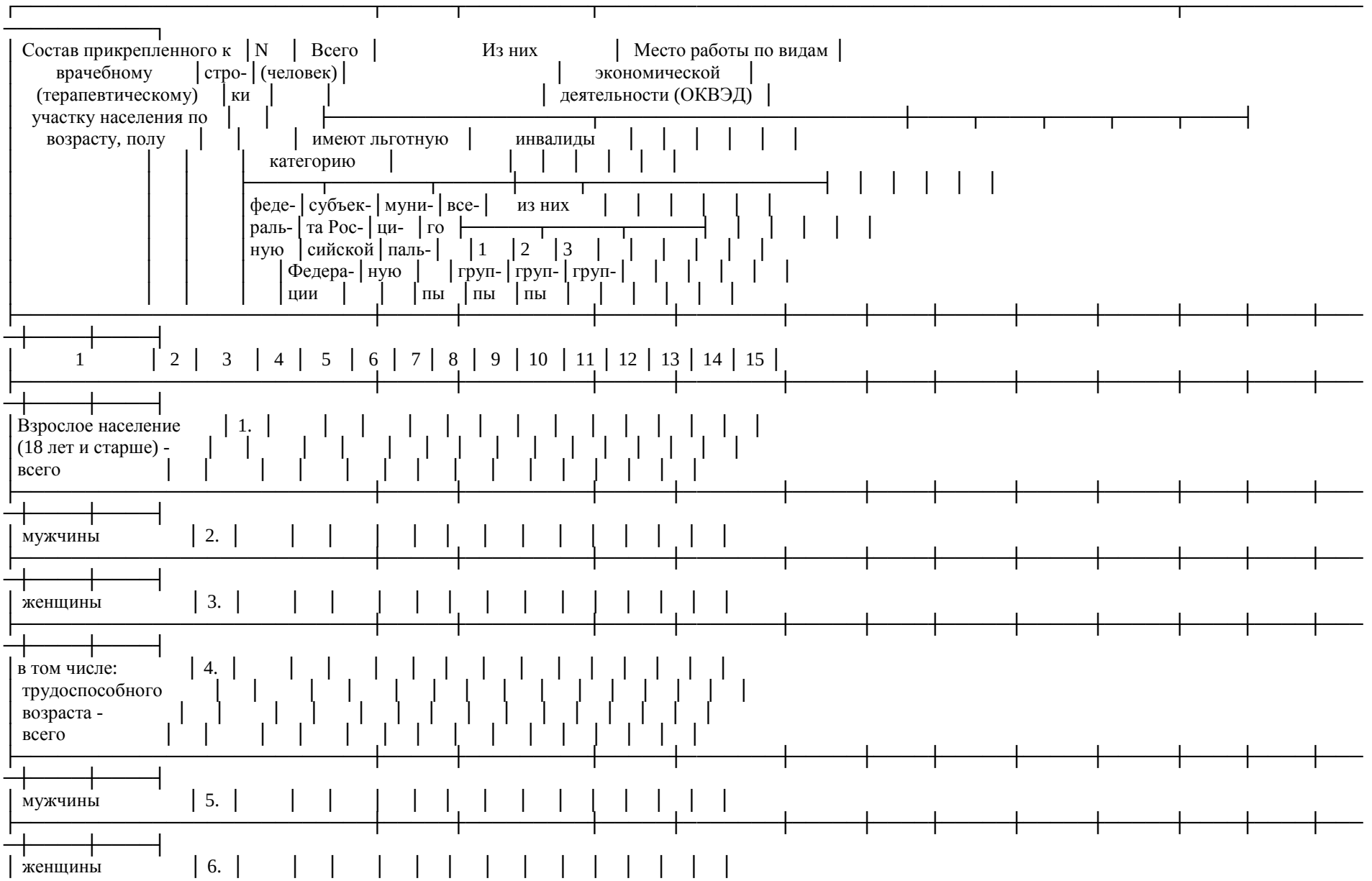
Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 7 декабря 2005 г. N 765

ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА (ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО)

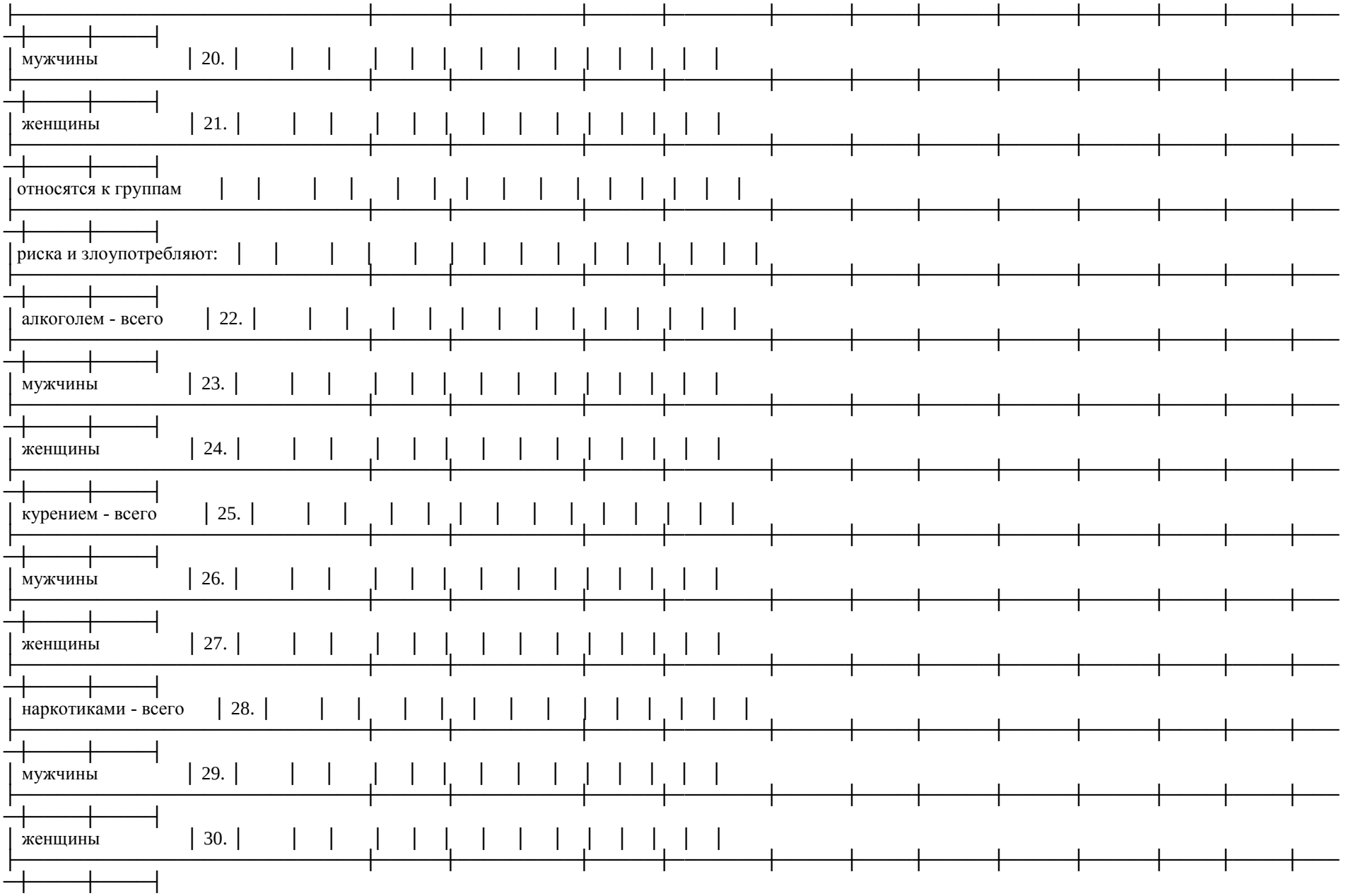
I. Характеристика врачебного терапевтического участка:
численность прикрепленного населения _____ человек
местонахождение:
сельская местность _____
(название населенного пункта)
городская местность _____
(название населенного пункта)

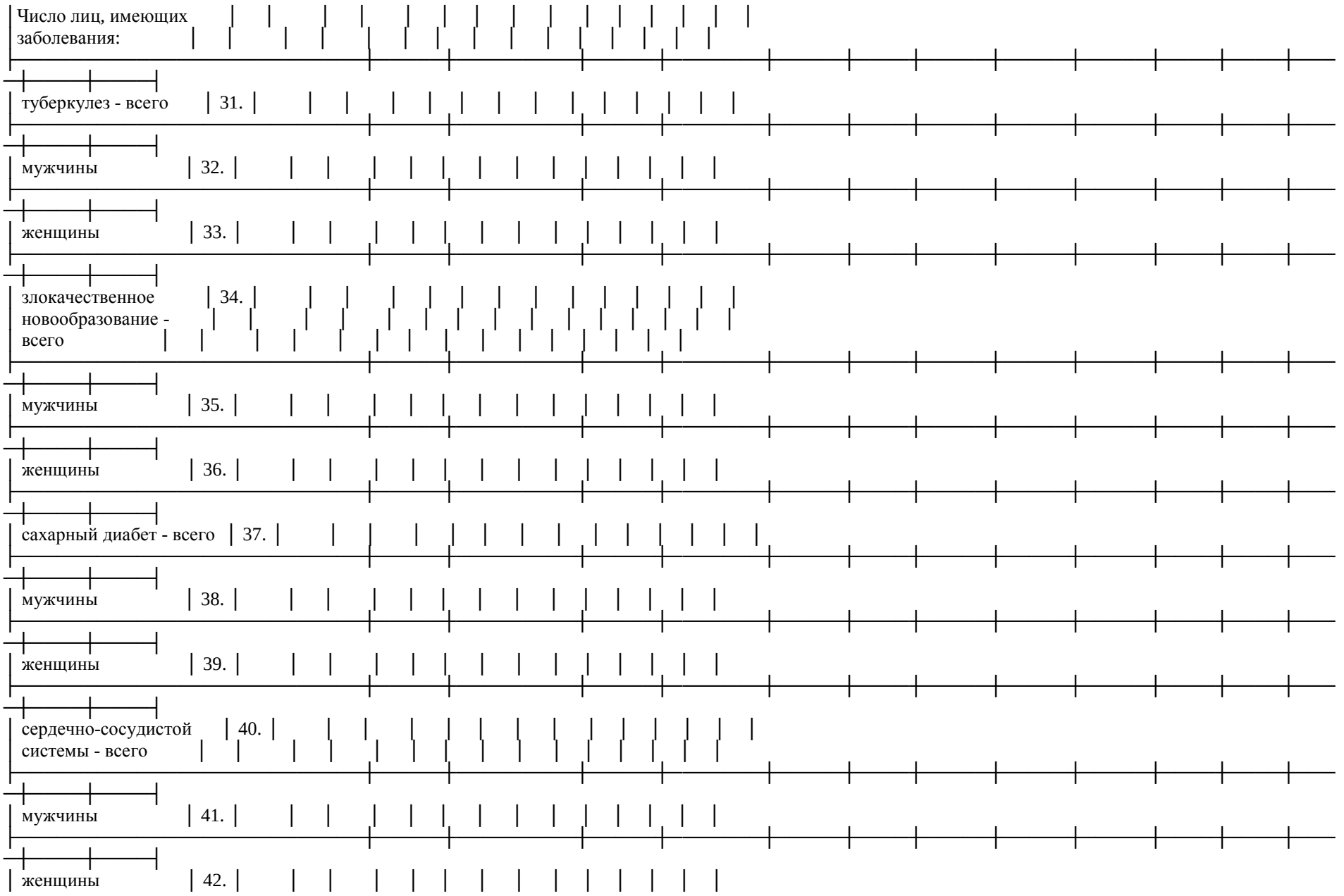
II. Характеристика прикрепленного к врачебному (терапевтическому) участку населения

Т. 1000


Состав прикрепленного к врачебному (терапевтическому) участку населения по возрасту, полу
N строки
Всего (человек)
Из них
имеют льготную категорию
федеральную
субъекта Российской Федерации
муниципальную
все-го
из них
1 группы
2 группы
3 группы
инвалиды
Место работы по видам экономической деятельности (ОКВЭД)
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
Взрослое население (18 лет и старше) - всего
1.
мужчины
2.
женщины
3.
в том числе: трудоспособного возраста - всего
4.
мужчины
5.
женщины
6.

60 лет и старше - всего	7.	
мужчины	8.	
женщины	9.	
работающее - всего	10.	
мужчины	11.	
женщины	12.	
неработающее - всего	13.	
мужчины	14.	
женщины	15.	
пенсионеры - всего	16.	
мужчины	17.	
женщины	18.	
Число лиц, имеющих производственную вредность - всего	19.	


мужчины 20.
женщины 21.
относятся к группам
риска и злоупотребляют:
алкоголем - всего 22.
мужчины 23.
женщины 24.
курением - всего 25.
мужчины 26.
женщины 27.
наркотиками - всего 28.
мужчины 29.
женщины 30.



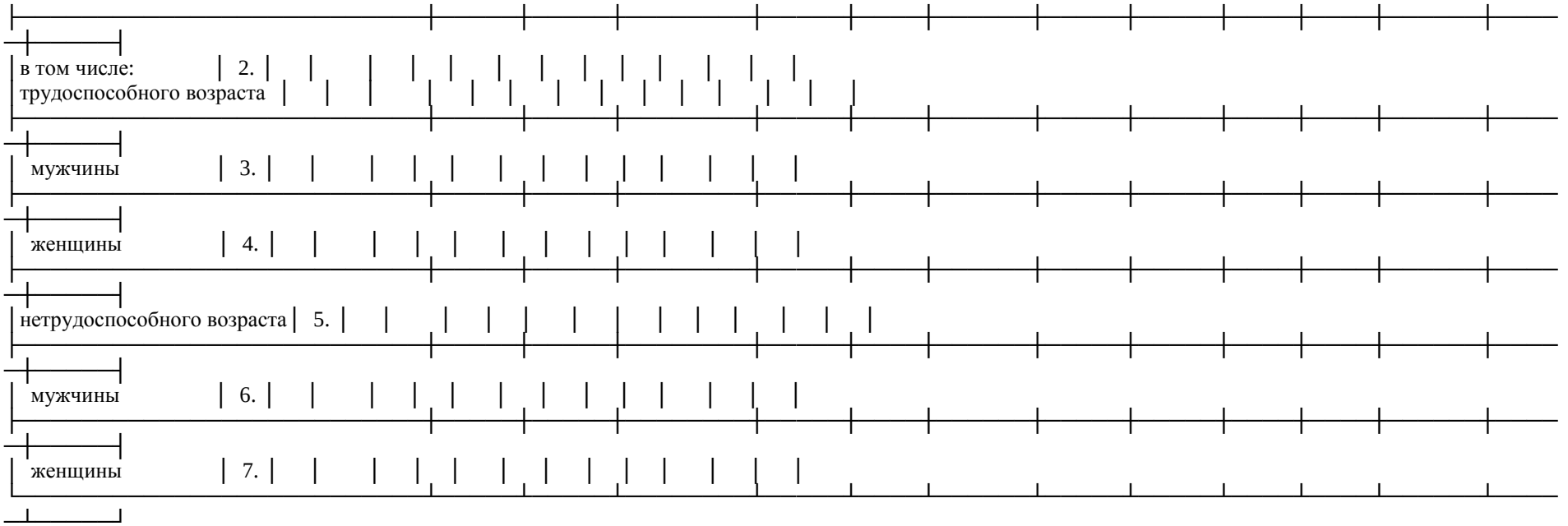
Число лиц, имеющих заболевания:		
туберкулез - всего	31.	
мужчины	32.	
женщины	33.	
злокачественное новообразование - всего	34.	
мужчины	35.	
женщины	36.	
сахарный диабет - всего	37.	
мужчины	38.	
женщины	39.	
сердечно-сосудистой системы - всего	40.	
мужчины	41.	
женщины	42.	

опорно-двигательного аппарата - всего	43.	
мужчины	44.	
женщины	45.	

III. Состояние здоровья и результаты лечения прикрепленного к врачебному (терапевтическому) участку населения

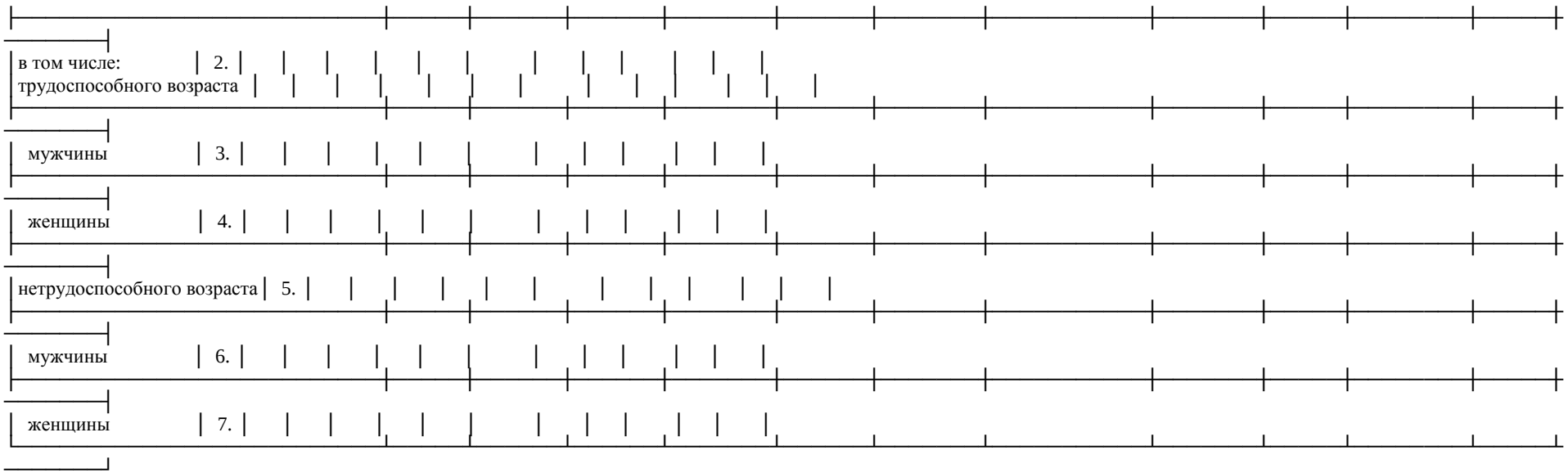
Т. 1100

Возрастной состав прикрепленного к врачебному (терапевтическому) участку населения	N строки	Состоит под диспансерным наблюдением (человек) всего	в т.ч. взято на учет в отчетном году	Нуждались в лечении на начало отчетного года (человек) амбулаторно-поликлиническом	стационарном	высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП)	в санаторно-курортном лечении	Из числа нуждающихся получили лечение (человек) амбулаторно-поликлиническом	стационарном	высокотехнологичную медицинскую помощь (ВТМП)	в санаторно-курортном лечении
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ВСЕГО	1.												


в том числе:
2.
трудоспособного возраста
мужчины
3.
женщины
4.
нетрудоспособного возраста
5.
мужчины
6.
женщины
7.

Т.1200

Возрастной состав прикрепленного к врачебному (терапевтическому) участку населения
N строки
Число проведенных мероприятий (ед.)
прививок
анализов
исследований
процедур
консультаций
скорая медицинская помощь при выездах (человек)
стационар
Число лиц, которым направлена
в т.ч. инвалидность оказана
Выход на инвалидность в отчетном году
Число умерших
всего
в т.ч. в стационаре
всего (человек)
в т.ч. на дому (человек)
1
2
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
ВСЕГО
1.



в том числе: трудоспособного возраста	2.	
мужчины	3.	
женщины	4.	
нетрудоспособного возраста	5.	
мужчины	6.	
женщины	7.	

Приложение 8

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
18 мая 2007 г.
N 3950-ВС
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
17 мая 2007 г.
N 3613/26-3/И

ПИСЬМО О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2007 ГОД

(извлечение)

Во исполнение пункта 2 постановления Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. N 885 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год" Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направляет разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год (далее - территориальная программа).

1. Структура территориальной программы.

Территориальная программа включает:

1.1 Перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно за счет бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования.

1.2. Перечни медицинских организаций и учреждений, работающих в системе ОМС и медицинских организаций и учреждений, финансируемых из бюджетов.

1.3. Утвержденную стоимость территориальной программы по источникам финансирования (приложения 1, 2).

1.5. Муниципальные задания на предоставление медицинских услуг в медицинских учреждениях муниципальных образований (объемы медицинской помощи и финансовые средства на выполнение этих объемов).

1.4. Государственные задания медицинским учреждениям субъекта Российской Федерации, ведомственным и частным медицинским организациям, работающим в системе ОМС, на реализацию объемов медицинской помощи, утвержденных территориальной программой (объемы медицинской помощи и финансовые средства на выполнение этих объемов).

1.5. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании скорой и стационарной медицинской помощи в рамках территориальной программы.

1.6. Перечень медицинских учреждений субъекта Российской Федерации, оказывающих специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

1.7. Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации в рамках территориальной программы.

1.8. Информацию по предоставлению дополнительной бесплатной медицинской помощи, предусматривающей обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, в соответствии с главой 2 Федерального закона от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи", включающую численность отдельных категорий граждан - получателей необходимых лекарственных средств.

1.9. Информацию о численности населения по группам и категориям заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен в порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

2. Порядок разработки и финансирования выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования, а также контроль за их реализацией осуществляются в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 N 255 "О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией".

3. Субъект Российской Федерации учитывает рекомендуемые показатели объемов медицинской помощи по видам и относительные коэффициенты их стоимости по основным профилям и специальностям (приложения 2, 3), при этом вправе самостоятельно расширять перечень специальностей в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи в пределах рекомендуемых объемов. Объемы медицинской помощи могут быть скорректированы с учетом заболеваемости и демографического состава населения.

Объемы амбулаторно-поликлинической помощи включают объемы профилактических осмотров населения, кроме контингентов граждан, подлежащих соответствующим медицинским осмотрам, порядок и условия проведения которых, регламентируется законодательством Российской Федерации.

Амбулаторно-поликлиническая помощь предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи участковыми врачами, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами-специалистами в амбулаторно-поликлинических, школьно-дошкольных учреждениях и на дому.

Первичный доврачебный амбулаторный прием может проводиться специалистами сестринского дела (фельдшер, акушерка, медицинская сестра), учитываемых в "Прочих видах медицинской помощи".

4. Медицинское обследование граждан при первоначальной постановке на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы осуществляется за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов. Лечение этой категории граждан, имеющих страховой медицинский полис, проводится в медицинских организациях, работающих в системе ОМС, за счет средств обязательного медицинского страхования.

5. Медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов, решением органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, может финансироваться за счет средств местных бюджетов или за счет средств ОМС в установленном порядке.

6. Оказание медицинской помощи при заболеваниях зубов и полости рта входит в базовую программу ОМС, поскольку данные заболевания в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения.

При планировании и учете объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе на 2007 год учитываются как посещения, так и УЕТ. При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий, а также организации стоматологической помощи.

7. Утвержденные Правительством Российской Федерации финансовые нормативы являются минимальными.

Субъект Российской Федерации при расчете стоимости территориальной программы государственных гарантий учитывает районные коэффициенты.

Методические рекомендации по расчету стоимости территориальной программы ОМС и страхового взноса на ОМС неработающего населения представлены в приложении 4.

8. Оценку стоимости территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации следует проводить:

а) с учетом финансирования медицинских организаций, работающих в системе ОМС, по всем статьям расходов (по полному тарифу);

б) с учетом финансирования медицинских организаций, работающих в системе ОМС, по пяти статьям расходов из средств ОМС.

Заместитель Министра
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
В.И.СТАРОДУБОВ

И.о. директора Федерального
фонда обязательного
медицинского страхования
Д.В.РЕЙХАРТ

Приложение N 2
к письму
Минздравсоцразвития РФ
от 18.05.2007 г. N 3950-ВС,
ФФОМС
от 17.05.2007 г. N 3613/26-3/И

Таблица 4

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОБЪЕМЫ
СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ
РАСЧЕТА НОРМАТИВА ПАЦИЕНТО-ДНЕЙ ЛЕЧЕНИЯ В ДНЕВНЫХ
СТАЦИОНАРАХ В ГОД НА 1000 ЖИТЕЛЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Специальности	Всего дней лечения на 1000 жителей		
	Всего	в т.ч. для	
		Взрослых	Детей
1. Кардиоревматология	6,7	5,7	1,0
2. Педиатрия	175,6	-	175,6
3. Терапия	133,7	133,7	-

4. Эндокринология	1,7	1,3	0,4
5. Аллергология	1,7	0,2	1,4
6. Неврология	46,1	29,4	16,6
7. Инфекционные болезни	5,0	1,3	3,7
8. Хирургия	24,3	17,4	6,9
9. Урология	2,2	1,8	0,3
10. Стоматология	0,6	0,4	0,2
11. Акушерство-гинекология	44,9	42,0	2,9
12. Отоларингология	10,2	4,3	5,9
13. Офтальмология	8,1	4,1	4,1
14. Дерматология	18,3	12,0	6,3
15. Психиатрия	72,0	44,1	27,9
16. Наркология	7,2	7,2	-
17. Фтизиатрия	16,8	11,8	5,0
18. Венерология	2,0	0,9	1,1
Всего	577,0	317,6	259,4
из них по Базовой программе	479,0	253,7	225,3

Приложение N 3
к письму
Минздравсоцразвития РФ
от 18.05.2007 г. N 3950-ВС,
ФФОМС
от 17.05.2007 г. N 3613/26-3/И

Таблица 2

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ СТОИМОСТИ ОДНОГО ПОСЕЩЕНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Специальности	Взрослые	Дети
1. Кардиоревматология	0,9675	1,0330
2. Педиатрия		0,8600
3. Терапия	0,8554	
4. Эндокринология	1,6377	2,2461
5. Аллергология	1,5296	1,7389
6. Неврология	0,9985	1,0724
7. Инфекционные болезни	1,2806	1,3010
8. Хирургия	0,9107	0,9144
9. Урология	0,7301	0,9189
10. Стоматология	1,2022	1,3000
11. Акушерство-гинекология	0,8654	0,9576
12. Отоларингология	0,7028	0,7267
13. Офтальмология	0,5607	0,7835
14. Дерматология	0,6790	0,8916
15. Психиатрия	1,2441	2,0118
16. Наркология	1,0792	
17. Фтизиатрия	1,0463	1,0429
18. Венерология	0,8962	

Таблица 3

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
СТОИМОСТИ ОДНОГО ПАЦИЕНТО-ДНЯ ЛЕЧЕНИЯ В ДНЕВНЫХ
СТАЦИОНАРАХ ВСЕХ ТИПОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Специальности	Взрослые	Дети
1. Кардиоревматология	0,9300	1,0343
2. Педиатрия	-	1,1300
3. Терапия	0,8510	-
4. Эндокринология	1,0674	1,1713
5. Аллергология	1,2789	1,2443
6. Неврология	0,8479	0,9877
7. Инфекционные болезни	0,9410	1,0236
8. Хирургия	1,1774	1,2068
9. Урология	0,9924	1,3984
10. Стоматология	1,3836	1,3362
11. Акушерство-гинекология	1,0608	1,1890
12. Отоларингология	0,9902	1,0472
13. Офтальмология	1,0879	1,1819
14. Дерматология	0,8464	0,9413
15. Психиатрия	0,9806	0,9806
16. Наркология	0,8818	-
17. Фтизиатрия	0,8128	0,8128
18. Венерология	0,8423	0,9438

Приложение 9

ТРЕБОВАНИЯ
К ПОМЕЩЕНИЯМ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ.

Документа строго регламентирующего требования к помещениям дневного стационара, нет.

Приказ МЗ РФ от 09.12.1999 №438 рекомендует иметь в дневном стационаре следующий набор помещений:

- палаты;
- процедурный кабинет;
- комната для приема пищи больными (при организации питания);
- комната для пребывания медицинского персонала;
- иные кабинеты по решению руководства лечебно - профилактического учреждения.

1. Палаты дневного стационара.

Пособие к СНиП 2.08.02-89 рекомендует следующий норматив площади помещений палат дневного стационара:

- для детей – 4,5м^2 (при совместном пребывании с матерью - +1,5-2 м^2)
- для взрослых – 6,0 м^2.

2. Процедурный кабинет.

Пособие к СНиП 2.08.02-89 рекомендут иметь процедурные площаью 22м^2 (при наличии гинекологического кресла и шлюза и 12м^2 (без гинекологического кресла и шлюза).

3. Комната для приема пищи больными (при организации питания).

Метрах комнаты не регламентирован. Однако в пособии к СНиПу есть норматив для комнаты отдыха-столовой для матерей, пребывающих в больницах вместе с детьми. Он составляет 1,2 $м^2$ на 1 место. По аналогии этот нортамив можно использовать для комнаты для приема пищи (столовой) в дневном стационаре.

4. Помещение (пост) деружной медицинской сестры.

В соответствии с Пособием, в палатных отделениях на пост медицинской сестры должно быть выделено помещений в 6$м^2$.

5.Кладовая для чистого белья – 4 $м^2$.

Площадь других помещений также следует определять в соответствии с требованиями к аналогичным помещениям стационаров и поликлиник, изложенными в Пособии к СНиП 2.08.02-89.

Приложение 10

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
о дневном стационаре при амбулаторно-поликлиническом учреждении

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.Дневной стационар является структурным подразделением амбулаторно-поликлинического учреждения.

2.В своей деятельности дневной стационар руководствуется законами РФ, приказами и распоряжениями Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в том числе приказом МФ РФ от 09.12.1999 г. № 438, приказом МЗ РФ от 13.08.2002. г. № 254, приказами департамента здравоохранение Новосибирской области, приказами амбулаторно-поликлинического учреждения.

3.Руководство дневным стационаром осуществляет заведующий, назначаемый и освобождаемый от занимаемой должности главным врачом амбулаторно-поликлинического учреждения.

4.Заведующий дневным стационаром непосредственно подчиняется главному врачу амбулаторно-поликлинического учреждения.

5.Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных, гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.Питание пациентов в дневном стационаре не производится,

7.В дневном стационаре ведется установленная отчетно-учетная документация.

8.Дневной стационар может использоваться в качестве клинической базы медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений для апробирования и внедрения новых методов диагностики и лечения, повышения квалификации медицинского персонала.

II. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1.Совершенствование организации и повышение качества медицинской помощи в амбулаторных условиях.

2.Повышение экономической эффективности деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

III. ФУНКЦИИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1.Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

2.Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

3.Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных, инвалидов и беременных женщин.

4.Оказание специализированной нефрологической помощи:

4.1.лечение пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточностью, находящихся на программном амбулаторном гемодиализе и реципиентов почечного аллотрансплантата.

4.2.подготовка и отбор больных с хронической почечной недостаточностью к трансплантации почки.

4.3.проведение контрольных обследований для осуществления динамического наблюдения за реципиентами почечного аллотрансплантата и диализными больными.

4.4.использование стандартных и высокотехнологичных методов диагностики и лечения пациентам с хронической почечной недостаточностью при осложнениях гемодиализа.

4.5.лечение сопутствующих терапевтической и неврологической патологии у больных с хронической почечной недостаточностью.

5.Оказание специализированной офтальмологической помощи:

5.1.долечивание и реабилитация пациентов после операционного лечения в стационаре.

5.2.проведение комплекса лечебно-восстановительных мероприятий пациентам с хроническими воспалительными, дегенеративными заболеваниями органов зрения, нарушениями рефракции, бинокулярного зрения и амблиопии.

5.3.лечение соматических заболеваний у пациентов перед оперативными вмешательствами.

5.4.предоперационные курсы ортоптики, плеоптики у пациентов с нарушениями бинокулярного зрения.

6.Оказание специализированной гематологической помощи:

6.1.использование стандартных и высокотехнологических методов лечения пациентам с заболеваниями системы крови.

6.2.проведение контрольных обследований для осуществления динамического наблюдения за больными данной категории.

6.3.лечение сопутствующей патологии, у больных с заболеваниями системы крови.

7.Оказание специализированной помощи больным с ожогами:

7.1.лечение больных с ограниченными поверхностными ожогами до полного восстановления целостности кожных покровов.

7.2.предоперационная подготовка больных с локальными глубокими ожогами.

7.3.проведение курсового консервативного лечения больных с последствиями ожогов (контрактура, рубцы)

7.4.долечивание и реабилитация пациентов, перенесших ожоговую болезнь, выписанных из стационара.

7.5.проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и решение вопроса о направлении их на медико-социальную экспертизу для установления степени утраты трудоспособности.

IV. СТРУКТУРА, ШТАТЫ И ПОРЯДОК ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1.Дневной стационар организован на 30 коек.

2.Дневной стационар работает в 2 смены с 8.00 до 18.00 часов.

3.Штатное расписание дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении утверждается главным врачом.

4.Показания для госпитализации в дневной стационар:

4.1.необходимость в стационарном лечении больных, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;

4.2.проведение сложных видов диагностических исследований длительных по времени требующих подготовки и медицинского наблюдения после их выполнения.

4.3.подбор адекватной терапии больным с впервые выявленными патологическими состояниями, требующих ежедневного, но не круглосуточного наблюдения.

4.4.долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения в условиях активного режима.

5.Противопоказания для лечения в дневном стационаре:

5.1.декомпенсированные состояния с необходимостью круглосуточного наблюдения и медицинского ухода;

5.2.необходимость круглосуточного парантерального ведения различных средств.

5.3.необходимость соблюдения строгого постельного режима по состоянию здоровья;

5.4.резко ограниченная возможность самостоятельно передвигаться;

5.5.значительное ухудшения состояния здоровья в ночное время;

5.6.активная форма туберкулеза

5.7.острые септические состояния

5.8.эпилепсия с генерализованными приступами.

Заведующий дневным стационаром
Согласовано:
Юридический отдел

Приложение 11

Приложение N 1
к приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 16 декабря 1987 г. N 1278

ПОЛОЖЕНИЕ
О СТАЦИОНАРЕ (ОТДЕЛЕНИИ, ПАЛАТЕ) ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦАХ И ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В ПОЛИКЛИНИКАХ

1. Стационар (отделение, палаты) дневного пребывания в больницах и дневные стационары в поликлиниках организуются для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которым показана лечебно - диагностическая помощь в дневное время.

2. Стационар организуется в составе многопрофильных больниц, клиник НИИ, ВУЗов, амбулаторно-поликлинических учреждений. В отдаленных районах РСФСР, республиках Закавказья и Средней Азии могут организовываться временные стационары дневного пребывания на базе сельских врачебных амбулаторий и участковых больниц для лечения детей с нетяжелыми формами острых кишечных заболеваний, требующих оральной регидратации.

3. Мощность стационаров определяется индивидуально, в каждом конкретном случае, руководителем учреждения по согласованию с местными органами здравоохранения. Руководство стационаром осуществляется главным врачом ЛПУ, на базе которого организуется стационар.

4. Необходимая численность должностей медицинского персонала стационара определяется по действующим штатным нормативам, предусмотренным для соответствующего профиля отделения. В амбулаторно- поликлинических учреждениях в

зависимости от объема работы в каждом конкретном случае вопрос о штатных нормативах решается индивидуально.

5. Финансирование стационара предусматривается в смете учреждения, в составе которого он организован. Расходы на питание больных, на приобретение медикаментов и перевязочных средств устанавливаются в соответствии с действующими расчетными нормами, утвержденными приказом Минздрава СССР N 1001 от 03.09.87 г. "О первоочередных мерах по улучшению здравоохранения в стране в 1988 - 1990 гг.".

6. Режим работы стационара определяется руководителем учреждения с учетом профиля учреждения и местных условий. В отдельных случаях режим больного индивидуализируется врачом, соответственно состоянию больного. Родители детей, подлежащих обследованию или лечению в стационаре дневного пребывания, информируются о режиме работы лечащим врачом.

7. Отбор больных на обследование и лечение в стационар дневного пребывания проводится участковыми врачами терапевтами, педиатрами и другими специалистами. Противопоказаниями к направлению в стационар дневного пребывания являются острые заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения.

8. При ухудшении течения заболевания, необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, больной, находящийся в стационаре дневного пребывания или дневном стационаре при поликлинике, должен быть незамедлительно переведен в соответствующее отделение больниц.

9. На больного, находящегося в стационаре дневного пребывания, заводится история болезни с занесением в нее кратких сведений из анамнеза, истории заболевания и проводимого ранее обследования и лечения.

10. Отчеты о деятельности стационаров дневного пребывания больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений представляются в установленные сроки и в установленном порядке.

11. При выписке больного из стационара дневного пребывания все сведения передаются тому врачу, который направил больного на лечение, с необходимыми рекомендациями.

12. Стационар дневного пребывания больниц и амбулаторно- поликлинических учреждений пользуется в своей работе лечебно- диагностическими службами, имеющимися в лечебно-профилактическом учреждении в составе которого он организован.

13. Питание больных организуется в пищеблоке медицинского учреждения, в составе которого находится стационар дневного пребывания. В дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений вопрос о питании решается применительно к местным условиям и за счет самого больного.

14. Работающим (учащимся) больным, находящимся на лечении в стационаре дневного пребывания, дневном стационаре при поликлинике выдаются больничные листы (справки) на общих основаниях.

Начальник
Главного управления
лечебно - профилактической помощи
В.И.КАЛИНИН

Начальник
Главного управления
лечебно - профилактической
помощи детям и матерям
В.А.АЛЕКСЕЕВ

Приложение 12

Приложение N 2
к приказу Министерства
здравоохранения СССР
от 16 декабря 1987 г. N 1278

ПОЛОЖЕНИЕ
О СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ
В АМБУЛАТОРНО - ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Стационар на дому организуется для больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует госпитализации.

2. Стационар на дому организуется в составе поликлиники, детской поликлиники, медсанчасти, поликлинических отделений больницы, диспансерах.

3. Руководство стационаром на дому осуществляется заведующими терапевтическим и педиатрическим отделениями, которые в своей деятельности подчиняются главному врачу и его заместителю по лечебной части.

4. Штаты стационара на дому устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, предусмотренными для амбулаторно - поликлинических учреждений.

5. Руководителям учреждений разрешается использовать штатную численность по своему усмотрению.

6. Медикаменты в стационарах на дому приобретаются за счет больных в закрепленных аптеках, предметами ухода больных обеспечивает обслуживающая их поликлиника.

7. Режим работы стационара на дому устанавливается руководителем учреждения в соответствии с потребностями населения в этом виде помощи и местными условиями.

8. Для корректировки лечения и продления больничного листка ВКК проводится на дому в сроки, установленные законодательством по экспертизе временной нетрудоспособности.

9. Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится заведующими терапевтическим и педиатрическим отделениями по представлению участковых врачей - терапевтов и педиатров и врачей специалистов.

10. При ухудшении течения заболевания больной должен быть незамедлительно переведен в стационар.

11. На больного, находящегося в стационаре на дому, все записи производятся в амбулаторной карте.

12. Отчет о деятельности стационаров на дому представляется в установленном порядке и в установленные сроки.

13. Стационар на дому пользуется в своей работе всеми консультативными и лечебно - диагностическими службами, имеющимися в учреждении.

Приложение 13

ПРИМЕРНАЯ ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
заведующего дневным стационаром

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.На должность заведующего дневным стационаром назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование, сертификат по специальности «терапия», высшую квалификационную категорию.

2.Назначение и увольнение заведующего дневным стационаром осуществляется главным врачом учреждения.

3.Заведующий дневным стационаром непосредственно подчиняется главному врачу учреждения.

4.Заведующему дневным стационаром подчиняется работающий в дневном стационаре медицинский персонал.

5.В своей работе заведующий дневным стационаром руководствуется «Положением о дневном стационаре», нормативными документами вышестоящих органов управления здравоохранением, приказами и распоряжениями главного врача учреждения, настоящей должностной инструкцией.

II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Заведующий дневным стационаром обязан:

1.Организовать оказание квалифицированной медицинской помощи в амбулаторных условиях больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения в соответствии с «Положением о дневном стационаре».

2.Контролировать правильность диагностики и объем лечебно-диагностических мероприятий, проводимых врачами-специалистами дневного стационара, путем осмотра госпитализированных больных (текущий контроль качества диагностического и лечебного процесса) и экспертной оценки записей в их медицинских картах.

3.Проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов, контролировать качество ее проведения врачами-специалистами дневного стационара путем оценки состояния здоровья пациентов и проверки правильности оформления медицинской документации.

4.Организовывать перевод больных из дневного стационара в стационар больницы при ухудшении их состояния здоровья.

5. Осуществлять расстановку кадров, организовывать труд медицинского персонала дневного стационара согласно их должностным инструкциям, стандартам профессиональной деятельности, утвержденным в установленном порядке.

6.Совершенствовать систему организации труда медицинского персонала на основе передового опыта, внедрения новых технологий.

7.Организовывать внедрение в практику работы дневного стационара передовых форм и методов диагностики и лечения заболеваний.

8.Контролировать эффективность использования имеющихся в дневном стационаре материальных ресурсов (медикаментов, приборов, оборудования).

9.Контролировать качество ведения медицинской документации в дневном стационаре и достоверность медико-статистической информации о деятельности дневного стационара.

10.Ежемесячно анализировать показатели деятельности дневного стационара.

11. Осуществлять планирование работы дневного стационара путем предоставления годового комплексного плана на утверждение главному врачу учреждения.

12.Повышать свою квалификацию не реже одного раза в пять лет в соответствии с установленным порядком.

13.Ежегодно предоставлять главному врачу учреждения план повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала дневного стационара, обеспечить его выполнение.

14.Обеспечивать участие врачей дневного стационара во врачебных конференциях, а медицинских сестер - в общеполиклинических или общебольничных конференциях медсестёр

15.Организовывать обучение и контроль знаний, а также выполнение работниками правил внутреннего трудового распорядка, инструкций по охране труда, технике безопасности, эксплуатации медицинской техники и оборудования, производственной санитарии, гигиене труда, противопожарной охране, соблюдение профессиональной этики и деонтологии.

16.Организовывать и осуществлять контроль за соблюдением лечебно-охранительного, санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемиологического режимов в дневном стационаре.

17.Своевременно доводить до сведения сотрудников дневного стационара приказы и распоряжения главного врача учреждения, а также инструктивно-методические и другие нормативные документы вышестоящих органов управления здравоохранением.

18.Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного режима, морально-правовых норм профессионального общения, этики и деонтологии.

19.Соблюдать требования охраны груда, техники безопасности, производственной санитарии, гигиены труда, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений и оборудования.

III. ПРАВА

Заведующий дневным стационаром имеет право:

1.Принимать участие в решении вопросов о приеме на работу и увольнении врачей, среднего и младшего медицинского персонала дневного стационара.

2.Рекомендовать главному врачу учреждения кандидатуру врача для исполнения обязанностей заведующего дневным стационаром на период своего отсутствия.

3.Вносить предложения о поощрении или применении дисциплинарных взысканий к сотрудникам дневного стационара.

4.Принимать участие в рассмотрении жалоб пациентов на сотрудников дневного стационара.

5.Получать информацию о состоянии здоровья пациентов или результатах консультативных осмотров, функционально-диагностических исследований от медицинских работников всех лечебно-профилактических и вспомогательно-диагностических подразделений учреждения.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Заведующий дневным стационаром несет ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка.

Заведующий дневным стационаром
Согласовано:

Юридический отдел
С инструкцией ознакомлен (-а)

Приложение 14

ПРИМЕРНАЯ ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
врача терапевта дневного стационара

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.На должность врача-терапевта дневного стационара назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование, сертификат и квалификационную категорию по специальности «терапия».

2.Назначение и увольнение врача-терапевта дневного стационара осуществляется главным врачом учреждения по представлению заведующего дневным стационаром, в соответствии с действующим законодательством.

3.Врач-терапевт дневного стационара непосредственно подчиняется заведующему дневным стационаром.

4.Основными задачами врача-терапевта дневного стационара является оказание квалифицированной медицинской помощи в амбулаторных условиях больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с «Положением о дневном стационаре».

5.В своей работе врач-терапевт дневного стационара руководствуется «Положением о дневном стационаре», нормативными документами вышестоящих органов управления здравоохранением, приказами и распоряжениями главного врача учреждения, настоящей должностной инструкцией.

II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Врач-терапевт дневного стационара обязан:

1.Проводить прием больных, направленных врачами учреждения; обеспечивать диагностику и лечение госпитализированных с учетом всех возможностей дневного стационара и учреждения.

2.Осуществлять экспертизу временной нетрудоспособности пациентов и своевременно направлять больных на клинико-экспертную комиссию.

3.Использовать в своей работе современные методы диагностики заболеваний и лечения больных.

4.Оформлять медицинские карты больных дневного стационара и контролировать ведение медицинской документации медсестрой.

5.Предоставлять заведующему дневным стационаром анализ работы ежемесячно, ежеквартально, за год.

6.Осуществлять контроль и руководство работой среднего и младшего медицинского персонала дневного стационара.

7.Повышать свою квалификацию не реже одного раза в пять лет в соответствии с установленным порядком.

8.Посещать врачебные конференции, консилиумы и внутрибольничные советы.

9.Проводить активную и систематическую санитарно-просветительную работу среди госпитализированных по вопросам здорового образа жизни и предупреждения заболеваемости.

10.Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, лечебно-охранительного режима, морально-правовых норм профессионального общения, этики и деонтологии.

11.Соблюдать требования охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии, гигиены труда, противопожарной безопасности при эксплуатации помещений и оборудования.

III. ПРАВА

Врач-терапевт дневного стационара имеет право:

1.Назначать и отменять любые лечебно-профилактические мероприятия, исходя из состояния пациента.

2.Получать информацию, необходимую для выполнения профессиональных обязанностей.

3.Участвовать в совещаниях по вопросам организации медицинской помощи населению по профилю своей специальности.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Врач-терапевт дневного стационара несет ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка.

Заведующий дневным стационаром
Согласовано:
Юридический отдел
С инструкцией ознакомлен(-а)

Приложение 15

ПРИМЕРНАЯ ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
старшей медицинской сестры дневного стационара

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.На должность старшей медицинской сестры дневного стационара назначается лицо, получившее высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», имеющее опыт организационной работы, высшую квалификационную категорию.

2.Назначение и увольнение старшей медицинской сестры дневного стационара осуществляется главным врачом учреждения по представлению заведующего дневным стационаром и заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, в соответствии с действующим законодательством.

3.Старшая медицинская сестра дневного стационара непосредственно подчиняется заведующему дневным стационаром и старшей медицинской сестре консультативно-диагностической поликлиники ОГУЗ «ГНОКБ».

4.В своей деятельности старшая медицинская сестра дневного стационара руководствуется «Положением о дневном стационаре», нормативными документами вышестоящих органов управления здравоохранением, приказами и распоряжениями

главного врача, методическими рекомендациями по совершенствованию сестринского дела в ЛПУ; настоящей должностной инструкцией.

5.Старшая медицинская сестра дневного стационара является материально ответственным лицом за получение, хранение, учет и выдачу медикаментов, инструментов, медицинской техники и оборудования.

II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Старшая медицинская сестра дневного стационара обязана:

1.Осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с этическим кодексом медицинской сестры России.

2.Организовывать труд среднего и младшего персонала дневного стационара в соответствии с настоящей инструкцией, обеспечивать рациональную расстановку кадров среднего и младшего персонала, составлять график их работы и табели учета рабочего времени.

3.Производить своевременное замещение среднего и младшего персонала дневного стационара, не вышедшего на работу.

4.Знать и выполнять, в случае необходимости, все функциональные обязанности среднего медицинского персонала дневного стационара.

5.Своевременно составлять и представлять в отдел кадров учреждения график отпусков сотрудников дневного стационара совместно с заведующим дневным стационаром.

6.Вести учет поступления и выписки пациентов, составлять форму движения пациентов в дневном стационаре, подготавливать медицинскую документацию для выписки пациентов.

7.Оформлять листки нетрудоспособности пациентам дневного стационара, вести их учет и хранение

8.Организовывать лекарственное обеспечение, учет, хранение и рациональное использование медикаментов, инфузионных средств и перевязочного материала в дневном стационаре, следить за соблюдением фармацевтического порядка в процедурном и перевязочном кабинетах.

9.Осуществлять контроль за своевременным и качественным выполнением медицинскими сестрами дневного стационара лечебных и диагностических назначений врачей.

10.Обеспечить своевременное прохождение медицинских осмотров персоналом дневного стационара.

11.Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка больницы, лечебно-охранительного режима.

12.Выполнять требования охраны труда, техники безопасности производственной санитарии, гигиены труда и. противопожарной безопасности при эксплуатации помещений и оборудования.

13.Проводить инструктаж со средним и младшим персоналом дневного стационара по соблюдению санитарно-дезинфекционного и санитарно-противоэпидемиологического режимов, по технике безопасности и противопожарной безопасности, осуществлять контроль за их выполнением.

14.Организовывать и контролировать дезинфекцию и стерилизацию инструментария, предметов ухода, проведение текущей и генеральной уборки в дневном стационаре.

15.Обеспечивать получение мягкого инвентаря, расходных материалов и инструментария путем своевременной подачи заявок на их приобретение.

16.Вести учет использования и хранения подотчетного имущества

17.Взаимодействовать со старшей медицинской сестрой поликлиники в решении ремонтно-хозяйственных вопросов, составлять заявки на проведение срочных ремонтно-хозяйственных работ.

18.Строго соблюдать правила личной гигиены и формы одежды.

19.Регулярно и своевременно проходить медицинский осмотр.

20.Систематически повышать свою квалификацию путем прохождения усовершенствования один раз в пять лет на базе ОЦИК по специальности «Сестринское дело».

21.Постоянно повышать профессиональный уровень знаний, умений и навыков путем посещения поликлинических конференций, семинаров, изучения специальной литературы и др.

III. ПРАВА

Старшая медицинская сестра дневного стационара имеет право:

1.Вносить предложения заведующему дневным стационаром по созданию необходимых условий на рабочем месте, рациональной расстановке среднего и младшего медицинского персонала, обеспечивающих качественное выполнение их должностных обязанностей.

2.Получать информацию, необходимую для выполнения своих должностных обязанностей от врачей дневного стационара, старшей медсестры поликлиники, заведующего дневным стационаром и главной медсестры учреждения.

3.Участвовать в совещаниях и конференциях, на которых рассматриваются вопросы, относящиеся к сфере деятельности старшей медицинской сестры.

4.Представлять средний и младший медицинский персонал дневного стационара к поощрениям и вносить предложения о применении дисциплинарных взысканий к лицам, нарушившим трудовую дисциплину и некачественно выполняющим свои обязанности.

5. Требовать от среднего и младшего персонала дневного стационара надлежащего выполнения должностных обязанностей, а от пациентов - правил внутреннего распорядка больницы.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Старшая медицинская сестра дневного стационара несет ответственность в соответствии с действующим законодательством за невыполнения или ненадлежащее выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка; материальную ответственность за утрату, повреждение переданных ей материальных ценностей в соответствии с договором о полной материальной ответственности.

Заведующий дневным стационаром

Заместитель главного врача по работе с сестринским и младшим персоналом

Согласовано:
Юридический отдел
С инструкцией ознакомлен(-а):

Приложение 16

ПРИМЕРНАЯ ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
медицинской сестры кабинета дневного стационара

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.На должность медицинской сестры кабинета дневного стационара назначается лицо, получившее высшее (медицинское образование по специальности «Сестринское дело» или среднее медицинское образование по специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело», сертификат по специальности «Сестринское дело».

2.Назначение и увольнение медицинской сестры кабинета дневного стационара осуществляется главным врачом учреждения по представлению заведующего дневным стационаром и заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, в соответствии с действующим законодательством.

3.Медицинская сестра кабинета дневного стационара непосредственно подчиняется заведующему дневным стационаром и старшей медицинской сестре дневного стационара.

4.В своей деятельности медицинская сестра дневного стационара руководствуется «Положением о дневном стационаре», нормативными документами вышестоящих органов управления здравоохранением; приказами и распоряжениями главного врача, методическими рекомендациями по совершенствованию сестринского дела в ЛПУ, настоящей должностной инструкцией.

II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Медицинская сестра кабинета дневного стационара обязана:

1.Организовывать труд в соответствии с настоящей должностной инструкцией, почасовым графиком работы, «Сборником технологии и стандартов организации и выполнения работ медицинскими сестрами».

2.Осуществлять профессиональную деятельность в соответствии с этическим кодексом медицинской сестры России.

3.Подготавливать к началу смены рабочее место, контролируя наличие и получение у старшей медицинской сестры дневного стационара необходимого медицинского инвентаря, медикаментов, предметов ухода,

4.Своевременно и качественно подготавливать пациентов к осмотру врачом-специалистом, на различные виды обследований, процедур, операций.

5.Знать и оказывать неотложную доврачебную помощь пациентам в случае необходимости.

6.В совершенстве владеть и строго соблюдать алгоритмы методик проведения профилактических, лечебных, диагностических, санитарно-гигиенических процедур и манипуляций, назначенных врачом-специалистом дневного стационара.

7.Своевременно сообщать врачу-специалисту дневного стационара об изменении состояния пациента, связанном с проведением медицинских манипуляций, процедур или приемом медикаментов, о случаях отказа пациента от проведения каких-либо процедур и манипуляций.

8.Знакомить вновь поступивших пациентов с правилами внутреннего распорядка, установленным режимом работы дневного стационара.

9.Организовывать и контролировать работу младшего медицинского персонала дневного стационара.

10.Соблюдать требования охраны труда, техники безопасности производственной санитарии, гигиены труда и противопожарной безопасности помещений и оборудования, правила внутреннего трудового распорядка больницы, нормы деонтологии.

11.Проводить мероприятия по соблюдению санитарно-дезинфекционного и санитарно-противоэпидемиологического режима, профилактики внутрибольничных инфекций.

12.Строго соблюдать правила личной гигиены и формы одежды

13.Регулярно и своевременно проходить медицинский осмотр.

14.Систематически повышать свою квалификацию путем прохождения усовершенствования один раз в пять лет на базе ОЦПК по специальности «Сестринское дело».

15.Постоянно повышать профессиональный уровень знаний, умений и навыков путем посещения поликлинических конференций, семинаров, изучения специальной литературы и др.

III. ПРАВА

Медицинская сестра кабинета дневного стационара имеет право:

1.Вносить предложения заведующему дневным стационаром по созданию необходимых условий на рабочем месте, обеспечивающих качественное выполнение ее должностных обязанностей.

2.Получать необходимую информацию для выполнения своих функциональных обязанностей от врачей дневного стационара, старшей медицинской сестры дневного стационара, старшей медицинской консультативно-диагностической поликлиники и главной медсестры больницы.

3.Овладевать смежными специальностями.

4.Принимать участие в совещаниях при обсуждении работы дневного стационара.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Медицинская сестра кабинета дневного стационара несет ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка в соответствии с действующим законодательство РФ.

Заведующий дневным стационаром

Старшая медицинская сестра дневного стационара

Согласовано:

Юридический отдел

С инструкцией ознакомлен(-а):

Приложение 17

ПРИМЕРНАЯ ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ
санитарки дневного стационара консультативно-диагностической поликлиники
ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.На должность санитарки дневного стационара назначается лицо без предъявления требований к образованию и стажу работы.

2.Назначение и увольнение санитарки дневного стационара осуществляется главным врачом учреждения в установленном порядке по представлению заведующего дневным стационаром, старшей медицинской сестры дневного стационара.

3.Санитарка дневного стационара непосредственно подчиняется заведующему дневным стационаром и старшей медицинской сестре дневного стационара

4.Основной задачей санитарки дневного стационара является поддержание чистоты в помещениях дневного стационара.

5.В своей работе санитарки дневного стационара руководствуется настоящей должностной инструкцией, почасовым графиком работы, методическими рекомендациями и приказами, СанПИН.

II. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ:

Санитарка дневного стационара обязана:

1.Организовывать труд в соответствии с настоящей инструкцией, почасовым графиком работы и стандарта по организации работы младшего персонала.

2.Содержать помещение дневного стационара, инвентарь и оборудование в должном порядке, проводить ежедневно влажную уборку помещений.

3.Соблюдать требования охраны труда, техники безопасности-, производственной санитарии, противопожарной безопасности.

4.Получать в установленном порядке чистое белье для дневного стационара.

5.Следить за приборами горячего и холодного водоснабжения, отопления, освещения и своевременно делать заявку медсестре дневною стационара на ремонт или замену неисправных приборов.

6.Строго соблюдать правила личной гигиены, формы одежды и мер предосторожности при работе с биологическими жидкостями.

7.Получать у сестры-хозяйки моющие средства и уборочный инвентарь.

8.Маркировать уборочный инвентарь, обеспечивать его сохранность и держать его в выделенном для этого месте.

III. ПРАВА

Санитарка дневного стационара имеет право:

1.Требовать от посетителей соблюдения чистоты и порядка в помещениях.

2.Предъявлять требования к заведующему дневным стационаром, старшей медицинской сестре дневного стационара по созданию необходимых условий для выполнения своих обязанностей.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Санитарка дневного стационара несет дисциплинарную ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией и правилами внутреннего трудового распорядка.

Заведующий дневным стационаром

Заместитель главного врача по
работе с сестринским персоналом

Старшая медицинская сестра дневного стационара
Согласовано:
Юридический отдел
С инструкцией ознакомлен(-а)

Приложение 18

Анкета для пациента дневного стационара ЛПУ.

Уважаемый пациент!

Просим Вас максимально откровенно ответить на предлагаемые вопросы

(нужное подчеркнуть, обвести, вписать).

1. **Пол** 1.1 *муж**;*** 1.2 *жен.*
2. **Возраст:** 2.1 ***до 30 лет***; 2.2 ***31-40 лет***; 2.3 ***41-50 лет***; 2.4 ***51-60 лет***. 2.5 ***61 и более лет*** .
3. **Социальное положение:**
   3.1 пенсионер; *3.2 инвалид;*
   3.3 учащийся (студент); *3.4 работник бюджетной сферы;*
   3.5 сотрудник негосударственного (коммерческого) предприятия;
   3.6 безработный;
   3.7 *другое(впишите)* _____*?*
4. **Образование:**
   4.1 начальное; *4.2 неполное среднее;*
   4.3 среднее; *4.4 среднее специальное;*
   4.5 неполное высшее; *4.6 высшее.*
5. **Вы были направлены в дневной стационар:**
   5.1 участковым врачом;
   5.2 врачом-специалистом;
   5.3 *по собственной инициативе?*
6. **Был ли у Вас выбор между лечением в стационаре круглосуточного пребывания и дневным стационаром:**
   6.1. *да;* *7.2 нет?*
7. **Вы проходите лечение в дневном стационаре:**
   6.1 ***в первый раз;*** *6.2* ***второй раз;*** *6.3* ***более 2-х раз.***
8. **Оплатили ли Вы лекарственные препараты, диагностические исследования:**
   8.1. нет;
   8.2. да, сумма расходов составила:
   7.2.1 *до 100 рублей;*
   7.2.2 *101-500 рублей;*
   7.2.3 *501-1000 рублей;*
   7.2.4 *более 1000 рублей*?

9. Отдыхали ли Вы в Дневном стационаре после получения лечения:

9.1. да;

9.2. нет, потому что нет соответствующих условий;

9.3. нет, потому что нет времени на отдых?

10. Как часто Вас осматривал врач за период лечения в дневном стационаре:

10.1. - 1 раз в неделю

10.2. - 2 раза в неделю

10.3. - 3 раза в неделю

10.4. каждый день?

11. Сколько времени Вы ежедневно проводили в дневном стационаре:

11.1. менее 2 ч. 10.2 от 2 до 4 ч.

10.3 от 4 до 6 ч. 10.4 более 6 ч.?

12. Какое время Вы бы предпочли для пребывания в дневном стационаре данного учреждения:

12.1. ***с 8.00 до 12.00****;* 11.2 ***с 12.00 до 16.00*** 11.3 ***с 16.00 до 20.00****?*

13. Как, по Вашему мнению, изменилось состояние Вашего здоровья:

13.1. значительно улучшилось;

13.2. улучшилось;

13.3. незначительно улучшилось;

13.4. не изменилось;

13.5. ухудшилось;

13.6. затрудняюсь ответить?

14. По Вашему мнению, условия пребывания в дневном стационаре данного учреждения:

14.1. отличные;

14.2. хорошие;

14.3. удовлетворительные;

14.4. неудовлетворительные

14.5. затрудняюсь ответить?

15. Имеются ли у Вас претензии к работе медицинского персонала дневного стационара данного учреждения:

15.1. нет;

15.2. да

15.2.1. да, недоброжелательность, грубость;

15.2.2. да, недостаточное внимание к пациенту;

15.2.3. да, недостаточная квалификация;

15.2.4. да, занятие личными делами в рабочее время;

*15.2.5. другое (впишите)*_____

15.2.6. затрудняюсь ответить?

16. Достаточно ли информации о дневном стационаре:

16.1. да; 11.2 нет; 11.3 затрудняюсь ответить?

17. **Где Вы бы предпочли лечение в случае необходимости**:

17.1. в дневном стационаре;

17.2. в стационаре с круглосуточным пребыванием;

17.3. затрудняюсь ответить?

18. Готовы ли Вы лечиться в дневном стационаре на платной основе:

18.1. нет;

18.2. да,

18.3. да, при использовании нетрадиционных методов лечения

18.4. да, при проведении лечения в отдельной палате

18.5. да, при наличии горячего питания.

19. Как часто Вы проходите лечение в дневном стационаре:

19.1. реже 1 раза в год;
19.2. 1 раз в год;
19.3. 2 раза в год;
19.4. 3 раза в год и чаще?

20. Чем Вас привлекает лечение в дневном стационаре:

20.1. ничем;
20.2. рекомендовал врач;
20.3. лечение позволяет не отрываться от семьи, от дома;
20.4. исключает «казенное питание»;
20.5. имеется возможность продолжать работать;
20.6. возможность не ждать очереди на госпитализацию?

21. Что на Ваш взгляд необходимо сделать для улучшений условий пребывания?

21.1. ничего, все устраивает;
21.2. организовать горячее питание;
21.3. организовать отдельную комнату отдыха;
21.4. обеспечить лечение в отдельной палате
21.5. *другое (впишите)*_____

22. На Ваш взгляд, дневной стационар позволяет:

22.1. получить полноценное лечение;
22.2. не дает того, что можно получить в стационаре с круглосуточным пребыванием;
22.3. позволяет лишь «подлечиться»;
22.4. затрудняюсь ответить?

Спасибо! Будьте здоровы!

Приложение 19

КАРТА
экспертной оценки организации и качества медицинской помощи пациенту дневного стационара.

Дневной стационаре при_____
Наименование ЛПУ
Ф.И.О. пациента _____
Терапевтический участок № _____
Медицинская карта пациента № _____
Диагноз клинический (заключительный) _____
_____
_____
_____
_____
По поводу основного заваливания на диспансерном наблюдении до госпитализации:
- состоял;
- не состоял;
- нет сведений.

I. Догоспитальный период

Направление в дневной стационар:

- обосновано;
- не полностью обосновано;
- необоснованно.

1.2 Обследование перед госпитализацией:
- проведено полностью;
- проведено не полностью;
- не проведено.

1.3 Если обследование проведено не полностью или не проведено, укажите необходимые, но не проведенные обследования (вписать) _____
_____
_____
_____

1.4 Своевременность госпитализации в дневной стационар:
- своевременная;
- несвоевременная.

1.5 Лечение перед госпитализацией в дневной стационар:
- проведено полностью;
- проведено не полностью;
- не проведено.

1.6 Оценка качество догопитального периода:
- без дефектов;
- незначительными дефектами;
- со значительными дефектами.

II. Период пребывания в дневном стационаре

2.1 Порядок госпитализации:
- плановая;
- экстренная.

2.2 Госпитализация по поводу данного заболевания в течение года:
- первичная;
- повторная.

2.3 Обоснованность госпитализации в дневной стационар:
- обоснованная;
- необоснованная.

2.4 Дообследование (если необходимо) в дневном стационаре назначено:
- в полном объеме;
- в полном объеме;
- не проводилось.

2.5 Необходимые, исполнимые, но не назначенные виды дообследования (вписать):
_____
_____
_____

2.6 Дублирование догопитального обследования:
- имелось;
- имелось частично;
- не имелось.

2.7 Если дублирование догопитального обследования имелось, укажите причины:
- устаревшие данные;
- необоснованное дублирование;
- прочие_____.

2.8 Лечение в дневном стационаре начато:

- своевременно (с первого дня);
- несвоевременно.

2.9 Лечение в дневном стационаре:
- проведено в полном объеме;
- проведено не в полном объеме;
- не проведено.

2.10 Причины неполного и несвоевременного лечения:
- диагностика: не полная, несвоевременная;
- обследование: не полное, несвоевременное;
- наличие противопоказаний;
- недостаточная активность врача;
- невыполнение назначения медицинской сестрой;
- прочие _____.

2.11 Длительность пребывания лечения больного в дневном стационере:
_____дней.

2.12 Оценка срока лечения с точки зрения:
- адекватности: достаточный, короткий, избыточный;
- эффективности: достаточный, короткий, избыточный;
- сокращения сроков лечения: достаточный, короткий, избыточный.

2.13 Оценка качества лечения в дневном стационаре:
- без дефектов;
- с незначительными дефектами;
- со значительными дефектами.

2.14 Результат лечения в дневном стационаре:
- достигнут;
- достигнут частично;
- не достигнут.

2.15 Качество выписного эпикриза:
- удовлетворительное;
- неудовлетворительное.

2.16 число дней нетрудоспособности в дневном стационаре (для работающих)
_____дней.

2.17 Число дней нетрудоспособности после выписки из дневного стационара
_____дней.

2.18 Обострение (осложнение) основного заболевания после лечения в дневном стационаре:
- наблюдалось;
- не наблюдалось.

2.19 Длительность периода после выписки из дневного стационара до первого обострения (осложнения)_____дней (месяцев).

III. Итоговая оценка экспертом организации и качества оказания медицинской помощи.

_____
_____
_____
_____

Дата _____ **Подпись эксперта _____**

Приложение 20

КАРТА
изучения отдаленных результатов лечения в дневном стационаре

Уважаемый пациент!

Просим Вас максимально откровенно ответить на предлагаемые вопросы

(нужное подчеркнуть, обвести, вписать).

23. **Пол** 1.1 *муж;* 1.2 *жен.*
24. **Возраст** 2.1 ***до 30 лет***; 2.2 ***31-40 лет***; 2.3 ***41-50 лет***; 2.4 ***51-60 лет***. 2.5 ***61 и более лет***
.
25. **Социальное положение:**
3.2 пенсионер; *3.2 инвалид;*
3.4 учащийся (студент); *3.4 работник бюджетной сферы;*
3.8 сотрудник негосударственного (коммерческого) предприятия;
3.9 безработный;
3.10 *другое(впишите)* _____*?*

26. Образование:
4.1 начальное; *4.2 неполное среднее;*
4.3 среднее; *4.4 среднее специальное;*
4.5 неполное высшее; *4.6 высшее.*

27. Вы были направлены в дневной стационар:
5.4 участковым врачом;
5.5 врачом-специалистом;
5.6 *по собственной инициативе?*

6 Вы находились на лечении в дневном стационаре с _____ по _____

7 Как Вы оцениваете состояние своего здоровья
7.1 до лечения в дневном стационаре:
- хорошее
- удовлетворительное
- неудовлетворительное
7.2 после выписки из дневного стационара:
- хорошее
- удовлетворительное
- неудовлетворительное
7.3 в настоящее время:
- хорошее
- удовлетворительное
- неудовлетворительное

8 Через сколько времени после выписки из дневного стационара Вы впервые обратились к врачу по поводу заболевания, в связи с которым Вы в нем лечились
8.1 не обращался до настоящего времени
8.2 обратился впервые:
- через _____ месяцев
- через _____ дней.

9 Были ли с момента выписки из дневного стационара по настоящее время обострения заболевания, по поводу которого Вы лечились в дневном стационаре
9.1 да
9.2 нет
9.3 не знаю

10 Была ли необходимость после лечения в дневном стационаре в госпитализации в больницу

10.1 да
10.2 нет
10.3 затрудняюсь ответить

11 Соблюдаете ли Вы рекомендации, полученные пир выписке из дневного стационара

11.1 в отношении режима
- да
- нет
- не полностью

11.2 в отношении лечения
- да
- нет
- не полностью

11.3 в отношении питания
- да
- нет
- не полностью

11.4 в отношении трудоспособности
- да
- нет
- не полностью

12 Изменилась ли Ваша трудоспособность (включая самообслуживание дома) после выписки из дневного стационара

12.1 улучшилась
12.2 не изменилась
12.3 ухудшилась

13 Как сегодня Вы могли бы оценить качество работы персонала дневного стационара (по пятибалльной системе)

13.1 Врачи	*1, 2, 3, 4, 5*
13.2 медицинские сестры	*1, 2, 3, 4, 5*
13.3 санитарки	*1, 2, 3, 4, 5*

Спасибо! Будьте здоровы!

Приложение 21

Приложение № 1
к решению Коллегии Минздрава СССР
от 13.02.1991

Примерное положение
о центре амбулаторно-поликлинической хирургии

1. Центр амбулаторно-поликлинической хирургии (ЦАПХ) является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения и предназначен для оказания высококвалифицированной медицинской помощи хирургическим больным, достижения принципиально нового уровня качества и культуры амбулаторно-поликлинической службы путем активного выявления, лечения и реабилитации больных хирургического профиля.

2. Центр амбулаторно-поликлинической хирургии может быть в составе объединения стационар — поликлиника и амбулаторно-поликлинических учреждений, в том числе стоматологических, или размещается в новых зданиях, построенных по типовым или индивидуальным проектам, использует в своей деятельности новые формы организации медицинской помощи больным хирургического и стоматологического профиля, такие как стационары (отделения, палаты) дневного пребывания в больницах, дневные стационары в поликлиниках и стационары на дому; применительно к местным условиям, разрабатывает штатное расписание (табель оснащения Центра).

Рекомендуемый объем оперативных вмешательств должен быть увеличен не менее, чем на 450-500 хирургических операций или проведение 500-600 стоматологических операций на 100 тыс. населения.

3. Центр амбулаторно-поликлинической хирургии осуществляет постоянную взаимосвязь и преемственность с консультативно-диагностическими Центрами, поликлиниками, амбулаториями, многопрофильными больницами, хирургическими отделениями стационаров, медико-санитарными частями, сотрудничает с научно-исследовательскими и учебными институтами по вопросам отбора больных для лечения в Центре, консультаций, реабилитации, методической работы, апробации и внедрению новых методов диагностики и лечения.

4. Для выполнения указанной задачи Центр амбулаторно-поликлинической хирургии обеспечивает:

4.1. Отбор больных на лечение в условиях Центра амбулаторно-поликлинической хирургии, при котором учитывается отягощенность сопутствующей патологии, устойчивость нервной системы, состояние жилищно-бытовых условий проживания больного.

4.2. Оказание населению хирургической помощи, выполнение ряда лечебно-диагностических манипуляций, требующих специального оборудования (оперативная и медикаментозная эндоскопия, лазерная хирургия, пункция и дренирование полостей, артроскопия и т. д.) в соответствии с рекомендуемым Перечнем (Приложение № 2).

4.3. Медицинское наблюдение за больными после проведенного оперативного вмешательства или инструментальных методов исследования, осуществляет выдачу листков временной нетрудоспособности.

4.4. Обучение родственников уходу за больными в послеоперационном периоде.

4.5. При необходимости госпитализацию больных в хирургические стационары в послеоперационном периоде, а также после проведения лечебно-диагностической помощи.

4.6. Организацию анестезиологической и реанимационной служб для проведения успешного хирургического лечения в амбулаторных условиях.

4.7. Участие в диспансеризации населения врачей различного хирургического профиля с включением в процесс обследования методов высокоинформативной

диагностики.

5. Центр амбулаторно-поликлинической хирургии должен сохранять и систематизировать все результаты проведенных хирургических операций, лечебно-диагностической помощи, проведенных исследований и предоставлять утвержденную статистическую отчетность о своей деятельности лечебно-профилактическому учреждению, в состав которого входит Центр.

6. Центр амбулаторно-поликлинической хирургии возглавляется руководителем на правах заведующего отделением.

Руководитель Центра организует и обеспечивает его работу в соответствии с настоящим Положением, несет ответственность за уровень, объем и качество проводимых оперативных вмешательств, лечебно-диагностической помощи, эффективное и рациональное использование медицинской техники и расходных материалов, определяет мероприятия по освоению и внедрению в работу Центра новых методов аппаратной и инструментальной диагностики, расширение объема лечебно-диагностических манипуляций и хирургических операций, повышение квалификации сотрудников Центра.

Систематически проводит анализ деятельности Центра амбулаторно-поликлинической хирургии и определяет мероприятия по совершенствованию работы.

Приложение 22

Приложение № 1
к решению Коллегии Минздрава СССР
от 13.02.1991

Рекомендуемый перечень
хирургических вмешательств и видов лечебно-диагностической помощи в центрах амбулаторно-поликлинической хирургии

I. Общая хирургия

1. Удаление доброкачественных опухолей кожи, подкожной клетчатки, мышц, сухожилий, сосудов, костной ткани (электроисцизия, криодеструкция, лазерная деструкция).
2. Биопсия кожи, мягких тканей, лимфоузлов.
3. Оперативное лечение вросшего ногтя.
4. Удаление инородных тел (в том числе эндоскопическое).
5. Пункции мягких тканей, сосудов, суставов, органов, в том числе под контролем ультразвукового луча.
6. Грыжесечение по поводу наружных неущемленных грыж различной локализации.
7. Секторальная резекция молочных желез.

II. Сосудистая хирургия

1. Венесекция, катетеризация сосудов.
2. Параартериальная, внутриартериальная пункция с введением лекарственных препаратов.
3. Флебосклерозирующая терапия.
4. Обнажение, перевязка, иссечения, удаления варикозно-расширенных вен.
5. Обнажение, перевязка перфорантных вен в с/з, н/з голени.
6. Инфузионно-трансфузионная терапия.
7. Аутотрансфузия УФ-облученной крови.

8. Ультразвуковое исследование периферического кровотока.

III. Травматология, ортопедия

1.Околосуставные, внутрисуставные пункции, блокады с введением лекарственных препаратов, в том числе по поводу вторичных болей в позвоночнике.

2.Удаление экзостозов суставов, костей.

3.Иссечение сумок при хронических бурситах, кистозных гигромах.

4.Удаление мягких фиксаторов переломов костей.

5.Остеосинтез при переломах пальцевых, пястных, плюсновых костей, костей предплечья.

6.Оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена, стенозирующего лигаментита.

7. Ампутация пальцев, в том числе молоткообразных.

8. Операции на стопе, исправление деформаций пальцев, стопы.

9. Артроскопии средних, крупных суставов.

10.Выполнение шва сухожилий, разгибателей, сгибателей.

11.Лазеротерапия с введением световодов в сустав.

12.Пункционные биопсии и трепанбиопсии при новообразованиях и кистах в костной патологии.

13.Наложение аппаратов внешней фиксации при лечении несросшихся переломов костей.

14.Корригирующая остеотомия.

15.Артропневмография диагностическая и лечебная (введение кислорода).

IV. Урология

1. Френулотомия.

2. Циркумцизия.

3. Полипэктомии, клиновидная резекция наружной уретры у женщин.

4. Удаление атером, липом мошонки.

5. Удаление инородных тел.

6. Биопсия простаты, яичка, мочевого пузыря (при опухолях).

7. Цистолитотрипсия.

8. Дистанционная литотрипсия камней почек до 1,5 см.

9. Пункционная эпицистотомия при острых задержках мочеиспускания.

10.Пункция, вскрытие травматических, неосложненных гематом мошонки.

11.Коагуляция кондилом и папиллом полового члена и крайней плоти.

12.Меатотомия.

V. Проктология

1. Иссечение подкожно-подсливистого свища прямой кишки.

2. Иссечение и сфинктеротомия анальных трещин.

3. Удаление перианальных кондилом небольших размеров (диаметр не более 3 см - электрокоагуляция).

4. Удаление анальных полипов и сосочков.

5. Инфракрасная коагуляция геморроидальных узлов.

6. Лигирование геморроидальных узлов латексным кольцом.

7. Полипэктомия прямой кишки на высоте до 10 см и размером не более 1,0 см.

8. Тромбоэктомия при остром тромбозе геморроидальных узлов.

VI. Офтальмология

1. Удаление халазионов век.

2. Удаление ксантелом век.

3. Удаление папиллом.

4. Удаление атером.

5. Коагуляция папиллом, неправильно растущих ресниц при трихиазе.

6. Исправление заворотов и выворотов век.

7. Удаление птеригиума.

8. Удаление множественных инородных дел контъюктивы.

9. Операция на слезных путях, слезных точках, канальцах, на слезном мешке.

VII. Оториноларингология

1. Вскрытие абсцессов: носовой перегородки, паратонзиллярных, слухового прохода.

2. Парацентез.

3. Полипотомия носа.

4. Аденотомия.

5. Эндоларингеальное удаление доброкачественных новообразований гортани: фибром, ангиофибром и др.

6. Биопсия из ЛОР-органов.

7. Удаление полипов, грануляций из уха.

8. УЗ дезинтеграция носовых раковин.

9. Криоаппликации.

10. Репозиция костей носа после травм.

11. Удаление небольших доброкачественных опухолей глотки (папилломы, полипы и др.).

13. Пункция гайморовых пазух.

14. Лазерная диструкция носовых раковин, боковых валиков.

VIII. Гинекология

1. Операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации.

2. Аспирация содержимого полости матки для цитологического исследования.

3. Гистеросальпингография, кимопертубация и гидротубация.

4. Гистероскопия.

5. Ножевая биопсия шейки матки.

6. Диатермокоагуляция и криодеструкция при обширных эрозиях, эндометриозе (при отсутствии злокачественного процесса гистологически подтвержденного).

7. Удаление полипа цервикального канала и шейки матки с одновременной аспирацией содержимого полости матки и последующим гистологическим исследованием полипа и цитологическим исследованием аспирата.

8. Выскабливание цервикального канала при удаленной матке.

9. Лазерная терапия воспалительных и предраковых заболеваний шейки матки и влагалища.

При расположении Центра амбулаторно-поликлинической хирургии на базе многопрофильной больницы (при наличии гинекологического отделения в ней) данный объем операций и манипуляций можно расширить следующими:

—диагностическая лапароскопия;

—лапароскопическая стерилизация;

—амниоцентез;

—взятие хориона (биопсия хориона);

—аборт у здоровых женщин до 10 недель беременности;

—удаление большой вестибулярной железы.

IX. Стоматология

1. Вскрытие абсцессов полости рта и лица.

2. Иссечение подкожной одонтогенной гранулемы.

3. Секвестрэктомия.

4. Удаление доброкачественных опухолей кожи лица и слизистой оболочки полости рта.

5. Удаление экзостозов челюстей.

6. Пункционные биопсии и трепанобиопсии при опухолях костей лица.

7.Экскохлеация доброкачественных опухолей челюстей.

8.Резекция альвеолярных отростков челюстей.

9.Крио- и лазеротерапия заболеваний слизистой оболочки полости рта.

10.Цистотомия, цистэктомия, ороназальная цистэктомия.

11.Компактостеотомия.

12.Повышение высоты атрофированного альвеолярного отростка трансплантантом или имплантантом.

13.Углубление свода преддверия полости рта пересадкой сводного кожного трансплантанта.

14.Введение внутрикостных, чрезкостных, субпериостальных зубных имплантантов.

15.Сиалография.

16.Бужирование околоушного и поднижнечелюстного слюнных протоков.

17.Перевязка околоушного слюнного протока.

18.Пластика околоушного слюнного протока.

19.Репозиция скуловой кости и скуловой дуги.

20.Остеосинтез при переломах тела нижней челюсти.

21.Шинирование зубов и челюстей.

22.Первичная хирургическая обработка ран лица.

23.Наложение вторичноотсроченных швов на раны лица.

24.Удаление фиксаторов после остеосинтеза отломков челюстей.

25.Артрография ВНЧС.

26.Артроскопия ВНЧС.

27.Вправление острых и первичных вывихов нижней челюсти.

28.Повышение высоты суставного бугорка при привычных вывихах нижней челюсти.

29.Репозиция суставного диска при внутренних нарушениях ВНЧС.

30.Небольшие косметические операции на лице (иссечение небольших рубцов, дермобразия, подсадка имплантантов для устранения деформаций лица и др.).

31. Пластические операции при пародонтозе.

X. Гнойная хирургия

1.Абсцессы различной этиологии (в **том** числе постинъекционные).

2.Нагноившийся копчиковый ход.

3.Флегмона.

4.Гнойный бурсит.

5.Гнойный бартолинит.

6.Подмышечный гидроаденит.

7.Карбункул.

8.Лигатурные свищи.

9.Маститы

10.Некрэктомия (инструментальная, вакуумная, ферментативная, лазерная).

11.Наложение первично отсроченных, ранних, поздних швов на раны.

12.Регионарная антибиотикотерапия.

13.Криотерапия гнойных ран, инфильтратов.

14.Вакуумный электрофорез.

15.Использование портативных камер изоляции, оксигенотерапия.

16.Аутодермопластика трофических язв голени, гранулирующих ран и ожоговых поверхностей.

17.Оксигенобаротерапия.

18.Аутотрансфузия УФ — облученной крови.

XI. Эндоскопия

1.Полипэктомия желудка, кишечника через гастроскоп.

2. Биопсия через эндоскоп.
3. Медикаментозное, лазерное лечение язв, эрозий через эндоскоп.

XII. Анестезиологическое обеспечение

1. Местная анестезия при операционных процедурах:
- инфильтрационная;
- проводниковая;
- футлярная;
- внутрикостная;
- интралигаментарная;

2. Внутривенный наркоз.
3. Масочный.
4. Эндотрахеальный.
5. Реанимационные мероприятия:
- аппаратная искусственная вентиляция легких;
- закрытый массаж сердца;
- выведение из анафилактического шока;
- интубация трахеи.

Примечание:

Объем и виды лечебно-диагностической помощи в Центрах амбулаторно-поликлинической хирургии могут варьировать в зависимости от местных условий, оснащенности центра, квалификации его специалистов, социально-бытовых условий больных.