

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет»**

**ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ
СТАЦИОНАРА**

**Санкт-Петербург
2019**

Организация специализированной медицинской помощи в условиях стационара (Учебно-методическое пособие для студентов педиатрического, лечебного, медико-профилактического факультетов и студентов магистратуры по направлению подготовки «Общественное здравоохранение»). В.К.Юрьев, К.Е.Моисеева, В.А.Глущенко, Ш.Д.Харбедия – СПб.; 2019. – 38 с.

Авторский коллектив:

Заслуженный деятель науки РФ,

д.м.н., профессор **В.К.Юрьев**

к.м.н., доцент **К.Е.Моисеева**

к.м.н., доцент **В.А.Глущенко**

к.м.н., доцент **Ш.Д.Харбедия**

Рецензенты:

Заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **Орел В.И.**,

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П.Павлова, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор **Вишняков Н.И.**

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Глава 1. Организация специализированной медицинской помощи в условиях стационара.....	9
1.1. Организация работы городской больницы.....	9
1.2. Особенности организации работы стационара детской больницы.....	25
Глава 2. Организация высокотехнологичной медицинской помощи	30
Глава 3. Учет и отчетность в деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.....	35
Глава 4. Алгоритм решение задач.....	38
Литература.....	50

Введение

Специализированная медицинская помощь занимает особое место в системе здравоохранения РФ. Это связано прежде всего с тем, что ее оказывают гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения, использования сложных медицинских технологий и, таким образом, привлечения большого объема материальных и финансовых ресурсов, высококвалифицированных специалистов.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ статье 34, **специализированная медицинская помощь** оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается *в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.*

Тот же ФЗ-323 устанавливает, что **высокотехнологичная медицинская помощь**, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии,

разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Специализированную помощь оказывают соответствующие отделения многопрофильных больниц, специализированные больницы, клиники научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений, а также диспансеры (стационарное отделение).

В соответствии с Приказом Министерства Здравоохранения РФ от 06.08.2013 г. №529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» медицинские организации по виду *медицинской деятельности* делятся на:

1. Лечебно-профилактические медицинские организации.
2. Медицинские организации особого типа.
3. Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

По *территориальному признаку* медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения делятся на:

1. Федеральные.
2. Краевые, республиканские, областные, окружные.
3. Муниципальные.
4. Межрайонные.
5. Районные.
6. Городские.

Согласно номенклатуре, к лечебно-профилактическим медицинским организациям, оказывающим специализированную помощь в условиях стационара, относятся:

1. *Больница* (в том числе детская)
2. *Специализированные больницы* по профилю медицинской помощи.
3. *Родильный дом* (медицинская организация, обеспечивающая квалифицированную медицинскую помощь женщинам во время беременности, в ходе родов и в послеродовой период).

4. *Госпиталь* (от лат. «hospitalis» гостеприимный) – медицинская организация вооружённых сил или государственная, предназначенная для оказания медицинской помощи военнослужащим.

5. *Медико-санитарная часть, в том числе центральная* (комплекс лечебно-профилактических организаций по оказанию медпомощи рабочим и служащим промышленного предприятия).

6. *Дом (больница) сестринского ухода* (предназначается для проведения курса поддерживающего лечения больным преимущественно пожилого и старческого возраста, одиноким, страдающим хроническими заболеваниями и нуждающимся в медицинском и социальном уходе).

7. *Диспансеры.*

Номенклатурой учреждений здравоохранения предусмотрены следующие типы специализированных больниц (в том числе по профилю медицинской помощи), а также специализированных больниц государственной и муниципальной систем здравоохранения:

- гинекологическая;
- гериатрическая;
- инфекционная, в том числе детская;
- медицинской реабилитации, в том числе детская;
- наркологическая;
- онкологическая;
- офтальмологическая;
- психиатрическая, в том числе детская;
- психиатрическая (стационар) специализированного типа;
- психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;
- психоневрологическая, в том числе детская;
- туберкулезная, в том числе детская.

Важное место в оказании специализированных видов медицинской помощи населению принадлежит диспансерам, центрам восстановительной медицины и реабилитации, санаторно-курортным организациям.

Размещение отдельных видов медицинских организаций*, включенных в номенклатуру медицинских организаций, исходя из условий, видов, форм оказания медицинской помощи и рекомендуемой численности обслуживаемого населения

Условия оказания медицинской помощи	Вид медицинской организации	Вид медицинской помощи	Форма оказания медицинской помощи	Рекомендуемая численность обслуживаемого населения**
1	2	3	4	5
В амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневного стационара	Диспансер психоневрологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
	Диспансер наркологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
	Диспансер кожно-венерологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая	не менее 1 на субъект Российской Федерации
	Диспансер противотуберкулезный	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
	Диспансер онкологический	первичная специализированная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
В стационарных	Участковая больница	первичная специализированная	плановая; неотложная	1 на 5-20 тыс. человек

Х условиях***, в условиях дневного стационара		медико-санитарная помощь; специализированная медицинская помощь		
	Городская больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 20-300 тыс. человек
	Детская городская больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 20-200 тыс. детей
	Районная больница	специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 20-100 тыс. человек
	Краевая, республиканская, областная, окружная больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
	Детская краевая, республиканская, областная, окружная больница	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
	Больница инфекционная	специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	не менее 1 на субъект Российской Федерации
	Больница инфекционная детская	специализированная медицинская помощь	плановая; неотложная; экстренная	1 на 500 тыс. детей

* Медицинские организации иных видов размещаются по решению субъекта Российской Федерации при наличии потребности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

** С учетом транспортной доступности, климатических и географических особенностей, уровнем и структурой заболеваемости населения субъектов Российской Федерации, особенностей половозрастного состава населения и возможности соблюдения порядков оказания медицинской помощи, а также плановой мощности медицинской организации, указанные параметры обоснованно корректируются.

*** При наличии в структуре указанных медицинских организаций подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, перечень видов медицинской помощи включает также первичную медико-санитарную помощь.

Глава 1

Организация специализированной медицинской помощи в условиях стационара

1.1. Организация работы городской больницы

При отсутствии эффекта от проводимого лечения в амбулаторных условиях и (или) при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям, врач (врач-терапевт, врач-терапевт участковый, врач терапевт-участковый цехового врачебного участка, врач-педиатр, врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач) по согласованию с врачом-специалистом по профилю заболевания пациента направляет его в медицинскую организацию для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в том числе в стационарных условиях.

Медицинскими показаниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях являются:

- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения;

- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;

- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям);

- риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;

- отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью 1 группы.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь предоставляется гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострений хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, аборт, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям или когда требуется применение специальных методов диагностики с использованием сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в условиях стационара.

Специализированная медицинская помощь в настоящее время является наиболее ресурсоемким сектором здравоохранения. В больничных учреждениях сосредоточены основные материальные ресурсы отрасли (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт и др.), на содержание учреждений этого типа тратится в среднем 60–70% всех ассигнований, выделяемых на здравоохранение. Развитие специализированной помощи в последние десятилетия шло по пути перехода от общепрофильных

отделений больниц к специализированным, от больниц небольшой мощности к мощным учреждениям на 600–1000 коек.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная в условиях стационара предоставляется гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострений хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, аборт, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям или когда требуется применение специальных методов диагностики с использованием сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Больницы, оказывающие медицинскую помощь в условиях стационара, дифференцируются по различным признакам – типам, категоричности и профильности:

- **По профилю** выделяют *многопрофильные* стационары и *специализированные* больницы и диспансеры (туберкулезные, онкологические, психоневрологические и др.).

- **По порядку госпитализации** выделяют *больницы скорой помощи*, больницы для *плановой госпитализации* и больницы для общей, т.е. *смешанной госпитализации*.

- **По системе организации больницы** классифицируются на *объединённые* и *не объединённые* с поликлиниками, при этом для областной (краевой, республиканской) больницы, а также для центральной районной больницы (ЦРБ) наличие поликлиники как структурной части является всегда обязательным.

- **В зависимости от коечной мощности** больницы делятся на категории:

Категории	Городские больницы	Детские больницы
I	Более 1000 коек	300 - 400
II	800 - 1000	250 - 300
III	600 – 800	200 - 250
IV	500 - 600	150 - 200
V	300 - 400	100 - 150

VI	250 - 300	75 - 100
VII	100 - 150	50 - 75
VIII	менее 100 коек	менее 50 коек

- *По ведомственной принадлежности* различают больницы Минздрава, железнодорожные больницы, больницы для работников одного транспорта, больницы МВД и ФСБ, лазареты и госпитали Министерства обороны, медико-санитарные части при крупных предприятиях.

Функции больниц являются понятиями динамичными и зависят от задач, стоящих на данном этапе развития здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предложила систематизировать функции современной больницы на 4 группы:

- *восстановительные функции* (лечебно-оздоровительная деятельность);
- *профилактические функции*, особенно для больниц, объединённых с поликлиникой (профилактика заболеваний, осложнений заболеваний, рецидивов хронических заболеваний, инвалидизации);
- *учебные функции* (предоставление клинической базы для подготовки, последипломной специализации, повышения квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала);
- *научно-исследовательские функции* (проведение клинических испытаний в области фармакологии; испытание новых методов лечения, диагностики, профилактики, реабилитации).

Госпитализации пациента в стационар (больницу) осуществляется:

- *по направлению лечащего врача*, оказывающего первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, в порядке, установленном уполномоченным органом;
- *бригадами скорой медицинской помощи;*
- *переводом из другого стационара;*

- при самостоятельном обращении в приемное отделение («самотек»).

Для более рационального использования конечного фонда больничных учреждений в крупных городах при станциях скорой медицинской помощи создаются **центральные бюро госпитализации**, в которые поступают сведения о свободных койках в стационарах больниц города. В таких случаях госпитализация проводится, в том числе, по направлению этих бюро.

Медицинскими показаниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях являются:

- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения;

- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;

- наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям);

- риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;

- отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью 1 группы.

При оказании стационарной медицинской помощи граждане должны обеспечиваться:

- *лекарственными препаратами* для медицинского применения, включёнными в перечень **жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов**;

- *препаратами крови и медицинскими изделиями*, включёнными в утверждённый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, по медицинским показаниям;

- *лечебным питанием* при оказании медицинской помощи в условиях стационара пациенты, роженицы, родильницы и кормящие матери обеспечиваются бесплатно.

Предельный срок ожидания специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в плановой форме, за исключением хирургического лечения катаракты, медицинской реабилитации, высокотехнологичной медицинской помощи, – не более 30 дней с момента выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки).

Сроки ожидания высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в плановой форме, устанавливаются в соответствии с законодательством РФ.

Направление на госпитализацию оформляется лечащим врачом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на бланке медицинской организации. Оно должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью и печатью лечащего врача и содержать следующие сведения:

- ФИО пациента, дату его рождения, домашний адрес;
- номер страхового полиса и название страховой организации (при наличии);
- свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- код основного диагноза по МКБ-10;

- результаты лабораторных, инструментальных и других видов диагностики, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи;
- профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия её оказания (стационарно, в дневном стационаре);
- наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи;
- ФИО и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Обязательным предварительным условием медицинского вмешательства, осуществляемого в стационаре (больнице), является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, **имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения**, за исключением случаев, предусмотренных российским законодательством. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства. **При отказе от медицинского вмешательства** гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в

доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

В отдельных предусмотренных законом случаях медицинское вмешательство может проводиться без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния или преступления;

- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и вкладывается в медицинскую документацию пациента.

Таким образом, основными принципами организации медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, является необходимость обеспечения преемственности, качества, доступности, комплексности, комфортности и профильности медицинских услуг населению. Однако главным принципом организации медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, является её стандартизация на основе Порядков и Стандартов оказания медицинской помощи, что и должно обеспечивать все необходимые условия и требования.

Стационарное учреждение по функциональному назначению имеет несколько подразделений: *административная, лечебно-профилактическая и хозяйственная часть*. Каждая функционально-структурная часть больницы состоит из ряда подразделений.

К административной части больницы относятся: главный врач и его заместители (по медицинской части, поликлинике, врачебно-трудовой экспертизе, административно-хозяйственной части); канцелярия; кабинет медицинской статистики; медицинский архив; бухгалтерия; библиотека и др. Во главе больницы стоит главный врач, который отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения.

Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за постановку и качество всей медицинской деятельности больницы. В крупной больнице (на 800 коек и более) с наличием не менее 300 коек хирургического профиля, выделяют должности заместителей главного врача по хирургической и терапевтической помощи. Заместитель главного врача по медицинской части непосредственно организует и руководит всей лечебно-профилактической работой стационара, возглавляет работу врачебной комиссии, организует перевод в другие медицинские организации, обеспечивает консультации ведущих специалистов, осуществляет контроль качества и эффективности лечебно-профилактических мероприятий населению, систематически анализирует госпитализированную заболеваемость населения, готовит сводные отчётную документацию.

Если больница объединена с поликлиникой, вводят должность ***заместителя главного врача по поликлинике***.

Деятельностью среднего и младшего медицинского персонала руководит ***главная медицинская сестра***.

Основными структурными подразделениями *лечебно-профилактической части* являются:

- приёмное отделение (централизованное для всей больницы или децентрализованное для отдельных профильных структурных частей);
- профильные лечебные отделения (терапевтическое, хирургическое, кардиологическое, травматологическое, неврологическое и др.);
- вспомогательные лечебные отделения (физиотерапевтическое, реабилитационное и психотерапевтическое отделения, кабинеты лечебной физкультуры и массажа и др.);
- операционный блок и др.

Приёмное отделение осуществляет следующие задачи:

- приём больных, постановка диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации.
- регистрация больных и учёт их движения в стационаре.
- медицинская сортировка больных.
- оказание неотложной медицинской помощи.
- санитарная обработка больных (в ряде случаев).
- выполнение функций справочного центра о состоянии больных.

В приёмном отделении:

- ведут «Журнал приема больных и отказов в госпитализации» (форма № 001/у),
- заводят «Медицинскую карту стационарного больного» (форма № 003/у) со всеми вкладышами: «Температурный лист» (форма 004/у), «Статистическая карта выбывшего из стационара» (форма №066/у-02).

В больницах мощностью 500 коек и более в штате учреждения выделяют ставки врачей приемного покоя (хирург, терапевт, травматолог, рентгенолог и др.). Приёмному отделению обеспечивается возможность выполнить срочные анализы и рентгенологические исследования, привлечь для консультации врачей разных специальностей. Приёмное отделение обязано иметь всё необходимое для оказания экстренной медицинской помощи при шоке, отравлении и других состояниях, а также для лечения в период пребывания в

этом отделении. В приёмных отделениях больниц целесообразно организовывать палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Первичный осмотр поступивших в стационар пациентов производится в смотровых кабинетах. Для высоко лихорадящих больных и для больных, подозрительных на инфекционное заболевание в приемном отделении должны быть выделены 2-3 изолятора. Кроме того, в приемном отделении должны быть комнаты санитарной обработки больных и помещение для хранения вещей госпитализированных пациентов.

Из приёмного отделения больной поступает в соответствующее стационарное отделение.

Диагностическая служба включает различного профиля отделения и кабинеты (лаборатории, электрокардиографический кабинет, рентгеновский кабинет и др.). В больницах, как структурный элемент, должны быть аптека, патологоанатомическое отделение (морг).

К *хозяйственной части* относятся пищеблок, склады для хранения пищевых продуктов и лекарственных средств, прачечную, технический отдел, транспортный отдел, гараж, дезинфекционную станцию (камеру), котельную и т.д. Заместитель главного врача по административно-хозяйственной части руководит всей административно-хозяйственной деятельностью больницы.

Профиль и мощность отделений стационара определяют с учётом потребности населения в госпитальной помощи и структуры патологии. В настоящее время разработан подушевой норматив на предоставление стационарной медицинской помощи, утверждённый Федеральной Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. В соответствии с Территориальной Программой Санкт-Петербурга этот норматив составлял 2,35 койко-дня на 1 жителя в год. Также существует норматив штатной численности врачей-специалистов в расчёте на 10000 населения. На практике штаты медицинского персонала стационара и его отделений рассчитываются, исходя из нормативов, установленных Порядками оказания медицинской помощи населению.

Основными в штатной структуре отделения стационара являются должности заведующего отделением, врача-ординатора, старшей медицинской сестры, медицинской сестры, сестры-хозяйки.

Возглавляет работу отделения заведующий. На должность *заведующего отделением* назначают квалифицированного врача, имеющего опыт работы по соответствующей специальности и обладающего организаторскими способностями. Назначение на должность заведующего отделением и освобождение от должности осуществляются приказом главного врача. Заведующий отделением непосредственно руководит деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным.

Непосредственное лечение больных в стационаре ведут врачи-ординаторы. В соответствии с письмом Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годы функция врача стационара (число коек на 1 врачебную должность) составляет 6–20 человек. При этом нагрузка на врача зависит от конкретной врачебной специальности и специфики работы.

Отделения (палаты) стационара формируются по полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления. Палаты целесообразно иметь небольшие, на 2-4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом срока поступления и заболевания. У каждой койки имеется кнопка вызова постовой медицинской сестры. Звуковой сигнал дублируется световым: загорается лампочка над дверью палаты вызвавшего медицинскую сестру пациента.

В ночное время в больнице наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства обеспечиваются либо одним врачом по всей больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям. Например, дежурный врач для отделений терапевтического профиля, дежурный врач для отделений хирургического профиля и др. *Дежурные врачи*, приступая к дежурству, получают от лечащих врачей или заведующих отделениями

сведения о тяжелобольных, требующих особого наблюдения. Во время дежурства они отвечают за состояние всех больных, находящихся в стационаре, оказывают экстренную помощь по вызову постовых медицинских сестер, принимают поступающих больных.

Выделяют две системы организации ухода за больными: двухстепенную и трехстепенную. При двухстепенной системе непосредственный уход за больным осуществляют врачи и медицинские сестры, а младший медицинский персонал лишь помогает в создании надлежащего санитарно-гигиенического режима в отделении, осуществляет уборку помещений. При трехстепенной системе ухода младшие медицинские сестры принимают участие в уходе за больными. При этой системе обслуживания на должность *младшей медицинской сестры по уходу за больными* назначают лицо, окончившее специальные курсы младших медицинских сестер по уходу за больными.

Важная роль в лечении больного принадлежит лечебному питанию. Основными принципами лечебного питания больных в стационаре является его режим и сбалансированность пищевого рациона. В организации питания больных принимают участие, как медицинские работники, так и работники пищеблока. Лечащий врач назначает больному определенную диету, делая соответствующую пометку в стационарной карте. Общее повседневное руководство питанием больных осуществляет врач-диетолог, который отвечает за правильное составление и применение лечебных диет, кроме того, оказывает консультативную помощь врачам отделений в выборе диетического стола для больных. Непосредственное руководство работой пищеблока (контроль за качеством продуктов, их закладкой, приготовлением пищи, доставкой в отделения) возлагают на диетсестру. Пища на пищеблоке готовится согласно порционнику, который ежедневно составляет главная сестра больницы.

В больнице строго соблюдают *противоэпидемический* и *лечебно-охранительный режим*. Противоэпидемический режим должен обеспечиваться всем персоналом больницы, а контроль за ним осуществляет «Центр гигиены и эпидемиологии». При выявлении пациента с острым инфекционным

заболеванием в отделении устанавливают карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. При этом необходимо проводить учет пациентов, контактировавших с инфекционным больным, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В отдельных случаях в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания проводятся специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство и др.).

Противоэпидемический режим - это совокупность строго регламентированных и обязательных для выполнения противоэпидемических мероприятий в конкретных лечебных учреждениях, для предупреждения возникновения, распространения внутрибольничной инфекции.

Противоэпидемический режим включает в себя следующие компоненты:

- соблюдение асептики и антисептики при проведении лечебно-диагностических процедур (использование стерильного медицинского инструментария, перевязочного материала).

- применение эффективных мер обеззараживания рук медицинского персонала и операционного поля.

- дезинфекцию объектов внешней среды, имеющих важное значение в механизме передачи возбудителей (постельные принадлежности, воздух, посуда, уборочный инвентарь).

- карантинные мероприятия (временную изоляцию заразных больных, а также лиц, соприкасавшихся с такими больными)

и некоторые другие мероприятия.

Лечебно-охранительный режим – это система мер, направленных на создание оптимальных условий пребывания больных в стационаре, способствующих поднятию их общего психоэмоционального тонуса. Основными элементами лечебно-охранительного режима являются:

- дизайн, рациональная планировка, размещение и оборудование палат и отделений (соответствующий интерьер отделений, изоляция операционных блоков, перевязочных, организация маломестных палат и др.);

- реализация принципа, дифференцированного распределения больных по палатам с учетом состояния здоровья, пола, возраста и др.;

- устранение или максимальное уменьшение воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (неудобные постели, плохое освещение, низкая или излишне высокая температура в палатах, дурные запахи, стоны или крики больных, шум, плохое лечебное питание и др.);

- борьба с болью и страхом боли (психологическая подготовка к операциям, применение анестезирующих средств при болезненных перевязках, разумное использование болеутоляющих средств, высокое мастерство техники инъекции и других манипуляций, отказ от бесцельных исследований и др.);

- отвлечение больного от ухода в болезнь и преувеличенных представлений о возможных неблагоприятных последствиях (художественная литература, любимая музыка, увлекательные беседы, живопись, телевидение, возможность заняться каким-либо любимым делом, прогулки по территории больницы для ходячих больных, трудотерапия в отделениях для хронических больных, различные игры, воспитательно-педагогическая работа в детских больницах и др.);

- организация режима дня больного (удлинение физиологического сна, сочетание покоя с допустимой физической активностью больных, общение с родственниками и близкими больного);

- разумное использование слова – одного из сильнейших условных раздражителей, способного оказывать значительное воздействие на течение патологического процесса и его исход (недопущение ятрогений);

- соблюдение персоналом медицинской этики (высокая культура медицинского персонала, чуткое, внимательное отношение к больному, его родственникам, соблюдение врачебной тайны и др.).

- установление звуковой и световой сигнализации для вызова дежурного медицинского персонала;

и т.д.

Выписку пациента из больницы производят при полном его выздоровлении, необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения, стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна, хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении. О выписке пациента, требующего долечивания на дому, сообщается по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями стационара. В последующие дни в поликлинику направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее. Больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, направляют в санаторно-курортные учреждения или центры восстановительной медицины.

Результаты лечения в стационарных условиях оформляются выпиской из «Медицинской карты стационарного больного» (ф. 003/у) с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Выписку пациента из больницы производят при: полном его выздоровлении; необходимости перевода в другие специализированные медицинские учреждения; стойком улучшении состоянии больного, когда дальнейшая госпитализация не нужна; хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении; досрочной выписке по требованию родителей или опекунов недееспособных пациентов.

О выписке пациента, требующего долечивания на дому, сообщается по месту жительства в поликлинику с необходимыми лечебными рекомендациями стационара. В последующие дни в поликлинику направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых

рекомендаций на будущее. Больных, нуждающихся в медицинской реабилитации, направляют в санаторно-курортные учреждения или центры восстановительной медицины.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала терапевтического отделения

№ п/п	Наименование должности	Количество штатных единиц
1.	Заведующий - врач- терапевт	1 на 30 коек *
2.	Врач-терапевт	1 на 15 коек
3.	Медицинская сестра палатная (постовая)	4,75 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
4.	Медицинская сестра процедурной	1 на 30 коек
5.	Старшая медицинская сестра	1
6.	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	4,75 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
7.	Санитар	2 (для работы в буфете); 1 (для уборки помещений); 1 (для санитарной обработки больных)
8.	Сестра-хозяйка	1

* Минимальное число коек, при которых вводится должность заведующего терапевтическим отделением, составляет 20 коек, на которые вводится 2 должности врача-терапевта, один из которых выполняет функцию заведующего терапевтическим отделением.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала хирургического отделения (для взрослого населения)

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей
1.	Заведующий хирургическим отделением - врач-хирург	1 на 30 коек
2.	Врач-хирург	1 на 12 коек
3.	Врач-челюстно-лицевой хирург <*>	1 на 25 коек
4.	Врач-анестезиолог-реаниматолог **	5,14 на операционный блок (для обеспечения круглосуточной работы)
5.	Старшая медицинская сестра	1 на хирургическое отделение
6.	Медицинская сестра палатная	4,75 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
7.	Медицинская сестра процедурной	1 на хирургическое отделение
8.	Медицинская сестра перевязочной	1 на 15 коек

9.	Медицинская сестра перевязочной (гипсовой)	1 на хирургическое отделение
10.	Операционная медицинская сестра **	4,75 на 1 операционный стол (для обеспечения круглосуточной работы)
11.	Медицинская сестра-анестезист **	5,14 на 1 операционный стол (для обеспечения круглосуточной работы)
12.	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	4,75 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
13.	Санитар	4,75 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы); 2 (для работы в буфете); 1 на 15 коек (для уборки помещений); 1 (для санитарной обработки больных); не менее 1 на операционный блок **
14.	Сестра-хозяйка	1 на отделение

* В хирургических отделениях, в которых выполняются реконструктивные пластические операции в челюстно-лицевой области, при отсутствии такового в штате медицинской организации.

** При отсутствии в структуре медицинской организации общего операционного блока и анестезиологической службы.

1.2. Особенности организации работы стационара детской больницы

Организация работы детской городской больницы имеет много общего с работой стационара для взрослых, однако имеются и свои отличия.

Больные дети, как и взрослые, поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, при доставке бригадами скорой медицинской помощи, переводом из других медицинских организаций, «самотеком».

Структура детской больницы формируется в зависимости от потребности детского населения в стационарной помощи и включает в себя приемное отделение, профильные стационарные отделения (педиатрическое, хирургическое, инфекционное и др.), лабораторию, отделения рентгенологической, эндоскопической, ультразвуковой, функциональной диагностики и др.

Приемное отделение и стационары детской больницы должны быть боксированы. Боксы составляют 3-5% общего числа коечного фонда больницы. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должны быть

предусмотрены не менее 2-3 изолированных смотровых кабинетов и 1-2 санпропускников. Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера-Соколова, которые включают предбоксы, палату, санитарный узел, шлюз для персонала.

При поступлении детей без ведома родителей последних немедленно извещают об этом работники приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в полицию.

Отделения (палаты) стационара формируют по возрасту, полу, характеру и тяжести заболеваний, сроку поступления. В зависимости от возраста выделяют отделения (палаты) для недоношенных, новорожденных, детей грудного, младшего, старшего возрастов. Палаты целесообразно иметь небольшие – на 2–4 койки, что дает возможность заполнять их с учетом возраста и заболевания. Между палатами имеются застекленные перегородки для того, чтобы персонал мог наблюдать за состоянием детей и их поведением. Предусматривают возможность пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.

Важной особенностью организации работы детских отделений является необходимость проведения там воспитательной работы.

Для этой цели в детских больницах вводят должности педагогов-воспитателей. С больными детьми, которые длительное время лечатся в стационаре, проводят учебную работу. Очень важным элементом создания лечебно-охранительного режима для детей является организация их досуга, особенно в вечерние часы. Проводимые в конце больничного дня ручная работа, лепка, рисование, чтение вслух улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Важную роль в правильной организации досуга детей играют палатные (постовые) медицинские сестры.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий особое значение имеет правильно организованное лечебное питание. Для этого детей, находящихся на естественном вскармливании, госпитализируют вместе с матерями или обеспечивают грудным донорским молоком. Все другие

продукты лечебного питания дети 1-го года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше года лечебное питание готовят на пищеблоке больницы.

В детских больницах в большей степени, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливают карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. При этом проводят учет контактировавших с больным ребенком детей, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В отдельных случаях в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания проводят специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство и др.).

Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Основной задачей этих отделений является оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи доношенным и недоношенным новорожденным больным детям, создание оптимальных условий выхаживания детей. В работе отделения для новорожденных и недоношенных детей детских больниц осуществляется тесная взаимосвязь и преемственность с родильными домами и детскими поликлиниками.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала педиатрического отделения *

	Наименование должности	Количество штатных единиц
1.	Заведующий отделением, врач-педиатр	1 на отделение
2.	Врач-педиатр отделения	1 на 15 коек
3.	Медицинская сестра палатная	9,5 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
4.	Медицинская сестра процедурной	1 на 15 коек
5.	Старшая медицинская сестра	1 на отделение
6.	Младшая медицинская сестра по уходу	9,5 на 15 коек (для обеспечения

	за больными	круглосуточной работы)
7.	Санитарка-буфетчица	2 на отделение
8.	Сестра-хозяйка	1 на отделение
9.	Санитарка-ваннщица	1 на отделение
10.	Санитарка-уборщица	2 должности на отделение
11.	Врач-педиатр дневного стационара	1 на 10 коек
12.	Медицинская сестра дневного стационара	1 на 10 коек
13.	Младшая медицинская сестра дневного стационара	1 на отделение

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала детского хирургического отделения *

	Наименование должности	Количество штатных единиц
1	Заведующий отделением, врач детский хирург	1 на 30 коек
2	Врач детский хирург	1 на 10 коек
3	Старшая медицинская сестра	1 на отделение
4	Медицинская сестра палатная	9,5 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
5	Медицинская сестра процедурной	1 на 30 коек
6	Медицинская сестра перевязочной	1 на 30 коек
7	Младшая медицинская сестра по уходу за больными	9,5 на 15 коек (для обеспечения круглосуточной работы)
8	Санитарка-буфетчица	2 на отделение
9	Сестра-хозяйка	1 на отделение
10	Санитар	для обеспечения работы буфетной
11	Воспитатель	0,5 на 30 коек
12	Санитар	4 на отделение

Должности врачей - детских хирургов для оказания экстренной круглосуточной хирургической помощи детям, в том числе новорожденным, устанавливаются исходя из объема оказания экстренной хирургической помощи сверх должностей врачей - детских хирургов, предусмотренных рекомендуемыми штатными нормативами детского хирургического отделения из расчета 4,75 штатные единицы для обеспечения круглосуточной работы.

Рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала педиатрического отделения не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

Глава 2

Организация высокотехнологичной медицинской помощи

Порядок формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включает в том числе предельные сроки, по истечении которых виды высокотехнологичной медицинской помощи включаются в базовую программу обязательного медицинского страхования. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением единой государственной информационной системы в сфере

здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

ВМП оказывается в стационарных условиях и в дневном стационаре. Медицинские показания к оказанию ВМП определяет лечащий врач медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи, с учетом права на выбор медицинской организации. Наличие медицинских показаний к оказанию ВМП подтверждается решением врачебной комиссии указанной медицинской организации, которое оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

При наличии медицинских показаний к оказанию ВМП, лечащий врач направляющей медицинской организации оформляет направление на госпитализацию для оказания ВМП на бланке, которое должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя медицинской организации (уполномоченного лица), печатью направляющей медицинской организации и содержать следующие сведения:

- Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, адрес регистрации по месту жительства (пребывания);
- Номер полиса обязательного медицинского страхования и название страховой медицинской организации (при наличии);
- Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- Код диагноза основного заболевания по МКБ-10;
- Профиль, наименование вида ВМП в соответствии с перечнем видов ВМП, показанного пациенту;
- Наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания ВМП;

- Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

К направлению на госпитализацию для оказания ВМП прилагаются следующие *документы пациента*:

- Выписка из медицинской документации, заверенная личной подписью лечащего врача, личной подписью руководителя (уполномоченного лица) направляющей медицинской организации, содержащая диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья пациента, результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований, подтверждающих установленный диагноз и необходимость оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

- Копии документов пациента (документа, удостоверяющий личность пациента или свидетельство о рождении пациента (для детей в возрасте до 14 лет); полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии); страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии)).

- Согласие на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя.



Рис. 1. Схема направления пациентов на экстренную высокотехнологичную медицинскую помощь.

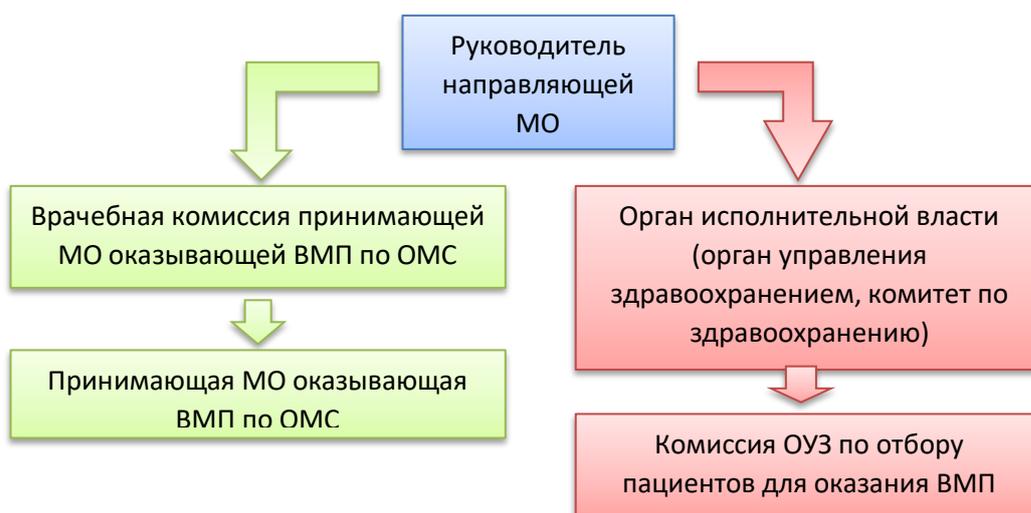




Рис. 2. Схема направления пациентов на плановую высокотехнологичную медицинскую помощь.

Руководитель направляющей медицинской организации представляет комплект документов, в течение трех рабочих дней в медицинскую организацию, включенную в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, если оказание ВМП, включено в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - принимающая медицинская организация). Если ВМП не включено в базовую программу обязательного медицинского страхования, то в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее - ОУЗ). Пациент (его законный представитель) вправе самостоятельно представить оформленный комплект документов в ОУЗ или в принимающую медицинскую организацию. Далее с применением специализированной информационной системы оформляется талон на оказание ВМП.

При направлении пациента на оказание ВМП, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оформление Талона на оказание ВМП обеспечивает ОУЗ с прикреплением комплекта документов, и заключения Комиссии органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по отбору пациентов для оказания ВМП (далее - Комиссия ОУЗ). Срок подготовки решения Комиссии ОУЗ о подтверждении наличия (об отсутствии) медицинских показаний для направления пациента в принимающую медицинскую организацию для оказания ВМП не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в ОУЗ комплекта документов. Решение Комиссии ОУЗ оформляется протоколом, который оформляется в двух экземплярах, один экземпляр подлежит хранению

в течение 10 лет в ОУЗ. Выписка из протокола решения Комиссии ОУЗ направляется в направляющую медицинскую организацию, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю).

При направлении пациента в принимающую медицинскую организацию, включенную в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, оформление на пациента талона на оказание ВМП обеспечивает принимающая медицинская организация с прикреплением комплекта документов. Основанием для госпитализации пациента в принимающую медицинскую организацию, является решение врачебной комиссии медицинской организации, в которую направлен пациент, по отбору пациентов на оказание ВМП (далее - Комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП). Комиссия медицинской организации, оказывающей ВМП, формируется руководителем медицинской организации, оказывающей ВМП, а он же назначается ее председателем. Комиссия выносит решение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний или наличии медицинских противопоказаний для госпитализации пациента с учетом оказываемых медицинской организацией видов ВМП в срок, не превышающий семи рабочих дней со дня оформления на пациента Талона на оказание ВМП (за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи). Решение Комиссии медицинской организации, оказывающей ВМП, оформляется протоколом, содержащим заключение о наличии (об отсутствии) медицинских показаний для оказания ВМП. Выписка из протокола Комиссии, в течение пяти рабочих дней (не позднее срока планируемой госпитализации) отсылается в направляющую медицинскую организацию и (или) ОУЗ, который оформил Талон на оказание ВМП, а также выдается на руки пациенту (его законному представителю).

В случае наличия медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую ВМП, отказ в госпитализации отмечается соответствующей записью в Талоне на оказание ВМП.

По результатам оказания ВМП медицинские организации дают рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации с оформлением соответствующих записей в медицинской документации пациента.

Глава 3

Учет и отчетность в деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях

Основными формами *учетной медицинской документации* медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, являются:

- «Медицинская карта стационарного больного» (ф. 003/у);
- «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (ф. 007/у-02);

- «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного пребывания при больничном учреждении» (ф. 016/у-02);

- «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» (ф. 066/у-02).

Для анализа деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную помощь в условиях стационарных условиях, используют следующие показатели, которые объединяют в следующие группы:

- показатели удовлетворенности населения стационарной помощью;
- показатели использования коечного фонда;
- показатели нагрузка персонала;
- показатели качество стационарной помощи;
- показатели, характеризующие организацию хирургической помощи в стационаре;
- показатели преемственность в работе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Показатели удовлетворенности населения стационарной помощью:

- *показатели обеспеченности населения больничными койками;*
- *структура коечного фонда;*
- *частота (уровень) госпитализации;*
- *показатель обеспеченности населения стационарной помощью.*

Показатели использование коечного фонда:

- *показатель среднего числа дней занятости койки в году (функция больничной койки, работа койки);*
- *показатель средней длительности пребывания больного на койке;*
- *оборот койки;*

- *среднее время простоя койки;*
- *процент выполнения койко-дней по плану.*

Показатели нагрузки персонала:

- *показатель среднего числа коек на одну должность врача (среднего медицинского персонала);*
- *показатель среднего числа койко-дней на одну должность врача (среднего медицинского персонала).*

Показатели качества лечебно-диагностической стационарной

помощи:

- *показатель частоты расхождения диагнозов;*
- *показатели летальности в стационаре;*
- *структура причин больничной летальности;*
- *структура больных в стационаре по отдельным классам нозологических форм болезней;*
- *распределение выписанных больных по результатам лечения;*
- *показатель частоты повторных госпитализаций.*

Показатели, характеризующие организацию хирургической помощи в стационаре:

- *процент хирургической активности;*
- *структура проведенных операций;*
- *процент экстренных госпитализаций больных.*

Показатели преемственности в работе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных:

- *показатель частоты отказов в госпитализации;*
- *показатель своевременности госпитализации.*

Алгоритм решение задач
Деятельность стационара для детского населения
Кочный фонд и его использование
Задача для разбора №1

Рассчитайте и проанализируйте по фрагменту таблицы 3100 ф.30:

- обеспеченность всеми и аллергологическими койками детского населения N-ской области за отчетный год;
- среднее число дней использования аллергологической койки в году;
- оборот аллергологической койки;
- среднюю длительность пребывания больного на аллергологической койке;
- использование пропускной возможности аллергологических коек (в %);
- выполнение плана работы аллергологической койки в году (в %);
- сравните полученные данные с приведенными ниже показателями и сделайте вывод.

Известно, что по данным Росстата в отчетном году в N-ской области проживало 73198 человек детского населения (0-17 лет).

По данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации обеспеченность койками на 10000 детского населения в целом по стране в отчетном году составляет 52,2, рекомендованное число дней работы аллергологической койки для детей – 337 дней.

По данным соседней Б-ской области их обеспеченность аллергологическими койками – 1,3; средняя занятость аллергологической койки в году – 237 дней; средняя длительность пребывания больного на аллергологической койке - 9,1 дней; оборот аллергологической койки составил 26,1.

1. Кочный фонд и его использование

(3100)

Коды по ОКЕИ: койка – 911, человек – 792

Профиль коек	№ строки	Число коек, фактически развернутых и свернутых на ремонт		В отчетном году			
		на конец отчетного года	среднегодовых	поступило пациентов - всего	из них сельских жителей	из общего числа поступивших (из гр.5)	
						0-17 лет (включительно)	старше трудоспособного возраста
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего	1	462	451	13546	6678	13546	
в том числе: аллергологические для детей	3	5	5	124	30	124	

(3100)

продолжение

Профиль коек	№ строки	В отчетном году							Койко-дни закрытия на ремонт
		выписано пациентов		из них в дневные стационары (всех типов)	умерло		Проведено пациентами койко-дней		
		всего	в том числе старше трудоспособного возраста		всего	в том числе старше трудоспособного возраста	всего	в том числе старше трудоспособного возраста	
1	2	9	10	11	12	13	14	15	16
Всего	1	13113		10	40		153815		
в том числе: аллергологические для детей	3	129					1381		

Алгоритм расчета:

$$\text{Обеспеченность койками} = \frac{\text{Число среднегодовых коек}}{\text{Численность детского населения}} \times 10000 = \frac{451}{73198} \times 10000 = 73,9$$

$$\text{Обеспеченность аллергологическими койками} = \frac{\text{Число аллергологических коек}}{\text{Численность детского населения}} \times 10000 = \frac{5}{73198} \times 10000 = 0,7$$

$$\text{Среднее число дней использования аллергологической койки в году} = \frac{\text{Число проведенных пациентами койко-дней}}{\text{Число аллергологических коек}} = \frac{1381}{5} = 276,2$$

$$\text{Оборот аллергологической койки} = \frac{\text{Число выписанных пациентов}}{\text{Число аллергологических коек}} = \frac{129}{5} = 25,8$$

$$\text{Средняя длительность пребывания больного на аллергологической койке} = \frac{\text{Число проведенных пациентами койко-дней}}{\text{Число выписанных пациентов}} = \frac{1381}{129} = 10,7$$

$$\text{Использование пропускной возможности аллергологических коек} = \frac{\text{Число проведенных пациентами койко-дней}}{\text{Число койко-дней по плану}} \times 100 = \frac{1381}{5 \times 337} \times 100 = 81,9\%$$

$$\text{Выполнение плана работы аллергологической койки в году} = \frac{\text{Фактическое число дней работы койки}}{\text{Плановое число дней работы койки}} \times 100 = \frac{276,2}{337} \times 100 = 81,9\%$$

$$\text{Летальность больничная} = \frac{\text{Число умерших пациентов}}{\text{Число выписанных и умерших пациентов}} \times 100 = \frac{40}{13113 + 40} \times 100 = 0,3\%$$

Выводы: Обеспеченность N-ской области педиатрическими койками в 1,4 раза выше, чем в среднем по России.

Обеспеченность аллергологическими койками, среднее число дней использования аллергологической койки в году, оборот аллергологической койки ниже, чем в соседней Б-ской области. При этом средняя длительность пребывания больного на аллергологической койке выше, чем в Б-ской области.

Использование пропускной возможности аллергологических коек и выполнение плана работы аллергологической койки в году ниже норматива на 18,1%.

Общебольничная летальность педиатрических пациентов составила 0,3%.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточно эффективном использовании аллергологических педиатрических коек, что приводит к их простой и значительным экономическим потерям.

**Качество медицинского обслуживания в стационаре и качество врачебной диагностики
Задача для разбора № 2:**

Рассчитайте и проанализируйте по фрагментам таблицы 2000 ф. № 14 и таблицы 3100 ф. № 30:

- уровень госпитализации детского населения в N-ской области в отчетном году;
- уровень госпитализации детского населения в N-ской области в отчетном году в связи с болезнями системы кровообращения;
- уровень госпитализации детского городского и сельского населения на кардиологические койки в N-ской области в отчетном году;
- долю госпитализации городских и сельских детей на кардиологические койки в N-ской области в отчетном году;
- среднюю длительность лечения детских кардиологических пациентов в N-ской области в отчетном году;
- частоту расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в детском стационаре N-ской области в отчетном году;
- общую больничную летальность и больничную летальность детских кардиологических пациентов в N-ской области в отчетном году;
- досуточную летальность детских пациентов;
- сделайте вывод.

Известно, что по данным Росстата в отчетном году в N-ской области проживало 73198 человек детского населения (0-17 лет). Из них - 32939 детей проживают в городе и 40259 детей проживают в сельской местности.

По данным ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации уровень госпитализации детского населения в РФ составляет 33,95; уровень госпитализации детей в связи с кардиологическими болезнями – 0,33; средняя длительность лечения в стационаре детей в связи с кардиологическими болезнями – 12,7 дней.

По данным соседней Б-ской области общая больничная летальность в отчетном году составила 0,5%, летальность кардиологических пациентов – 0,01%.

1. СОСТАВ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ, СРОКИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

(2000)
792

Коды по ОКЕИ: койка – 911, человек –

Наименование болезни	№ строки	Код по МКБ-10 пересмотра	В. Дети (в возрасте 0-17 лет включительно)								
			Выписано пациентов				Проведено выписанными койко-днями	Умерло			
			Всего	из них доставленных по экстренным показаниям	из них доставленных скорой мед. помощью (из гр.19)	из гр.18 выписанов до 1 года		Всего	из них		из гр.23 умерло в возрасте до 1 года
18	19	20	21	22	23	24	25	26			
Всего	1.0	A00-T98	13113	6745	2819	4399	153815	41	30	6	32
в том числе:	10.0	I00-I99	267	33	18	4	2179	1	1	1	1

болезни системы кровообращения										
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Кочный фонд и его использование

(3100)

Коды по ОКЕИ: койка – 911, человек – 792

Профиль коек	№ строки	Число коек, фактически развернутых и свернутых на ремонт		В отчетном году			
		на конец отчетного года	среднегодовых	поступило пациентов - всего	из них сельских жителей	из общего числа поступивших (из гр.5)	
						0–17 лет (включительно)	старше трудоспособного возраста
1	2	3	4	5	6	7	8
Всего	1	462	451	13546	6678	13546	
в том числе: кардиологические для детей	20	5	3	87	24	87	

(3100)

продолжение

Профиль коек	№ строки	В отчетном году						Койко-дни закрытия на ремонт	
		выписано пациентов		из них в дневные стационары (всех типов)	умерло		Проведено пациентами койко-дней		
		всего	в том числе старше трудоспособного возраста		всего	в том числе старше трудоспособного возраста	всего		в том числе старше трудоспособного возраста
1	2	9	10	11	12	13	14	15	16
Всего	1	13113		10	41		153815		
в том числе: кардиологические для детей	20	86					1036		

(2500) Из общего числа умерших умерло в первые 24 часа после поступления в стационар: детей в возрасте 0-17 лет включительно (1) – 1.

Алгоритм расчета

$$\text{Уровень госпитализации} = \frac{\text{Число выписанных из стационара}}{\text{Численность детского населения}} \times 1000 = \frac{13113+41}{73198} \times 1000 = 304,5\text{‰}$$

$$\text{Уровень госпитализации детского населения на кардиологические койки} \\ = \frac{\text{Число госпитализированных на кардиологические койки}}{\text{Численность детского населения}} = \frac{86}{73198} \times 1000 = 1,2\text{‰}$$

$$\text{Уровень госпитализации детского городского населения на кардиологические койки} \\ = \frac{\text{Число госпитализированных на кардиологические койки городских детей}}{\text{Численность детского городского населения}} \times 1000 = \\ = \frac{62}{32939} \times 1000 = 1,9\text{‰}$$

$$\text{Уровень госпитализации детского сельского населения на кардиологические койки} \\ = \frac{\text{Число госпитализированных на кардиологические койки сельских детей}}{\text{Численность детского сельского населения}} \times 1000 = \frac{24}{40259} \times 1000 = 0,6\text{‰}$$

$$\text{Доля госпитализации городских детей на кардиологические койки} \\ = \frac{\text{Число госпитализированных городских детей}}{\text{Численность госпитализированного детского населения}} \times 100 = \frac{62}{86} \times 100 = 72,1\%$$

$$\text{Доля госпитализации сельских детей на кардиологические койки} \\ = \frac{\text{Число госпитализированных сельских детей}}{\text{Численность госпитализированного детского населения}} \times 100 = \frac{24}{86} \times 100 = 27,9\%$$

$$\text{Средняя длительность лечения детских пациентов на кардиологических койках} \\ = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных пациентами на кардиологических койках}}{\text{Число выписанных кардиологических больных}} = \frac{1036}{86} = 12,0$$

$$\text{Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в детском стационаре} \\ = \frac{\text{Установлено расхождений диагнозов}}{\text{Процедура патолого-анатомических вскрытий}} \times 100 = \frac{6}{30} \times 100 = 20\%$$

$$\text{Общая больничная детская летальность} = \frac{\text{Число умерших пациентов}}{\text{Число выписанных пациентов}} \times 100 = \frac{41}{13113+41} \times 100 = 0,3\%$$

$$\text{Больничная летальность детских кардиологических пациентов} = 0,0\%$$

$$\text{Досуточная детская летальность} = \frac{\text{Число умерших в первые 24 часа поступления в стационар}}{\text{Число пациентов, поступивших в стационар}} \times 100 = \frac{1}{13546} \times 100 = 0,007\%$$

Вывод:

Уровень госпитализации детского населения почти в 9 раз превышает средний уровень госпитализации детей в РФ. Уровень госпитализации детей на кардиологические койки в 3,6 раза выше, чем в среднем в России. При этом уровень и доля госпитализации городских детей значительно выше, чем сельских детей (соответственно в 3,2 раза и 2,6 раза). Средняя длительность лечения детей на кардиологических койках соответствует данным по России. Частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов в

детском стационаре крайне высокая по сравнению с РФ. Общая больничная летальность детских пациентов ниже, чем в соседней Б-области. Досуточная детская летальность низкая.

Полученные результаты могут свидетельствовать о недостатках в проведении лечебно-профилактической работы педиатрическими амбулаторно-поликлиническими учреждениями N-ской области, что привело к резкому увеличению уровня госпитализации детского населения.

(4000)

продолжение

Наименование операций	№ строки	Умерло оперированных в стационаре			из них умерло после операций, проведенных с применением ВМТ			из гр.3 проведено операций по поводу злокачественных операций	из гр.3 направлено материалов на морфол. исследование		
		всего	из них: детям 0-17 лет включительно			всего	из них: детям 0-17 лет включительно				
			0-14 лет включительно	из гр.20 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно		0-14 лет включительно			из гр.24 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно
1	2	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Всего операций	1	1	1								
в том числе: операции на нервной системе	2										

Предыдущий год:

(4000)

Код по ОКЕИ: единица – 642

Наименование операции	№ строки	Число операций, проведенных в стационаре				из них операций с применением высоких медицинских технологий (ВМТ)			
		всего	из них: детям 0-17 лет включительно			всего	из них: детям 0-17 лет включительно		
			0-14 лет включительно	из гр.4 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно		0-14 лет включительно	из гр.8 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего операций	1	1615	1258	163	357				
в том числе: операции на нервной системе	2	7	6	5	1				

(4000)

продолжение

Наименование операции	№ строки	Число операций, при которых наблюдались осложнения в стационаре				из них после операций с применением ВМТ			
		всего	из них: детям 0-17 лет включительно			всего	из них: детям 0-17 лет включительно		
			0-14 лет включительно	из гр.12 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно		0-14 лет включительно	из гр.16 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно
1	2	11	12	13	14	15	16	17	18
Всего операций	1								
в том числе: операции на нервной системе	2								

(4000)

продолжение

Наименование операций	№ строки	Умерло оперированных в стационаре				из них умерло после операций, проведенных с применением ВМТ				из гр.3 проведено операций по поводу злокачественных операций	из гр.3 направлено материалов на морфол. исследование
		всего	из них: детям 0-17 лет включительно			всего	из них: детям 0-17 лет включительно				
			0-14 лет включительно	из гр.20 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно		0-14 лет включительно	из гр.24 в возрасте до 1 года	15-17 лет включительно		
1	2	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Всего операций	1	2	2	2							
в том числе: операции на нервной системе	2										

Алгоритм решения

- Хирургическая активность стационара:

$$\text{Отчетный год: } \frac{\text{всего операций, проведенных в стационаре}}{\text{число выписанных пациентов (выписанные + умершие)}} \times 100 = \frac{2026}{17328+41} \times 100 = 11,7\%$$

$$\text{Предыдущий год: } \frac{1615}{16077+26} \times 100 = 10,0\%$$

$$\text{Показатель наглядности: } \frac{11,7 - 100\%}{10,0 - x\%}$$

$$X = 85,5\% \quad 100\% - 85,5\% = 14,5\%$$

- Доля операций на нервной системе:

$$\text{Отчетный год: } \frac{\text{число операций на нервной системе}}{\text{число всех операций в стационаре}} \times 100 = \frac{3}{2026} \times 100 = 0,15\%$$

$$\text{Предыдущий год: } \frac{7}{1615} \times 100 = 0,43\%$$

$$\text{Показатель наглядности: } \frac{0,15 - 100\%}{0,15 - x\%}$$

$$X = 34,9\% \quad 100\% - 34,9\% = 65,1\%$$

- Частота послеоперационных осложнений в стационаре:

$$\text{Отчетный год: } \frac{\text{число операций, при которых наблюдались осложнения}}{\text{число всех операций в стационаре}} \times 100 = \frac{1}{2026} \times 100 = 0,05\%.$$

Предыдущий год: осложнений не было.

- Частота послеоперационных осложнений при операциях на нервной системе:

$$\text{Отчетный год: } \frac{\text{число операций на нервной системе, при которых наблюдались осложнения}}{\text{число всех операций в стационаре}} \times 100 - \text{осложнений не было.}$$

Предыдущий год: осложнений не было.

- Послеоперационная летальность после всех операций:

$$\text{Отчетный год: } \frac{\text{число умерших после всех операций}}{\text{число всех операций в стационаре}} \times 100 = \frac{1}{2026} \times 100 = 0,05\%$$

$$\text{Предыдущий год: } \frac{2}{1615} \times 100 = 0,12\%$$

$$\text{Показатель наглядности: } \frac{0,12 - 100\%}{0,05 - x\%}$$

$$X = 41,7\% \quad 100\% - 41,7\% = 58,3\%$$

- Послеоперационная летальность после операций на нервной системе:

$$\text{Отчетный год: } \frac{\text{число умерших после операции на нервной системе}}{\text{число всех операций в стационаре}} \times 100 - \text{умерших не было.}$$

Предыдущий год: умерших не было.

Выводы: Хирургическая активность стационара в отчетном году, по сравнению с предыдущим годом, повысилась на 14,5%. Частота послеоперационных осложнений в стационаре в отчетном году выросла и составила 0,05%, однако общая послеоперационная летальность снизилась на 58,3%. Доля операций на нервной системе от всех оперативных вмешательств составила 0,15% и снизилась по сравнению с предыдущим годом на 65,1%. Послеоперационных

осложнений и умерших после операций на нервной системе как в отчетном, так и предыдущем году не было.

Литература

1. «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»: приказ Минсоцздрава России от 16 апреля 2012 года N 366н. – М., 2012.
2. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"»: приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 923н. – М., 2012.
3. «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»: приказ Министерства Здравоохранения РФ от 06.08.2013 г. №529н. – М., 2013.
4. «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»: приказ Минздрава России от 02.12.2014 № 796н. – М., 2014.
5. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с.
6. Типовые задания к практическим занятиям по темам: «Организация стационарной стоматологической помощи населению», «Планирование стоматологической помощи», «Экспертиза временной нетрудоспособности»: практикум для студентов стоматологического факультета и обучающихся в магистратуре «Общественное здравоохранение» / Юрьев В.К., Моисеева К.Е., Глуценко В.А., Алексеева А.В., Харбедия Ш.Д. – СПб.: ГПМУ, 2017. – 48 с.
7. Харбедия Ш.Д. Статистический учет и стандартизация в здравоохранении. СПб: Сотис-Мед., 2018. – 228 с.