

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 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 г. N 1387 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, 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 осуществляются 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, повышения 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 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 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 г. 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

Данный документ в государственной регистрации не нуждается (Письмо Минюста России от 11.01.2000 N 135-ЭР).

Приложение

**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. Кочная 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 клинично-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:

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

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.
