

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т. М. ШАРШАКОВА, В. М. ДОРОФЕЕВ

**ОРГАНИЗАЦИЯ
СТАЦИОНАРНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса медицинских вузов**

Гомель 2008

УДК 614.2
ББК 51.1 (2)
Ш 26

Авторы:

Т. М. Шаршакова, В. М. Дорофеев

Рецензенты:

проректор по лечебной работе и последипломному образованию
Гомельского государственного медицинского университета,
доктор медицинских наук, профессор *В. В. Аничкин*,
доцент кафедры общей гигиены, экологии и радиационной медицины
Гомельского государственного медицинского университета,
кандидат медицинских наук *С. М. Дорофеева*,
заведующий кафедрой поликлинической терапии и общеврачебной практики
Гомельского государственного медицинского университета,
кандидат медицинских наук, доцент *Э. Н. Платошкин*

Шаршакова, Т. М.

Ш 26 Организация стационарной медицинской помощи населению: учеб.-метод. пособие для студентов 5 курса медицинских вузов / Т. М. Шаршакова, В. М. Дорофеев — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 40 с.
ISBN 978-985-506-126-8

Предназначено для проведения занятий на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с целью получения знаний, умений и навыков по организации стационарной медицинской помощи населению. Изложены основы организации больничной помощи, структура городской больницы, порядок работы с первичной медицинской и отчетной документацией круглосуточного стационара, алгоритмы расчета показателей. Усвоение учебного материала позволит проводить анализ обеспеченности населения стационарной помощью, штатов и их нагрузку, эффективность использования коечного фонда, качество больничной помощи.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 6 марта 2008 г., протокол № 3

**УДК 614.2
ББК 51.1 (2)**

ISBN 978-985-506-126-8

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Больничная медицинская помощь имеет большое значение в сохранении и восстановлении здоровья населения. Она оказывается при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода. Эти и некоторые другие факторы обуславливают высокую ресурсоемкость и затратность стационарной медицинской помощи. Знание вопросов организации, планирования, анализа и оценки деятельности больничной помощи позволяет рационально и эффективно использовать коечный фонд стационаров, определять развитие стационарзамещающих форм оказания лечебно-профилактической помощи.

Цель занятия

Приобретение студентами теоретических знаний и практических навыков, касающихся деятельности городской больницы, работы с первичной медицинской и отчетной документацией больничных учреждений, методики расчета и анализа основных показателей.

Задачи занятия:

1. Ознакомиться с особенностями и принципами оказания стационарной помощи, типами больничных учреждений.
2. Изучить функции и структуру городской больницы, ее основных подразделений.
3. Ознакомится с организацией труда врачей и среднего медицинского персонала больницы.
4. Изучить источники формирования данных для годового отчета, формы годовых статистических отчетов больницы.
5. Освоить методику анализа данных, характеризующих обеспеченность населения стационарной помощью, штаты, кадры и их нагрузку, эффективность использования коечного фонда, качество стационарной помощи.

Требования к исходному уровню знаний

Студенты должны **знать:**

- основные положения Программы развития здравоохранения Республики Беларусь, касающиеся больничной медицинской помощи;
- нормативы, используемые для планирования стационарной помощи;
- основные задачи и принципы больничной медицинской помощи;
- виды больничных учреждений;
- структуру городской больницы и ее основных подразделений;
- организацию труда и основные элементы работы врача-ординатора;
- основные формы первичной медицинской документации и годовых статистических отчетов больничного учреждения.

Студенты должны уметь:

- проводить расчет потребности населения в больничной медицинской помощи;
- проводить расчет показателей обеспеченности населения стационарной помощью, использования коечного фонда, качества больничной помощи на основании данных статистических отчетов;
- анализировать и оценивать деятельность больницы.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Значение стационарной помощи в медицинском обслуживании населения.
2. Особенности стационарной медицинской помощи и факторы, влияющие на ее ресурсоемкость и затратность.
3. Основные функции больницы.
4. Виды больничных учреждений.
5. Преимущества объединенной больницы.
6. Нормативы стационарной помощи (показатели обеспеченности и объемов стационарной помощи).
7. Структура городской больницы, состав и характеристика отдельных подразделений.
8. Функции и организация работы приемного отделения больницы.
9. Профильное отделение, мощность, помещения, штаты, основные функции врача-ординатора.
10. Резервы для сокращения длительности лечения стационаре, периодизация по срокам пребывания больного в стационаре.
11. Виды информации, необходимые для управления больницей и организации ее деятельности.
12. Основные формы государственной статистической отчетности, характеризующие стационарную медицинскую помощь.
13. Основные формы первичной медицинской документации — источники информации для составления отчета о деятельности стационара.
14. Показатели обеспеченности населения стационарной помощью, их оценка.
15. Показатели использования коечного фонда, их оценка.
16. Основные показатели, характеризующие качество стационарной помощи, их оценка.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Больничная медицинская помощь населению оказывается при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования, лечения, оперативных вмешательств, круглосуточного медицинского наблюдения, интенсивного ухода. В больнице население получает высококвалифицированную специали-

зированной стационарной помощи. Больницы по-прежнему остаются основной клинической базой для подготовки будущих врачей, среднего медицинского персонала, для повышения квалификации и узкой специализации дипломированных врачей. В больницах сосредоточены основные материальные ценности здравоохранения: лечебное и диагностическое оборудование, аппаратура, твердый, мягкий инвентарь и т. д.

Вышеперечисленные факторы наряду с так называемыми гостиничными услугами (круглосуточное пребывание на койке, водоснабжение, канализация, теплоснабжение, электроснабжение, питание и др.) обуславливают высокую ресурсоемкость и затратность стационарной медицинской помощи. В настоящее время объем расходов на стационарную помощь (в рамках оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) в несколько раз превышает расходы на первичную медико-санитарную помощь, а сама система оказания медицинской помощи ориентирована преимущественно на стационарное лечение. В связи с этим важно знание вопросов организации, планирования, анализа и оценки деятельности больничной помощи, позволяющее рационально и эффективно использовать коечный фонд стационаров, определять развитие стационар-замещающих форм лечебно-профилактической помощи.

В соответствии с Программой развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы для улучшения качества стационарной помощи необходимо предпринять комплекс мер, включающий повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала, материально-техническое перевооружение больничных организаций, определение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на уровне стационара и стандартизацию медицинских услуг путем внедрения клинических протоколов диагностики и лечения больных, основанных на принципах доказательной медицины.

Выделяют 4 основные функции современной больницы:

- 1) восстановительные (диагностика, лечение, реабилитация);
- 2) профилактические (первичная и вторичная профилактика, включая диспансеризацию), более присущие больнице, объединенной с поликлиникой;
- 3) учебные (подготовка медицинского персонала и последипломное образование);
- 4) научно-исследовательские.

Мощность больничного учреждения определяется абсолютным числом коек. В зависимости от мощности больничные учреждения делятся по категориям.

По административно-территориальному принципу больничные учреждения подразделяют на республиканские, областные, городские, центральные районные, районные и участковые больницы.

В зависимости от вида и характера оказываемой медицинской помощи больницы подразделяются на многопрофильные и специализированные

(инфекционные, туберкулезные, психиатрические, наркологические, кожно-венерологические и др.).

В зависимости от экстренности госпитализации пациентов больницы делят на больницы экстренной госпитализации (больницы скорой медицинской помощи), больницы для плановой госпитализации и больницы смешанного типа (большинство стационаров), куда поступают больные по экстренным показаниям и на плановую госпитализацию.

По системе организации больницы делятся на объединенные с поликлиникой и не объединенные с поликлиникой.

К больничным лечебно-профилактическим организациям относят специализированные центры (например, РМПЦ) и клиники научно-исследовательских институтов.

Существуют другие признаки для классификации больниц, например, по режиму работы, по степени интенсивности лечения и ухода и т.д. Приказом Минздрава Республики Беларусь утверждена номенклатура учреждений здравоохранения, где, в частности, представлены все возможные типы больничных учреждений.

Наиболее оптимальным типом лечебно-профилактического учреждения является объединенная больница. Она призвана оказывать основные виды лечебно-профилактической помощи — амбулаторно-поликлиническую и стационарную, представляющие последовательные этапы в лечении больных. Следовательно, такое лечебно-профилактическое учреждение в более полной мере обеспечивает преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром с целью непрерывности лечебно-диагностического процесса. При хорошо организованной преемственности в наблюдении за больными между стационаром и поликлиникой возможно сокращение срока лечения в стационаре, что способствует рациональному использованию коечного фонда.

Нормативы стационарной помощи определяются:

1) показателями обеспеченности — минимальным числом коек в больничных организациях с круглосуточным пребыванием (без учета больниц сестринского ухода) в расчете на 1000 человек населения (государственные социальные стандарты в здравоохранении);

2) показателями объемов, выражаемых числом койко-дней на 1000 жителей.

В 2007 году норматив обеспеченности койками в Республике Беларусь составлял 9 коек на 1000 жителей, в том числе для г. Минска — 8 коек на 1000 жителей. Среднереспубликанский норматив объема медицинской помощи в стационарах с круглосуточным пребыванием равнялся 2,6 тыс. койко-дням на 1000 жителей.

Городская больница обычно представляет собой необъединенное больничное учреждение и по функциональному назначению, как правило, имеет 3 структурных подразделения: управление, стационар, административно-хозяйственную часть.

Во главе городской больницы стоит главный врач, который отвечает за лечебно-диагностическую, финансовую и административно-хозяйственную работу. Главный врач имеет заместителей:

— по медицинской части (руководит лечебно-диагностической и санитарно-противоэпидемической работой больницы, контролирует и несет ответственность за качество оказания медицинской помощи);

— по административно-хозяйственной части (руководит административно-хозяйственной работой больницы, включая обеспечение хозяйственным оборудованием, инвентарем, продуктами питания, горячей и холодной водой, теплом и электричеством, транспортом, организует ремонты и техническое обслуживание помещений, коммуникаций, оборудования, аппаратуры и др.);

— по хирургической работе (в больницах с числом коек 800 и более);

— по терапевтической работе (в больницах с числом коек 1000 и более);

— по экономике.

К управленческому персоналу относят главную медицинскую сестру и главного бухгалтера больницы.

В состав стационара входят:

— приемное отделение;

— лечебные профильные отделения (терапевтическое, хирургическое, неврологическое, гинекологическое и др. — всего около 50 профилей);

— лечебные вспомогательные отделения (физиотерапевтическое, лечебной физкультуры, радиологическое, гипербарической оксигенации, гемодиализа и др.);

— диагностические отделения (лаборатории, рентгенологическое отделение, отделение УЗИ, отделение функциональной диагностики, эндоскопическое отделение, отделение радиоизотопной диагностики, патологоанатомическое отделение).

Приемное отделение стационара может быть централизованным (для всей больницы) и децентрализованным для отдельных профильных структурных его частей (например, приемное отделение для инфекционных больных, для рожениц и т. д.).

Как правило, в стационары поступают больные по направлению врачей амбулаторий, поликлиник, диспансеров и других учреждений внебольничного типа, или в экстренном порядке их доставляет «Скорая медицинская помощь». До 5% больных поступают в стационар «самотеком», то есть самостоятельно обращаются в приемное отделение.

Основные задачи приемного отделения:

— решение вопроса о необходимости госпитализации;

— сортировка больных, в том числе с целью профилактики внутрибольничных инфекций;

— оказание по показаниям экстренной врачебной помощи;

— санитарная обработка больных.

Основным структурным подразделением стационара является профильное отделение. Стандартное профильное отделение стационара организуется при числе 60 коек. При наличии меньшего числа профильных коек отделение формируется из различных профилей коек. Например, 20 кардиологических, 20 пульмонологических и 20 эндокринологических коек формируют одно терапевтическое отделение. Отделение стационара состоит из палат, в которых находятся больные, и вспомогательных помещений медицинского и хозяйственного назначения. Емкость палат может быть различной. Преимущество следует отдавать палатам на 1–2–3 койки, имеющим отдельный санитарный блок (туалет, раковина для мытья рук и т. д.).

Штаты медицинского персонала отделения стационара устанавливаются в зависимости от числа коек, типа и профиля учреждения. Основными в штатной структуре отделения стационара являются должности заведующего отделением, врача-ординатора, старшей медицинской сестры, медицинской сестры, сестры-хозяйки и др.

Основными элементами работы врачей-ординаторов являются ведение истории болезни, диагностика и лечение, экспертиза трудоспособности, реабилитация и восстановительное лечение, консультации. На одного ординатора приходится до 20–25 больных.

В ночное время наряду со средним медицинским персоналом дежурят врачи. Дежурства организуются либо одним врачом по больнице небольшой мощности, либо по крупным профильным отделениям.

Срок пребывания больного в стационаре можно разделить на 4 периода (по И.И. Розенфельду). Каждый из этих периодов имеет свои резервы для более рационального использования коечного фонда и сокращения длительности пребывания больных в стационаре. Приведенная ниже периодизация носит условный характер, так как этапы обследования и лечения, начиная с поликлинического, взаимосвязаны и взаимообусловлены, представляя единый лечебно-диагностический процесс.

Первый период от поступления больного до начала обследования должен быть минимальным.

Второй период (клинико-диагностические исследования) содержит значительные резервы для сокращения сроков пребывания больного в стационаре. Причинами неоправданно длительного пребывания больного на койке часто является отсутствие преемственности между поликлиникой и стационаром, дублирование диагностических процедур, перегрузка клинико-диагностических подразделений, недостаточная укомплектованность и подготовка кадров.

Третий период — лечение больного в стационаре — зависит от квалификации врачей, тактики ведения больных, эффективности средств и методов лечения.

Четвертый период — выписка пациента — может быть сокращен при оптимизации организационных приемов (регламентация по дням недели, предварительная подготовка документации и др.).

ПЕРВИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ И ФОРМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ СТАЦИОНАРА

Для управления деятельностью больницей, оперативного и перспективного планирования необходима соответствующая информация. Одним из источников такой информации являются первичные медицинские документы и формы государственной и ведомственной статистической отчетности. Практически все работники лечебно-профилактических организаций собирают медицинские статистические данные путем заполнения соответствующих первичных медицинских (учетных) документов. После специальной обработки таких форм медицинскими статистиками некоторые сведения из них попадают в формы статистической отчетности. Большинство действующих сегодня форм первичной медицинской документации, используемых в стационарах, утверждены приказом МЗ СССР от 4 октября 1980 года № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» (таблица 1).

Таблица 1 — Основные формы первичной медицинской документации, используемые в стационарах*

№ формы	Наименование формы	Срок хранения
001/у	Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации	25 лет
003/у	Медицинская карта стационарного больного	25 лет
004/у	Температурный лист	25 лет
005/у	Лист регистрации переливания трансфузионных сред	25 лет
009/у	Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	5 лет
008/у	Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	Пост.
011/у	Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	25 лет
012/у	Лист основных показателей состояния больного, находившегося в отделении терапии кардиологического отделения	25 лет
013/у	Протокол (карта) патологоанатомического исследования	10 лет
066/у	Статистическая карта выбывшего из стационара	10 лет
007/у	Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	1 год
016/у	Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек	1 год

* — образцы форм первичной медицинской документации и инструкции по их ведению представлены в приложении.

Формы государственной статистической отчетности утверждаются соответствующим Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь и, в основном, имеют годовую периодичность.

Основной формой, отражающей деятельность лечебных учреждений различных типов, является форма № 30 «Отчет о деятельности лечебно-профилактической организации». Информация, касающаяся стационаров, имеется в следующих разделах отчета по форме № 30:

- Раздел I таблицы «Отделения кабинеты», «Прочие подразделения», «Стационары, пансионаты» характеризует наличие и число отдельных профильных, вспомогательных лечебных и диагностических отделений и кабинетов, аптек, отделений для инвалидов Великой Отечественной войны и реанимационных отделений.

- Раздел II «Штат лечебно-профилактической организации на конец отчетного года» отражает количество штатных и занятых должностей, число физических лиц по всем врачебным должностям, некоторым должностям специалистов с высшим немедицинским и средним медицинским образованием, должностям младшего медицинского персонала, провизоров, фармацевтов и прочего персонала больницы.

- Раздел V «Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)».

- Раздел VI «Работа диагностических отделений».

Стационарные учреждения кроме формы № 30 составляют отчет по форме № 14 «Отчет о деятельности стационара», который включает следующие разделы:

- Раздел I «Состав больных в стационаре и исходы лечения» содержит сведения о выписанных и умерших больных, проведенных ими койко-днях¹ по классам заболеваний, отдельным блокам болезней и нозологическим формам. Сведения заполняются на основании формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из стационара». Данные этого раздела используют для анализа госпитальной заболеваемости, длительности лечения и больничной летальности при отдельных заболеваниях, группах и классах болезней. Отдельно представлены данные о числе лиц, переведенных в другие стационары, госпитализированных для обследования и оказавшихся здоровыми, больных с инфарктом миокарда поступивших и умерших в первые сутки, умерших беременных, роженицах и родильницах, а также о числе выписанных и умерших лицах старше трудоспособного возраста.

- Раздел II «Состав больных новорожденных, переведенных в другие стационары в возрасте 0–6 суток и исходы их лечения», включает данные о случаях заболеваний и смерти новорожденных (плодов), поступивших в возрасте 0–6 суток жизни: в отделения (палаты) для новорожденных, недоношенных детей детских больниц (отделений городских больниц, центральных районных больниц) и в отделения реанимации и интенсивной терапии. В раздел не включаются сведения о больных и заболевших детях (плодах), оставленных в палатах новорожденных родовспомогательных организаций (отделений).

¹ При подсчете по «Картам выбывшего из стационара» (ф. № 066/у) числа койко-дней, проведенных больными, день поступления и день выписки следует считать за один койко-день.

- Раздел III «Коечный фонд и его использование». Показывается число коек (на конец года и среднегодовые), движение больных (число поступивших, выписанных, умерших и проведенные ими койко-дни) в целом по стационару и по профилям коек, выделение которых предусмотрено сметой или приказом вышестоящего органа здравоохранения. Основанием для заполнения раздела является форма 016/у «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек». Отдельно выделены сведения о переведенных в другие стационары, поступивших сельских жителях, обследованных на сифилис, числе больных с впервые установленным диагнозом сифилиса.

- Раздел IV «Хирургическая работа стационара» заполняется на основании формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из стационара». Раздел представлен двумя таблицами: 1) «Хирургическая работа организации», включающая сведения о всех операциях, проведенных в организации здравоохранения независимо от того, в каком отделении была проведена операция, а также об умерших после операций по отдельным операциям, детализированным по анатомическому принципу; 2) «Экстренная хирургическая помощь», где оценивается время поступления больных с момента начала заболевания (с выделением из них поступивших позже 24 часов) и число умерших среди оперированных и не оперированных больных. Регистрируют данные об острой кишечной непроходимости, аппендицитах, прободных язвах желудка, желудочно-кишечных кровотечениях, ущемленных грыжах, острых холециститах и панкреатитах, внематочных беременностях.

ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ БОЛЬНИЧНУЮ ПОМОЩЬ, И ИХ ОЦЕНКА

Показатели деятельности больничных учреждений условно можно объединить в следующие группы:

- показатели обеспеченности населения стационарной помощью;
- показатели, характеризующие штаты и нагрузку персонала;
- показатели использования коечного фонда;
- показатели качества стационарной помощи.

Показатели обеспеченности населения стационарной помощью

$$\text{Обеспеченность населения больничным и койками} = \frac{\text{Число коек на конец года}}{\text{Численность населения на конец года}} \times 1000,$$

$$\text{Уровень госпитализации} = \frac{\text{Число лиц, поступивших в стационар}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Показатели обеспеченности населения больничными койками и уровня госпитализации рассчитывается и анализируется на уровне конкретной территории (район, город, область, страна).

Фактические и нормативные показатели обеспеченности койками и уровня госпитализации зависят от многих факторов, основными из которых являются:

- число фактически госпитализированных и число нуждавшихся в госпитализации, но по каким-либо причинам не госпитализированным;
- сложившиеся в данный период развития системы здравоохранения показания к госпитализации;
- уровень развития амбулаторно-поликлинической помощи;
- степень развития стационарзамещающих форм медицинского обслуживания;
- существующая система организации и финансирования больничной помощи.

$$\text{Частота госпитализации по отдельным классам болезней (нозологическим формам)} = \frac{\text{Число лиц, поступивших в стационар по классам заболеваний (нозологическим формам)}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Показатель частоты госпитализаций по отдельным классам, группам и нозологическим формам заболеваний является характеристикой госпитальной (госпитализированной, больничной) заболеваемости.

$$\text{Обеспеченность населения больничной помощью} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационарах в течение года}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Показатель обеспеченности населения больничной помощью, наряду с уровнем госпитализации, используется при установлении нормативов объема стационарной помощи при разработке Территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью.

Показатели, характеризующие штаты и нагрузку персонала

$$\text{Укомплектованность штатами (врачей, среднего медперсонала)} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число штатных должностей}} \times 100$$

Недостаточный показатель укомплектованности штатов (ниже 100%), характеризует наличие незанятых (вакантных) должностей медицинского персонала. Однако, даже при 100% укомплектованности, есть вероятность неадекватной нагрузки отдельных медицинских работников. Например, когда штатные должности заняты другими врачами с целью совместительства или совмещения должностей. В этом случае более детально нагрузку характеризует коэффициент совместительства, показывающий среднее число должностей занимаемых одним физическим лицом. Высокий коэффициент совместительства негативно сказывается на качестве выполняемой работы, а также может неблагоприятно отражаться на здоровье работника, занимающего более одной должности.

$$\text{Коэффициент совместительства (врачей, среднего медперсонала)} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число физических лиц}}$$

Для более детальной характеристики нагрузки на медицинский персонал стационара используют показатели среднего числа коек, пролеченных больных и койко-дней, приходящихся на одну должность врача (среднего медицинского работника):

$$\text{Среднее число коек на одну должность (среднего медицинского персонала)} = \frac{\text{Среднегодовое число коек}}{\text{Число занятых должностей врачей (среднего медицинского персонала)}}$$

$$\text{Среднее число пролеченных больных на одну должность врача (среднего медицинского персонала)} = \frac{\text{Число выбывших (выписанные + умершие) из стационара больных}}{\text{Число занятых должностей врачей (среднего медицинского персонала)}}$$

$$\text{Среднее число койко-дней на одну должность врача} = \frac{\text{Число койко - дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{Число занятых врачебных должностей}}$$

Показатели использования коечного фонда

В условиях высокой ресурсоемкости и затратности стационарной медицинской помощи особенно актуально рационально и эффективно использовать коечный фонд круглосуточных стационаров. Оценить и проанализировать эффективность использования коечного фонда позволяют показатели, включенные в данную группу.

$$\text{Среднее число дней занятости койки в году (функция больничной койки)} = \frac{\text{Число койко - дней, проведенных больными в стационаре, в течение года}}{\text{Среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)}}$$

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Число выбывших из стационара больных (выписанные + умершие)}}{\text{Среднегодовая число коек}}$$

Среднее число дней занятости койки в году в первую очередь зависит от заполняемости стационара. Однако уровень этого показателя обуславливают ремонты, карантин, дезинфекция, санитарная обработка и другие причины по которым койка может быть не занята. Кроме того, среднее число дней занятости койки в году напрямую связано с оборотом койки, т. е. с числом больных проходящих через одну койку в течение года. Для определения числа койко-дней пребывания больного в стационаре день поступления и день выписки считается одним койко-днем. Поэтому, только этот фактор, при обороте

койки 40 больных в год обусловит потерю 40 койко-дней для каждой койки в году. Таким образом, нормативный показатель среднего числа дней занятости койки в году должен учитывать все вышеперечисленные факторы. В некоторых зарубежных странах с различными системами здравоохранения оптимальным уровнем занятости койки в больницах с кратковременным пребыванием считается 85% или 310 дней, хотя фактически этот уровень значительно варьирует в разных больницах в зависимости от мощности коечного фонда, профилей и др. Необходимо иметь в виду, что высокий показатель среднего числа дней занятости койки в году, в ряде случаев может свидетельствовать о перегрузке стационара и быть обусловленным наличием приставных коек. Среднее число дней занятости койки в году как математическая величина сама по себе недостаточна, так как высокую занятость койки можно обеспечить длительным пребыванием пациентов в стационаре. Поэтому для характеристики использования коечного фонда обязательно используется показатель средней длительности пребывания больного на койке.

$$\text{Средняя длительность пребывания больного на койке} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{Число выбывших из стационара больных (выписанные + умершие)}}$$

Средняя длительность пребывания больного на койке зависит от факторов, не зависящих от организации работы больницы (половозрастной состав пациентов, характер заболевания и его тяжесть), так и от зависящих — время и своевременность обследования, уровень, интенсивность и эффективность лечения, осложнения в процессе лечения, качество экспертизы временной нетрудоспособности. Обязательно подлежат анализу случаи госпитализации с короткими сроками: целесообразность госпитализации, вопросы преемственности с поликлиникой и т. д. В связи с этим оценка норматива средней длительности пребывания больного на койке отдельных профилей должна проводиться только по конкретному случаю госпитализации с учетом всех вышеперечисленных факторов. Обобщенные показатели средней длительности пребывания больного в целом по больнице или по территории (район, город, область) должны определяться крайне осторожно на основании изучения сложившегося и предполагаемого состава и структуры больных.

$$\text{Среднее время простоя койки} = \frac{\text{Число дней в году — среднее число дней занятости койки в году}}{\text{Оборот койки}}$$

Под средним временем простоя койки (или простоем койки на один оборот) подразумевается среднее число дней незанятости койки от момента выписки предыдущего больного до поступления следующего больного. В условиях учета числа койко-дней пребывания больного в стационаре, когда день поступления и день выписки считается одним койко-днем, нор-

матив среднего времени простоя койки должен быть не менее одного дня. Однако в зависимости от профиля койки, требований по их периодической санитарной обработке (койки для беременных и рожениц, инфекционные, туберкулезные и т. д.) среднее время простоя койки может увеличиваться.

$$\text{Выполнение плана койко - дней} = \frac{\text{Число койко - дней в году, фактически проведенных больными в стационаре}}{\text{Плановое число койко - дней}} \times 100$$

Плановое число койко-дней определяется при формировании Территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью (за счет средств государственного бюджета). В условиях преимущественного бюджетного финансирования больниц фактическое и плановое числа койко-дней должны быть равными.

Показатели качества стационарной помощи

$$\text{Повторность госпитализации} = \frac{\text{Число поступивших в стационар больных (из числа повторно госпитализированных) в течение года}}{\text{Общее число поступивших в стационар больных в течение года}} \times 100$$

В большинстве случаев наличие повторно госпитализированных больных по одному и тому же поводу является негативной характеристикой качества оказания больничной помощи.

$$\text{Летальность в стационаре} = \frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших (выписанные + умершие) из стационара больных}} \times 100$$

Хотя летальность относят к группе показателей, характеризующих качество больничной помощи, использовать ее следует осторожно, так как уровень летальности зависит от множества других факторов: сроков госпитализации, состава больных по возрасту, тяжести заболевания, нозологической формы и т. п. Обязательно оценка больничной летальности должна сопровождаться анализом смертности населения и удельного веса умерших в больнице от общего числа умерших на территории. Низкий показатель летальности в больнице при высоком удельном весе умерших на дому часто отражает наличие отказов в госпитализации или необоснованной выписки некоторых категорий тяжелых больных вследствие недостатка коек или желания сократить уровень больничной летальности.

$$\text{Досуточная летальность} = \frac{\text{Число умерших в первые сутки пребывания в стационаре}}{\text{Общее число выбывших (выписанных + умерших) из стационара больных}} \times 100$$

Смерть в первые сутки нахождения в стационаре может указывать на тяжесть заболевания, неправильную организацию экстренной помощи (редуцированная летальность), хотя также характеризует догоспитальный этап оказания медицинской помощи. Поэтому каждый случай досуточной летальности должен быть тщательно разобран.

Обычно для характеристики качества оказания хирургической помощи в стационаре используют показатели послеоперационной летальности и частоты послеоперационных осложнений. Эти показатели рекомендуется рассматривать по отдельным видам операций, а также оценивать вместе с показателем средней длительности пребывания больного на койке.

$$\text{Послеоперационная летальность} = \frac{\text{Число умерших после оперативных вмешательств}}{\text{Общее число прооперированных больных}} \times 100$$

$$\text{Частота послеоперационных осложнений} = \frac{\text{Число операций, после которых зарегистрированы осложнения}}{\text{Общее число операций}} \times 100$$

Качество лечебно-диагностического процесса в стационаре определяется наличием и частотой расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов. При этом если расхождения I категории часто связаны с догоспитальным этапом, тяжестью заболевания, а расхождения II категории не влияют на исход заболевания, то расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов III категории являются крайне негативной характеристикой качества больничной помощи (дефектом работы) и подлежат обязательному анализу и разбору в каждом отдельном случае.

$$\text{Частота расхождения клинических и патолого-анатомических диагнозов (III категории)} = \frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{Число выбывших из стационара больных (выписанные + умершие)}} \times 100$$

Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия

С целью закрепления пройденного материала студент должен самостоятельно решить задачи, а также ответить на задания тестового контроля, которые представлены в отдельных изданиях по курсу «Общественное здоровье и здравоохранение».

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТ

1. Основной функцией больницы является:

Варианты ответа:

- а) лечебно-восстановительная;
- б) учебная;
- в) исследовательская.

2. Мощность стационара определяется:

Варианты ответа:

- а) численностью населения обслуживаемой территории;
- б) структурой коечного фонда;
- в) абсолютным числом коек;
- г) оборотом койки.

3. Норматив обеспеченности койками (государственный социальный стандарт) на 1000 жителей равен:

Варианты ответа:

- а) 8 коек;
- б) 9 коек;
- в) 10 коек;
- г) 12 коек.

4. Норматив объема стационарной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств государственного бюджета, определяется:

Варианты ответа:

- а) числом коек на 1000 жителей;
- б) числом врачей на 1000 жителей;
- в) числом консультаций врачами стационара на 1000 жителей;
- г) числом пролеченных больных на 1000 жителей;
- д) числом койко-дней на 1000 жителей.

5. В Республике Беларусь больницы финансируются из средств:

Варианты ответа:

- а) хозрасчетной деятельности;
- б) государственного бюджета;
- в) фонда обязательного медицинского страхования;
- г) всех перечисленных источников.

6. Основная часть средств, направляемая на финансирование лечебно-профилактической помощи за счет средств государственного бюджета, приходится на:

Варианты ответа:

- а) амбулаторно-поликлиническую помощь;
- б) скорую медицинскую помощь;
- в) стационарную помощь.

7. Городская больница скорой медицинской помощи является учреждением:

Варианты ответа:

- а) многопрофильным;
- б) специализированным;
- в) объединенным;
- г) необъединенным.

8. Центральная районная больница является учреждением:

Варианты ответа:

- а) многопрофильным;
- б) специализированным;
- в) объединенным;
- г) необъединенным.

9. Основным структурным подразделением стационара является:

Варианты ответа:

- а) отделение;
- б) ординаторская;
- в) палата.

10. При каком количестве коек в больничных отделениях вводится должность заведующего отделением?

Варианты ответа:

- а) 70;
- б) 60;
- в) 50;
- г) 45.

11. В структуру любого профильного отделения обязательно входят:

Варианты ответа:

- а) палаты для больных;
- б) процедурная;
- в) буфет и столовая;
- г) ординаторская;
- д) рентгеновский кабинет;
- е) все вышеперечисленное.

12. Не являются первичными медицинскими документами стационара:

Варианты ответа:

- а) журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма 001/у);
- б) листок учета движения больных и коечного фонда (форма 007/у);

- в) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов (форма 025-2/у);
- г) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у);
- д) статистическая карта выбывшего из стационара (форма 066/у).

13. Отчет о деятельности стационара составляется на основании:

Варианты ответа:

- а) медицинской карты стационарного больного (форма 003/у);
- б) температурного листа (форма 004/у);
- в) сводной ведомости учета движения больных и коечного фонда (форма 016/у);
- г) журнала учета инфекционных заболеваний (форма 060/у);
- д) статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у).

14. Уровень госпитализации — это:

Варианты ответа:

- а) число коек на 1000 жителей;
- б) число умерших на 100 выбывших из стационара;
- в) число поступивших в стационар на 1000 жителей;
- г) число койко-дней, проведенных больными в стационаре, на 1000 жителей.

15. Уровень госпитализации населения зависит от:

Варианты ответа:

- а) сложившихся в данный период развития системы здравоохранения показаний к госпитализации;
- б) уровня больничной летальности;
- в) выполнения плана по койко-дням;
- г) уровня развития амбулаторно-поликлинической помощи.

16. Показатель нагрузки медперсонала в стационаре определяется:

Варианты ответа:

- а) средним числом дней работы койки в году;
- б) отношением числа коек к числу занятых должностей в стационаре;
- в) средней длительностью пребывания больного на койке.

17. Укажите показатели использования коечного фонда.

Варианты ответа:

- а) оборот койки;
- б) обеспеченность населения койками;
- в) больничная летальность;
- г) среднее число дней занятости койки в году;
- д) средняя длительность пребывания больного на койке.

18. Оборот койки — это:

Варианты ответа:

- а) среднее число дней работы койки в году;
- б) выполнение плана по койко-дням;
- в) среднее число больных, которые прошли лечение в течение года на одной койке;
- г) среднее число дней пребывания больного на койке.

19. Среднее время простоя койки — это:

Варианты ответа:

- а) отношение числа койко-дней, проведенных больными в стационаре, к числу выбывших из стационара;
- б) среднее число больных, которые прошли лечение в течение года на одной койке;
- в) среднее число дней незанятости койки от момента выписки предыдущего больного до поступления следующего больного.

20. Средняя длительность пребывания больного на койке — это отношение:

Варианты ответа:

- а) числа проведенных больными койко-дней к числу среднегодовых коек;
- б) числа проведенных больными койко-дней к числу выбывших больных;
- в) числа выбывших больных за год к среднегодовому числу коек.

21. Алгоритм расчета среднего числа дней занятости койки в году:

Варианты ответа:

- а) $\frac{\text{число проведенных больными койко-дней}}{\text{число выбывших больных}}$;
- б) $\frac{\text{число проведенных больными койко-дней}}{\text{число среднегодовых коек}}$

22. Больничная летальность — это отношение:

Варианты ответа:

- а) числа умерших в стационаре к средней численности населения;
- б) числа умерших в стационаре к среднегодовому числу коек;
- в) числа умерших в стационаре к числу выбывших из стационара.

23. Показателями качества больничной помощи являются:

Варианты ответа:

- а) послеоперационная летальность;
- б) оборот койки;

- в) частота расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- г) частота послеоперационных осложнений;
- д) повторность госпитализации.

24. Частота послеоперационных осложнений вычисляется как отношение:

Варианты ответа:

- а) числа послеоперационных осложнений к числу умерших после операций;
- б) числа осложнений после операций к общему числу операций;
- в) числа умерших после операции к числу прооперированных больных.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

На территории района проживает 26 тыс. жителей.

Требуется рассчитать:

1) Необходимое число коек и бригад скорой медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными государственными социальными стандартами.

2) Объемы стационарной медицинской помощи и скорой медицинской помощи в соответствии с утвержденными нормативами на 1000 жителей для разработки Территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью за счет средств бюджета.

Задача 2

В больнице за отчетный год имелось 105 среднегодовых коек, выписано из стационара 3450 пациентов, умерло 64, проведено больными в стационаре 31395 койко-дней.

Необходимо вычислить и оценить показатели использования коечного фонда и больничной летальности за отчетный год.

Задача 3

В течение отчетного года в хирургическом отделении на 60 коек больницы пролечено 2450 больных, из них 2410 выписано и 40 умерло, проведено больными 18900 койко-дней. За этот же период выполнено 1900 операций, после которых умерло 32 пациента, а у 63 наблюдались послеоперационные осложнения.

Требуется рассчитать и оценить показатели использования коечного фонда и качества оказания медицинской помощи в хирургическом отделении больницы.

Задача 4

В хирургическом отделении больницы в течение первого квартала текущего года оперировано по поводу паховой грыжи 27 больных, которые распределились по срокам лечения в следующем порядке:

Длительность лечения (в днях)	Число пролеченных больных
2	3
3	3
11	5
12	7
13	6
18	2
19	1
	Всего 27 больных

Вычислить среднюю длительность лечения этих больных.

Задача 5

В течение года в терапевтическом отделении стационара пролечено 415 больных, поступивших в состоянии разной степени тяжести:

Тяжесть состояния	Число больных	Из них умерло
Очень тяжелое	190	25
Тяжелое	110	15
Средней тяжести	90	8
Легкое	25	—
ВСЕГО	415	45

Требуется определить летальность, структуру пролеченных и умерших по степени тяжести состояния.

Задача 6

Число среднегодовых коек в больнице — 550, из них 350 коек терапевтического профиля и 200 коек хирургического профиля. В течение года поступило 9800 больных, выписано 9640, умерло 40. Больными проведено в больнице 161200 койко-дней. Из общего числа поступивших в стационар были госпитализированы в кардиологическое отделение 1520 больных, терапевтическое — 2800, неврологическое — 980, хирургическое — 2600, родильное — 1900 рожениц.

Рассчитать и оценить показатели работы больницы.

Задача 7

На 420 среднегодовые койки в течение года поступило 8000 больных, их них терапевтического профиля 5300 человек и 2700 хирургического профиля, выписано 7680, умерло 30. Всеми выбывшими из больницы проведено 10400 койко-дня.

Рассчитать и оценить показатели работы больницы.

Задача 8

На территории обслуживания центральной районной больницы проживает 60 тыс. человек. В течение отчетного года деятельность отделений больницы характеризуют следующие показатели:

Наименование отделения	Поступило больных	Умерло
Терапевтическое	14 700	41
Хирургическое	2 100	15
Инфекционное	1 720	3
ВСЕГО	18 520	59

Определить уровень госпитализации, частоту госпитализации в различные отделения, больничную летальность по отделениям, состав госпитализированных по профилям отделений. Сделать выводы.

Задача 9

В отчетном году из хирургического отделения центральной районной больницы выписано 1337 и умерло 10 больных, из них оперировано 750 больных, умерло 4 оперированных больных, у 13 больных имелись осложнения после операции.

Определить уровни:

- 1) хирургической активности;
- 2) летальности в хирургическом отделении;
- 3) послеоперационной летальности;
- 4) частоты послеоперационных осложнений.

Задача 10

В нейрохирургическом отделении городской больницы в течение отчетного года функционировало 60 среднегодовых коек. За этот период в отделение поступило 1476 больных, выписано 1597 больных, умерло 4 больных. Больными проведено 19239 койко-дней. Оперировано 952 больных.

Рассчитать и оценить показатели использования коечного фонда и качества оказания помощи в нейрохирургическом отделении.

Задача 11

В городскую больницу, имеющую 450 среднегодовых коек, в отчетном году госпитализировано 10930 больных, выписано 10630, умерло 64, проведено больными 137520 койко-дней. Среднегодовая численность населения города в отчетном году составила 62000 человек.

Определить и оценить:

- 1) среднее число дней занятости койки в году;
- 2) среднюю длительность пребывания в больнице;
- 3) оборот койки;
- 4) среднее время простоя койки;
- 5) больничную летальность;
- 6) уровень госпитализации.

Задача 12

В лечебно-профилактических организациях Республики Беларусь на конец 2006 года имелось 54143 штатных должностей врачей, из них были заняты 51316. Число физических лиц врачей составило 41043. Население Республики Беларусь на конец 2006 года составляло 9714200 человек.

Рассчитать укомплектованность, коэффициент совместительства и обеспеченность врачами в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вальчук, Э. А.* Основы организационно-методической работы и статистического анализа в учреждениях здравоохранения / Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, Ф. П. Царук. — Мн.: БелМАПО, 2003.
2. *Гунн, Г. Е.* Актуальные вопросы статистического исследования и анализа в деятельности лечебно-профилактических учреждений / Г. Е. Гунн, В. М. Дорофеев. — М.: НПЦ «Экология и здоровье», 1994. — 134 с.
3. Анализ медицинских данных государственного статистического наблюдения / В.М. Дорофеев и др.; 2-е изд. доп. и испр. — СПб.: «Медицинская пресса», 2003. — 176 с.
4. *Лисицын, Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 520 с.
5. Общественное здоровье и здравоохранение / Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. — М., 2003. — 520 с.
6. *Попов, Г. А.* Вопросы теории и методики планирования здравоохранения / Г. А. Попов. — М.: Медицина, 1967. — 368 с.
7. О внесении дополнений и изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 года № 724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики»: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 20.06.2007 г. № 811.
8. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2007 год: приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь, 11.01.2007 № 15.

Приложение А

Медицинская документация
Форма № 001/у

наименование учреждения

ЖУРНАЛ учета приема больных и отказов в госпитализации

№ п/п	Поступление		Фамилия, И., О.	Дата рождения	Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона	Каким учреждением был направлен или доставлен	Отделение, в которое помещен больной
	Дата	час					
1	2	3	4	5	6	7	8

ф. № 001/у продолжение

№ карты стационарного больного (истории родов)	Диагноз направившего учреждения	Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен)	Отметка о сообщении родственникам или учреждению	Если не был госпитализирован		Примечание
				указать причину и принятые меры	отказ в приеме первичный, повторный (вписать)	
9	10	11	12	13	14	15

Инструкция по заполнению учетной формы № 001/у

ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Журнал служит для регистрации больных, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших больных, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении больницы, один на всю больницу.

Инфекционные отделения больницы должны вести самостоятельные журналы приема больных и отказов в госпитализации в тех случаях, когда инфекционные больные поступают непосредственно в соответствующие отделения. В родильных отделениях и роддомах ведется журнал по форме № 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности. Поступающие беременные, роженицы и родильницы регистрируются в журнале по форме № 002/у.

В журнал записывается каждый больной, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

Графы 4–7 заполняются на основании медицинской карты амбулаторного больного, если больной направлен поликлиническим отделением данной больницы или выписки из медицинской карты (ф. № 027/у), если больной направлен другим лечебным учреждением.

Графы 11–12 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного при выписке или в случае смерти больного.

Графы 13–14 заполняются в приемном отделении на больных, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных.

На больных, которым отказано в госпитализации также подробно заполняются графы 4–7, 10. Необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар).

Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре. Если больному по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в журнале регистрируется отдельно.

Приложение Б

Медицинская документация
Форма № 003/у

наименование учреждения _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № _____ стационарного больного

Дата и время поступления _____ Дата и время выписки _____

Отделение _____ палата № _____

Переведен в отделение _____

Проведено койко-дней _____

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови _____ Резус-принадлежность _____

Побочное действие лекарств (непереносимость) _____
название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Пол _____

3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года — месяцев, до 1 месяца — дней)

4. Постоянное место жительства: _____

5. Место работы, профессия или должность _____

_____ для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;

_____ для инвалидов — род и группа инвалидности, ИОВ — да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной _____

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет
через _____ часов после начала заболевания, получения травмы;
госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения _____

9. Диагноз при поступлении _____

Диагноз клинический _____

Дата установления _____

11. Диагноз заключительный клинический _____

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно
(подчеркнуть), всего — _____ раз.

13. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения.

Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.			
2.			
		Оперировал	

14. Другие виды лечения _____

для больных злокачественными новообразованиями

1. Спецлечение: хирургическое, комбинированное, химиотерапия, гормональными препаратами

2. Паллиативное

3. Симптоматическое лечение

15. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

16. Исход заболевания: выписан — с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением;
переведен в другое учреждение _____

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница.

17. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть).

18. Для поступивших на экспертизу — заключение _____

19. Особые отметки _____

Лечащий врач _____ Зав. отделением _____

Приложение В

форма № 003/у продолжение

ЗАПИСЬ ВРАЧА
приемного покоя

ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ,
патология, предполагаемый диагноз, план обследования

Даты	ДНЕВНИК
	ЭПИКРИЗ

Патологическое (гистологическое) заключение _____

Патоморфологический диагноз

а) основной: _____

б) осложнение основного: _____

в) сопутствующий: _____

Инструкция по заполнению учетной формы №003/у

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями.

Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.).

Паспортная часть, диагноз направившего учреждения и диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу записываются в приемном отделении. Врачом приемного отделения заполняется также специально отведенный лист, в котором указываются краткие данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении. Остальные записи в карте, включая клинический диагноз, делает лечащий врач.

Если больной подвергнулся хирургическому вмешательству, то в карте указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. Подробное описание операции дается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. № 008/у). В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выбытия считаются за один койко-день.

Во время пребывания больного в стационаре карта хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. № 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т. д.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы).

Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных медицинской карты составляется карта выбывшего из стационара (ф. № 066/у), после чего карта сдается в архив учреждения.

Приложение Г

Медицинская документация
Форма № 004/у

наименование учреждения

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта № _____ Фамилия, имя, о. больного _____ Палата № _____

Дата													
День болезни													
День пребывания в стационаре	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
П АД Т	у в	у в	у в	у в	у в	у в	у в	у в	у в	у в	у в	у в	у в
140 200 41													
120 175 40													
100 150 39													
90 125 38													
80 100 37													
70 75 36													
60 50 35													
Дыхание													
Вес													
Выпито жидкости													
Суточное количество мочи													
Стул													
Ванна													

Инструкция по заполнению учетной формы № 004/у ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т. д. в температурный лист и вычерчивает кривые этих показателей.

Приложение Д

Медицинская документация
Форма № 005/у

наименование учреждения

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

Группа крови больного _____

Резус-принадлежность _____

(каждое переливание крови производится только после подтверждения групп крови донора и реципиента двумя сериями стандартных изоагглютинирующих сывороток, проведения пробы на индивидуальную совместимость и биологической пробы)

№ п/п	Дата	Показания к переливанию трансфузионной среды	Способ переливания	К-во мл	Паспорт трансфузионной среды					
					трансфузионная среда	групповая принадлежность	резус-принадлежность	№ этикетки, серия препарата, завод-изготовитель	дата заготовки	ФИО донора
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

продолжение

Пробы		Биологическая	Реакции T ⁰ , осложнения (какие именно), к-во мочи и ее анализ	Подпись врача (разборчиво)
индивидуальной совместимости	группа			
резус	резус	резус	резус	резус
12	13	14	15	16

Инструкция по заполнению учетной формы № 005/у

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

Форма применяется для регистрации каждого переливания трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), производимого больному, а также реакций и осложнений после трансфузии.

Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма № 003/у).

Заполняется врачом, проводившим трансфузию, на основании данных журнала регистрации переливания трансфузионных сред (форма № 009/у).

При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

наименование учреждения

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ

переливания трансфузионных сред (кровь, плазма, нативная, сухая, замороженная, иммунная, эритроцитарная масса и взвесь, размороженные и отмытые эритроциты, лейкоцитарная и тромбоцитарная масса, криопреципитат, альбумин, протенин, фибриноген, фибринолизин и кровезаменители)*

<*> — В крупных учреждениях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты и препараты, кровезаменители. Кроме регистрации в журнале, каждая трансфузия должна быть записана в медицинскую карту стационарного больного.

Регистрация переливания трансфузионных сред										
№ п/п	Дата переливания	Переливание первичное или повторное	Фамилия, имя и отчество больного	Возраст (детей до 1-го года — число месяцев, дней)	№ карты стационарного больного	Группа крови и резус-фактор больного	Показания к переливанию	Трансфузионная среда		
								кровь (групповая и резус-принадлежность)	Компоненты и препараты крови (групповая и резус-принадлежность)	гемодинамические препараты (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

продолжение

Регистрация переливания трансфузионных сред									
Трансфузионная среда		Доза перелитой трансфузионной среды (мл)	Паспорт флакона		Способ переливания крови	Трансфузионные реакции (слабая, средняя, сильная)	Осложнения после переливания	Подпись врача	
дезинтоксикационные (гемодез, полидез)	препараты для парентерального белкового питания (гидролизат казеина, гидролизин, аминоклепид и т.д.)		№ этикетки (серия препарата завод-изготовитель)	дата заготовки (выпуска препарата)					
12	13	14	15	16	17	18	19	20	

Инструкция по заполнению учетной формы № 009/у

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД

Форма применяется для регистраций всех переливаний трансфузионных сред, проводимых в лечебно-профилактическом учреждении.

В крупных учреждениях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты, препараты, кровезаменители.

Журнал заполняется врачом, проводящим трансфузии. Каждая трансфузия, кроме журнала, должна быть зафиксирована в листе регистрации переливания трансфузионных сред (форма № 005/у), вклеенном в медицинскую карту стационарного больного.

В журнале регистрируются также трансфузионные реакции (графа 18) и осложнения (графа 19), наблюдаемые у больного, перенесшего трансфузию.

Приложение Ж

Медицинская документация
Форма № 008/у

наименование учреждения

ЖУРНАЛ записи оперативных вмешательств в стационаре

Операция № _____ Карта стационарного больного № _____
Фамилия, имя, отчество больного _____ Дата операции « ____ » _____ г.
_____ Хирург _____
_____ Ассистенты _____
_____ Наркотизатор _____

Описание операции

Описание препарата (удаленного органа, части органа) _____

Исход операции _____

Инструкция по заполнению учетной формы № 008/у

ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СТАЦИОНАРЕ

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, в котором подробно описывается ход операции, указывается вид обезболивания, доза наркотического средства, отмечается продолжительность операции, состояние больного во время оперативного вмешательства, а также указываются лечебные мероприятия, проводившиеся во время операции (инъекции сердечных средств, дача кислорода и др.), записываются фамилии оперирующих врачей и наркотизатора, исход операции.

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом, если в больнице несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

Приложение И

Медицинская документация
Форма № 011/у

наименование учреждения

**Лист основных показателей состояния больного _____
находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной
терапии с диагнозом _____**

	Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Симптомы	Состояние У. СТ. Т.												
Реанимационные мероприятия													
Лечение													

оборотная сторона ф. 011/у

Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6
Моча	Диврез											
	Белок											
	Сахар											
	Ацетон											
	pH											
Кровь	Гемоглобин											
	РОЭ мм/час											
	лейкоциты											
	pH											
	O ₂											
	Сахар											
Ферменты												

У — удовлетворительно
Ст. — средней тяжести
Т. — тяжелое

Подпись врача _____

Приложение К

Медицинская документация
Форма № 012/у

наименование учреждения _____

Лист основных показателей состояния больного находившегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения с диагнозом _____

		Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	
Лечение	Реанимационные мероприятия	Симптомы													
		Состояние У. СТ. Т.													
		ДФ													
		ЭИТ													
		ЭКС													
		Непрямой массаж													
		ИВЛ													

оборотная сторона ф. 012/у

		Часы	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	
Моча		Линурез													
		Белок													
		Сахар													
		Ацетон													
		pH													
Кровь		Гемоглобин													
		Гематокрит													
		Лейкоциты													
		СОЭ мм/час													
		Время сверт. крови													
		Протромбин													
		Фибриноген													
		Холестерин													
		Объем ширк. крови													
		АЛТ													
		АСТ													
		АЛГ													
		КФ													
		Сахар													
		Калий													
Натрий															
Кальций															
Ферменты		Хлор													
		O ₂													
		PO ₂													
		pH													
		PCO ₂													
		PE													

Подпись врача _____

Приложение Л

Медицинская документация
Форма № 013/у

наименование учреждения

ПРОТОКОЛ (карта)

патологоанатомического исследования № _____

Адрес учреждения, составившего протокол _____ Больница _____
отделение _____ Карта больного № _____

1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. М/Ж 3. Возраст _____

4. Место жительства _____ 5. Профессия _____

6. Доставлен в больницу через _____ часов после начала заболевания. 7. Проведено _____ койко/дней.

8. Дата смерти _____ 9. Дата вскрытия _____

10. Лечащий врач _____ 11. Присутствовали на вскрытии: _____

12. Диагноз направившего учреждения _____

13. Диагноз при поступлении _____

14. Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления: _____

15. Заключительный диагноз и дата его установления (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

16. Результаты клинико-лабораторных исследований _____

17. Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания): _____

18. Ошибки клинической диагностики (подчеркнуть, вписать)

Расхождение диагнозов по основному заболеванию _____	Запоздавая диагностика основного заболевания _____
по осложнениям _____	смертельного осложнения _____
по сопутствующим заболеваниям _____	

Причины расхождения диагнозов

Объективные трудности диагностики	Кратковременное пребывание	Недообследовании больного	Переоценка данных обследования	Редкость заболевания	Неправильное оформление диагноза

19. Причина смерти (во врачебном свидетельстве о смерти № сделана следующая запись):

Коды:

_____ I. а)
_____ б)
_____ в)
_____ II.

20. Клиникопатологоанатомический эпикриз.

Протокольная часть на _____ страницах прилагается.

Фамилия патологоанатома _____

Заведующий отделением _____

Заполняется в 3-х экземплярах (первый — протокол, второй — подшивается к карте больного, третий — секционная карта).

Продолжение протокола патологоанатомического исследования № ____ от « ____ » _____ г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рост	Вес тела	Вес органов							
		мозг	сердце	легкие	печень	селезенка	почки левая/правая		

Взято кусочков для патологоанатомического исследования _____

Изготовлено блоков _____

Взят материал для других методов исследования: _____

Текст протокола

Заполняется в одном экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются.

Результаты гистологического исследования:

Приложение на _____ листах.

Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько) _____

Дата обсуждения на конференции _____

Фамилия, подпись патологоанатома _____

наименование учреждения

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из стационара**

1. Фамилия, имя, отчество _____
Пол _____ Дата рождения _____
2. Проживает постоянно (адрес) _____

Житель (подчеркнуть): города — 1, села — 2 3. Кем направлен больной _____ Отделение _____ Профиль коек _____ 4. Доставлен в стационар по экстренным показаниям (подчеркнуть): да — 1, нет — 2 5. Через сколько часов после заболевания (получения травмы) (подчеркнуть): 1) в первые 6 часов — 1 2) 7–24 час.— 2 3) позднее 24-х час. — 3 6. Дата поступления в стац. _____ г. _____ месяц _____ число _____ час 10. Диагноз стационара _____	7. Исход заболевания (подчеркнуть): 1) выписан- 1 2) умер- 2 3) переведен- 3 7 а. Дата выписки, смерти _____ г. _____ месяц _____ число _____ час 7 б. Проведено дней _____ 8. Диагноз, направившего учреждения _____ 9. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые — 1 повторно — 2
---	--

Основной	Осложнения	Сопутствующие заболевания
Клинический заключительный		
Патологоанатомический		

11. В случае смерти (указать причину):
 I. Непосредственная причина смерти а) _____
 Заболевание, вызвавшее или обусловившее непосредственную причину смерти: б) _____
 Основное заболевание в) _____
 II. Другие важные заболевания, способствовавшие смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

12. Хирургические операции

Дата, час	Название операции	Осложнения

13. Обследован на RW «___» _____ г. Результат _____

14. Инвалид Отечественной войны (подчеркнуть): да — 1, нет — 2

Инструкция по заполнению учетной формы № 066/у

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА

Статистическая карта выбывшего из стационара составляется на основании медицинской карты стационарного больного (ф. № 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем). Карта составляется одновременно с записью эпикриза в медицинской карте стационарного больного лечащим врачом на всех выбывших из стационара, в том числе и родильниц, выписанных после нормальных родов, на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре. В карте отражаются сведения: о длительности лечения больного в стационаре, диагнозе основного и сопутствующих заболеваний, сроке, характере и эффективности хирургической помощи, исходе заболевания и др. На основании карты выбывшего из стационара заполняются разделы отчета: состав больных и исходы лечения, хирургическая работа стационара (включая экстренную хирургическую помощь). При переводе больного из одного отделения в другое той же больницы карта выбывшего больного заполняется в отделении, из которого выбыл больной. В тех случаях, когда в карте указано два и более диагноза заболеваний, в отчете больной относится к одному из этих заболеваний, послужившему основной причиной госпитализации. Карта выбывшего из стационара должна быть подписана врачом. Карта не заполняется на больных, переведенных в другие стационары.

Приложение Н

Медицинская документация
Форма № 007/у

наименование учреждения

ЛИСТОК
учета движения больных и коечного фонда стационара

наименование отделения, профиля коек

1	2	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт	В том числе коек, свернутых на ремонт	Движение больных за истекшие сутки			
				Состояло больных на начало истекших суток	Поступило больных (без переведенных внутри больницы)		
					Всего	Сельских жителей	Детей в возрасте до 14 лет
3	4	5	6	7	8	8	
Всего							
в т.ч. по койкам							

продолжение

Движение больных за истекшие сутки					На начало текущего дня				
Переведено больных внутри больницы		Выписано больных		Умерло	Состоит больных		Состоит матерей при больных детях	Свободных мест	
Из др. отделений	В др. отделения	Всего	В т.ч. переведенных в др. стационары		Всего	В т.ч. сельских жителей		Мужских	Женских
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Оборотная сторона ф. № 007/у

СПИСОК БОЛЬНЫХ

Фамилия, И., О. поступивших	Фамилия, И., О. переведенных из других отделений	Фамилия, И., О. выписанных

продолжение

Фамилия, И., О. переведенных в другие отделения данной больницы		Фамилия, И., О. умерших	Фамилия, И., О. больных, находящихся во временном отпуске <*>
В другие стационары			

<*> — Для психически больных и больных туберкулезом

Приложение II

Инструкция по заполнению учетной формы № 007/у

ЛИСТОК УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА СТАЦИОНАРА

Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. № 007/у) является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в стационаре. Наряду с этим он обеспечивает возможность регулировать прием больных в стационар, поскольку в нем указывается наличие свободных мест.

Листок ведется старшей сестрой отделения (больницы), при этом по строке 1 показываются данные в целом по отделению или больнице, а в последующие строки вписываются данные по отдельным профилям коек.

В случаях, когда приказом по больнице было произведено временное перепрофилирование коек, сведения в листке (гр. 3) о фактически развернутых койках показываются по новому профилю коек.

Например, если койки терапевтического отделения перепрофилируются в койки для инфекционных больных, то в гр.3 в строке 1 и в том числе «инфекционные», показываются все перепрофилированные койки.

В гр.3 показывается число фактически развернутых в пределах сметы коек, включая свободные, не занятые больными койки, но не включая приставных коек, развернутых временно в связи с перегрузкой.

В графе 4 указывается число коек, временно не функционировавших, закрытых на ремонт, карантин и по другим причинам.

В графах 5–13 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших больных, числа переведенных из отделения в отделение, выписанных и умерших) и в гр. 14 и 15 о числе больных, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в гр. 14 предыдущего дня, должно быть переписано в гр. 5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. чтобы число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 14) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр. 6) и переведенных (гр. 9), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 10), выписанных (гр. 11) и умерших (гр. 13), т.е. числам в гр. $5+6+9-10-11-13=$ гр. 14.

Заполненные листки по ф. № 007/у передаются каждый день статистику или другому сотруднику, отвечающему за ведение учета в больнице, которые ежедневно подводят итоги по учреждению в целом и записывают их на бланке той же формы № 007/у. В конце месяца на основании сведений ежедневных листков по каждому профилю коек и по больнице в целом составляются сводки, и полученные данные записываются в сводную ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек — ф. № 016/у.

Приложение Р

Медицинская документация
Форма № 016/у

наименование учреждения

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек

(вписать название)

	Число коек в пределах сметы фактически раз-вернутых + свернутых на ремонт на конец отчетного периода	Средне-месячных (годовых) коек	Состояло больных на начало отчетного периода	За отчетный период		
				поступило больных		
				всего	из них	
сельских жителей	детей в возрасте до 14 лет включительно					
	1	2	3	4	5	6
Январь						
Февраль						
Март						
Декабрь						
За год						

продолжение

За отчетный период					Состояло больных на конец отчетного периода	Проведено всеми больными койко-дней	В т.ч. сельскими жителями	Число койко-дней закрытия	Кроме того, проведено койко-дней матерями при больных детях
Переведено больных внутри больницы		Выписано больных		Умерло					
Из других отделений	в другие отделения	всего	в т.ч. переведено в другие стационары						
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Инструкция по заполнению учетной формы № 016/у СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА ПО СТАЦИОНАРУ, ОТДЕЛЕНИЮ, ПРОФИЛЮ КОЕК

Заполняется в больницах всех профилей, стационарах диспансеров и НИИ, клиниках медицинских институтов, госпиталях для ИОВ для подведения помесечных и годовых отчетов движения больных и использования коек по отделениям, профилям коек и стационару в целом. Служит для заполнения раздела «Коечный фонд и его использования» отчета о деятельности стационара.

1. Сводная ведомость заполняется ежемесячно по каждому отделению, по каждому профилю коек и по стационару в целом (на отдельных бланках ф. № 016/у) на основании подсчета записей за все дни месяца в листках ежедневного учета ф. № 007/у.

2. В графе 2 по месяцам показывается среднемесячное число коек, за год — среднегодовое число коек.

3. Для определения среднемесячного числа коек (для гр. 2) подсчитываются за месяц данные графы 2 формы №007/у и полученная сумма делится на число календарных дней месяца; для определения числа среднегодовых коек складываются записи в гр. 2 ведомости №016/у и полученная сумма делится на 12.

4. Число койко-дней, проведенных больными за отчетный период, проставляется только на основании записей в листке по ф. № 007/у.

5. Число проведенных больными койко-дней получается путем подсчета данных графы 14 и 15 в форме № 007/у, число койко-дней закрытия — графы 4 в форме № 007/у, число койко-дней, проведенных матерями при больных детях, — 16 в форме № 007/у.

6. Данные сводной ведомости ф. № 016/у служат для заполнения таблицы «Коечный фонд и его использование» отчета о деятельности стационара.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Цель занятия.....	3
Задачи занятия.....	3
Требования к исходному уровню знаний.....	3
Контрольные вопросы по теме занятия.....	4
Учебный материал.....	4
Первичные медицинские документы и формы государственной статистической отчетности стационара.....	9
Показатели, характеризующие больничную помощь, и их оценка.....	12
Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия.....	18
Самоконтроль усвоения темы.....	19
Ситуационные задачи.....	23
Литература.....	26
Приложение А.....	28
Приложение Б.....	29
Приложение В.....	30
Приложение Г.....	31
Приложение Д.....	32
Приложение Е.....	33
Приложение Ж.....	34
Приложение И.....	35
Приложение К.....	36
Приложение Л.....	37
Приложение М.....	38
Приложение Н.....	39
Приложение П.....	40
Приложение Р.....	41

Учебное издание

Шаршакова Тамара Михайловна
Дорофеев Виталий Михайлович

**ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 5 курса медицинских вузов**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 09. 04. 2008
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 2,33. Уч.-изд. л. 2,5. Тираж 150 экз. Заказ № 116

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004