

30.11.2010 г.

УДК: 614.2:614.212(470+571)

Леонов С.А., Зайченко Н.М.

Особенности учета и отчетности о деятельности дневного стационара медицинской организации

[ФГУ ЦНИИОИЗ](#), Москва

Leonov S.A., Zajchenko N.M.

Features of registration and reporting about activity of day hospitals at health care facilities

[Federal Public Health Institute](#), Moscow

Проанализировано состояние учёта и отчётности по дневным стационарам. Дана оценка степени информативности отдельных разделов действующей отчетной документации. Представлена характеристика положений о дневном стационаре, утверждённых в разные годы. Даны предложения по упорядочению статистического учёта и отчётности лечебно – профилактических учреждений, в структуре которых организованы дневные стационары.	In the article, the current state of registration and reporting on day hospitals activity is analyzed. The level of information content in some sections of the current registration documentation is assessed. The characteristics of the day hospital regulations authorized in various years is submitted. The proposals on regulating the statistical registration and report of health care facilities, in which structure day hospitals are organized, are given.
---	---

Ключевые слова: стационар замещающие технологии, первичная учетная медицинская документация, отчёт дневного стационара, стационар на дому.

Key words: hospital replacing technologies, primary registration medical documentation, day hospital report, home care.

Как в нашей стране, так и за рубежом на протяжении последних десятилетий изучалась возможность более высокого уровня оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе. Первый дневной стационар в СССР был открыт еще 1930 году в Москве.

В середине прошлого века были популярны дневные реабилитационные центры для неврологических больных в Великобритании, США, Канаде. В Германии была создана сеть педиатрических дневных стационаров. Широкая сеть дневных стационаров для гериатрических больных функционирует в странах Западной Европы.

В Российской Федерации в настоящее время проводится структурная реформа отрасли, которая ставит две основные задачи: выполнение государственных гарантий по оказанию населению в необходимом объеме качественной бесплатной медицинской помощи и повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения.

Современное здравоохранение приобретает черты хорошо отлаженного технологического процесса. Одной из основных медицинских технологий является замещающая стационар помощь, в частности организация дневных стационаров, которые способны обеспечить должное качество лечения больных при меньших затратах.

Сегодня в стране успешно работают дневные стационары терапевтического, неврологического, педиатрического, гинекологического и узкоспециализированного профилей. Анализ основных показателей деятельности дневных стационаров показал их

экономическую эффективность: количество пролеченных больных в 1,5-3 раза больше за счет работы в две смены, а стоимость одного дня лечения в 5 раз меньше, чем при круглосуточном стационарном лечении. Лечение в дневном стационаре дает определенные преимущества и для пациентов: сокращение сроков диагностических мероприятий, пребывание большую часть суток дома, в семье; исключение стрессовой ситуации, связанной с госпитализацией в обычные стационары; подбор медикаментозной терапии на фоне обычного ритма жизни, не требующей дальнейшей адаптации; возможность получения инфузионной комплексной терапии.

Показаниями для госпитализации в дневной стационар являются:

- необходимость уточнения диагноза посредством проведения дополнительных диагностических методик или подбора адекватного лечения при заболеваниях (состояниях), требующих ежедневного, но не круглосуточного наблюдения за состоянием пациента;
- общесоматические заболевания детей и взрослых, неврологические и гинекологические болезни в стадии обострения легкой и средней степени тяжести, нуждающиеся в стационарном лечении без круглосуточного наблюдения;
- проведение сложных видов диагностических исследований.

Противопоказано лечение в дневном стационаре больных с острыми септическими состояниями, декомпенсацией при сердечной, легочной и другой органной недостаточности, когда состояние пациента требует круглосуточного врачебного наблюдения и медицинского ухода, а также больных, которым необходимо круглосуточное парентеральное введение различных медикаментозных средств и больным с резко ограниченными возможностями самостоятельного передвижения.

В 1987 году в СССР вышел приказ Министерства здравоохранения СССР «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому» № 1278 от 16.12.87 г. [2], которым было утверждено положение о стационаре дневного пребывания в больнице (стационаре), дневном стационаре в поликлинике, стационаре на дому.

Стационар дневного пребывания в больнице организовывался в соответствии с приказом главного врача учреждения или органа управления здравоохранением на сверхсметных койках, которые в общую численность коечного фонда учреждения не включались [1].

В письме заместителя Министра здравоохранения СССР от 28.05.90 № 04-14/18-14 «О порядке учета и отчетности стационаров дневного пребывания в больницах» уточнялось, что стационар (отделение, палата) дневного пребывания в больнице является структурным подразделением больничного учреждения. «Дневной стационар в поликлинике» так же организовывался как структурное подразделение учреждения, т.е. отделение или кабинет в поликлинике. «Стационар на дому» - создавался в структуре поликлиники для оказания медицинской помощи больным преклонного возраста после перенесенного ими инсульта, пневмонии или другого тяжелого заболевания. При этом активное наблюдение на дому осуществлялось участковым врачом или врачом дневного стационара в соответствии с приказом главного врача (руководителя) данного учреждения или органа управления здравоохранением об организации стационара на дому.

Утвержденное положение о дневном стационаре практически определило и порядок учета деятельности этих подразделений, т.е. в стационаре дневного пребывания (в стационаре) следовало использовать учетную медицинскую документацию, утвержденную

для стационара, в дневном стационаре поликлиник и в стационаре на дому – учетную медицинскую документацию, действующую в поликлинике.

Длительность лечения больного в стационаре определялась фактическим числом дней лечения или обследования, начиная с первого и кончая последним днем, проведенным в дневном стационаре. В случае, если больной в выходные или праздничные дни не находился в стационаре дневного пребывания (в стационаре) и не получал лекарственных препаратов для самостоятельного приема дома, эти дни не включались в общее число дней его лечения в стационаре дневного пребывания.

На больного в стационаре дневного пребывания, как и на каждого стационарного больного, заполнялась «Медицинская карта стационарного больного» (ф. №003/у), записи в которой осуществлялись при каждом посещении больным стационара дневного пребывания. На каждого выписанного из стационара дневного пребывания в стационаре оформлялась - «Статистическая карта вышедшего из стационара» (ф. № 066/у, в настоящее время ф. №066/у-02).

Для учета исследований, проведенных больным в дневном стационаре, Министерством здравоохранения СССР письмом «Союзмедстатистика» от 08.04.1988г. № 27-14/4-88 [3] была утверждена «Карта больного стационара дневного пребывания в больнице, дневного стационара в поликлинике, дневного стационара на дому» – учетная форма № 003-2/у».

Сведения о числе коек в стационаре дневного пребывания и движении больных на них включались в отчет учреждения отдельной строкой «кроме того», т.е. годовой отчет содержал сведения о числе пролеченных больных и продолжительности их пребывания в стационаре дневного пребывания больницы (стационара), а также о числе коек и их профиле

В дневном стационаре поликлиники [4] и в стационаре на дому – использовались утвержденные для поликлиники документы, среди которых основным документом была «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. № 025/у-87, в настоящее время ф. № 025/у - 04).

Число пролеченных больных в стационаре дневного пребывания в больнице или в поликлинике в годовом отчете указывалось в паспортной части отчетной формы № 30 - «Сведения о лечебно – профилактическом учреждении».

Продолжительность лечения больного в дневном стационаре больниц определялась числом койко–дней, проведенных в этом отделении; в дневном стационаре поликлиники – числом дней лечения в поликлинике, в стационаре на дому - также числом дней лечения в стационаре на дому. Объем помощи больным в дневном стационаре поликлиники и в стационаре на дому включался в отчет учреждения, как его структурного подразделения - на общих основаниях.

В 1999 г. приказом Министерства здравоохранения от 09.12.99 г. № 438 [5] было утверждено новое положение, изменившее название и статус дневного стационара в стационаре. Новое положение определило «дневной стационар», как структурное подразделение больницы (отделение, палата), поликлиники (отделение, кабинет), включая стационар на дому, когда необходимая медицинская помощь оказывается больному при активном его наблюдении без регулярного вызова больным врача на дом.

В соответствии с новым положением мощность больничного учреждения, в структуре которого организован дневной стационар, определяется общей численностью коечного фонда круглосуточных и дневных отделений (палат). В этом – главное отличие нового положения от существовавшего ранее.

Новое положение уточнило систему использования учетной документации в дневном стационаре лечебно-профилактического учреждения, т.е. порядок учета деятельности дневного стационара. При этом «поступление» в дневной стационар отмечалось только в случае, если он организован в составе больницы (стационара) и пациент поступает непосредственно в отделение дневного стационара больницы. При этом перевод из круглосуточного в отделение дневного стационара является, внутрибольничным переводом, что и отмечается в учетных документах. Выписка пациента из дневного стационара в учетных документах отмечается только при выбытии из больницы, непосредственно из отделения дневного стационара.

В соответствии с новым положением работа дневного стационара оценивалась:

- в стационаре - по числу пролеченных больных, продолжительности лечения при отдельных заболеваниях и результатам лечения по «Карте выбывшего из стационара», а также занятости койки в отделении дневного стационара (по числу дней работы койки, продолжительности пребывания больного на ней и др.);

- в поликлинике - числом пролеченных больных, закончивших данный эпизод лечения, и продолжительностью лечения, т.е. по числу дней лечения, а также объемом выполненных в условиях дневного стационара лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, физиотерапевтических и других исследований и процедур;

- в стационаре на дому, т.е. при активном наблюдении на дому без повторных вызовов больным врача на дом: числом пролеченных больных, у которых закончился данный эпизод лечения, продолжительностью этого эпизода, т.е. продолжительностью лечения в стационаре на дому (числом дней лечения) и др.

При этом традиционно в отчете предусматривалось представление сведений о числе учреждений, имеющих в своей структуре дневные стационары, т.е. в учреждениях разного типа, профиля (например, в городских, детских, центральных районных больницах, туберкулезных объединенных больницах, противотуберкулезных диспансерах со стационарами и других лечебно-профилактических учреждениях).

В 2002 г. была разработана и приказом Министерства здравоохранения от 30.12.2002 г. № 413 утверждена отчетная форма № 14дс - «Сведения о деятельности дневного стационара лечебно-профилактического учреждения» [6]. Позднее - приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2003 г. № 548 была утверждена «Инструкция по заполнению отчетной формы по дневным стационарам».

Именно эта отчетная форма и инструкция по её заполнению внесли противоречия между основополагающими принципами формирования отчетности в отечественном здравоохранении утвержденными в 1999 г., и ныне действующей отчетностью о дневном стационаре.

Рассмотрим некоторые из этих противоречий.

В утвержденной отчетной форме № 14дс неожиданно оказался «измененным» статус дневного стационара: предусмотрен сбор сведений о «дневных стационарах при больничных и при амбулаторно – поликлинических учреждениях», что противоречит утвержденному приказом Минздрава России положению об этих подразделениях.

Кроме того, в отчете предусмотрено представление сведений «о числе дневных стационаров различных типов». Это равноценно утверждению, что при наличии в структуре поликлиники детского отделения и организации в поликлинике дневного стационара для взрослых больных и для детей, в отчете следует указывать два дневных стационара, что является грубым нарушением утвержденного положения, в котором дневной стационар

определен как структурное подразделение учреждения. Такое толкование искажает сведения об учреждении, так как дневной стационар является не самостоятельным учреждением, т.е. не юридическим лицом, а лишь структурным подразделением.

В отчетную форму были включены и сведения о числе смен работы дневного стационара. В лечебно – профилактических учреждениях страны, как свидетельствует сложившаяся практика, дневной стационар может работать в одну, чаще две и реже в три смены. В годовом отчете число смен работы суммируется по всем учреждениям в районах, городах, субъектах РФ, в стране. Однако не секрет, что показатель сменности работы дневного стационара, как и поликлиники, характеризует уровень организации, степень доступности помощи в конкретном учреждении. Для характеристики службы на уровне города, района, субъекта, тем более страны сумма числа смен в разных учреждениях не несет ни смысловой, ни информативной нагрузки. По этой причине при анализе деятельности дневного стационара показатель суммы «числа смен» работы дневного стационара невозможно использовать.

Некоторый интерес может представить информация о числе учреждений разных типов (профилей), в которых дневной стационар работает в одну, две или даже в три смены. Однако, следует иметь в виду, что этот показатель информативен лишь при анализе деятельности отдельного учреждения и не приемлем на уровне территории (города, района и тем более страны).

Недоумение вызывает и положение инструкции, рекомендуемое в случае, если дневной стационар в круглосуточном стационаре или в поликлинике, как и поликлиника, работает в две (три) смены, указывать их число «в соответствии со сменностью», т.е. удваивать (утраивать). Прокомментировать невероятность этого показателя трудно. Кроме того, в отчете предусмотрено представление сведений «о числе дневных стационаров различных типов», что противоречит утвержденному положению о дневном стационаре, являющимся структурным подразделением. Предлагаемая инструкцией интерпретация является нарушением утвержденного приказом положения и приводит к искажению сведений об учреждении.

Следующее «нововведение» - в отчетной форме заполняются сведения о числе «мест» и даже «коек» в дневном стационаре поликлиники. История отечественного здравоохранения сохранила память о том времени, когда в отдельных поликлиниках сельских районов действительно существовали койки, предусмотренные для больных (пациентов) из районов, которым в течение одного дня не были выполнены необходимые исследования (процедуры) и которые не имели возможности в этот же день вернуться домой. Однако по данным медицинской отчетности после 1945 года такие койки были закрыты.

В настоящее время понятие «места» в поликлинике в отчетной форме окончательно трансформировалось в «койку в поликлинике». Даже в разделе отчетной формы «использование коечного фонда» указаны профили мест, как в дневных стационарах больничных учреждений, так и в амбулаторно-поликлинических и даже в стационарах на дому, что само по себе абсурдно.

Еще одно нововведение. Больных, переведенных из круглосуточного отделения стационара в дневной стационар и из дневного отделения в круглосуточное, было рекомендовано включать в число поступивших (выписанных), что неприемлемо, так как изменяет число, как госпитализированных, так и выписанных из данного учреждения больных.

Обращает на себя внимание и предложение представлять в отчете сведения о числе отделений (палат, кабинетов) в отдельных учреждениях. Нецелесообразность и

неправомерность такого учета заключается в неинформативности этих данных из-за различий в мощности, профиле и типах учреждений, в структуре которых функционируют дневные стационары.

Пожалуй, впервые в истории отечественной медицинской статистики столь спокойно в 2003 г. приказом Министра здравоохранения России был узаконен порядок сбора отсутствующих в природе статистических данных.

Еще более необычно выглядит раздел отчетной формы, где представляются данные об оказании медицинской помощи больным в стационаре на дому. Отчетная форма предусматривает представление сведений о «койках в стационаре на дому». При этом отчетной формой предусмотрено обязательное указание «профиля постели больного», которой в отчете «присвоен» статус «больничной койки» определенного профиля и данные по ним собираются по 76 профилям коек. Однако в инструкции не указано, как именно это следует осуществлять на практике. Так, «почти незаметно» отчетная форма о работе стационар замещающего подразделения лечебно – профилактического учреждения превратилась в отчет «виртуального подразделения», заменяющего поликлинику. В такой редакции отчетная форма 14дс собиралась от субъектов Российской Федерации более 5 лет.

Включение в отчетную форму №14дс «новых понятий» сопровождалось и рекомендациями по введению в дневном стационаре поликлиники и в стационаре на дому двойной системы учета, т.е. больничной учетной документации: «статистической карты выбывшего из стационара», «Медицинской карты стационарного больного» при одновременном использовании «Медицинской карты амбулаторного больного» и других учетных поликлинических документов.

Попробуем вернуть существующие понятия на их законные места:

- в «дневном стационаре круглосуточного стационара», являющемся подразделением больничного учреждения (стационара), могут быть только койки;

- в «дневном стационаре поликлиники», также в соответствии с положением о дневном стационаре не может быть ни мест, ни коек. Есть больные, которым оказывается помощь при посещении ими поликлиники (поликлинического подразделения), в структуре которой (или которого) организован дневной стационар, т.е. мы имеем пролеченных или обследованных пациентов;

- в «стационаре на дому», где больной лежит на своей постели у себя дома, могут быть только больные, нуждающиеся в медицинской помощи, как и в поликлинике. При этом он не может ни «поступить», ни «выписаться» из дневного стационара поликлиники, тем более из стационара на дому, так как это равносильно утверждению «поступления в поликлинику» или «выписки из поликлиники».

Мы не вправе подсчитывать «число» дневных стационаров, так как (дневной стационар не является юридическим лицом) не существует критериев определения их мощности. Для организаторов здравоохранения важно знать, в каком числе учреждений, в учреждениях какого типа, профиля такая работа организована, т.е. оказывается именно этот вид помощи, и какому именно числу больных при этом была оказана медицинская помощь. Как известно, именно главный врач, руководитель ЛПУ в соответствии со своими полномочиями принимает решение, для какой численности больных следует организовывать стационар на дому в подведомственном ему учреждении.

В интересах управления отраслью о деятельности дневных стационаров следует собирать сведения о числе и типе учреждений, в которых организован именно этот вид помощи, т.е. имеющих в своей структуре дневной стационар. Основной характеристикой

работы дневного стационара в лечебно – профилактическом учреждении является объем выполненной работы, т.е. число пролеченных больных, а также объем выполненных данному больному различных исследований. Целесообразно рассматривать и структуру пролеченных в дневном стационаре, стационаре на дому больных по возрасту, полу, профилю заболевания, его тяжести, давности и другим признакам.

Не правомерно считать дневной стационар, в котором помощь получают больные разного возраста «самостоятельными типами дневных стационаров», как указано в бланке отчетной формы и записано в инструкции, так как это противоречит утвержденному положению.

При поступлении больного непосредственно в отделение дневного стационара в больнице в учетном документе следует указывать «поступление». Однако при внутрибольничном переводе не допустимо внутрибольничный перевод подменять «поступлением» или «выпиской», вместо внутрибольничного перевода, равно как и в случае перевода из отделения дневного стационара – в круглосуточное. Оформление внутрибольничных переводов, как выписку или поступление, увеличивает и число выписанных и число поступивших, грубо искажая данные о госпитализации и выбытии больных на этапе сбора отчетных данных.

Больной, направленный в дневной стационар поликлиники на лечение или обследование, посещает его в течение всего эпизода (периода) лечения или обследования. Но невозможно в этот дневной стационар поступить. Все посещения пациента дневного стационара, как и посещения врачом больного в стационаре на дому учитываются на общем основании, именно как соответствующие посещения.

Системой организации отечественного здравоохранения предусмотрено понятие «выписки из стационара». Выписка из «дневного стационара поликлиники» или «из стационара на дому» равносильна «выписке» больного из поликлиники или из собственного дома. Следовательно, невозможно и получить сведения о числе таких случаев, что предложено отчетной форме №14дс и исправно «представлялось» субъектами страны с 2002 года.

Следующая характеристика. В разделе I «использование коечного фонда» койки упоминаются только в названии раздела. В соответствующих графах указано «число мест» и «профиль» каждого места.

Но в медицинской документации, начиная с 1917 г., и в советской и в российской медицинской статистике, не существует документа, в котором было бы дано определение «места» в стационаре, «места в поликлинике» и тем более «места в стационаре на дому». Следовательно, невозможна и организация системы учета этих «мест». В отечественной, как и в зарубежной статистике, учитываются койки, определяющие мощность больничного учреждения. Однако в отчетной форме предусмотрены даже графы для числа среднегодовых «мест» и в стационаре, и в поликлинике, что придало отчетной форме особый «шарм».

Давно напрашивается, вопрос: «что мы собираем» в отчетности по дневным стационарам, если в природе не существуют «мест в стационаре» и не известно, по какому принципу происходит их распределение по профилям, не известен и порядок определения «профиля места».

Интересным представляется включение в отчетную форму 76 «профилей мест» в дневном стационаре больничного учреждения, дневного стационара в поликлинике и даже стационара на дому.

В годовом отчете за 2008 г. в дневных стационарах больничных учреждений указаны «места» практически всех профилей, включая «хосписные» и «сестринского ухода», кроме «мест для принудительного лечения больных алкоголизмом» и «мест токсикологического профиля» и, естественно, больные практически всех профилей. При этом «места» терапевтического профиля (22415) составляют 27,2%, педиатрического (7516) – 9,1%, гинекологического (6502) профиля - 7,9%, неврологического для взрослых (6091) – 7,4%, хирургического для взрослых (5276) – 6,4% и т. д. На долю общего профиля приходится целых 4,5% , т.е. 3737, от общего числа «мест дневного стационара в стационаре».

В дневных стационарах поликлиник из 76 профилей отсутствуют «места» только нейрохирургического профиля для взрослых, торакальной хирургии для взрослых и для детей, кардиохирургические, для недоношенных и новорожденных, гнойной хирургии для детей, сестринского ухода и хосписные.

В дневных стационарах поликлиник наибольшую долю в общем числе составляют «места» терапевтического профиля (51144) - 40,9%, значительно меньше педиатрического – 8,3% (10387), психиатрического (психоневрологического) - 7,7% (т.е. 9696), гинекологического (7219) - 5,8% и патологии беременности (4292) - 3,4%.

Инфекционные для взрослых (243 или 0,2%) и для детей (84 или 0,1%), радиологические и рентгенологические (115 или 0,1%), сосудистой хирургии (81 или 0,1%) практически не превышают 0,1% от общего числа «мест» в дневном стационаре в поликлинике. Места «общего» профиля, число которых достигло 9486, составило - 7,6%.

В стационарах на дому сведения представлены только по 34 профилям «мест». При этом терапевтический профиль (28480) составил 73,8%, педиатрический (4031) - 10,4%, 2,1% - психиатрический для взрослых (психоневрологический - 802), по 1,1% - туберкулезный (434) и неврологический (418) для взрослых 7,5%, т.е. 2914 мест имеют «общий профиль».

По 14 профилям: гастроэнтерологическому, эндокринологическому, офтальмологическому, ревматологическому, отоларингологическому, ортопедическому, урологическому и пульмонологическому - для взрослых; наркологическому и хосписному; восстановительного лечения и инфекционному для детей, для недоношенных и новорожденных, для грудных – число мест не превысило и 10.

Появление в стационаре на дому хосписных коек – явление одиозное и эксклюзивное. Его сложно адекватно оценить.

Кроме того, учитывая развитие стационар замещающих технологий в стране, т.е. организацию дневных стационаров в многопрофильных лечебно- профилактических учреждениях, естественно возникает вопрос, в отношении организации большого числа «мест общего профиля» в дневных стационарах особенно многопрофильных больничных учреждений, а также поликлиник, имеющих в своем штате значительное число узких специалистов.

Однако, по данным годового отчета за 2008 г. доля «прочих» в общем числе больничных коек составляет лишь 0,8%, терапевтических 11,0%, гинекологических – 4,9%, психоневрологических – 11,8%, педиатрических – 5,0%. Пожалуй, приведенные показатели однозначно «намекают», вернее предлагают обратить внимание на некоторые особенности отчетной формы № 14дс.

Не менее интересны данные о числе «выписанных из дневного стационара поликлиники» и «стационара на дому». В 2008 году по данным годовых отчетов было выписано «из»:

- - дневного стационара в стационаре – 2,1 млн. больных,

- - дневного стационара в поликлинике 3,5 млн. больных,
- - стационара на дому 0,5 млн. человек.

К началу 2009 г. по данным отчетной формы № 14дс «Сведения о деятельности дневного стационара» в стационарах лечебно – профилактических учреждений страны было развернуто 82499 коек в отделениях дневного стационара больничных учреждений, 125112 «мест» в дневных стационарах поликлиник и 38609 «мест» в стационаре на дому.

Вероятно, это должно означать, что число «выписанных» в течение года больных, соответствует 3,5 млн. человек пролеченных в дневном стационаре поликлиники, 0,5 млн. - в стационаре на дому и 2,1 млн. больных в течение 2008г. лечившихся в дневном стационаре больничного учреждения.

Едва ли стоит комментировать представленные данные. Полагаем, разумным решением является отказ от представленного набора «сказочных» сведений в отчетной форме.

В годовом отчете за 2009 г. программой сводов было предусмотрено не заполнять разделы в отчетной форме № 14дс, в которых представлялись сведения о «сумме смен», числе «дневных стационаров», числе коек или мест в дневном стационаре поликлиники, в стационаре на дому вместе с распределением их по профилям.

Необходимо пересмотреть подход к сбору сведений о числе дневных стационаров.

Необходимо перестать «прятать» сведения о числе коек в дневных стационарах в больничных учреждениях, ибо недопустимо в одном разделе отчетной формы «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» (ф. № 47) численность коечного фонда указывается вместе с численностью коек дневного стационара (таблица с кодом 0100). При этом в разделе «коечный фонд лечебно – профилактического учреждения» – без учета коек дневного стационара (таблица с кодом 1110). Эту разницу составили 82,5 тыс. коек в дневных стационарах в 2008гг. и 81,3 тыс.–в 2009 г. При этом при расчете обеспеченности населения койками эти 81,3 тыс. (6,0%) - не учитываются. Но в соответствии с утвержденным Минздравом России положением должны включаться в общую численность коечного фонда.

Наибольшее развитие получили дневные стационары в больницах Нижегородской (4709 коек), Челябинской (4294), Московской (3883), Ростовской (3325), Иркутской (2860) и Волгоградской (2686) областей, Краснодарского края (3807) и Красноярского (2132) краев, республики Татарстан (3138). При этом в Воронежской (99) области, республиках Чеченской (85), Кабардино – Балкарской (70) и Мордовской (40), Пермском крае (45), особенно в Чукотском (30) и Ненецком (15) автономных округах число коек в дневных стационарах не достигает и 100.

Распределение коек дневного стационара по отдельным субъектам Российской Федерации – чрезвычайно не равномерно. Самая большая доля в общей численности коечного фонда приходится на койки дневного стационара в Центральном (23,5%) и Приволжском (23,1%), меньше - в Сибирском (16,0%) и Южном (15,6%) и совсем мало в Северо–Западном (8,3%), Уральском (8,0%) и Дальневосточном (5,4%) федеральных округах.

По отдельным территориям доля коек дневного стационара достаточно велика: в Иркутской (66,6%), в Челябинской областях (65,9%), в Красноярском крае (49,6%), в республике Саха (34,8%), в Краснодарском крае (29,9%), в Ростовской (26,1%) и в Нижегородской (25,0%) областях.

При пересмотре отчетности в 2009г. в отчетную форму № 14дс была включена таблица, в которой представляются сведения о сети лечебно-профилактических учреждений, имеющих в своем составе (структуре) дневные стационары. Такое формирование отчетной

формы вновь нарушило систему отчетности в отрасли. Форма № 14дс предусмотрена для отдельных учреждений, в структуре которых организованы дневные стационары.

Не понятно, почему было решено использовать эту форму не по назначению, т.е. вместо отчетной формы № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения», где данные о сети и деятельности учреждений представляются в полном объеме. Данные о сети учреждений, имеющих в своей структуре дневные стационары, включены в форму 14-дс. Но ведь лишь несколько лет назад аналогичная информация была из формы №47 исключена.

Необходимо упорядочить и ведение первичной медицинской документации в дневных стационарах, включая стационары на дому, отменив использование стационарной документации в дневном стационаре поликлиники, так как поликлиническая документация полностью обеспечивает заполнение отчета по форме 14дс по дневным стационарам в поликлинике и на дому.

Мы считаем, что по дневным стационарам больниц следует собирать сведения о сети учреждений, в структуре которых дневной стационар организован, восстановив соответствующий раздел в отчетной форме №47.

В дневных стационарах в больничных учреждениях следует учитывать число коек, их профиль, движение больных на них, а также число дней работы койки и продолжительности лечения больного. Целесообразно рассмотреть состав больных и сроки их лечения в дневном стационаре. Определенный интерес представляет и объем различных исследований, выполненных больным в дневном стационаре в больничных учреждениях.

В дневном стационаре поликлиники и в стационаре на дому целесообразно анализировать состав пролеченных больных, продолжительность их лечения, сохранив этот раздел в отчетной форме. Интерес представляет и структура пролеченных в дневном стационаре пациентов, объем выполненных им различных исследований, процедур.

Таким образом, сформировавшаяся проблема отчетности дневных стационаров может быть решена. Отчет должен быть скорректирован.

Ведение стационарной учетной документации в дневных стационарах поликлиник и в стационарах на дому нецелесообразно. Его следует незамедлительно отменить.

Общеизвестно, что больничная документация в дневном стационаре в стационаре, поликлиническая – в дневном стационаре в поликлинике и в стационаре на дому – полностью обеспечивают сбор сведений о деятельности дневного стационара, в том числе и для заполнения формы годового отчета.

Кроме того, наступило время обратить внимание на огромные объемы финансовых расходов на дублирование работы по учету деятельности дневного стационара, которые целесообразно сократить.

Список литературы

1. Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика (пособие для врачей). – Л.: Медицина, 1974. – 384 с.
2. Приказ Минздрава СССР № 1278 от 16.12.1987 г. «Об организации стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому».
3. Калинин В.И. Организация стационаров на дому и дневных стационаров в условиях крупных амбулаторно – поликлинических учреждений. Информационное письмо Минздрава СССР.- М., 1987 - 6 с.

4. Инструкция Минздрава СССР «О порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационаров на дому, стационаров дневного пребывания в больницах» от 08.04.1988 г. № 27-14/4-88.

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 09.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно – профилактических учреждениях».

6. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Стационаро-замещающие формы организации медицинской помощи. М. 2001. 212 с.