

Утверждаю
Статс-секретарь -
заместитель Министра
здравоохранения
Российской Федерации
Е.Д.ДЕДКОВ
9 ноября 2001 г.

УПРАВЛЕНИЕ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ N 2001/144

Реформирование системы здравоохранения в России преследует основную цель - обеспечение более высокого качества и доступности медицинской помощи при условии рационального и эффективного использования материальных, кадровых и финансовых ресурсов отрасли.

Настоящие методические рекомендации разработаны в целях оптимизации организационных технологий управления госпитализацией больных в лечебно-профилактических учреждениях, повышения эффективности использования коечного фонда стационаров, сокращения числа необоснованных госпитализаций, реструктуризации стационарной медицинской помощи.

Методические рекомендации разработаны для руководителей и врачей городских многопрофильных больниц, могут использоваться в работе учреждений разного типа с учетом этапности оказания медицинской помощи.

Авторы: Алексеев Н.А., Якушев А.М.

ВВЕДЕНИЕ

Принятие "Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации", позволило органам управления здравоохранения приступить к подготовке региональных (территориальных) программ, направленных на реформирование здравоохранения и повышение его эффективности. Стратегической задачей в реформировании здравоохранения является реструктуризация системы, развитие амбулаторно-поликлинической помощи, стационарозамещающих технологий и снижение затратности стационарной (больничной) помощи населению. Однако существующие организационные проблемы продолжают снижать эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений.

Дальнейшего совершенствования требуют вопросы интеграции догоспитального и госпитального этапов. К ним можно отнести следующие:

- подготовку стандартов показаний к госпитализации в больничные учреждения по профилю;
- подготовку стандартов показаний к госпитализации в полустационары (стационар дневного пребывания, дневной стационар, стационар на дому);
- определение критериев для выписки из стационара и последующей реабилитации в условиях амбулаторно-поликлинического уровня;
- сокращение показаний к госпитализации и расширение диапазона обследования и лечения во внебольничных учреждениях;
- совершенствование системы управления госпитализации больных;
- полноценную подготовку плановых больных к госпитализации и ряд других.

Проблемы обоснованности госпитализации поднимались и изучались многими авторами в течение ряда десятка лет, но и по сей день они остаются актуальными и не решенными до конца. Так, по данным ряда авторов в лечебно-профилактические учреждения госпитализируются необоснованно 14%-40% от всех госпитализированных больных. С развитием стационарозамещающих технологий стали появляться исследования, в которых приводятся данные о том, что и в стационарах дневного пребывания 27%-30% больных госпитализируются необоснованно.

Вариабельность в показателях необоснованной госпитализации объясняется, во-первых, тем, что развитие здравоохранения в разные периоды имело свои отличия и задачи (наращивание коечной сети, достижение максимально возможного уровня госпитализации населения, вплоть до госпитализации с профилактической целью в 70-80-е годы, до нынешней ситуации реформирования здравоохранения в период ограниченного финансирования, когда кардинально изменилась стратегия развития системы здравоохранения). Во-вторых, технологический процесс плановой госпитализации не предусматривал четких критериев по отбору больных нуждающихся в медицинской помощи в больничных условиях.

Задачи и характер госпитализации в значительной степени изменяются в зависимости от социально-экономической ситуации, уровня развития медицины и организации здравоохранения. Нормативные документы, регламентирующие деятельность учреждений системы здравоохранения лишь косвенно указывают на общие принципы плановой госпитализации, в то время как практические врачи амбулаторно-поликлинических подразделений и врачи приемных отделений больниц, проводящие отбор больных для госпитализации, преимущественно ориентируются на собственный опыт, нередко используя субъективные подходы к отбору больных, поэтому в пределах одного территориального образования (по нашим данным), уровень отказов в госпитализации составляет от 0,4% до 13,3%.

Как правило, в стационары поступают больные по направлению врачей амбулаторий, поликлиник, диспансеров и других учреждений внебольничного типа, при этом, в плановом порядке направляется - 52,4% пациентов, а в экстренном - 47,6% от общего числа направленных на госпитализацию. Из числа больных, поступающих в экстренном порядке, 16%-18% доставляет "Скорая помощь", а 4% - 5% больных поступают в стационар "самотеком", то есть обращаются без направлений в приемное отделение, которое в случае необходимости их госпитализирует.

При изменении способа финансирования лечебно-профилактических учреждений за каждый случай госпитализации, возрастает значимость ее обоснования. Децентрализованная система госпитализации, существующая в настоящее время практически повсеместно, подразумевает прикрепление амбулаторно-поликлинических подразделений к определенной больнице, или к нескольким больницам (в зависимости от профильности коек). Вместе с тем, стационары и поликлиники действуют без должной координации их работы, а также без адекватного управления структурой медицинской помощи и анализа эффективности использования ресурсов. Известно, что если оказанием медицинской помощи не управлять, то система действует по законам затратной экономики.

Методические рекомендации, направленные на совершенствование управления госпитализацией плановых больных в лечебно-профилактических учреждениях разработаны в целях повышения эффективности использования коечного фонда стационаров, сокращения числа необоснованных госпитализаций, оптимизации объема и повышения качества оказываемой медицинской помощи.

ОБЗОР НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ

При подготовке методических рекомендаций изучены имеющиеся нормативные документы МЗ РФ по вопросу отбора больных для госпитализации. При этом установлено, что показания к госпитализации в круглосуточный стационар регламентированы по акушерству -

приказом МЗ РФ от 26.11.97 г. N 345 "О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах" (в ред. Приказа Минздрава РФ от 24.11.98 N 338) в который включены: "Инструкция по переводу заболевших новорожденных и недоношенных детей из акушерского стационара в соответствующие отделения детских больниц"; "Инструкция по приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в наблюдательное отделение акушерского стационара"; "Инструкция по отбору и порядку госпитализации беременных в отделение (палату) дневного пребывания акушерского стационара". Приказом МЗ РФ от 09.10.98 г. N 300 определен порядок госпитализации при бронхиальной астме, хронических обструктивных болезнях легких, пневмонии "Об утверждении стандартов (протоколов) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких", по высокотехнологичным видам медицинской помощи - приказом МЗ РФ от 29.01.98 г. N 30 "О мерах по упорядочению организации оказания медицинской помощи населению Российской Федерации в клиниках федеральных учреждений здравоохранения" (в ред. Приказа Минздрава РФ от 27.05.98 г. N 176).

Все остальные документы, касающиеся вопросов отбора больных для госпитализации, относятся к стационарам дневного пребывания, дневным стационарам, стационарам на дому. При этом, по специализированным полустационарам (для психиатрических, наркологических и больных туберкулезом) показания носят конкретный характер, а по остальным, в большей степени, - лишь общие определения, с указанием по разработке принципов отбора на местах, исходя из местных условий.

- Методические рекомендации "Формы и методы работы дневных стационаров" (в психиатрии) N 21-59/ПС-79-П/ДС от 11.08.79 г.

- Приложение 8 к приказу МЗ СССР от 12.12.80 г. N 1270 "Положение о дневном стационаре для больных алкоголизмом".

- Методические рекомендации по совершенствованию деятельности стационаров на дому, дневных стационаров в поликлинике, палат (отделений) дневного пребывания в больницах от 25.10.88 г.

- Методические рекомендации "Организация стационара (отделения, палаты) дневного пребывания в больнице, дневного стационара в поликлинике (амбулатории) и стационара на дому". Кишинев, 1988 г.

- Методические рекомендации "Организация работы дневных стационаров акушерско-гинекологического профиля" Ашхабад, 1989 г.

- Методические рекомендации "Совершенствование работы дневных стационаров в поликлинике и стационаров дневного пребывания в больнице для женщин с патологией беременности", Ашхабад - Москва. 1989 г.

- Приказ МЗ РСФСР от 15.11.91 г. N 186 "О мерах по дальнейшему развитию гинекологической помощи населению Российской Федерации", приложение 4 "Перечень гинекологических заболеваний, при которых больным рекомендовано обследование и лечение в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения или в стационаре дневного пребывания многопрофильной больницы", приложение 10 "Перечень показаний к пребыванию гинекологических больных в дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений (женских консультациях), стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания в гинекологических отделениях многопрофильных больниц".

- Методические рекомендации "Стационар на дому травматологического профиля" (Организация и принципы работы), МЗ Туркм. ССР, 1991 г.

- Приказ МЗ РФ N 50 от 25.03.93 г. "Об организации дневного туберкулезного стационара".

- Приказ МЗ РФ N 438 от 09.12.99 г. "Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях".

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УПРАВЛЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ

Повышение качества оказания медицинской помощи и интенсификация деятельности коечного фонда стационаров, его рациональное использование, возможны при условии управления системой госпитализации в лечебно-профилактическом учреждении.

Основной задачей управления процессом отбора и направления больных на стационарное лечение является снижение уровня необоснованной госпитализации. В управлении нуждается не только госпитализация в круглосуточный стационар, но так же и в дневной, поскольку необоснованное использование стационарозамещающих форм медицинской помощи, вместо амбулаторного лечения, снижает их экономическую эффективность.

Комплекс организационных технологий управления госпитализацией в лечебно-профилактическом учреждении включает:

- административный контроль процесса направления больных на стационарное лечение (санкционирование);

- перечень показаний для лечения в круглосуточном и дневном стационарах по профилю и нозологиям, с регламентацией объема диагностических исследований на догоспитальном этапе;

- обоснование госпитализации на уровне амбулаторно-поликлинического звена;

- внедрение унифицированного бланка - направления на плановую госпитализацию;

- экономические методы управления процессом госпитализации.

В Челябинской городской клинической больнице № 1 административный контроль госпитализации осуществляется заместителем главного врача по лечебной работе, а персональная ответственность за обоснованность плановой госпитализации больных возложена на одного специалиста-инспектора по контролю качества.

Технология госпитализации в плановом порядке пациентов в терапевтический стационар выглядит следующим образом: врач амбулаторного приема поликлиники заполняет унифицированный бланк направления на плановую госпитализацию и передает его вместе с необходимыми медицинскими документами (медицинская карта амбулаторного больного или выписка, результаты проведенных исследований и т.п.) заведующему отделением поликлиники. Заведующий профильным отделением поликлиники проверяет полноту и достоверность заполнения врачом направления, заверяет его и передает эти документы врачу ответственному за госпитализацию (инспектору). Врач или заведующий отделением, направляющий пациента на плановую госпитализацию, обязан документально подтвердить обоснованность данной госпитализации; своевременность и полноту догоспитального обследования, проводимое лечение на амбулаторном этапе, профильность направления.

Врач-инспектор по контролю качества, получая от врачей амбулаторного приема направление на плановую госпитализацию в стационарное отделение, проводит экспертную оценку догоспитального обследования, амбулаторного лечения, цели направления, и дает заключение об обоснованности госпитализации данного пациента.

Независимость врача-инспектора по качеству обеспечивается должностной инструкцией, по которой он подчинен непосредственно главному врачу больницы. Врач, ответственный за госпитализацию, имеет право доступа к медицинской документации по пациенту, как в поликлинике, так и в стационаре, а также право приглашения, в случае необходимости, консультантов из стационара или других лечебно-профилактических учреждений.

При выявлении дефектов в заполнении направления или в случаях, требующих разъяснения, врач, ответственный за госпитализацию, может вернуть направление лечащему врачу, или пригласить его лично. Имея ежедневную информацию о наличии свободных мест в терапевтическом стационаре, врач-инспектор назначает время и срок плановой госпитализации пациента. График его работы должен предусматривать работу с лечащим врачом поликлиники, направившим пациента на стационарное лечение и с пациентами, направленными врачами других лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, работа данного специалиста направлена на то, чтобы повлиять на госпитализацию путем оценки правильности решения о помещении больного в стационар до того, как это произойдет.

Функции по обеспечению технологии госпитализации в крупной больнице, при соответствующем управленческом решении, может осуществлять любой высококвалифицированный специалист с высшим медицинским образованием, имеющий знания в смежных дисциплинах.

Врач-инспектор обобщает данные по обоснованности госпитализации для администрации больницы.

Госпитализация из других прикрепленных лечебно-профилактических учреждений согласовывается с ответственным специалистом больницы и только после экспертизы представленных документов, больному назначается время и срок госпитализации.

В целях обеспечения процесса отбора, и направления больных на стационарное лечение для врачей амбулаторно-поликлинического звена и стационара разработан перечень показаний для госпитализации по профилям отделений (приложение N 1). Разработан и внедрен в практику бланк направления в стационар, включающий объем догоспитальной диагностики, проведенное лечение, цель и обоснование госпитализации (приложение N 2).

Наряду с организационными и административными мероприятиями, в современных условиях, при оплате стационарной медицинской помощи за пролеченного больного наиболее эффективными становятся экономические методы управления.

Механизм экономического воздействия на процесс госпитализации основывается на экспертной оценке обоснованности госпитализации после выписки больного, при выявлении необоснованного нахождения больного в стационаре случай госпитализации отделению не оплачивается. Для предварительной экспертизы привлекается врач-инспектор по контролю качества. Решение об обоснованности госпитализации утверждается общебольничной лечебно-контрольной комиссией (ОЛКК).

Заключение комиссии передается в экономическую службу, которая исключает из оплаты отделения случай необоснованной госпитализации в соответствии с медико-экономическим стандартом.

Таким образом, процесс движения больного в лечебно-профилактическом учреждении из амбулаторно-поликлинического звена в стационарное управляется на всех этапах: до госпитализации и после нее.

Система управления госпитализацией органично соединяет в единый организационно-технологический цикл догоспитальный и госпитальный этапы, позволяет сократить число госпитализированных больных не по показаниям, сократить среднюю длительность пребывания больного и уменьшить число дублирования исследований в стационаре, при условии полного и своевременного догоспитального обследования, регулировать потоки больных, направляемых из других лечебно-профилактических учреждений, в конечном итоге повышает качество оказания медицинской помощи.

Приложение N 1

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- угроза жизни больного при острой (экстренной) хирургической патологии;
- состояния больного, требующие неотложных лечебно-диагностических мероприятий и (или) круглосуточного наблюдения.

ОБЩИЕ КРИТЕРИИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КРУГЛОСУТОЧНЫЕ СТАЦИОНАРЫ ЛПУ

- невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
- невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях;
- состояния больного, требующие круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожаемых жизни больного;
- необходимость постоянного врачебного наблюдения не менее 3-х раз в сутки;
- необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур не менее 3-х раз в сутки;
- изоляция по эпидемиологическим показаниям;
- угроза для здоровья и жизни окружающих;
- осложненная беременность и роды;
- территориальная отдаленность больного от стационара (с учетом потенциально возможного ухудшения);
- неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих.

ОБЩИЕ КРИТЕРИИ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР, СТАЦИОНАР ДНЕВНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

- продолжение (завершение) курса лечения, назначенного в круглосуточном стационаре, в состоянии не требующего наблюдения в вечернее и ночное время, в условиях активного стационарного режима;
- проведение сложных диагностических мероприятий, невозможных в амбулаторно-поликлинических условиях и не требующих круглосуточного наблюдения;
- наличие острого или обострения хронического заболевания, при отсутствии показаний к госпитализации в круглосуточный стационар и необходимости проведения лечебных мероприятий не более 3-х раз в сутки;
- необходимость проведения реабилитационных мероприятий, невозможных в амбулаторно-поликлинических условиях;
- наличие сочетанной патологии у больного, требующей корректировки лечения, в состоянии, не требующего наблюдения в вечернее и ночное время;
- невозможность госпитализации в круглосуточный стационар в ситуациях, зависящих от больного (кормящие матери, маленькие дети и другие семейные обстоятельства) и не требующего постельного режима.

КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ОТБОРА ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Неврологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- анализ крови на RW
- сахар крови
- флюорография грудной клетки
- ЭКГ
- осмотр гинеколога (женщин)
- эхоэнцефалограмма (при поражении ЦНС)
- электроэнцефалограмма (при эпилепсии)

Круглосуточный стационар	Стационар дневного пребывания
- заболевания периферической н.с., моно- и полинейропатии первичного характера или неуточненного генеза, как доминирующий клинический симптом, с нарушением функции ходьбы в остром периоде	- заболевания периферической н.с., моно- и полинейропатии, уточненные, без нарушения функции ходьбы в подостром периоде, стадии неполной компенсации, ст. ремиссии
- дегенеративные заболевания позвоночника с неврологическими проявлениями (рефлекторные, мышечнотонические, компрессионные) в ст. обострения	- дегенеративные заболевания позвоночника с неврологическими проявлениями в подострой стадии
- вегетососудистые дистонии, пароксизмальное течение в стадии декомпенсации	- вегетососудистые дистонии, перманентное течение
- дисциркуляторные энцефалопатии (до 70 лет) в ст. декомпенсации, без выраженной психопатологии (требующей надзора) и без признаков декомпенсации соматических заболеваний (ИБС, диабет, и др. с Н0-1 ст.)	- дисциркуляторные энцефалопатии 1 ст. тяжести
- эпилепсия, без психических расстройств, в стадии декомпенсации (учащение приступов)	- эпилепсия, без психических расстройств, 1 ст. выраженности
- последствия перенесенных острых органических заболеваний н.с., с симптомами органического поражения, в стадии декомпенсации	- последствия перенесенных острых органических заболеваний н.с. с симптомами органического поражения, 1-2 степени
- опухоли головного, спинного мозга, периферических нервов	
- дегенеративные заболевания н.с. в стадии обострения	- дегенеративные заболевания н.с. 1 степени тяжести
- военно-медицинская экспертиза призывников - ночной энурез - (3-5 дней, затем в дн. стационар)	- военно-медицинская экспертиза призывников

Эндокринологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- сахар крови
- анализ крови на RW
- мочевина крови (сахарный диабет, тиреотоксикоз)
- ацетон мочи (сахарный диабет)
- функциональные пробы печени (сахарный диабет, тиреотоксикоз)
- флюорография грудной клетки
- ЭКГ
- осмотр гинеколога (женщин)
- рентгенография турецкого седла (заболевания гипотала-могипофизарной области)

Круглосуточный стационар	Стационар дневного пребывания
- сахарный диабет 1-2 тип, в стадии декомпенсации и субкомпенсации, для коррекции углеводного обмена и осложнений, перевода на другие сахароснижающие препараты	- сахарный диабет 2 типа - подбор антидиабетических препаратов
- заболевания щитовидной железы, паращитовидных желез (токсический зоб, эндемический зоб, гипотиреоз, тиреоидит) в состоянии декомпенсации с осложненным течением (кардиомиопатия, токсический гепатит, офтальмопатия и др.)	- заболевания щитовидной железы; - для дифференциальной диагностики и уточнения патологии щитовидной железы
- предоперационная подготовка больных с заболеваниями щитовидной и паращитовидной желез	
- состояния после операции на щитовидной железе, протекающие с парезом п.гессигенс, тяжелым, осложненным гипотиреозом	- состояния после операции на щитовидной железе; - уточнение функционального состояния щитовидной и паращитовидной желез, коррекция тиреоидного статуса; - гипопаратиреоз
- заболевания гипоталамогипофизарной области (гипоталамический с-м, с-м лактоаменореи, с-м Шихана, несакхарный диабет, пангипопитуитаризм)	- функциональные заболевания гипоталамогипофизарной области (подростки, послеродовый); - гипофизарный субнизм; - акромегалия, неосложненная форма

- заболевания надпочечников (болезнь, с-м Иценко-Кушинга, феохромоцитома, альдостерома, хроническая надпочечниковая недостаточность)	- заболевания надпочечников: диф. диагностика между гормонально-активными и гормонально-неактивными опухолями надпочечников
- заболевания поджелудочной железы - инсулома	- военно-медицинская экспертиза допризывников (дисфункция яичек, мастопатия)
- заболевания яичников - с-м Штейна-Левенталя - диагностически сложные случаи	- заболевания яичников - с-м Штейна-Левенталя

Пульмонологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- клинический анализ мокроты
- бакпосев мокроты
- микроскопия мокроты на ВК
- анализ крови на RW
- флюорография (рентгенография) в 2-х проекциях
- спирометрия, пикфлоуметрия (бронхиальная астма)
- ЭКГ
- определение газов крови (бронхообструктивный синдром - при возможности)

Круглосуточный стационар	Стационар дневного пребывания
- бронхообструктивный синдром, возникший впервые, при неэффективности терапии в амбулаторных условиях и нарастании обструкции, при наличии тяжелой формы бронхиальной астмы	- бронхообструктивный синдром - для уточнения нозологии; - для проведения провокационных проб при военно-медицинской экспертизе
- хронический бронхит с неконтролируемым прогрессирующим, с бронхиальной обструкцией 2-3 стадии, с острой дыхательной недостаточностью; - декомпенсацией легочного сердца, тяжелой пневмонией	- хронический бронхит - ст. обострения, с дыхательной недостаточностью 1-2 ст.; - при неэффективности амбулаторного лечения, по социальным показаниям (в т.ч. - невозможность приобретения медикаментов)

<ul style="list-style-type: none"> - пневмонии по следующим критериям: старше 60 лет, число дыхат. движений более 30 в мин., острая сосудистая недостаточность, спутанное сознание; - внелегочные очаги инфекции; - значительные отклонения лабораторных данных (лейкопения мен. 4-10х9, лейкоцитоз более 25-30); - гипоксемия; - снижение функции почек, печени; - поражение более 1 доли; - признаки септицемии; - атипичные пневмонии или развившиеся на фоне иммунодефицитных состояний 	<ul style="list-style-type: none"> - пневмонии по следующим критериям: неосложненное, типичное течение; - сегментарная, очаговая, протекающая без тяжелой сопутствующей патологии
---	---

Офтальмологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- сахар крови (старше 60 лет)
- анализ крови на RW
- флюорография грудной клетки
- ЭКГ
- консультация терапевта (старше 60 лет)

Круглосуточный стационар

Стационар дневного пребывания

<ul style="list-style-type: none"> - катаракта возрастная, осложненная, посттравматическая; - вторичная катаракта - для хирургического лечения и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями 	<ul style="list-style-type: none"> - катаракта вторичная, фиброз капсулы; - для проведения лазерных операций
<ul style="list-style-type: none"> - глаукома первичная, вторичная и др., для уточнения диагноза и (или) хирургического лечения 	<ul style="list-style-type: none"> - глаукома - для консервативного трофического лечения
<ul style="list-style-type: none"> - воспалительные заболевания сосудистого тракта в острой стадии, хореоретинальное воспаление 	<ul style="list-style-type: none"> - воспалительные заболевания сосудистого тракта в подострой стадии и для долечивания

- наследственная дистрофия сосудистой оболочки глаза; - дегенерация сосудистой оболочки; - кровоизлияния и разрыв сосудистой оболочки; - отслойка сосудистой оболочки глаза	
- заболевания сетчатки: заболевания сосудов сетчатки дегенеративные, склеротические, наследственные дистрофии	- заболевания сетчатки: наследственные дистрофии при отсутствии сложной сопутствующей патологии; - диабетическая ангиоретинопатия - солнечная ретинопатия
- миопическая болезнь в развитой и далекозашедшей стадии	- миопическая болезнь легкой степени
- склеропластика и др. склероукрепляющие операции	
- отслойка сетчатки: для хирургического и послеоперационного лечения	- отслойка сетчатки для первичного обследования
- болезни стекловидного тела: выпадение стекловидного тела, кровоизлияние в стекловидное тело	- болезни стекловидного тела: помутнение деструкция, при отсутствии сложной сопутствующей патологии и не требующей ухода
- заболевания орбиты (новообразования, воспалительные)	
- болезни зрительного нерва и зрительных путей (воспалительные, атрофические и т.п.), у лиц с низкой остротой зрения и сопутствующими заболеваниями	- болезни зрительного нерва и зрительных путей (воспалительные, атрофические и т.п.), у лиц с высокой остротой зрения и без сложной сопутствующей патологии
- пластика век	- новообразования век и конъюнктивы для хирургического лечения
- заболевания слезных путей и желез	
- птеригиум	- склерит, конъюнктивит - при безуспешности амбулаторного лечения

- заболевания роговицы, тяжелые формы: кератит, помутнение, отек, наследственные дистрофии	- заболевания роговицы у больных, не требующих постороннего ухода
- кератопластика, косоглазие для хирургического лечения	

Отоларингологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- анализ крови на RW
- флюорография грудной клетки
- биохимический анализ крови (для оперативного лечения)
- сахар крови (старше 60 лет)
- рентгенография (заболевания уха, гортани)
- ЭКГ (старше 60 лет)

Круглосуточный стационар

Стационар дневного пребывания

- заболевания носа и придаточных пазух: - полипозный этмоидит (лиц старше 50 лет); - злокачественные и доброкачественные образования пазух носа, нижних и средних носовых раковин; - искривление носовой перегородки; - вазомоторный гипертрофический ринит; - хронический гнойный гайморит; - хирургическое лечение	- заболевания носа и придаточных пазух: - доброкачественные образования перегородки, крыла носа; - хронический гнойный гайморит - пункционное лечение
- заболевания глотки: - хронический тонзиллит - хирургическое лечение; - злокачественные, доброкачественные (гипертрофия небных миндалин у детей старше 12 лет, у лиц с гипертрофией 3 ст.) образования	- заболевания глотки: - аденоиды - хирургическое лечение; - доброкачественные образования; - папилломы глотки, небных миндалин, гипертрофия небных миндалин
- заболевания гортани: - злокачественные и доброкачественные новообразования;	- заболевания гортани: - хронический ларингит, ст. обострения; - атрофический ларингит, ст.

- боковые и срединные кисты	обострения, при безуспешности амбулаторного лечения
- заболевания уха: - хронический отит - хирургическое лечение (радикальная операция); - папиллотомия при хроническом отите с осложненным течением; - злокачественные новообразования; - хронический отит, ст. обострения; - для консервативного лечения, требующего назначения антибиотиков более 3 раз в сутки	- заболевания уха: - папиллотомия при хроническом отите, протекающем без осложнений; - доброкачественные новообразования

Гастроэнтерологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- капрограмма (энтерит, синдром раздраженного кишечника, язвенный колит, болезнь оперированного желудка)
- АЛТ, АСТ, ФПП - (гепатит, цирроз печени)
- амилаза (диастаза) - (панкреатит, ПХЭС)
- флюорография грудной клетки
- фиброгастроскопия
- УЗИ (при заболеваниях печени, поджелудочной железы, кишечника)
- фиброколоноскопия (при энтеритах, язвенных колитах, с-м раздраженного кишечника)
- ирригоскопия (при энтеритах, язвенных колитах, с-м раздраженного кишечника)
- ЭКГ - у лиц, старше 50 лет с болевым синдромом и сочетанием с ИБС, ГБ
- консультация гинеколога - женщинам с болевым абдоминальным синдромом неясного генеза.

Круглосуточный стационар

Стационар дневного пребывания

- впервые выявленная язва желудка: - более 1 см в диаметре или с выраженной клинической симптоматикой; - обострение средней и тяжелой ст., с выраженным болевым и диспепсическим синдромом, угрозой осложнения;	- впервые выявленная язва желудка: - до 1 см в диаметре, без выраженной клинической симптоматики; - обострение легкой и средней ст. тяжести, по социальным показаниям
---	---

- подозрение на малигнизацию	
- язвенная болезнь 12- перстной кишки: - впервые выявленная, с болевым и диспепсическим синдромом; - обострение средней и тяжелой степени, с угрозой осложнения	- язвенная болезнь 12-перстной кишки: - до 1 см в диаметре, без выраженной клинической симптоматики; - обострение легкой и средней ст. тяжести по социальным показаниям
- хронический гастрит, дуоденит в стадии обострения средней и тяжелой ст. тяжести с болевым и диспепсическим синдромом; - при сочетании с другой патологией органов пищеварения или других органов и систем	- хронический гастрит, дуоденит в стадии обострения, с умеренным болевым и диспепсическим синдромом, по социальным показаниям
- хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей в стадии обострения, средней и тяжелой степени с болевым и диспепсическим синдромом, в сочетании с другой патологией желудочно-кишечного тракта или других органов и систем	- хронический холецистит, дискинезия желчевыводящих путей в стадии обострения с умеренным болевым и диспепсическим синдромом, по социальным показаниям
- хронический энтерит; - диарейный синдром; - синдром малабсорбции	
- синдром раздраженного кишечника, болевой синдром и синдром кишечной диспепсии, не купируемый амбулаторно; - комплексное инструментальное обследование	- синдром раздраженного кишечника (те же по социальным показаниям)
- хронический гепатит: - комплексное обследование с целью уточнения характера патологии печени; - обострение, при клинических проявлениях активности 2-3 ст.	
- цирроз печени; - комплексное обследование с целью уточнения диагноза;	- цирроз печени; - профилактическое лечение; при компенсированной форме

- декомпенсация заболевания	заболевания
- хронический панкреатит, постхолецистэктомический синдром: - в стадии обострения, средней и тяжелой степени, с болевым и диспепсическим синдромом; - часто рецидивирующее течение; - для коррекции внешнесекреторных нарушений	- хронический панкреатит, постхолецистэктомический синдром: - легкое течение заболевания; - по социальным показаниям
- неспецифический язвенный колит; - болезнь Крона в стадии обострения легкой, средней и тяжелой степени; - неинфекционный гемоколит с целью уточнения диагноза, комплексного обследования; - болезнь оперированного желудка: - демпинг - синдром, средней и тяжелой степени; - пептическая язва анастомоза; - гастрит культи желудка с болевым и диспепсическим синдромом; - обменные нарушения (гипотрофия, анемия, малабсорбция и т.п.)	- неспецифический язвенный колит; - болезнь Крона; - обострение легкой степени; - по социальным показаниям; - болезнь оперированного желудка: - демпинг - синдром, легкой степени; - пептическая язва анастомоза до 0,5 см, без выраженных клинических проявлений

Кардиологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- анализ крови на RW
- биохимич. анализ крови (в зависимости от нозологии)
- флюорография грудной клетки
- ЭКГ

Круглосуточный стационар

Стационар дневного пребывания

<p>ХИБС:</p> <ul style="list-style-type: none"> - стабильная стенокардия с прогрессирующей сердечной недостаточностью; - нарушение ритма, при неэффективности амбулаторного лечения; - постинфарктный кардиосклероз, с прогрессирующей сердечной недостаточностью 	<p>ХИБС:</p> <ul style="list-style-type: none"> - стабильная стенокардия, обострение - при отсутствии ночных приступов; - кардиалгия - динамика ЭКГ в течение дня с целью выяснения скрытых форм ИБС
- эндокардит - с нарушениями ритма и признаками сердечной недостаточности	
- кардиомиопатия - с нарушением ритма, с сердечной недостаточностью	
- ревматизм: прогрессирующая сердечная недостаточность, нарушение ритма, подготовка к оперативному лечению	
- миокардит с сердечной недостаточностью, нарушением ритма	
- перикардит с признаками сердечной недостаточности, для подготовки к оперативному лечению	
- гипертоническая болезнь 2-3 стадии, - для исключения симптоматической гипертонии;	- гипертоническая болезнь 1-2 стадии - с целью дифференциальной диагностики;
- отсутствия эффекта амбулаторного лечения;	- определение профиля АД;
- коррекция медикаментозной терапии	- коррекция медикаментозной терапии
- врожденные пороки сердца с сердечной недостаточностью, с целью подготовки к оперативному лечению	
- идеопатические нарушения ритма сердца при отсутствии эффекта амбулаторного лечения	- идеопатические нарушения ритма сердца;
	- экстрасистолия с вегетативными реакциями
- НЦД - со сложными нарушениями ритма сердца	- НЦД - для дифференциальной диагностики

- диффузные болезни соединительной ткани, прогрессирующее течение: - с целью коррекции лечения и гемосорбции	
- ревматоидный артрит, прогрессирующее течение: - с целью коррекции базисной терапии и гемосорбции	- ревматоидный артрит: - с целью долечивания и проведения комплекса реабилитационных мероприятий
- системные васкулиты, прогрессирующее течение: - с целью коррекции лечения и гемосорбции	
- анкилозирующий спондилоартрит, прогрессирующее течение: - с целью коррекции базисной терапии и гемосорбции	- анкилозирующий спондилоартрит: - с целью долечивания и проведения комплекса реабилитационных мероприятий
- остеоартроз, прогрессирующее течение: - с целью коррекции базисной терапии	- остеоартроз: - с целью долечивания и проведения комплекса реабилитационных мероприятий
- перенесенная тромбоэмболия ветвей легочной артерии с вторичной легочной гипертензией; - с целью лечения заболеваний вен и легочной гипертензии; - подготовка к хирургическим методам лечения	- облитерирующий атеросклероз сосудов нижней конечности: - для проведения профилактического курса сосудистыми препаратами

Гинекологическое отделение

Объем минимального обследования на амбулаторном этапе:

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- анализ крови на RW
- обследования на заболевания передающиеся половым путем (хламидии, гонорея, трихомонады, уреоплазмы и т.п.) - при воспалительных заболеваниях
- биоптат из полости матки на цитогистологическое и бактериологическое исследование
- УЗИ
- анализ крови на железо сыворотки (анемии беременных, миома)
- биохимический анализ крови (функциональные пробы печени, почек, свертывающей системы) при гестозах 1-2 половины беременности и миоме тела матки, эндометриозе
- флюорография грудной клетки

Круглосуточный
стационар

Стационар дневного
пребывания

<p>воспалительные заболевания: - острый сальпингоофарит; - острый параметрит; - тубоовариальные воспалительные образования</p>	<p>воспалительные заболевания: - хронический сальпингит; - хронический параметрит; - хронический оофорит; - хронический эндометрит; - тазовые перитонеальные спайки; - цервицит и эндоцервицит; - вагинит и вульвовагинит</p>
<p>- эндометриоз, аденомиоз - для уточнения диагноза и оперативного лечения</p>	<p>- эндометриоз - для гормональной, рассасывающей терапии (в т.ч. физиотерапии): - аденомиоз</p>
<p>- фоновые состояния, доброкачественные опухоли: - миома тела матки - для оперативного лечения; - кисты яичников - для оперативного лечения; - кисты влагалища - для оперативного лечения; - лейкоплакия - для оперативного лечения (диатермоконизация); - дисплазия шейки матки 1-2 ст.; - рецидив полипа шейки матки; - полип тела матки - для оперативного лечения</p>	<p>- фоновые состояния, доброкачественные опухоли: - лейкоплакия влагалища; - полип влагалища; - эрозия и эктропион шейки матки; - киста желтого тела; - полип шейки матки</p>
<p>бесплодие - с целью уточнения проходимости труб</p>	<p>бесплодие: - связанное с отсутствием овуляции; - гипоталамогипофизарного генеза; - трубное бесплодие; - бесплодие маточной формы; - шеечного или влагалищного генеза; - др. уточненного генеза</p>
<p>нарушения менструальной функции: - дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде</p>	<p>нарушения менструальной функции: - аменорея; - гипоменорея; - гиперменорея; - ювенильные кровотечения (после уточнения генеза); - опсоменорея; - метрорагия в репродуктивном периоде;</p>

	- предменструальный синдром
осложнения беременности: - тяжелый гестоз 1-2 половины беременности; - выраженная угроза прерывания беременности; - привычное невынашивание - тяжелая экстрагенитальная патология	осложнения беременности: - ранний гестоз при отсутствии кетонурии; - водянка беременных без выраженных отеков; - невынашивание беременных в критические сроки без клинических признаков угрозы прерывания
	- угроза прерывания беременности в 1 и 2-м триместрах, при отсутствии привычных выкидышей в анамнезе и сохранной шейке матки; - вегетососудистая дистония и ГБ 1 ст. в 1 и 2-м триместрах беременности; - анемия со снижением Нв не ниже 90 г/л; - наблюдение за беременными по рекомендации круглосуточного стационара; - экстрагенитальная патология, нуждающаяся в диагностическом обследовании; - оценка в/утробного состояния плода, лечение ХФПН, хроническая гипоксия плода (при оценке плода не ниже 7 баллов)
	анемия: - послеоперационная (Нв не ниже 90 г/л); - постгемаррогическая - для предоперационной подготовки
	медицинский аборт

НАПРАВЛЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В _____ отделение Дата госпитализации _____

Ф.И.О. _____

Пол _____ Возраст _____ Страх. компания _____

N полиса _____

Домашний адрес _____

Место работы _____

Должность _____

Диагноз основной _____

сопутствующий _____

Цель госпитализации (подчеркнуть):

1. Невозможность проведения лечебных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.
2. Невозможность проведения диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях.
3. Состояние больного, требующее круглосуточного наблюдения в связи с возможностью развития осложнений основного заболевания, угрожающих жизни больного.
4. Необходимость постоянного врачебного наблюдения не менее 3-х раз в сутки.
5. Необходимость круглосуточного выполнения лечебных процедур не менее 3-х раз в сутки.
6. Территориальная отдаленность больного от стационара (с учетом потенциально возможного ухудшения).
7. Неэффективность амбулаторного лечения у часто и длительно болеющих.
8. Другие _____

Данные проведенных исследований (указать дату, номер, заключение)

Анализ крови _____

Анализ мочи _____

Флюорография _____

ЭКГ (после 45 лет обязательно) _____

Другие исследования: _____

----- Обратная сторона -----

Проводимое лечение на амбулаторном этапе (указать вид терапии, препарат, максимальную дозу, длительность приема, эффект, переносимость) _____

Дата последней госпитализации по поводу:
основного заболевания: _____
сопутствующего заболевания: _____

Дата выдачи листа нетрудоспособности: _____

Врач _____ Подпись _____ Дата _____
(Фамилия И.О.)

Необходимость госпитализации

ПОДТВЕРЖДАЮ: Зав. отделением _____

Госпитализация обоснована:

Подпись врача-эксперта _____ Дата _____