

Приложение 1
к Программе государственных гарантий
оказания гражданам Российской Федерации,
проживающим на территории Приморского
края, бесплатной медицинской помощи на
2011 год, утвержденной постановлением
Администрации Приморского края
от 04 мая 2011 года № 124-па

ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ

**оказания населению Приморского края бесплатной медицинской
и лекарственной помощи, в том числе порядок реализации установленного
законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской
помощи отдельным категориям граждан в государственных учреждениях
здравоохранения Приморского края и учреждениях муниципальных образований
Приморского края**

1. Порядок и условия предоставления медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях

1.1. Порядок и условия оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях устанавливаются в соответствии с административными регламентами и приказами департамента здравоохранения Приморского края (далее – ДЗПК).

Пациент, застрахованный по обязательному медицинскому страхованию, имеет право на выбор амбулаторно-поликлинического учреждения из числа медицинских учреждений, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС, и выбор врача - с учетом согласия этого врача - путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Для амбулаторно-поликлинических учреждений устанавливается единый режим работы с 8.00 до 20.00 часов. Данный режим работы должен быть закреплён в правилах внутреннего распорядка амбулаторно-поликлинического учреждения и неукоснительно соблюдаться. Ознакомление с этими правилами должно быть доступно каждому пациенту (наличие информации на стендах).

На фельдшерско-акушерских пунктах при наличии одной должности специалиста в соответствии с трудовым законодательством может вводиться рабочий день с разделением смены на части (с перерывом в работе свыше двух часов и дополнительной оплатой) для возможности приема пациентов в утренние и вечерние часы.

Пациент обслуживается в регистратуре в порядке живой очереди, за исключением ветеранов войны, членов семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, участников ликвидации последствий

катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции, граждан, получивших или перенесших лучевую болезнь, другие заболевания, и инвалидов вследствие Чернобыльской катастрофы, беременных женщин, больных с высокой температурой, острыми болями любой локализации, которые обслуживаются вне общей очереди.

По экстренным показаниям медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях оказывается с момента обращения пациента.

В условиях амбулаторно-поликлинического учреждения пациенту предоставляются обследование и лечение согласно назначениям лечащего врача, в том числе клинико-лабораторные, биохимические, серологические, бактериологические и другие виды обследований.

Детям до 15 лет медицинская помощь и консультативные услуги оказываются в присутствии родителей или их законных представителей.

Организация приема в амбулаторно-поликлиническом учреждении предусматривает:
внеочередное оказание амбулаторной помощи по экстренным показаниям без предварительной записи;

наличие очередности плановых больных на прием к врачу, отдельные диагностические исследования, консультативную помощь специалистов;

прием больных по предварительной записи, в том числе по телефону и самозаписи.

При отсутствии талона на прием к врачу специалисту регистратор направляет пациента к участковому терапевту с целью определения необходимости оказания врачебной помощи в день обращения.

Порядок организации приема (предварительная запись, самозапись больных на амбулаторный прием) и порядок вызова врача на дом (с указанием телефонов, по которым регистрируются вызовы врача на дом, удобный режим работы регистратуры) регламентируются правилами работы амбулаторно-поликлинического учреждения.

Время, отведенное на прием больного в амбулаторно-поликлиническом учреждении, определено действующими расчетными нормативами. Время ожидания приема - не более 20 минут от назначенного пациенту, за исключением случаев, когда врач участвует в оказании экстренной помощи другому больному, о чем пациенты, ожидающие приема, должны быть проинформированы персоналом амбулаторно-поликлинического учреждения.

Условия страхования предусматривают, что амбулаторная карта застрахованного хранится в регистратуре амбулаторно-поликлинического учреждения. Амбулаторно-поликлиническое учреждение организует учет прикрепленного населения и обеспечивает предоставление амбулаторной карты пациента эксперту для проведения экспертизы качества

медицинской помощи. Амбулаторные карты хранятся в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту прикрепления пациента по полису ОМС. При обращении пациента в амбулаторно-поликлиническое учреждение работники регистратуры обеспечивают доставку амбулаторной карты к специалисту и несут ответственность за сохранность амбулаторных карт пациентов.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и на дому врач:

в полном объеме обеспечивает экстренные и неотложные мероприятия, включая лекарственное обеспечение и экстренную диагностику;

сопровождает пациента на следующий этап оказания медицинской помощи в случае наличия непосредственной угрозы его жизни;

обеспечивает в полном объеме противоэпидемические и карантинные мероприятия;

обеспечивает пациента необходимой информацией по лечебно-охранительному режиму, порядку лечения и диагностике, приобретению лекарств, а также предоставляет пациенту необходимые документы, обеспечивающие возможность лечения амбулаторно или на дому (рецепты, справки или листки нетрудоспособности, направление на лечебно-диагностические процедуры);

оказывает медицинскую помощь и консультативные услуги. Амбулаторно-поликлинические учреждения обеспечивают преемственность оказания медицинской помощи гражданам. В период отсутствия участковых и других специалистов (отпуск, командировка, болезнь) медицинская помощь оказывается по договору с другими лечебно-профилактическими учреждениями.

Граждане, относящиеся к категории ветеранов Великой Отечественной войны (инвалиды Великой Отечественной войны; участники Великой Отечественной войны; военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 03 сентября 1945 года не менее шести месяцев; военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период; лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»; лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог; лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 09 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный

труд в период Великой Отечественной войны); инвалиды боевых действий, ветераны боевых действий, ветераны труда, достигшие пенсионного возраста, имеют право на:

обслуживание в амбулаторно-поликлинических учреждениях, к которым указанные лица были прикреплены в период работы до выхода на пенсию;

внеочередное оказание медицинской помощи и ежегодное диспансерное наблюдение.

Члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий имеют право на обслуживание в амбулаторно-поликлинических учреждениях, к которым указанные лица были прикреплены при жизни погибшего (умершего) в период работы до выхода на пенсию, а также на внеочередное оказание медицинской помощи и ежегодное диспансерное наблюдение.

1.2. Условия оказания медицинской помощи по экстренным показаниям

По экстренным показаниям прием пациента осуществляется при острых и внезапных ухудшениях в состоянии здоровья: повышение температуры тела выше 37 градусов, острые внезапные боли любой локализации, нарушения сердечного ритма, кровотечения, осложнения беременности, послеродового периода, иные остро возникающие состояния, заболевания, отравления и травмы, требующие экстренной помощи и консультации врача.

Прием по экстренным показаниям осуществляется без предварительной записи, вне общей очереди всех обратившихся независимо от прикрепления пациента к поликлинике.

Отсутствие страхового полиса и личных документов не является причиной отказа в экстренном приеме.

Экстренная и неотложная медицинская помощь в праздничные и выходные дни осуществляется службой скорой медицинской помощи, травматологическими пунктами и приемными отделениями стационаров.

1.3. Условия оказания медицинской помощи больным, не имеющим экстренных показаний (плановая помощь)

Прием плановых больных осуществляется по предварительной записи, самозаписи, в том числе по телефону.

Прием, как правило, должен совпадать со временем работы основных кабинетов и служб медицинского учреждения, обеспечивающих консультации, обследования, процедуры.

Время ожидания приема - не более 20 минут от времени, назначенного пациенту, за исключением случаев, когда врач участвует в оказании экстренной помощи другому больному, о чем пациенты, ожидающие приема, должны быть проинформированы.

1.4. Условия оказания помощи на консультативном приеме

Консультации врачей-специалистов диагностических и лечебных служб обеспечиваются лечащим врачом, который дает пациенту направление на консультацию с

обязательным указанием цели и результатов предварительных обследований согласно диагнозу. Показанием для консультации является наличие проблемы у пациента, которую не может решить лечащий врач в силу отсутствия необходимого оборудования и материального обеспечения, безусловной необходимости специализированной медицинской помощи, неясности и сложности текущего лечебно-диагностического процесса, иных сложившихся в конкретной ситуации условий. При этом лечащий врач обязан обеспечить пациенту своевременную консультацию. При отсутствии предусмотренного Программой ОМС требуемого вида медицинской помощи в данном лечебном учреждении оно обязано предоставить консультативную помощь больному в другом лечебном учреждении.

Обязательно наличие правил консультации пациентов, которые утверждаются руководителем медицинского учреждения. Правила консультации должны быть доступны пациенту и предъявлены ему по первому требованию.

Правила консультации пациентов включают:

перечень врачей-специалистов, обеспечивающих консультации по договору ОМС; перечень содержит фамилии врачей-специалистов, профиль их деятельности, лицензированные виды медицинской помощи и услуг;

порядок направления на консультацию;

сроки ожидания консультаций с момента направления к консультанту;

условия записи на прием к консультанту (по телефону, самозапись, предварительная беседа с врачом, личная явка с направлением);

место работы и адрес консультанта;

особые условия (порядок расчетов медицинского учреждения с консультантом по договору ОМС).

1.5. Условия и порядок проведения медицинской консультации на профессиональную пригодность несовершеннолетних

Врачебно-профессиональная консультация - это определение индивидуальных ограничений профессиональной пригодности к воздействию отдельных профессионально-производственных факторов, профессиям и видам деятельности в зависимости от выявленных нарушений состояния здоровья. Медицинская консультация несовершеннолетним по определению их профессиональной пригодности обеспечивается врачами-педиатрами, при необходимости – с использованием заключений узких специалистов по Программе ОМС. Консультации врачей организуются согласно утвержденным ОМС условиям оказания помощи на консультативном приеме. Врачебно-профессиональное консультирование детей и подростков проводится поэтапно: в 10, 12, 14, 17 лет.

1.6. Требования к консультации застрахованного

Консультация предполагает получение ясного ответа на поставленные вопросы; для выполнения этой задачи консультант может потребовать от лечащего врача дополнительные сведения и документы. Консультант организует необходимые лечебно-диагностические процедуры и исследования; информирует пациента о дальнейшем плане лечебно-диагностических мероприятий и порядке его осуществления; оформляет медицинскую документацию в соответствии с установленными требованиями; информирует лечащего врача о дальнейшей судьбе и тактике ведения пациента.

1.7. Условия предоставления медицинской помощи на дому

Показания для вызова медицинского работника (врача, фельдшера, медицинской сестры) на дом к больному (пациенту):

острые и внезапные ухудшения состояния здоровья (высокая температура - от 38 градусов и выше; состояния, заболевания, травмы, требующие медицинской помощи и консультации врача на дому); исключением из этого правила являются легкие травмы с остановленным кровотечением и ушибы конечностей, не мешающие передвижению пациента, травмы пальцев рук (в том числе с отрывом фаланг);

состояния, угрожающие окружающим (наличие контакта с инфекционными больными, появление сыпи на теле без причины; инфекционные заболевания до окончания инкубационного периода);

наличие показаний для соблюдения домашнего режима, рекомендованного лечащим врачом при установленном заболевании (вызов врача на дом после выписки больного из стационара);

тяжелые хронические заболевания или невозможность передвижения пациента;

заболевания женщин в период беременности и в послеродовом периоде;

патронаж беременных и рожениц;

патронаж детей до одного года;

заболевания детей в возрасте до трех лет;

активные посещения хронических, диспансерных больных и инвалидов.

Пациент на дому получает полный объем экстренных и неотложных противоэпидемических и карантинных мероприятий. Лечащий врач при наличии показаний организует проведение стационара на дому.

Медицинские работники обязаны информировать пациента о лечебно-охранительном режиме, порядке лечения, приобретения лекарств и диагностике, а также предоставлять пациенту необходимые документы, обеспечивающие возможность лечения амбулаторно или на дому (рецепты, справки, листки нетрудоспособности, направления на лечебно-

диагностические процедуры), а при наличии медицинских показаний организовать транспортировку в стационар.

Время ожидания медицинского работника пациентами не должно превышать 8 часов с момента вызова, за исключением детей первого года жизни, когда время ожидания - не более трех часов, а для детей медико-биологического риска вызов должен быть обслужен в течение часа с момента поступления вызова.

Врачи специализированного приема обслуживают пациентов на дому по направлению участковых врачей. Дни выездов врачей специализированного приема (кардиолог, ревматолог, невролог и др.) регламентированы внутренним распорядком лечебно-профилактического учреждения (далее – ЛПУ).

1.8. Условия предоставления медицинской помощи в дневном стационаре поликлиники, женской консультации

Направление больных на лечение в дневной стационар осуществляет лечащий врач совместно с заведующим отделением.

Пребыванию в дневном стационаре в течение трех – четырех часов подлежат больные, нуждающиеся в интенсивном амбулаторном лечении и наблюдении медицинского персонала, в том числе пациенты, нуждающиеся в проведении стационарозамещающих технологий (малых гинекологических операций и манипуляций, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2003 года № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»).

Показаниями для ведения пациента в дневном стационаре при поликлинике при амбулаторно-поликлиническом учреждении (отделении), женской консультации при отсутствии необходимости в круглосуточном врачебном наблюдении и медицинской помощи являются:

- острые заболевания;
- обострение хронических заболеваний;
- оказание помощи при экстренных состояниях;
- проведение профилактического и противорецидивного лечения;
- патология беременности;
- экстрагенитальная патология у беременных;
- долечивание пациента, выписанного из стационара после окончания курса интенсивной терапии, при отсутствии необходимости круглосуточного наблюдения врача;
- восстановительное лечение после операций;

проведение комплексного лечения с применением современных медицинских технологий, включающих курс инфузионной терапии, лечебно-диагностические манипуляции в амбулаторных условиях;

малые операции и манипуляции в амбулаторных условиях, в том числе операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации, медикаментозные аборты, удаление и введение контрацептивных средств;

подбор адекватной терапии пациентам с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим болезнью при изменении степени тяжести заболевания;

профилактическое обследование и оздоровление лиц из группы риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, длительно и часто болеющих;

сложные диагностические исследования и лечебные процедуры, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

Лечение и реабилитация больных:

объем помощи в дневном стационаре включает ежедневный или регламентированный сроками наблюдения осмотр врачом, внутривенные, внутривенные капельные и (или) внутримышечные инъекции, лечебную физкультуру, клинико-лабораторные и ЭКГ-исследования, функциональные диагностические исследования, малые гинекологические операции и манипуляции, физиотерапевтические процедуры, иглорефлексотерапию, массаж, консультации специалистов;

лекарственные препараты любых форм, необходимых пациенту на период лечения в дневном стационаре, приобретаются за счет средств ОМС, по формулярному списку ЛПУ, утвержденному в соответствии с действующим законодательством о формулярной системе;

при ухудшении течения заболевания больной должен быть переведен в стационар круглосуточного пребывания.

Критерии окончания лечения:

клиническое выздоровление;

компенсация хронических заболеваний;

окончание курса инфузионной терапии;

возможность наблюдения врачом - специалистом;

потребность в круглосуточной медицинской помощи.

В своей работе руководитель дневного стационара действует в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09 декабря 1999 года № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»,

от 10 февраля 2003 года № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» и приказом департамента здравоохранения Приморского края от 04 сентября 2009 года № 579-о «О порядке оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях Приморского края».

1.9. Условия предоставления медицинской помощи в стационаре на дому

Решение о лечении в стационаре на дому принимает лечащий врач по согласованию с заведующим отделением амбулаторно-поликлинического учреждения (направление на лечение в стационаре на дому визируется подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим учреждением).

Показания для ведения пациента в стационаре на дому:

нарушение функции органов, препятствующее посещению пациентом амбулаторно-поликлинического учреждения;

долечивание пациента после окончания курса интенсивной терапии, выписанного из стационара круглосуточного наблюдения и требующего наблюдения на дому;

преклонный возраст, организация лечения и обследования лиц преклонного возраста, организация лечения и обследования пациентов при их ограниченных возможностях передвижения;

отсутствие необходимости в круглосуточном врачебном наблюдении;

оказание квалифицированной медицинской помощи больным, состояние здоровья которых может ухудшиться при повышении физической активности за счет посещения поликлиники;

возможность проведения обследования и лечения на дому для получения курса терапии под наблюдением медицинского персонала амбулаторно-поликлинического учреждения;

дети любого возраста при наличии показаний для госпитализации в стационар круглосуточного пребывания, но не госпитализированные по различным причинам (отказ родителей от госпитализации, карантин).

Лечение и реабилитация больных:

проводятся в соответствии с диагнозом и утвержденными протоколами лечения и обследования больных;

объем помощи включает ежедневный или регламентированный сроками наблюдения осмотр врачом, медикаментозную, или (в том числе) инфузионную терапию, клинико-лабораторные и ЭКГ-исследования, консультации специалистов амбулаторно-поликлинического учреждения;

при лечении больных в стационаре на дому лекарственные препараты любых форм приобретаются за счет средств ОМС в соответствии с показаниями и в соответствии с формулярным перечнем, утвержденным в установленном порядке;

при ухудшении течения заболевания больной должен быть в экстренном порядке переведен в стационар круглосуточного пребывания.

Критерии окончания лечения:

клиническое выздоровление;

улучшение состояния пациента, которое позволило бы больному завершить лечение в амбулаторных условиях.

В своей работе руководитель стационара на дому действует в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09 декабря 1999 года № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»,

от 10 февраля 2003 года № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях», приказом департамента здравоохранения Приморского края от 04 сентября 2009 года № 579-о «О порядке оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях Приморского края».

1.10. Порядок предоставления населению бесплатной амбулаторной медицинской помощи

Бесплатная амбулаторная медицинская помощь оказывается проживающим на территории Приморского края гражданам Российской Федерации при наличии документа, удостоверяющего личность и действующего полиса обязательного медицинского страхования.

Лицам, не имеющим вышеуказанных или соответственно оформленных документов, оказывается только экстренная и неотложная помощь.

В лечебно-профилактических учреждениях, финансируемых из средств бюджета, наличие полиса для оказания медицинской помощи не требуется.

1.11. Лекарственное обеспечение амбулаторной медицинской помощи

Обеспечение лекарствами оказываемых видов и услуг медицинской помощи производится за счет личных средств граждан, за исключением:

лиц, имеющих льготы по лекарственному обеспечению, установленные действующим законодательством Российской Федерации и Приморского края;

лекарственного обеспечения, гарантированного жителям края целевыми территориальными программами;

лекарственного обеспечения экстренной и неотложной медицинской помощи, оказываемой врачами-участковыми, специалистами и их помощниками в амбулаторно-поликлинических учреждениях и на дому;

лекарственного обеспечения пациентов дневных стационаров и стационаров на дому в соответствии с утвержденными моделями простых и комплексных медицинских услуг.

1.12. Оказание помощи в районном отделении восстановительного лечения (далее - ОВЛ)

В ОВЛ поликлиники пациенты принимаются по направлению лечащих врачей. При поступлении на лечение в ОВЛ пациент предоставляет полис ОМС, направление, в котором должны быть отражены следующие виды обследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, флюорография (ФЛГ), прием в смотровом кабинете или осмотр гинеколога, электрокардиограмма (ЭКГ) - после 40 лет в обязательном порядке.

Психотерапевтическая помощь оказывается в отделении бесплатно.

2. Условия предоставления медицинской помощи на дому службой скорой медицинской помощи

Экстренная и неотложная медицинская помощь населению оказывается по вызовам.

Скорая медицинская помощь населению Приморского края оказывается круглосуточно, бесплатно независимо от гражданства и ведомственной принадлежности вызывающего. Отсутствие страхового полиса и личных документов не является причиной отказа в вызове. После оказания медицинской помощи врач оставляет сигнальный лист с соответствующими записями о состоянии пациента до и после оказания медицинской помощи и оказанной медицинской помощи.

3. Условия госпитализации

Госпитализация застрахованных лиц обеспечивается в оптимальные сроки лечащим врачом или иным медицинским работником при наличии показаний для госпитализации:

экстренная госпитализация (по экстренным показаниям) в дежурные стационары обеспечивается согласно графикам дежурств стационарных учреждений, утвержденным приказами органов здравоохранения администраций муниципальных образований края по установленным правилам; при необходимости организуется транспортировка больного в срок не более трех часов с момента определения показаний к госпитализации; госпитализация по экстренным показаниям осуществляется также при самостоятельном обращении больного при наличии медицинских показаний;

плановая госпитализация обеспечивается в соответствии с установленными правилами и условиями договора ОМС после проведения необходимого обследования в поликлинике в соответствии с Перечнем обязательного объема обследования больных, направляемых на плановую госпитализацию, в зависимости от заболеваний.

Общими показаниями для госпитализации являются:

наличие абсолютных показаний для экстренной госпитализации;

неясные и сложные случаи при отсутствии возможности обеспечить квалифицированную консультацию и лечение, в том числе состояние с отсутствием эффекта от проводимых лечебно-диагностических мероприятий, лихорадка в течение пяти дней, длительный субфебрилитет неясной этиологии, иные состояния, требующие дополнительного обследования, если установить причину в амбулаторных условиях невозможно;

наличие абсолютных показаний для плановой госпитализации (в том числе медико-социальный уход и уход за ребенком);

наличие относительных показаний для плановой госпитализации в сочетании с невозможностью обеспечить необходимое обследование и лечение по социальным условиям в амбулаторных условиях, трудоемкостью лечебно-диагностического процесса в догоспитальных условиях, необходимостью подключения специализированных видов медицинской помощи и услуг (в том числе оперативного лечения или реабилитации);

необходимость проведения различных видов экспертиз или стационарного обследования при невозможности провести их в амбулаторных условиях, в том числе: антенатальный лечебно-профилактический скрининг беременных, врачебно-трудовая экспертиза, обследование по направлениям военкомата, суда, иные обследования или экспертные оценки, требующие динамического наблюдения и комплексного обследования.

При направлении на стационарное лечение обеспечиваются:

очный осмотр пациента лечащим врачом;

оформление документации по установленным требованиям (запись в амбулаторной карте, направление на госпитализацию);

предварительное обследование (результаты анализов и иных исследований, рентгеновские снимки, выписки из амбулаторной карты и иная документация, позволяющая ориентироваться в состоянии здоровья пациента) согласно изложенному ниже перечню обязательного объема обследования больных, направляемых на плановую госпитализацию;

комплекс мер по оказанию экстренной помощи, организации противоэпидемических и иных мероприятий на этапах оказания медицинской помощи пациенту;

организация транспортировки больного при экстренных и неотложных состояниях;

при необходимости - сопровождение больного на последующий этап оказания медицинской помощи (с участием родственников, медицинского персонала или доверенных лиц);

при определении абсолютных показаний к плановой госпитализации необходимое амбулаторное обследование проводится в срок не более трех дней;

при определении относительных показаний для плановой госпитализации необходимое амбулаторное обследование проводится в сроки, удобные для больного. Время госпитализации согласовывается с пациентом и лечебным учреждением, куда направляется больной.

4. Требования к направлению больного при госпитализации в стационар

Направление на плановую госпитализацию выписывается на бланках лечебно-профилактического учреждения, подлежащих строгому учету.

В направлении указываются:

фамилия, имя, отчество больного полностью (для иностранных граждан желательна запись на английском языке);

дата рождения указывается полностью (число, месяц, год рождения);

административный район проживания больного;

данные действующего полиса ОМС (серия, номер, название страховой организации, выдавшей полис) и паспорта (удостоверения личности);

при отсутствии полиса - паспортные данные;

официальное название стационара и отделения, куда направляется больной;

цель госпитализации;

диагноз основного заболевания согласно международной классификации болезней;

данные обследования согласно обязательному объему обследования больных, направляемых в стационары (лабораторного, инструментального, рентгеновского, консультации специалистов в соответствии с медико-экономическими стандартами), с указанием даты;

сведения об эпидемиологическом окружении;

сведения о профилактических прививках;

дата выписки направления, фамилия врача, подпись врача, выдавшего направление, подпись заведующего терапевтическим отделением.

Направление на госпитализацию граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, оформляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 года № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

Контроль за госпитализацией больного осуществляет лечащий врач, направивший пациента в стационар.

Направление на плановую госпитализацию пациентов, за исключением детей, оформляется амбулаторно-поликлиническим учреждением, за которым закреплен пациент по полису ОМС.

В исключительных случаях право направления на плановую госпитализацию имеют главные штатные специалисты департамента здравоохранения Приморского края, а также специалисты, ведущие консультативные приемы в краевых государственных учреждениях здравоохранения, при соблюдении условий направления на плановую госпитализацию.

Амбулаторно-поликлиническое учреждение обеспечивает контроль за выдачей направлений застрахованному больному, зарегистрированному в этом медицинском учреждении, на плановую госпитализацию в стационары системы ОМС.

Направление больного на госпитализацию должно соответствовать установленным требованиям.

5. Перечень обязательного объема обследования больных, направляемых на плановую госпитализацию

Для больных, направляемых на плановую госпитализацию, предусматривается следующий перечень обязательного объема обследования:

общий анализ крови;

общий анализ мочи;

серологическое исследование крови на сифилис;

анализ кала на яйца глистов;

соскоб на энтеробиоз (детям);

анализ крови на Hbs-ag и анти-HCV (для пациентов, поступающих в отделения гемодиализа, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии, а также поступающих в стационары для планового оперативного лечения);

анализ крови на ВИЧ-инфекцию (у больных с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ-инфекции, больные с подозрением или подтвержденным

диагнозом наркомания; болезни, передающиеся половым путем; заболевания, соответствующие критериям СПИДа; гепатит В, С, Hbs-антигеноносительство; легочный и внелегочный туберкулез; беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для дальнейшего использования; лица, имеющие бытовые и медицинские контакты с больными СПИДом или серопозитивными; лица, имевшие половые контакты с ВИЧ-инфицированными или больными инфекциями передающимися половым путем);

флюорография органов грудной клетки или рентгенография органов грудной клетки (прямая проекция);

электрокардиография (для лиц старше 18 лет);

наличие прививки от дифтерии.

Дополнительные исследования в зависимости от заболеваний:

1. Заболевания органов пищеварения

1.1. Заболевания желудка и 12-перстной кишки:

фиброгастродуоденоскопия (ФГДС);

исследование на носительство *Helicobacter pylori* любым диагностическим методом;

1.2. Заболевания печени и желчевыводящих путей:

биохимический анализ крови (холестерин, билирубин; АСТ, АЛТ-трансаминазы, щелочная фосфатаза, тимоловая проба, протромбиновый индекс, общий белок);

HBs-Ag, анти-HCV;

ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы;

анализ крови на сахар;

1.3. Заболевания поджелудочной железы:

биохимический анализ крови (холестерин, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, протромбиновый индекс, общий белок, амилаза, липаза);

анализ крови на сахар;

диастаза мочи;

ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы;

копрограмма;

1.4. Заболевания кишечника

ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, селезенки, желчного пузыря, поджелудочной железы;

копрограмма;

анализ кала на кишечную группу патогенных бактерий (шигелы, сальмонеллы, иерсении) – по показаниям;

биохимический анализ крови (СРБ, общий белок, концентрация альбумина);
сахар крови;

RRS (ректороманоскопия) - при возможности обследования, по показаниям.

2. Заболевания органов дыхания:

общий анализ мокроты, бактериоскопия мокроты на БК;

обзорная рентгенография органов грудной клетки;

спирометрия с бронхолитиками при наличии данного метода исследования.

3. Заболевания сердечно-сосудистой системы:

3.1. Гипертоническая болезнь:

консультации офтальмолога, невролога;

электрокардиограмма;

УЗИ почек;

анализ мочи по Нечипоренко;

биохимический анализ крови (мочевина, креатинин);

3.2. Ишемическая болезнь сердца:

электрокардиограмма (ЭКГ) в динамике;

биохимическое исследование крови: общий холестерин, липопротеиды высокой и низкой плотности (ЛПВП, ЛПНП), триглицериды;

международное нормализованное отношение (МНО) при постоянном приеме антикоагулянтов или перед проведением электрической кардиоверсии;

протромбиновый индекс, сахар крови;

консультация офтальмолога;

3.3. Болезни миокарда, пороки сердца:

биохимическое исследование крови (С-реактивный белок (СРБ), серомукоид, фибриноген, билирубин крови, трансаминазы, креатинин, протромбиновый индекс, глюкоза крови, антистрептолизин О - при наличии возможности данного метода исследования);

флюорография сердца в четырех проекциях с контрастированием пищевода;

консультации отоларинголога, стоматолога, гинеколога - у женщин, уролога - у мужчин;

ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ) (в динамике).

4. Сахарный диабет и другие эндокринные заболевания:

анализ крови на сахар, креатинин, общий холестерин;

анализ мочи на сахар, ацетон; микроальбуминурию;

ЭКГ;

УЗИ органов брюшной полости (печень, почки, поджелудочная железа);

консультация офтальмолога, невролога.

5. Гематологические заболевания:

тромбоциты крови, время кровотечения, время свертывания;

биохимический анализ крови (билирубин, трансаминазы, креатинин, мочевины, фибриноген);

группа крови, резус-фактор;

УЗИ органов брюшной полости (печень, почки, поджелудочная железа, селезенка);

рентгенография плоских костей (при подозрении на миеломную болезнь);

консультация гинеколога.

6. Хирургические заболевания:

тромбоциты крови, время кровотечения, время свертывания крови;

группа крови, резус-фактор;

биохимический анализ крови (билирубин, протромбиновый индекс, глюкоза крови);

ЭКГ, консультация терапевта.

7. Неврологические заболевания:

глюкоза крови;

рентгенография черепа и позвоночника (по показаниям для больных с вертеброгенной патологией: рентгеновские снимки проводятся с функциональной нагрузкой);

электроэнцефалография (при наличии пароксизмальных расстройств);

УЗИ сонных артерий (при наличии систолического шума при аускультации артерий);

консультация офтальмолога.

8. Гинекологические заболевания, заболевания, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом:

обследование в соответствии со стандартами, в зависимости от заболевания и цели направления на стационарное лечение.

9. Нейрохирургические заболевания:

биохимический анализ крови (билирубин, мочевины);

рентгенография по профилю заболевания (черепа, позвоночника);

консультация офтальмолога, невролога.

10. Заболевания почек:

биохимический анализ крови (креатинин);

общий белок плазмы крови и сывороточное железо при хронической почечной недостаточности;

анализ мочи по Нечипоренко;

консультации уролога, гинеколога, стоматолога;

УЗИ почек.

11. Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани:

биохимическое исследование крови (С-реактивный белок (СРБ), серомукоид, фибриноген; общий белок и фракции), рентгенограммы заинтересованных и симметричных суставов; консультации стоматолога, гинеколога (женщины); при микрокристаллических артропатиях – мочевая кислота.

6. Условия предоставления медицинской помощи в стационарах

6.1. Стационар (стационарные койки)

а) условия предоставления медицинской помощи по экстренным показаниям

По экстренным показаниям госпитализация осуществляется:

врачами первичного звена;

врачами скорой медицинской помощи;

переводом из другого лечебно-профилактического учреждения;

самостоятельно обратившихся больных.

На госпитализацию в стационар направляются пациенты с предварительным или установленным ранее диагнозом.

Максимальное время ожидания госпитализации составляет не более трех часов с момента определения показаний. Больной должен быть осмотрен врачом в приемном отделении не позднее 30 минут с момента обращения, при угрожающих жизни состояниях - немедленно.

В случаях, когда для окончательной постановки диагноза требуются динамическое наблюдение и полный объем неотложных лечебно-диагностических мероприятий, допускается нахождение больного в приемном отделении до шести часов. При отсутствии показаний к госпитализации после проведенных лечебно-диагностических мероприятий единицей объема является посещение с консультативной и лечебно-диагностической целью (совместный приказ ДЗПК и ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края» от 19 ноября 2009 года № 758-о/545/1-п «О порядке оказания медицинской помощи в приемном покое».)

Показания к госпитализации:

состояние, требующее активного лечения (оказание реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, проведение оперативного и консервативного лечения);

состояние, требующее активного динамического наблюдения;

необходимость изоляции;

проведение специальных видов обследования;

обследование по направлениям медицинских комиссий военкоматов.

Виды медицинской помощи определяются в соответствии с лицензией ЛПУ установленного образца. В случаях, когда необходимые виды помощи выходят за рамки возможностей ЛПУ, больной должен быть переведен в ЛПУ с соответствующими возможностями либо должны быть привлечены к лечению компетентные специалисты.

б) условия предоставления плановой медицинской помощи

Плановая госпитализация осуществляется только при наличии у больного результатов диагностических исследований, которые могут быть проведены в амбулаторных условиях (согласно вышеуказанному перечню обязательного объема обследования больных, направляемых на плановую госпитализацию), и при возможности проведения необходимых методов обследования в ЛПУ.

Время ожидания определяется очередью на плановую госпитализацию. В стационарах ведется журнал очередности на госпитализацию, включающий в себя следующие сведения:

дата обращения, Ф.И.О., учреждение, направившее пациента, диагноз, срок планируемой госпитализации, контактный телефон.

В направлении поликлиники, выданном пациенту, врач стационара указывает дату планируемой госпитализации. В случае невозможности госпитализировать больного в назначенный срок руководство ЛПУ обязано известить пациента не менее, чем за три дня до даты плановой госпитализации, и согласовать с ним новый срок госпитализации.

Максимальный срок ожидания не может превышать двух месяцев с момента записи на очередь. Максимальный срок ожидания онкологического больного один месяц.

Показания к госпитализации:

состояние, требующее активного лечения (оказание реанимационных мероприятий и интенсивной терапии, проведение оперативного и консервативного лечения);

проведение специальных видов обследования;

по направлению бюро медико-социальной экспертизы;

антенатальный лечебно-диагностический скрининг; пренатальная диагностика (при невозможности проведения в амбулаторных условиях);

по направлениям райвоенкоматов при первичной постановке на учет лиц, подлежащих призыву.

Виды медицинской помощи при плановой госпитализации определяются в соответствии с лицензией лечебно-профилактического учреждения установленного образца.

в) условия пребывания

Размещение больных производится в палатах от 2 до 10 койко-мест. Допускается размещение больных, поступивших по экстренным показаниям, вне палаты (коридорная госпитализация) на срок не более 1 - 2 суток. Направление в палату пациентов, поступивших на плановую госпитализацию, осуществляется в течение первого часа с момента поступления в стационар. Госпитализация вне палаты исключается.

Организацию питания больного, проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение осуществляют с момента поступления пациента в стационар.

Лечащий врач обязан информировать больного, а в случаях лечения несовершеннолетних в возрасте до 15 лет - его родителей или законных представителей, о ходе лечения, прогнозе, необходимом индивидуальном режиме.

Администрация ЛПУ обязана обеспечить хранение одежды и личных вещей пациента, исключаящее хищение и порчу, до момента выписки.

г) порядок оказания медицинской помощи в стационаре

Плановая госпитализация проводится по направлениям амбулаторно-поликлинических учреждений.

При госпитализации персонал приемного отделения выясняет наличие у больного паспорта, продленного на текущий год полиса обязательного медицинского страхования.

д) критерии выписки из стационара

Критериями окончания периода активного лечения являются: общепринятые исходы лечения (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть); отсутствие показаний к активному динамическому наблюдению; отсутствие необходимости изоляции; завершение проведения специальных видов обследования.

6.2. Дневные стационары всех типов

а) условия предоставления медицинской помощи

Направление в стационар дневного пребывания осуществляют врачи первичного звена.

На госпитализацию в стационар дневного пребывания направляются пациенты с предварительно или окончательно установленным диагнозом.

Больной должен быть осмотрен врачом дневного стационара.

Максимальное время ожидания госпитализации составляет не более одного часа с момента определения показаний.

Показания к госпитализации:

состояние, не требующее круглосуточного наблюдения врача, но требующее оказания медицинских услуг в госпитальных условиях.

В случаях, когда необходимые виды помощи выходят за рамки возможностей ЛПУ, больной должен быть переведен в ЛПУ с соответствующими возможностями либо должны быть привлечены к лечению компетентные специалисты.

б) условия пребывания

Размещение больных производится в палатах от 2 до 10 койко-мест.

Проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение осуществляют с момента поступления больного в стационар.

Лечащий врач обязан информировать больного, а в случаях лечения несовершеннолетних в возрасте до 15 лет - его родителей или законных представителей, о ходе лечения, прогнозе, необходимом индивидуальном режиме.

в) критерии окончания лечения

Критерии окончания лечения - завершение цикла лечебных и диагностических процедур и манипуляций, определенных медико-экономическими стандартами.

6.3. Стационар (отделение) медико-социальной помощи (койки сестринского ухода, хосписы)

а) условия предоставления медико-социальной помощи

Условиями предоставления медико-социальной помощи являются:

направление в стационары медико-социальной помощи (хосписы, дома сестринского ухода) осуществляют врачи первичного звена, врачи стационаров, социальные работники;

направление пациентов, нуждающихся в долгосрочном пребывании и уходе, в стационар (отделение) медико-социальной помощи.

б) условия пребывания в стационаре

Размещение пациентов производится в палатах на 2 - 10 койко-мест.

Организацию питания больного, проведение лечебно-диагностических манипуляций, лекарственное обеспечение осуществляют с момента поступления пациента в стационар.

Медицинский работник обязан информировать пациента, а в случаях пребывания несовершеннолетних в возрасте до 15 лет - его родителей или законных представителей, о ходе лечения и прогнозе.

Администрация лечебно-профилактического учреждения обязана обеспечить хранение одежды и личных вещей пациента, исключаящее хищение и порчу, до момента выписки больного.

в) критерии окончания пребывания в стационаре

Основными критериями окончания пребывания пациента в стационаре являются: отсутствие показаний для круглосуточного наблюдения и лечения (стабилизация состояния, улучшение, выздоровление или оформление в учреждение социального обеспечения).
