

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 30 декабря 2002 г. N 413

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УЧЕТНОЙ И ОТЧЕТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

В целях упорядочения ведения учета и отчетности в условиях взаимодействия органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в учреждения здравоохранения системы Минздрава России была введена временная, сроком на 1 год, учетная и отчетная медицинская документация, утвержденная Приказом Минздрава России от 20.02.2002 N 60 "О введении временной учетно-отчетной медицинской документации".

Анализ работы с данными формами подтвердил необходимость перехода учреждений здравоохранения на систему учета, отвечающую требованиям работы отрасли в современных экономических условиях и внедрением в деятельность учреждений здравоохранения ресурсосберегающих технологий.

В связи с вышеуказанным приказываю:

1. Ввести в действие с января 2003 года следующую медицинскую учетную и отчетную документацию:

1.1. Учетную форму N 039/у-02 "Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому" (приложение N 1).

1.2. Учетную форму N 007/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (приложение N 2).

1.3. Учетную форму N 016/у-02 "Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (приложение N 3).

1.4. Учетную форму N 007дс/у-02 "Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" (приложение N 4).

1.5. Учетную форму N 066/у-02 "Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому" (приложение N 5).

1.7. Отчетную форму N 14-дс "Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения" (приложение N 6).

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации обеспечить:

2.1. Введение вышеперечисленных учетных и отчетной форм во все подведомственные учреждения здравоохранения.

2.2. Представление годового отчета за 2002 год по форме N 14-дс Минздраву России в установленном порядке.

3. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению (Хальфин Р.А.) подготовить до 20.02.2003 инструктивно-методические материалы по заполнению вышеуказанной медицинской документации.

4. Приказ Минздрава России от 20.02.2002 N 60 "О введении временной учетно-отчетной медицинской документации" считать утратившим силу.

5. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации А.И. Вялкова.

Министр
Ю.Л.ШЕВЧЕНКО

4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		

оборотная сторона ф. N 039/у-02

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		

Подпись врача _____

по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежащих в отделении, имевшем урологические койки.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 18), было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр. 6) и переведенных (гр. 11) за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 12), выписанных (гр. 13) и умерших (гр. 17), т.е. числам в гр. $5 + 6 + 11 - 12 - 13 - 17 =$ гр. 18.

<*> - учитываются при подсчете койко-дней.

Приложение N 3
к Приказу Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 016/у-02

Утверждена Приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

Сводная ведомость
движения больных и коечного фонда
по стационару, отделению или профилю коек стационара
круглосуточного пребывания, дневного стационара
при больничном учреждении (нужное подчеркнуть)

_____ наименование отделения, профиль коек _____
за 20__ год

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация граф в таблице дана в соответствии с официальным текстом документа.

	Число коек в	Средне-	Состояло	За отчетный период
--	--------------	---------	----------	--------------------

1	пределах сметы		месячных коек	больных на начало отчетного периода	поступило больных					переведено больных		выписано больных			
	всего факт. раз-вернутых	в т.ч. свернутых на ремонт			всего	в т.ч. из дневных стационаров	из них (из гр. 6)			внутри больницы		всего	в т.ч.		
							сельских жителей	0 - 17 лет	60 лет и старше	из других отделений	в другие отделения		в дневной стационар	в круглосуточный стационар	переведено других стационары
2	3	4	5	6	7	8		9	10	11	12	13	14	15	
Январь															
Февраль															
Март															
Апрель															
Май															
Июнь															
за полугодие															
Июль															
Август															
Сентябрь															
Октябрь															
Ноябрь															
Декабрь															
за год															

Подпись

Приложение N 4
к Приказу Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 007дс/у-02

Утверждена Приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

ЛИСТОК <*>
ежедневного учета движения больных и коечного фонда
дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении,
стационара на дому

наименование отделения, профиля мест

1	Код	Число мест (пациенто- мест в ста- ционаре на дому)	Средне- месячных (годовых) мест	Движение больных за истекшие сутки								На начало		
				5 состояло больных на начало истекших суток <*>	6 поступило больных			7 выписано больных		8 умерло	9 текущего			
					6 всего	7 в т.ч. из круглосу- точных стационаров	8 из них (из гр. 6) сельских жителей	9 0 - 17 лет	10 60 лет и старше		11 всего	12 в т.ч. в круглосу- точные стационары	13 состоит больных	14 всего
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	

Дата _____

Подпись медицинской сестры _____

<*> При необходимости сводных сведений воспользоваться этой же формой,
в сводной форме указать месяц, срок. При использовании формы для
ежедневного учета - в графе 1 перечислить профили коек; для сводной
ведомости - месяцы года, а в графе 5 - "состояло больных на начало
отчетного периода".

оборотная сторона ф. N 007дс/у-02

Фамилия, И., О. поступивших	В т.ч. из круглосуточного стационара	Фамилия, И., О. выписанных	В т.ч. в круглосуточные стационары

Приложение N 5
к Приказу Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

наименование учреждения

Медицинская документация
Форма N 066/у-02

Утверждена Приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА
круглосуточного пребывания, дневного стационара
при больничном учреждении, дневного стационара
при амбулаторно-поликлиническом учреждении,
стационара на дому

N медицинской карты _____

1. Код пациента: <*> _____ 2. Ф.И.О: _____
3. Пол: муж. - 1; жен. - 2 _____ 4. Дата рождения _ _ . _ _ . _ _ _ _
5. Документ, удостов. личность: название, серия, номер _____
6. Адрес: регистрация по месту жительства _____
7. Код территории проживания: _ _ _ _ Житель: город - 1; село - 2.
8. Страховой полис (серия, номер): _____
- Выдан: кем _____ Код терр.: _ _ _
9. Вид оплаты: ОМС - 1; Бюджет - 2; Платные услуги - 3; в т.ч. ДМС - 4;
Другое - 5.
10. Социальный статус: дошкольник - 1: организован - 2; неорганизован - 3;
учащийся - 4; работает - 5; не работает - 6; БОМЖ - 7; пенсионер - 8;
военнослужащий - 9; Код _ _ _ ; Член семьи военнослужащего - 10.
11. Категория льготности: инвалид ВОВ - 1; участник ВОВ - 2;
воин-интернационалист - 3; лицо, подвергшееся радиационному облучению, - 4;
в т.ч. в Чернобыле - 5; инв. I гр. - 6; инв. II гр. - 7; инв. III гр. - 8;
ребенок-инвалид - 9; инвалид с детства - 10; прочие - 11.
12. Кем направлен _____ N напр. _____ Дата: _ _ . _ _ . _ _ _ _
13. Кем доставлен _____ Код _ _ Номер наряда _____
14. Диагноз направившего учреждения _____
- _____
15. Диагноз приемного отделения _____
- _____
16. Доставлен в состоянии опьянения: <*> Алкогольного - 1; Наркотического - 2.
17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году:
первично - 1; повторно - 2; по экстренным показаниям - 3; в плановом порядке - 4.
18. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы):
в первые 6 часов - 1; в теч. 7 - 24 часов - 2; позднее 24-х часов - 3.
19. Травма: - производственная: промышленная - 1; транспортная - 2, в т.ч.
ДТП - 3; с/хоз - 4; прочие - 5;
- непроизводственная: бытовая - 6; уличная - 7; транспортная - 8,
в т.ч. ДТП - 9; школьная - 10; спортивная - 11; противоправная травма - 12;
прочие - 13.
20. Дата поступления в приемное отделение: _ _ . _ _ . _ _ _ _ Время _ _ . _ _ _
21. Название отделения _____ Дата поступления _____ Время _____
Подпись врача приемного отделения _____ Код _ _ _
- _____
22. Дата выписки (смерти): _ _ . _ _ . _ _ _ _ Время _ _ . _ _ _
23. Продолжительность госпитализации (койко-дней): _ _ _

<*> Анестезия: общая - 1, местная - 2.

28. Обследован: RW 1 AIDS 2

29. Диагноз стационара (при выписке):

Клинический заключительный	Основное заболевание	Код МКБ	Осложнение	Код МКБ	Сопутствующие заболевания	Код МКБ
	Патолого-анатомический					

30. В случае смерти указать основную причину _____
_____ код по МКБ _____

31. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1; недостаточный объем клинико-диагностического обследования - 2; неправильная тактика лечения - 3; несовпадение диагноза - 4.

Подпись лечащего врача _____

Подпись заведующего отделением _____

<1> Проставляется в случае утверждения в субъекте Российской Федерации в установленном порядке.

<2> Заполняется при использовании в системе оплаты.

<3> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах.

Приложение N 6
к Приказу Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

Утверждена Приказом
Минздрава России
от 30.12.2002 N 413

Отраслевое статистическое наблюдение

Сведения о деятельности дневных стационаров
лечебно-профилактического учреждения
за 20__ г.

Представляют:	Сроки представления
Учреждения здравоохранения, имеющие дневные стационары всех типов: - центральной районной (городской) больницы, рай (гор) здравотделу	5 января
центральная районная (городская) больница, рай (гор) здравотдел отчет каждого подведомственного учреждения: - органу управления здравоохранением субъекта Российской Федерации - территориальному фонду ОМС субъекта Российской Федерации	в установленные последние сроки
органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, город федерального значения: - Минздраву России	в установленные последние сроки

Форма N 14дс

Утверждена приказом
Минздрава России
от _____ N ____

Годовая

Психические расстройства и расстройства поведения	6	F00 - F99								
Болезни нервной системы	7	G00 - G99								
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8	H00 - H59								
Болезни уха и сосцевидного отростка	9	H60 - H95								
Болезни системы кровообращения	10	I00 - I99								
Болезни органов дыхания	11	J00 - J99								
Болезни органов пищеварения	12	K00 - K93								
Болезни кожи и подкожной клетчатки	13	L00 - L99								
Болезни костно-мышечной системы...	14	M00 - M99								
Болезни мочеполовой системы	15	N00 - N99								
Беременность, роды и послеродовый период	16	O00 - O99								
Врожденные аномалии, пороки развития...	17	Q00 - Q99								

Всего:	1	A00 - T98								
Инфекционные и паразитарные болезни	2	A00 - B99								
Новообразования	3	C00 - C48								
Б-ни крови и кроветворных органов	4	D50 - D89								
Б-ни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в-в и...	5	E00 - E90								
Психические расстройства и расстройства поведения	6	F00 - F99								
Болезни нервной системы	7	G00 - G99								
Болезни глаза и его придаточного аппарата	8	H00 - H59								
Болезни уха и сосцевидного отростка	9	H60 - H95								
Болезни системы кровообращения	10	I00 - I99								
Болезни органов дыхания	11	J00 - J99								
Болезни органов пищеварения	12	K00 - K93								
Б-ни кожи и подкожной клетчатки	13	L00 - L99								

Болезни костно-мышечной системы...	14	M00 - M99								
Болезни мочеполовой системы	15	N00 - N99								
Беременность, роды и послеродовый период	16	O00 - O99								
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде...	17	P00 - P96								
Врожденные аномалии, пороки развития...	18	Q00 - Q99								
Симптомы, признаки и отклонения от нормы...	19	R00 - R99								
Травмы, отравления...	20	S00 - T98								
Кроме того факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	21	Z00 - Z99		X		X				X
Оперировано больных (из числа выписанных и умерших)	22	X			X				X	

Число проведенных операций	23	X		X	X	X		X	X	X
----------------------------	----	---	--	---	---	---	--	---	---	---

(2004) Из общего числа выписанных (гр. 4, 8) - направленные РВК

_____ 1

(2005) Лица, госпитализированные для обследования и оказавшиеся здоровыми _____ 1, из них призывники _____ 2

Виды оплаты

(4000)

Вид оплаты лечения	N строки	Число выбывших больных (выписано + умерло)			Число дней лечения, проведенное выбывшими из дневного стационара (выписано + умерло)		
		при стационаре	при амбулаторно-поликлинических учреждениях	на дому	при стационаре	при амбулаторно-поликлинических учреждениях	на дому
1	2	3	4	5	6	7	8
ОМС	1						
бюджет	2						
платное в том числе	3						
ДМС	4						

Руководитель организации _____

Должностное лицо, ответственное за составление формы _____

Номер телефона _____

Дата _____