

# РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

© Михаил Георгиевич Карайланов, Илья Трифонович Русев,  
Галина Анатольевна Степушкина, Дмитрий Николаевич Борисов, Олег Юрьевич Баканёв

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» Министерства обороны РФ.

194044, г. Санкт-Петербург, ул. Ак. Лебедева, д.6

**Контактная информация:** Михаил Георгиевич Карайланов – к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и экономики военного здравоохранения. E-mail: [karaylanov@mail.ru](mailto:karaylanov@mail.ru)

**РЕЗЮМЕ:** Цель государственной политики в области здравоохранения — улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, соответствующих уровню заболеваемости и потребностям населения, а также современному уровню развития медицинской науки и ресурсам, которыми располагает государство и граждане. Первичная медико-санитарная помощь является центральным звеном здравоохранения. В России около 30% пациентов госпитализируются необоснованно и могут получать медицинскую помощь с использованием стационарозамещающих технологий на догоспитальном этапе. Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется потребностью населения в данном виде медицинских услуг, а также необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения. В статье проведен сравнительный анализ различных стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи по критериям медицинской, социальной и экономической эффективности, определены основные показатели для оценки работы дневного стационара.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи; дневной стационар; оценка работы дневного стационара.

## RATIONAL USE OF STATIONARY-REPLACEMENT TECHNOLOGIES IN PRIMARY HEALTH CARE

© Mikhail G. Karaylanov, Ilya T. Russev, Galina A. Stepushkina, Dmitry N. Borisov,  
Oleg Yu. Bakanev

S. M. Kirov Military Medical Academy. Ak. Lebedeva str., 6. Saint-Petersburg, Russia, 194044

**Contact information:** Mikhail G. Karailanov — MD, PhD, Associate Professor, Department of Public Health and Economics of Military Health. E-mail: [karaylanov@mail.ru](mailto:karaylanov@mail.ru)

**ABSTRACT:** The goal of the state health policy is to improve the health status of the population based on the availability of medical care by creating legal, economic and organizational conditions for the provision of medical services that are appropriate to the level of morbidity and population needs, as well as the current level of development of medical science and the resources available to the state and citizens. Primary health care is the central link in total health care. In Russia, about 30% of patients are hospitalized unreasonably and can receive medical care using hospital-substituting technologies at the prehospital stage. The development of hospital-replacement forms

of medical care is determined by the need of the population for this type of medical services, as well as the need for rational and effective use of financial resources and material and technical resources of health care. In the article, a comparative analysis of various inpatient substitution forms of medical care according to the criteria of medical, social and economic efficiency was carried out, and basic indices for the evaluation of the work of a day hospital were determined.

**KEY WORDS:** hospital-replacing forms of medical care; day hospital; assessment of day care.

## ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование системы охраны здоровья населения осуществляется в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, которая определяет цель государственной политики в области здравоохранения, а именно улучшение состояния здоровья населения на основе доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, а также современному уровню развития медицинской науки и ресурсам, которыми располагает государство и граждане.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. В России до 80% ресурсов здравоохранения используется для финансирования дорогостоящей стационарной медицинской помощи против 30–50% в экономически развитых странах [5]. Потери от неэффективного использования средств достигают 20% от общей суммы государственного финансирования отрасли [10]. Около 30% пациентов госпитализируются необоснованно и могут получать медицинскую помощь с использованием стационарозамещающих технологий на догоспитальном этапе [1]. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономики ресурсов. Стационарозамещающие технологии позволяют медицинским организациям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи.

Сокращение коечного фонда стационаров в последние годы происходит за счет расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и низкой востребованности коек, развернутых в стационарах с круглосуточным пребыванием. Развитие стационарозамещающих форм оказания меди-

цинской помощи определяется, с одной стороны, потребностью населения в данном виде медицинских услуг, с другой — необходимостью рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения.

В целом, за последние годы в Российской Федерации число дневных стационаров на базе медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, увеличилось в 3,8 раза, дневных стационаров на базе больничных учреждений — в 12,4 раза, а число стационаров на дому в 4,4 раза [2]. При этом число пролеченных пациентов возросло в дневных стационарах на базе медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь, в 4,4 раза, а в дневных стационарах на базе больничных учреждений — в 17,3 раза и в стационарах на дому — в 3,3 раза [2].

Программой государственных гарантий предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на ПМСП.

В настоящее время не существует принципиального дефицита медицинских технологий, но проблема их выбора в соответствии с желаемыми медицинскими, социальными и экономическими эффектами постоянно нарастает. Конкурсный выбор требует разработки адекватных оценок эффективности медицинских технологий в здравоохранении с целью принятия наиболее приемлемых управленческих решений.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительный анализ различных стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи по критериям медицинской, социальной и экономической эффективности.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы руководящие документы, отчеты, открытые литературные источники, приказы, директивы МЗ РФ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

*Методические основы организации стационарозамещающих технологий.* При принятии решения об открытии дневных стационаров необходимо изучить демографическую обстановку (возрастную структуру населения) в районе обслуживания, структуру заболеваемости, доступность различных видов стационарной помощи для жителей района, а также материально-техническую базу, силы и средства учреждения.

Целью организации дневного стационара является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов.

Профиль дневного стационара должен определяться исходя из приоритетных задач, стоящих перед здравоохранением каждой конкретной территории (район, город, область). Контингенты пациентов, направляемых в дневной стационар, могут быть различны: дети, взрослые, женщины, лица старших возрастов. В своей деятельности дневной стационар использует диагностическую, лечебную базу и консультации специалистов того учреждения, на базе которого он развернут.

На госпитализацию в дневной стационар поликлиник целесообразно направлять следующие группы пациентов:

- за которыми после применения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, в том числе оперативных вмешательств, должно осуществляться краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение;
- в случае возможного развития у них неблагоприятных реакций после переливания крови и ее препаратов, внутривенного вливания кровезамещающих жидкостей и других растворов, после специфической гипосенсибилизирующей терапии и др.;
- нуждающиеся в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов;
- которым показаны различные процедуры (ванны, грязевые аппликации, массаж, вытяжение и т. д.) с обязательным последующим отдыхом (релаксацией);
- требующие специальной подготовки (если они не могут провести ее самостоятельно) для проведения некоторых диагностических исследований;

- нуждающиеся в проведении сложных врачебных манипуляций;
- требующие неотложной помощи по поводу состояний, возникших во время пребывания в поликлинике и на близлежащей территории (приступ бронхиальной астмы, пароксизм тахикардии и тахиаритмии, гипертонический криз и др.);
- требующие долечивания после интенсивного лечения в условиях стационара с круглосуточным пребыванием (послеоперационные, постинсультные, постинфарктные состояния и т. д.);
- в отношении которых следует решить сложные вопросы медико-социальной экспертизы с применением дополнительных лабораторных и функциональных исследований;
- нуждающиеся в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные женщины и др.);
- нуждающиеся в сложных реабилитационных процедурах;
- имеющие социальные показания для пребывания в дневном стационаре и т. д.

Противопоказаниями для госпитализации в дневной стационар являются:

- тяжелое состояние пациентов, нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении и уходе;
- потребность в круглосуточном парентеральном введении препаратов;
- резко ограниченная возможность пациентов к самостоятельному передвижению;
- необходимость соблюдения обязательного круглосуточного постельного режима;
- потребность соблюдения диетического режима, выполнение которого невозможно в домашних условиях.

Дневные стационары должны ориентироваться не только на активные методы лечения и обследования, а главным образом, на работу с пациентами старших возрастов с хроническими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой — освободит койки в стационарах круглосуточного пребывания для пациентов с острыми заболеваниями, действительно нуждающихся в стационарном лечении.

*Виды стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи.* Дневные стационары могут быть организованы как в составе поликлиники, так и при стационаре. Они занимают промежуточное место между стационарными и амбулаторными учреждениями и обладают преимуществами, а именно регулярным (еже-

дневным) наблюдением за пациентом, активным лечением и обследованием в объеме, близком к осуществляемому в стационаре. С другой стороны, дневные стационары сохраняют положительные черты амбулаторного лечения, главной из которых является то, что пациент находится в привычной для него среде. Основными задачами организации и работы дневных стационаров являются:

- проведение в поликлинических условиях лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на ускорение выздоровления или улучшения состояния здоровья пациентов;
- проведение комплексного активного лечения пациентов в объемах, оказываемых в стационарных условиях тем пациентам, которые по каким-то причинам не могут быть госпитализированы в стационар;
- рациональное использование коечного фонда стационарного лечения, прежде всего, тяжелобольных пациентов;
- долечивание и адаптация отдельных контингентов пациентов после лечения в стационаре;
- повышение доступности плановой стационарной помощи пациентам;
- проведение в амбулаторных условиях отдельных сложных диагностических исследований, требующих или специальной подготовки, или последующего наблюдения, осуществляемых медицинским персоналом;
- расширение объема хирургических вмешательств, проводимых в амбулаторных условиях пациентам с некоторыми хирургическими, оториноларингологическими, офтальмологическими и гинекологическими заболеваниями;
- сокращение сроков временной нетрудоспособности пациентов трудоспособного возраста по поводу наблюдаемых заболеваний;
- плановое профилактическое оздоровление пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении, включая длительно и часто болеющих пациентов;
- временная госпитализация пациентов поликлиники, у которых во время посещения возникли неотложные состояния для оказания экстренной медицинской помощи до приезда бригады скорой медицинской помощи или до полного купирования неотложного состояния.

*Дневные стационары в поликлиниках.* Дневные стационары могут быть организованы на

базе поликлиник, поликлинических отделений стационаров, диспансеров, клиник научно-исследовательских институтов, имеющих хорошую материально-техническую базу. Мощность дневного стационара определяется в зависимости от потребности и местных условий.

Наиболее целесообразно дневной стационар располагать в отдельном крыле поликлиники, максимально приблизив его к отделению восстановительного лечения, что позволит широко применять различные физиотерапевтические процедуры, психотерапию, иглорефлексотерапию, лечебную физкультуру (ЛФК) и т. д. Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, как правило, должен включать лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозную терапию, восстановительное лечение. В комплексе лечебных препаратов может быть представлен весь арсенал медицинских средств. Пациенты проходят лечение в дневном стационаре в среднем 10–12 дней. Как и в обычном стационаре, они регулярно осматриваются врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторно-инструментальные исследования, консультации врачей узких специальностей и т. д. В условиях дневного стационара может также осуществляться долечивание пациентов, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима с последующей выпиской к трудовой деятельности. В дневном стационаре помимо лечения основного заболевания пациентам целесообразно проводить оздоровительные мероприятия и лечение сопутствующих заболеваний. В период лечения широко используются физиотерапия, грязелечение, массаж, ЛФК, психотерапия, иглорефлексотерапия и другие методы восстановительного лечения. В функции дневного стационара может входить оказание неотложной догоспитальной помощи тем пациентам, у которых в период обращения в поликлинику развились неотложные состояния, приступы пароксизмальной тахикардии, стенокардии, бронхиальной астмы и др. Особое внимание следует уделять диспансерной группе пациентов, для которых лечение в условиях дневного стационара проводится, как правило, с профилактической целью.

Дневной стационар позволяет повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать ресурсы поликлиники. Кроме того, как описано выше, открываются широкие возможности для активного оздоровления пациентов из диспансерной

группы. В целом, дневной стационар способствует развитию преемственности между специалистами и службами поликлиники, обеспечивая непрерывность лечебного процесса. Развитие стационарозамещающих технологий является особенно рациональным для поликлиники, имеющей в своем составе консультативно-диагностический центр, поскольку расширенная диагностическая база позволяет в условиях поликлиники проводить ряд сложных диагностических исследований, требующих последующего медицинского наблюдения. Режим работы дневного стационара предусматривает 2–3-сменный прием пациентов. Преимущества организации дневного стационара для поликлиники — это дополнительные средства, поступающие в бюджет учреждения, так как в условиях дневного стационара тарифы выше, чем для лиц, находящихся на обычном амбулаторном лечении. Дневные стационары могут также финансироваться из других источников, не запрещенных законодательством, в них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счет средств добровольного медицинского страхования и граждан.

Таким образом, лечение пациентов в стационаре дневного пребывания экономически выгодно медицинской организации, имеет преимущество в «деонтологическом» отношении — большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, что повышает эффективность лечения. Кроме того, средняя длительность лечения в дневном стационаре составляет меньше сроков лечения в стационаре круглосуточного пребывания.

*Дневные стационары в больницах.* Организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более широко и эффективно использовать ресурсные возможности, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения: дневной стационар для более легкого контингента и стационар круглосуточного пребывания для более тяжелых пациентов, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения [8].

Главным преимуществом данной структуры при многопрофильном стационаре можно считать наличие мощной диагностической и реабилитационной баз, что позволяет иметь низкую длительность пребывания в дневном стационаре, а также снизить среднюю длительность пребывания в круглосуточном стационаре вследствие своевременного перевода на долечивание в дневной стационар.

Организация дневного стационара, как коек долечивания на базе больниц не дает большого экономического эффекта. В лучшем случае это только экономия затрат на питание пациентов. Организация дневного стационара, как самостоятельного структурного подразделения на базе стационара или поликлиники с выделением штатов и помещения позволяет более экономно расходовать финансовые возможности. Стоимость лечения пациентов в таком дневном стационаре почти в 2 раза меньше, чем в едином отделении стационара за счет сокращения штатной численности медицинского персонала (дежурного врача и круглосуточных постов среднего и младшего медицинского персонала), а также сокращения штатной должности буфетчицы и расходов на питание пациентов. Более выраженный экономический эффект достигается при условии работы дневного стационара в 2 смены. При этом необходимо понимать, что дневные стационары никогда не смогут заменить круглосуточные. Их задача снизить нагрузку на стационарные учреждения и стать связующим звеном между амбулаторной и стационарной медицинской помощью.

*Дневной стационар на дому.* В настоящее время вопросы ухода за пациентами на дому приобретают все большее значение в России и мире. С одной стороны, это обусловлено реструктуризацией системы здравоохранения и службы социальной защиты, переориентацией ПМСП населению в сторону амбулаторного звена, так как стационарное обслуживание пациентов связано с большими экономическими затратами. С другой стороны, наблюдается рост числа пожилых людей [6].

Установлено, что среди всех лиц, обратившихся в поликлинику за помощью на дому, доля лиц старше 60 лет составляет 60%, а среди вызовов скорой помощи — более 65%. Свыше 45% всех заболеваний начинаются с вызова врача на дом, а в осенне-зимний период на это приходится почти 90%. В общем объеме помощи, оказываемой населению городскими поликлиниками, почти 30% занимает медицинская помощь на дому [4].

Существующая на сегодняшний день система ухода на дому не охватывает достаточно большую часть граждан, нуждающихся в постоянной посторонней помощи, — это тяжело больные люди с далеко зашедшими хроническими заболеваниями, нуждающиеся в интенсивной медико-социальной реабилитации на дому.

Организация стационара на дому предполагает ежедневное наблюдение пациента врачом,

проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутривенные, внутримышечные инъекции) и т. д. При необходимости в комплекс лечения включаются также физиотерапевтические процедуры, массаж, лечебная физкультура и др. Пациентам в стационаре на дому оказывается консультативная помощь врачами узких специальностей. Более сложные диагностические обследования (эхокардиограмма, рентгенография и пр.) производятся при наличии клинических показаний в поликлинике, куда пациенты доставляются санитарным транспортом. Медико-социальная экспертиза им проводится на дому.

При использовании стационара на дому для лиц старшего возраста, инвалидов, особенно с целью реабилитации следует помнить о том, что дома пациент остается один на один со своей болезнью, что значительно затрудняет его социальную адаптацию. Вместе с тем, от медицинских работников требуется работа не только с пациентом, но и с членами его семьи, которые должны быть обучены правилам ухода и нуждаются в психологической поддержке.

*Редкие формы оказания стационарозамещающей медицинской помощи.* К числу других, более редких форм стационарозамещающей медицинской помощи относятся вечерние и ночные стационары, стационары выходного дня, комплексы: дневной стационар-пансионат.

В психиатрии ночные стационары создают благоприятные условия для лечения пациентов, у которых работоспособность не страдает и сохраняется установка на продолжение работы или учебы, лечение нервно-психических расстройств, проявляющихся в ночное время (например, нарушение сна). В некоторых промышленных предприятиях функционируют ночные профилактории, на базе которых проводится плановое обследование (диспансеризация) и профилактическое лечение сотрудников предприятия. Вечерние стационары (программы) разворачивают как в комплексе с дневными стационарами в одном помещении с ними, так и самостоятельно [9].

Стационары выходного дня широко практикуются при профилакториях. Однако с переходом на новые условия хозяйствования станет очевидной выгода от создания в помещении дневного стационара, работающего по пятидневке, стационара выходного дня для работающих. За рубежом широко практикуется опыт коммерческих учреждений выходного дня, где клиент может получить комплекс профилактического лечения (массаж, водные процедуры, физиотерапия, лечебная физкультура).

Интересна идея комплекса дневной стационар — пансионат, которая частично воплощена в жизнь в межотраслевом научно-техническом комплексе «Микрохирургия глаза», где пациент после операции помещается в пансионат с более широким предоставлением сервисных услуг, часть из которых он оплачивает. В пансионате пациент находится на свободном режиме, однако при возникновении осложнений ему тут же оказывается соответствующая помощь [3].

Другой подход нужен к дневным стационарам, организованным на базе консультативно-диагностических и специализированных центров разных уровней. Главной их целью является приближение к пациенту, а именно сделать менее дорогостоящей и более доступной специализированную медицинскую помощь. В процессе поиска путей совершенствования специализированной помощи были найдены формы, близкие по содержанию к дневным стационарам. Это специализированное, курсовое амбулаторное лечение и так называемый процедурный блок.

Специализированное курсовое амбулаторное лечение является амбулаторным эквивалентом стационарного лечения на базе специализированного центра, получаемого пациентом при регулярных явках в центр в течение определенного времени. Разновидностью дневных стационаров, являющихся развитием идеи отделений краткосрочного пребывания на базе специализированных подразделений, являются однодневные стационары. Палаты однодневного пребывания функционируют на базе офтальмологических, гинекологических, проктологических, детских хирургических, нефрологических и др. отделений. Пациентам в течение дня может быть проведено комплексное обследование и хирургическое лечение, в том числе под наркозом. Через 2–3 часа после выхода из наркоза и восстановления основных жизненно важных функций, а также при отсутствии осложнений пациент может быть выписан домой. При наличии проблем в лечении и самочувствии пациента, он остается в отделении для дальнейшего лечения. За рубежом чрезвычайно распространены амбулаторные центры на базе больниц, работающие по принципу однодневного стационара. Как правило, в состав таких центров входит в качестве одного из подразделений служба помощи на дому для тех, кто выписан из дневного стационара.

*Эффективность работы дневного стационара.* Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках Территориальной про-

Таблица 1

## Основные показатели для оценки работы дневного стационара

| Показатель                                     | Наименование показателя и его динамика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Медицинская эффективность                      | 1.1. Исходы лечения: выздоровление, улучшение состояния здоровья, без перемен, ухудшение состояния здоровья.<br>1.2. Сроки лечения.<br>1.3. Частота обострений заболеваний.<br>1.4. Частота послеоперационных осложнений.<br>1.5. Частота заживления ран первичным натяжением.<br>1.6. Уровень летальности при лечении в дневном стационаре.                                                                                                                                                                                                                |
| Социальная эффективность (путем анкетирования) | 2.1. Снижение временной потери нетрудоспособности у лечившихся в дневном стационаре и более быстрое их возвращение к трудовой деятельности.<br>2.2. Снижение временной нетрудоспособности по причине обострений заболеваний.<br>2.3. Степень удовлетворения потребности населения в стационарной помощи.<br>2.4. Сокращение времени на стационарное лечение пациентов.<br>2.5. Снижение психологического травмирования пациентов и членов их семей в связи с госпитализацией в дневной стационар.<br>2.6. Отсутствие жалоб на лечение в дневном стационаре. |
| Экономическая эффективность                    | 3.1. Снижение стоимости лечения пациентов — эффективность в дневном стационаре по сравнению с таковой в стационарном отделении больницы.<br>3.2. Уменьшение стоимости одной койко-смены за счет интенсификации работы дневного стационара.<br>3.3. Снижение экономических потерь от временной нетрудоспособности пациентов, лечившихся в дневном стационаре.                                                                                                                                                                                                |

граммы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Учитывая, что режим работы дневного стационара, как правило, строится в 2 смены, а лечение в нем является значительно менее затратным, чем в стационаре круглосуточного пребывания, достигается результат увеличения числа пролеченных пациентов и сокращение круглосуточного коечного фонда [7].

В настоящее время важным аспектом современной системы здравоохранения является определение эффективности деятельности медицинской организации или ее подразделения, в данном случае дневного стационара, а именно с позиции медицинской, социальной и экономической эффективности, которые описаны в таблице 1.

В целом, дневные стационары, как прогрессивная форма медицинского обслуживания пациентов, не исчерпала своих возможностей и требует дальнейшего совершенствования в процессе практической ее реализации.

## ВЫВОДЫ

1. За последние годы сложились различные стационарозамещающие формы оказания меди-

цинской помощи, предназначенные для специфических категорий пациентов, нуждающихся в профилактических, диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятиях.

2. Экономическая эффективность стационарозамещающих форм заключается в более низкой стоимости оказания медицинской услуги, а также в более коротких сроках лечения в сравнении со стационаром круглосуточного пребывания.

3. Социальная эффективность лечения в дневном стационаре имеет значительное «деонтологическое» преимущество — большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, в окружении близких людей, что повышает удовлетворенность медицинской помощью.

4. Медицинская эффективность стационарозамещающих форм определяется преемственностью между стационарным и амбулаторным этапами оказания медицинской помощи, обеспечивая непрерывность лечебного процесса.

5. Аспекты эффективности лечения зависят от конкретной стационарозамещающей формы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волнухин А. В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты. Автореф. дис... канд. мед. наук. М.; 2010.

2. Вялков А.И. Методические подходы к оценке эффективности деятельности ЛПУ как хозяйствующего субъекта. *Главный врач*. 2005; N 5: 11–17.
3. Денисов И.Н. ред., Черниченко Е.И. Совершенствование организации первичного звена здравоохранения. *Справочник врача общей практики*. 2008; N 11: 13–46.
4. Плиш А.В. Медико-организационные резервы совершенствования стационарозамещающих технологий. Витебск; 2006.
5. Русев И.Т., Карайланов М.Г., Буценко С.А., Прокин И.Г. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении». СПб.; 2016: 353–354.
6. Стародубов В.И. ред., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М.: Медицина; 2007.
7. Татарников М.А. Методологические основы формирования системы показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2009; N 12 (99): 6–10.
8. Федоткина С.А. Потребность в долголетию: по результатам опроса российской молодежи. Современные исследования социальных проблем. 2011; N 2: 205–208.
9. Хальфин Р.А. Актуальные вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации. *Здравоохранение*. 2003; N 10: 19–26.
10. Щепин О.П. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения. М.: Медицина; 2001.
- the effectiveness of health facilities as an economic entity]. *Glavnyy vrach*. 2005; N 5: 11–17. (in Russian).
3. Denisov I.N. red., Cherniyenko Ye.I. Sovershenstvovaniye organizatsii pervichnogo zvena zdravookhraneniya. [Improving the organization of primary health care]. *Spravochnik vracha obshchey praktiki*. 2008; N 11: 13–46. (in Russian).
4. Plish A.V. Mediko-organizatsionnyye rezervy sovershenstvovaniya statsionarozameshchayushchikh tekhnologiy. [Medical and organizational reserves for the improvement of stationary substitution technologies]. Vitebsk; 2006. (in Russian).
5. Rusev I.T., Karaylanov M.G., Butsenko S.A., Prokin I.G. Statsionarozameshchayushchiye formy okazaniya meditsinskoй pomoshchi v mnogoprofil'nom statsionare. [Inpatient substitution forms of medical care in a multi-field hospital]. *Materialy XII Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Aktual'nyye voprosy kliniki, diagnostiki i lecheniya v mnogoprofil'nom lechebном uchrezhdenii»*. SPb.; 2016: 353–354. (in Russian).
6. Starodubov V.I. red., Kalininskaya A.A., Shlyaf'er S.I. Pervichnaya meditsinskaya pomoshch': sostoyaniye i perspektivy razvitiya. [Primary health care: status and development prospects]. M.: Meditsina; 2007. (in Russian).
7. Tatarnikov M.A. Metodologicheskiye osnovy formirovaniya sistemy pokazateley effektivnosti deyatel'nosti uchrezhdeniy zdravookhraneniya. [Methodological basis for the formation of a system of performance indicators of health institutions]. *Voprosy ekonomiki i upravleniya dlya rukovoditeley zdravookhraneniya*. 2009; N 12 (99): 6–10. (in Russian).
8. Fedotkina S.A. Potrebnost' v dolgoletii: po rezul'tatam oprosa rossiyskoy molodezhi. [The need for longevity: according to the survey of Russian youth]. *Sovremennyye issledovaniya sotsial'nykh problem*. 2011; N 2: 205–208. (in Russian).
9. Khal'fin R.A. Aktual'nyye voprosy organizatsii ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossiyskoy Federatsii. [Topical issues of the organization of out-patient and polyclinic assistance to the population of the Russian Federation]. *Zdravookhraneniye*. 2003; N 10: 19–26. (in Russian).
10. Shepin O.P. Effektivnost' ispol'zovaniya statsionarozameshchayushchikh tekhnologiy v sisteme zdravookhraneniya. [Efficiency of using stationary substitution technologies in the health care system]. M.: Meditsina; 2001. (in Russian).

## REFERENCES

1. Volnukhin A.V. Statsionarozameshchayushchiye tekhnologii v rabote vracha obshchey praktiki (semeynogo vracha): organizatsionno-ekonomicheskiye aspekty. [Stationary substitution technologies in the work of a general practitioner (family doctor): organizational and economic aspects]. PhD thesis. M.; 2010. (in Russian).
2. Vyalkov A.I. Metodicheskiye podkhody k otsenke effektivnosti deyatel'nosti LPU kak khozyaystvuyushchego sub'yekta. [Methodical approaches to the evaluation of