



А. В. Старшинин, Н. Н. Камынина, Е. В. Смирнова

# **ОРГАНИЗАЦИЯ И НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ: ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

## **ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР**

Государственное бюджетное учреждение города Москвы  
«Научно-исследовательский институт организации  
здравоохранения и медицинского менеджмента  
Департамента здравоохранения города Москвы»

А. В. Старшинин, Н. Н. Камынина, Е. В. Смирнова

# **ОРГАНИЗАЦИЯ И НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ: ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Экспертный обзор

*Научное электронное издание*

Москва  
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»  
2023

УДК 614.1  
ББК 51.1

*Рецензенты:*

*Гажева Анастасия Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, начальник  
отдела координации организационно-методической работы в здравоохранении  
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;*

*Стасевич Наталья Юрьевна, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник  
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко»*

**Старшинин, А. В.**

Организация и нормативное регулирование деятельности дневных стационаров: опыт использования и перспективы развития: экспертный обзор [Электронный ресурс] / А. В. Старшинин, Н. Н. Камынина, Е. В. Смирнова. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/> – Загл. с экрана. – 45 с.

**ISBN 978-5-907717-36-7**

Необходимость рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения путем использования стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи дополняется потребностью населения в данном виде медицинских услуг. Наиболее распространенной формой являются дневные стационары, организуемые при медицинских организациях, предоставляющих помощь как в стационарных, так и амбулаторных условиях.

В обзоре, посвященном деятельности дневных стационаров, представлены обобщенные материалы литературных источников об опыте использования стационарозамещающих технологий в Российской Федерации и за рубежом. Проанализированы нормативные правовые документы, регламентирующие организацию дневных стационаров, требования к их функционированию и отчетности.

Подготовлены предложения по оптимизации деятельности.

При подготовке обзора использованы результаты, полученные в ходе исполнения Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы (НИИОЗММ ДЗМ) научно-исследовательской работы по теме «Эффективное управление ресурсами столичного здравоохранения. Научно-методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций».

Обзор предназначен для специалистов в области организации здравоохранения, руководителей медицинских организаций, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и сферы обязательного медицинского страхования.

**УДК 614.1  
ББК 51.1**

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»  
(Протокол № 6 от 20 июня 2023 г.).*

*Самостоятельное электронное издание сетевого распространения*

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;  
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907717-36-7



© Старшинин А. В., Камынина Н. Н., Смирнова Е. В., 2023  
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>4</b>
<b>РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ</b> .....	<b>6</b>
1.1. ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ ЗА РУБЕЖОМ .....	<b>6</b>
<b>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДС</b> .....	<b>10</b>
2.1. ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ОРГАНИЗАЦИЮ ДС .....	<b>10</b>
2.2. НОРМАТИВНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КОЕЧНЫМ ФОНДОМ ДС .....	<b>15</b>
2.3. РЕГЛАМЕНТИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДС В ПГГ .....	<b>17</b>
2.4. ПОРЯДОК ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ДС И ЕГО НОРМАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ .....	<b>17</b>
2.5. ОТЧЕТНОСТЬ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДС .....	<b>19</b>
2.5.1. ДОКУМЕНТАЦИЯ, ЗАПОЛНЯЕМАЯ В ДС .....	<b>19</b>
2.5.2. ИНФОРМАЦИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ ДС .....	<b>22</b>
2.6. ВИДЫ ДС .....	<b>22</b>
2.6.1. РЕДКИЕ ФОРМЫ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....	<b>23</b>
2.6.2. ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ .....	<b>24</b>
2.6.3. ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР НА ДОМУ .....	<b>24</b>
2.6.4. ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ .....	<b>25</b>
<b>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ДС</b> .....	<b>26</b>
3.1. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ДС .....	<b>26</b>
3.2. РОЛЬ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ В ОЦЕНКЕ ДС .....	<b>27</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	<b>31</b>
ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ .....	<b>31</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ</b> .....	<b>33</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Обсуждение возможности получения качественной и доступной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) для всего населения страны – независимо от социального статуса, места проживания, возраста и иных категорий и характеристик потребителя медицинских услуг, является актуальным практически для всех зарубежных и отечественных публикаций последних десятилетий. Поиск наиболее приемлемых путей достижения адекватного доступа к ПМСП – одна из базовых концепций аналитиков и организаторов здравоохранения, отражаемая в современной литературе. Подтверждая целесообразность развития данного направления сферы здравоохранения, параллельно широко обсуждается возможность на практике решения задачи сохранения или, что оптимально, сокращения финансовых расходов при сохранении базовых гарантий, обеспечиваемых государством.

При этом отмечается, что активное внедрение платных медицинских услуг, решая частично финансовую сторону проблемы ресурсного обеспечения государственных и муниципальных медицинских организаций, невольно может способствовать активизации негативных тенденций, связанных со снижением доступности ПМСП для значительной части населения, что абсолютно недопустимо в современных реалиях, требующих незамедлительного поиска путей консолидации общества на различных платформах, среди которых сфера здравоохранения является одной из ведущих.

Совершенствование системы охраны здоровья населения, осуществляемое в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения в Российской Федерации, определяет цель государственной политики в области здравоохранения как 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 [1].

То есть достижение баланса доступности и размера финансовых затрат – фактически основная задача системы здравоохранения любого государства. В свою очередь ПМСП, будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения.

Согласно данным, приводимым в литературе, еще 15 лет назад в России до 80 % ресурсов здравоохранения использовалось для финансирования дорогостоящей стационарной медицинской помощи против 30–50 % в экономически развитых странах, а потери от неэффективного использования средств достигали 20 % от общей суммы государственного финансирования отрасли [2].

Ряд авторов приводит данные, что около 30 % пациентов госпитализировались необоснованно и могли бы получать необходимую медицинскую помощь

на догоспитальном этапе – в случае использования стационарозамещающих технологий [3].

Эффективное использование коечного фонда и сокращение уровня необоснованной госпитализации, как следствие – рост резервов экономии ресурсов обеспечивается при активном использовании стационарозамещающих технологий. При организации в первичном звене здравоохранения стационарозамещающие технологии позволяют медицинским организациям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи.

Сокращение коечного фонда стационаров на фоне расширения объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и низкой востребованности коек, развернутых в стационарах с круглосуточным пребыванием, предусматривается показателями финансирования, утвержденными Федеральным законом от 05.12.2022 № 466-ФЗ «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [4].

Необходимость рационального и эффективного использования финансовых средств и материально-технических ресурсов здравоохранения путем использования стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи дополняется потребностью населения в данном виде медицинских услуг [2]. Наиболее распространенная форма – дневные стационары (ДС).

ДС занимают промежуточное место между стационарными и амбулаторными учреждениями и обладают преимуществами, а именно регулярным (ежедневным) 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 [2, 5].

Ряд авторов рассматривает внедрение ДС как один из доступных способов устранения дисбаланса между спросом на медицинские услуги и их предложением, приводящего к снижению доступности медицинской помощи за счет сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи [6].

Снижение затратности сферы здравоохранения при сохранении объема и качества услуг, предоставляемых данной сферой, рассматривается в мировой практике как единственный путь к построению эффективности всей системы оказания медицинской помощи фактически с самого начала ее формирования. Причем мировая историческая практика свидетельствует: чем ниже находится планка взаимодействия первичной и специализированной помощи, тем более затратна и менее эффективна вся система здравоохранения [7].

В обзоре представлены обобщенные материалы литературных источников и нормативных правовых документов, посвященных организации и деятельности ДС, а также использованы результаты, полученные в ходе исполнения Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы (НИИОЗММ ДЗМ) научно-исследовательской работы по теме «Эффективное управление ресурсами столичного здравоохранения. Научно-методическая и прогнозная оценка ресурсов в системе здравоохранения и влияние их достаточности на эффективность деятельности медицинских организаций».

# РОССИЙСКИЙ И ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

## 1.1. Дневные стационары за рубежом

В решении проблем, связанных с эффективностью использования финансовых ресурсов систем здравоохранения, представляет интерес опыт зарубежного здравоохранения в форме становления так называемых «служб нового типа» – передовых центров неотложной помощи, пунктов помощи на дому, дневных стационаров, домов сестринского ухода, занимающих промежуточное звено между стационарным и амбулаторным обслуживанием.

Ряд авторов, исследовавших проблему, декларируют в качестве основной задачи зарубежных ДС оказание помощи пациентам на промежуточной стадии лечения между отделением интенсивной терапии и амбулаторной реабилитацией, а также улучшение качества жизни пациентов [8].

Анализ литературных данных однозначно свидетельствует, что государственные структуры, отвечающие за национальную политику в области здравоохранения, во всех странах вполне резонно обеспокоены возрастающим спросом на медицинские услуги и соответствующим ростом расходов на здравоохранение, имеющими под собой объективные причины, не связанные напрямую с медицинской сферой, например увеличение численности населения, имеющего многочисленные проблемы со здоровьем, преждевременная смертность, снижение основных показателей качества жизни и разнообразные социально-экономические проблемы [6, 9–12].

За рубежом существуют ДС разных профилей: гериатрические (часто встречающаяся категория), многопрофильные, узкоспециализированные, педиатрические.

Предполагается, что формальной родиной «стационаров одного дня» (так тогда назывались ДС) можно считать Великобританию, а датой их рождения – примерно середину прошлого столетия. Один из первых дневных стационаров был создан в Оксфорде в 1956 г. для обеспечения междисциплинарной помощи пожилым пациентам с хроническими заболеваниями. Сначала «одnodневные стационары» организовывались на базе круглосуточных стационаров (больничных учреждений, госпиталей и проч.), чтобы иметь свободный доступ к диагностическому оборудованию, но сегодня большинство из них расположены так, чтобы быть доступными для пожилых пациентов. Значительно вырос и коечный фонд ДС. Если тогда, в начале 60-х годов XX века, количество койко-мест в отделениях длительного ухода было намного меньше потребностей, то за период с 2011 по 2021 г. число коек в ДС увеличилось на 15,5%, а количество пролеченных в них пациентов – на 22,7% [13].

В настоящее время в Великобритании успешно функционируют дневные стационары на базе центров реабилитации лиц с неврологической патологией, последствиями травм, инвалидов и лиц престарелого возраста (гериатрические ДС). Учитывая всеобщую проблему старения населения, в том числе Российской Федерации в целом и такого крупного мегаполиса, как Москва, в частности, опыт работы подобного ДС, представленный в литера-

туре, особенно интересен [8]. Так, в Великобритании врач дневного гериатрического стационара распознает важные явные факторы риска заболеваний или инвалидности у пожилых людей: диагноз должен включать гораздо больше, чем анамнез, симптомы и их перевод в клинический диагноз. Наряду с установленным клиническим диагнозом проводится оценка функций систем организма, что позволяет не только назначить специфическое лечение, но и определить влияние состояния здоровья пациента на его деятельность в данное время и сделать прогноз развития заболевания. Существует третий элемент диагностики – психосоциальная оценка личности. В ДС применяется специальная стационарная система психосоциальной оценки для дифференцировки множества энцефалопатий, деменции. В междисциплинарную медицинскую группу входят врачи, медсестры, физиотерапевты, эрготерапевты, врачи-гигиенисты и социальные работники, имеющие компетенции в области гериатрической медицины. Пациенты получают помощь логопеда, стоматолога, хирурга, оптометриста и специалиста-подолога. У каждого нового пациента измеряют массу тела, проводят ректальное обследование, выполняют исследование мочи и крови (на мочевины, электролиты, сывороточную мочевую кислоту и клиренс креатинина, сывороточный белок, кальций и неорганические фосфаты и печеночные пробы). Рентген грудной клетки делают каждому пациенту независимо от клинических признаков, если в течение предыдущих трех месяцев такое исследование не проводилось. Стандартное обследование завершает электрокардиография. Назначение дополнительных исследований зависит от клинических результатов. Кроме этого проводится оценка повседневной активности пациента, которая может включать функциональные пробы, в том числе на пространственную ориентацию. Обо всех случаях дисфазии или дизартрии сообщается логопеду, также обязательно будут назначены исследования рефракции, аудиометрии, стоматологии. Физиотерапевты измеряют отдельные мышечные движения и мобильность. Впоследствии может быть проведено повторное тестирование пациента на дому.

Идея приближения ДС к населению, особенно пожилого возраста, привела к тому, что сейчас ДС в ряде стран организованы даже в общественных центрах и торговых комплексах [8].

**В Австралии**, например, дневные стационары работают как общественные центры реабилитации. Существуют ДС разных профилей. Наиболее часто встречаются гериатрические (здесь большое внимание уделяют пациентам с деменцией) и педиатрические (в них занимаются социальной адаптацией детей). Некоторые педиатрические ДС работают в две смены, чтобы иметь возможность оказывать медицинскую помощь школьникам [13, 14].

Деятельность ДС **в Швеции** в первую очередь интегрирована в учреждения, оказывающие помощь людям преклонного возраста (гериатрические клиники, клиники долговременного медицинского ухода), соматические дома престарелых. Более того, ДС имеют отлаженную координацию с другими учреждениями первичной медико-санитарной помощи, такими как уход на дому, а также с социальным обслуживанием на дому. Основные задачи шведских ДС – помочь пациенту адаптироваться в домашних условиях, научить его самостоятельно контролировать заболевание и ухаживать за собой,

чтобы облегчить бремя заботы родственникам. Таким образом, дневной уход в условиях дневного стационара – звено в цепочке помощи, которая должна продлить независимость пациента в быту, не допустить слишком раннюю его госпитализацию. Также ДС используются для проведения диагностических процедур: дифференциальной диагностики начального старческого слабоумия и других психических и (или) соматических нарушений, которые могут вызывать психическую спутанность сознания. ДС имеют оборудование для выполнения ментальных и соматических исследований пациентов. Здесь также проводится консультация диетолога и корректировка диеты для диабетиков, и это очень важно, поскольку многие пожилые пациенты, страдающие диабетом, и их родственники не умеют готовить пищу по предписанной диете и нуждаются в обучении. Важное направление работы дневного центра – реабилитация пациентов с помощью персонала разного профиля. Главная задача этих специалистов – дать четкие указания пациентам, родственникам например по обучению ходьбе, использованию вспомогательных устройств и специальной подготовке в соответствии с разработанным врачом планом. При таких стационарах функционирует специализированный автотранспорт, есть микроавтобусы с подъемниками для пациентов в инвалидных креслах [8].

**В США** распространены централизованные дневные программы для координированного обследования и терапии больных пожилых людей, например для реализации Программы полного ухода за пожилыми людьми (PACE). Ключевая особенность PACE заключается в обеспечении междисциплинарного обследования и терапии. Как правило, в стационаре работают врач-гериатр или терапевт со специальным образованием в области ухода за пожилыми людьми, медсестры, фельдшеры, физиотерапевты, социальные работники, логопеды, диетологи. ДС могут проводить амбулаторную комплексную гериатрическую оценку, которая имеет надежную доказательную базу стандартов стационарной помощи. Для большинства пациентов составляют индивидуальный план лечения, включая интенсивную терапию. Пациенты принимают участие в групповых физических занятиях. Как правило, они посещают стационар два-три раза в неделю или чаще и находятся в нем 4–6 часов. Реабилитация и обучение уходу составляют главную цель ДС. В таких центрах пациенты могут восстанавливаться после инсульта, острого заболевания, травм, артрита, болезни Паркинсона. Также в ДС ведется просветительская работа, создаются образовательные группы школы здоровья на темы: здоровый образ жизни, безопасность на дому, артериальное давление, диабет, профилактика падений, трудности с памятью, депрессия, проблемы передвижения и равновесия, лекарственная безопасность (при приеме обезболивающих средств). Нужно отметить, что обычный день гериатрических ДС начинается с транспортировки сюда пациентов силами персонала ДС и муниципалитета.

Созданный на базе реабилитационного госпиталя в Филадельфии (США) одним из первых дневной стационар обеспечивает долечивание больных штатными медицинскими бригадами. Пациенты прибывают в стационар утром, проходят необходимые исследования и комплексное лечение с элементами восстановительной терапии, получают одноразовое питание. Реабилитация пациентов с ХНИЗ в целом – основное направление использования ДС в США [15].

В педиатрических ДС США особое внимание уделяется пациентам с серьезными психоэмоциональными и поведенческими проблемами. Им предлагается всесторонняя лечебная программа, которая включает психологическую оценку, индивидуальную и семейную терапию, обучение социальной адаптации, психотерапию. Штат ДС помимо педиатров включает психологов или психиатров [8].

Дневные стационары **в Германии** обеспечивают пожилым людям медицинскую помощь и удовлетворение их социальных потребностей без привлечения неоправданно больших финансовых средств. Финансовый вопрос является одним из основных триггеров привлечения пациентов ДС. Так, по данным отчета компании Accenture, Рейнско-Вестфальского института экономических исследований (RWI) и Института здравоохранения (НСВ) (Германия), в 2015 г. прогнозировалось банкротство каждой пятой клиники. По мнению ученых, основной причиной сложившейся ситуации является объем госпитализаций, поскольку в течение года лечение в стационарных условиях получают около пяти миллионов человек. Число так называемых «постельных дней», приходящихся на одного жителя Германии, на 70 % выше аналогичных показателей других стран ЕС, хотя большинство пациентов без потери качества могло получать необходимое лечение амбулаторно. При этом учитываются интересы не только пациентов, но и членов их семей, которым данная форма позволяет сэкономить финансовые ресурсы [16, 17].

**В Италии** преобладают ДС, организованные на дому, так называемые «службы помощи на дому» оказывают медицинские и вспомогательные услуги, такие как консультации специалистов, лечение, сестринский уход.

**В Нидерландах** почти половина общего числа домов сестринского ухода использует принцип работы дневного стационара, куда направляются больные из круглосуточного стационара при улучшении их состояния. Не в последнюю очередь это также связано с тем, что вопросы сокращения коек возникают по причине банкротства больниц, и расширение первичной медико-социальной помощи носит в определенной степени вынужденный характер [8].

**В Японии** реализуется стратегия укрепления здоровья и оптимизации социального обслуживания пожилого населения, по плану которой функция ухода за больными возлагается на дневные стационары, стационары на дому, гериатрические больницы. В течение дня больные обеспечиваются питанием, уходом, культурной программой, адаптированной к физическому и моральному состоянию больных, наблюдением врача и соответствующим лечением [11]. В клинических центрах получила развитие одна из распространенных стационарозамещающих форм амбулаторно-поликлинической помощи – стационар на дому, осуществляющий плановое лечение пациентов в домашних условиях, систематический контроль эффективности использования всех лечебно-диагностических возможностей поликлиники. Перевод части лечебно-профилактических учреждений на работу с применением стационарозамещающих технологий позволяет существенно повысить эффективность их работы, улучшить качество жизни лиц преклонного возраста.

**В Португалии** открытие ДС в форме отделений однодневного послеоперационного наблюдения позволило сократить среднюю продолжительность

госпитализаций, т. е. стоимость лечения, на 50 % без снижения качества оказываемой медицинской помощи [18].

Рост числа ДС при оказании ПМСП в государствах ближнего зарубежья также в первую очередь связан с оптимизацией финансовых расходов при сохранении доступности и качества медицинской помощи. Так, в Республике Казахстан число ДС имеет постоянную тенденцию к росту, причем акцент сделан на ДС при амбулаторно-поликлинических медицинских организациях [19].

## **РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДС**

В России первые стационарозамещающие формы медицинской помощи появились в 1930–1931 гг. на базе психоневрологической больницы им. П. Б. Ганнушкина, где в качестве промежуточного звена между больницей и лечебно-трудовыми мастерскими диспансера был открыт дневной стационар [13, 20]. Впоследствии согласно приказу Минздрава СССР от 16.12.1987 № 1278 «Об организации отделений, палат дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому» были организованы стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи в виде ДС при МО и на дому [21].

В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утвержденной Постановлением Правительства России в 1997 г., отмечалось, что основным направлением в совершенствовании организации оказания медицинской помощи является развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределения части объектов помощи из стационарного сектора в амбулаторный [22]. Для реализации Концепции на первом этапе (1997–2000) предусматривалась реструктуризация стационарной помощи и одновременное развитие амбулаторно-поликлинических учреждений, создание в них дневных стационаров и стационаров на дому.

07.09.1999 на Коллегии Минздрава России (Коллегия) обсуждалась необходимость создания нормативной базы по вопросам организации более эффективной и ресурсосберегающей медицинской помощи и перевода объема медицинской помощи с больничного на догоспитальный уровень [23].

### **2.1. Документы, регламентирующие организацию ДС**

Деятельность ДС регламентируется законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами Минздрава России, а также органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации. Первым документом, разработанным по результатам решения коллегии, является Положение

«Об организации дневного стационара в лечебно-профилактическом учреждении», которое было утверждено приказом Минздрава России от 09.12.1999 № 438 (Приказ Минздрава № 438) [24].

В соответствии с данным документом функциями ДС являются:

1. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т. ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

3. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

4. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

5. Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.

6. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

Показания к пребыванию в ДС и организация приема также определены разработанными совместно Минздравом России, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Методическими рекомендациями Минздрава России № 2002/106 «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению» [25].

Лечение в ДС согласно действующим нормативным документам показано в случаях:

— комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий, включающего, как правило, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно-диагностических манипуляций;

— сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

— послеоперационного медицинского наблюдения за больными, оперированными в условиях стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения по поводу несложных хирургических вмешательств (удаления доброкачественных опухолей, вросшего ногтя, флегмон, панарициев и др.);

— необходимости подбора адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или с хроническими заболеваниями при изменении степени тяжести заболевания (например, больным сахарным диабетом);

— для профилактического обследования и оздоровления лиц из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющих;

— долечивания больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения в условиях активного режима;

— апробации совместно с кафедрами вузов и НИИ новых методик лечения и обследования больных.

Правила организации ДС медицинской организации (подразделения медицинской организации), оказывающей ПМСП, а также рекомендуемые штатные нормативы и стандарт оснащения ДС регламентированы приказом Минздравсоцразвития России № 543 от 15.05.2012 (Приложения № 9–11 к Приказу соответственно), утвердившим единые подходы к деятельности ДС [26].

На основе вышеуказанных Методических рекомендаций № 2002/106 и приказа Главного управления здравоохранением г. Москвы от 02.10.1989 № 520 «О серьезных недостатках в работе амбулаторно-поликлинических учреждений по организации приема населения» специалистами МГМСУ им. А. И. Евдокимова совместно с представителями ряда медицинских организаций г. Москвы, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, сформирован перечень противопоказаний к оказанию помощи в ДС [27].

Так, к противопоказаниям лечения в условиях ДС отнесены:

— тяжелое общее состояние больного;

— необходимость круглосуточного наблюдения;

— необходимость длительного парентерального введения лекарственных препаратов;

— строгий постельный режим;

— ограничение передвижения и самообслуживания;

— ухудшение состояния в ночные часы;

— острые и социально обусловленные заболевания.

Также ряд специалистов относит к противопоказаниям к лечению на базе ДС случаи потребности соблюдения диетического режима, выполнение которого невозможно в домашних условиях [2].

Авторами с учетом практических результатов двух московских поликлиник и накопленного опыта предложена собственная версия конкретизации нозологий в рамках показаний для направления в ДС и разработан перечень социально значимых заболеваний, подлежащих направлению на лечение в дневной стационар [28].

### **1. Кардиоваскулярные заболевания:**

1.1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз, НК – I–IIa ст.

1.2. ИБС: аритмическая форма (экстрасистолия, мерцательная аритмия – постоянная форма), НК I–IIa ст.

1.3. ИБС: состояния после кардиохирургических пособий.

1.4. Гипертоническая болезнь I–II–III ст., 1, 2 ст., НК 0–I–IIa ст.

### **2. Цереброваскулярные заболевания:**

2.1. Хроническая ишемия головного мозга в стадии субкомпенсации.

2.2. Последствия перенесенного ОНМК (через 6 мес. после ОНМК).

### **3. Хроническая обструктивная болезнь легких.**

#### **4. Сахарный диабет (II тип):**

4.1. Сахарный диабет с гипогликемическими состояниями.

4.2. Сахарный диабет и ассоциированные соматические заболевания.

#### **5. Проявления алкогольной болезни:**

5.1. Цирроз печени, класс А, В по ChildPugh, минимальная, умеренно выраженная степень активности, синдром портальной гипертензии I–II ст., без выраженных признаков печеночно-клеточной недостаточности.

5.2. Полинейропатия алкогольная с двигательными и чувствительными расстройствами легкой и средней степени тяжести.

#### **6. Заболевания костно-суставной системы:**

6.1. Остеоартроз.

6.2. Остеопороз.

Показания для направления в дневной (терапевтический) стационар:

Для лечения в дневной (терапевтический) стационар рекомендовано направлять:

- пациентов, находящиеся на амбулаторном лечении или под врачебным наблюдением с перечисленными заболеваниями;
- пациентов, направляемых на высокотехнологические диагностические и лечебные манипуляции, связанные с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных манипуляций;
- пациентов с перечисленными заболеваниями, выписанных из стационара для завершения лечения в условиях активного режима;
- пациентов с перечисленными заболеваниями для проведения реабилитационного и оздоровительного лечения с применением методов комплексного лечения (медикаментозное, физиотерапевтическое, рефлексотерапия, ЛФК и др.);
- пациентов, требующих оказания неотложной помощи по поводу острых состояний, возникших во время нахождения в поликлинике (приступы бронхиальной астмы, гипертонический криз, пароксизмальная тахикардия и др.).

Противопоказания для направления в дневной (терапевтический) стационар:

- острые инфекционные заболевания;
- необходимость в круглосуточном врачебном наблюдении больных с соблюдением ими постельного режима;
- резкое ограничение самостоятельного передвижения больных, неспособность к самостоятельному обслуживанию;
- потребность в круглосуточном парентеральном введении различных медикаментозных средств, а также в строгом соблюдении диетического режима, выполнить которые в условиях внештатного дневного терапевтического стационара не представляется возможным;

- отсутствие возможности у больного самостоятельно прибыть в поликлинику и вернуться домой с помощью городского транспорта;
- возможное ухудшение состояния здоровья больных по пути в дневной стационар.

Авторами приведен рекомендуемый перечень видов лечебно-диагностической помощи в дневном (терапевтическом) стационаре:

- коррекция лечения и его мониторинг (динамическая ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, СМАД, ЭХОКГ, ФВД, гликемия, глюкозурия, клиренс креатинина, УЗИ);
- внутримышечные, подкожные инъекции лекарственных препаратов;
- внутривенные инфузии (в том числе капельные инфузии лекарственных препаратов);
- немедикаментозные методы лечения (физиотерапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура, психотерапия и т. п.);
- термометрия.

В то же время в обзоре специалистов ЦНИИОИЗ, имеющих большой опыт организации и исследования медицинской помощи, предоставляемой в ДС, а также по использованию стационарозамещающих технологий в целом, представлена несколько отличающаяся расширенная версия направлений использования ДС [28]:

— проведение в амбулаторных 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;

— 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.

## 2.2. Нормативные и методические документы, регламентирующие обеспеченность населения коечным фондом ДС

При определении общей потребности в мощностях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях ДС и в стационарных условиях, рекомендуется проводить расчеты обеспеченности коечным фондом по каждому профилю медицинской помощи в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения» (приказ № 182), утвердившим Методические рекомендации, которыми осуществляется расчет в части совокупного количества профильного коечного фонда: ДС + Стационары круглосуточного пребывания [29]. Таким образом, предложенный приказом № 182 совокупный показатель расчета коечного фонда не позволяет выделить требуемый коечный фонд ДС отдельно.

Для определения уровня обеспеченности (достаточности) коечного фонда ДС существуют также разработанные в 2014 г. Методические рекомендации по расчету потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах, предусматривающие возможность рассчитать число требуемых мест совокупно для ДС при поликлиниках и стационаров на дому [30]. Рекомендуемый общий показатель коечного фонда ДС согласно федеральному нормативу, приведенному в данном документе, составляет 12,55 на 10 тыс. населения.

Наиболее оптимальным с точки зрения расчета потребностей в «койках» ДС при АПУ представляется вариант расчета профильного коечного фонда, разработанный ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России несколько ранее – в 2011 г. [31].

Дифференцированные федеральные нормативы числа мест в ДС, организованных при больничных учреждениях и медицинских организациях, предоставляющих помощь в амбулаторных условиях, приведены в таблице 1 (из расчета на 10 тыс. соответствующего населения).

Таблица 1 – Нормативы обеспечения коечным фондом ДС по профилям

Профили коек дневного стационара	Нормативное число коек					
	Стационары дневного пребывания больниц			Дневные стационары поликлиник		
	Детей	Взрослых	Всего населения	Детей	Взрослых	Всего населения
<b>А</b>	1	2	3	4	5	6
<i>Кардиологические</i>	0,04	0,15	0,12	0,01	0,11	0,09
<i>Ревматологические</i>	0,00	0,03	0,03	0,01	0,01	0,01
<i>Гастроэнтерологические</i>	0,16	0,14	0,15	0,09	0,06	0,07
<i>Пульмонологические</i>	0,05	0,06	0,06	0,02	0,02	0,02
<i>Эндокринологические (т)</i>	0,01	0,04	0,03	0,01	0,02	0,02
<i>Нефрологические (т)</i>	0,05	0,09	0,08	0,03	0,01	0,01

Профили коек дневного стационара	Нормативное число коек					
	Стационары дневного пребывания больниц			Дневные стационары поликлиник		
	Детей	Взрослых	Всего населения	Детей	Взрослых	Всего населения
Гематологические	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01
Аллергологические	0,06	0,01	0,02	0,02	0,00	0,01
Педиатрические	1,88	0,01	0,43	4,32	0,10	1,05
Терапевтические (общие)	0,26	1,96	1,58	0,22	3,18	2,51
Инфекционные	0,15	0,07	0,08	0,05	0,02	0,03
Для недоношенных и патологии новорожденных	0,01	0,00	0,003	0,00	0,00	0,00
Травматологические	0,03	0,07	0,06	0,02	0,08	0,07
Ортопедические	0,02	0,03	0,03	0,05	0,02	0,02
Урологические	0,02	0,04	0,04	0,02	0,05	0,04
Нейрохирургические	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Ожоговые	0,01	0,00	0,00			
Чел.-лицевой хирургии	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01
Торакальной хирургии	0,00	0,00	0,00			
Проктологические	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Кардиохирургические	0,00	0,00	0,00			
Сосудистой хирургии	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01
Хирургические (общие)	0,12	0,30	0,26	0,08	0,24	0,20
Онкологические	0,01	0,10	0,08	0,00	0,05	0,04
Для берем. и рожениц	0,00	0,02	0,02	0,00	0,18	0,14
Патологии беременности	0,01	0,23	0,18	0,00	0,16	0,13
Гинекологические	0,07	0,65	0,52	0,08	1,24	0,98
Для пр-ва аборт	0,00	0,03	0,02	0,00	0,06	0,05
Отоларингологические	0,16	0,15	0,15	0,19	0,10	0,12
Офтальмологические	0,10	0,14	0,14	0,13	0,09	0,10
Неврологические	0,24	0,56	0,49	0,66	1,02	0,94
Психиатрические	0,10	0,14	0,13	1,79	2,76	2,54
Наркологические	0,00	0,06	0,05	0,00	0,44	0,34
Фтизиатрические	0,07	0,21	0,18	0,28	0,59	0,52
Дерматологические	0,07	0,18	0,16	0,27	0,47	0,43
Венерологические	0,06	0,05	0,05	0,01	0,02	0,02
Прочие (не вошедшие в представленный перечень)						
<b>Итого</b>	<b>3,8</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>8,4</b>	<b>11,1</b>	<b>10,5</b>
Сестринского ухода	0,00	0,0006	0,0005	0,00	0,00	0,00
<b>ВСЕГО</b>	<b>3,8</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>8,4</b>	<b>11,1</b>	<b>10,5</b>

Аналогичные таблицы расчета потребностей коечного фонда ДС в утвержденных в установленном виде программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ПГГ) не предусмотрены, хотя потребность в конкретизации в этой сфере отмечается рядом авторов [32, 33].

## **2.3. Регламентирование деятельности ДС в ПГГ**

Ежегодно утверждаемые базовая (федеральная) и территориальные ПГГ (ТПГГ) регламентируют следующие показатели, характеризующие параметры оказания населению медицинской помощи в условиях ДС:

Базовая ПГГ, определяющая единые «правила игры» и условия оказания медицинской помощи для граждан при получении ее в регионах за пределами страхования, включает следующие основные показатели деятельности ДС [34]:

- средние нормативы объема медицинской помощи;
- средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, руб.;
- долю расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную программу государственных гарантий как один из показателей доступности;
- рекомендации по определению тарифа на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара по определенным заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний);
- перечень групп заболеваний для оплаты в условиях ДС.

Территориальные ПГГ дополнительно регламентируют некоторые характеристики деятельности ДС, в частности, ТПГГ г. Москвы включает:

- нормативы объема медицинской помощи в условиях ДС на 1 жителя и 1 застрахованного;
- размер финансирования ДС в рамках утвержденной стоимости Территориальной ПГГ по источникам финансового обеспечения;
- Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме (далее – Перечень ЖНВЛП) [35].

## **2.4. Порядок лекарственного обеспечения в ДС и его нормативное обеспечение**

В соответствии с п. 1 ч. 3 ст. 80 Федерального закона от 29.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Закон №323-ФЗ), при оказании медицинской помощи в рамках федеральной и территориальных ПГГ не подлежат оплате за счет личных средств граждан оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в Перечень ЖНВЛП, медицинских изделий, компонентов крови,

лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи [36].

Согласно п. 5 Порядка назначения лекарственных препаратов, их назначение осуществляется медицинским работником по международному непатентованному наименованию, а при его отсутствии – группировочному или химическому наименованию [37]. В случае отсутствия международного непатентованного наименования и группировочного или химического наименования лекарственного препарата лекарственный препарат назначается медицинским работником по торговому наименованию.

При наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии медицинской организации осуществляется назначение и оформление назначения лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи, разработанных в соответствии с пунктом 4 статьи 10 Закона № 323-ФЗ, либо по торговым наименованиям. Решение врачебной комиссии медицинской организации фиксируется в медицинской документации пациента и в журнале врачебной комиссии.

Пунктом 31 Порядка назначения лекарственных препаратов, регламентирующим назначение лекарственных препаратов при оказании

медицинской помощи в стационарных условиях, определено, что «в случаях обследования и лечения гражданина в стационарных условиях в рамках предоставления медицинских услуг на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договора, в том числе договора добровольного медицинского страхования, ему могут быть назначены лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение обусловлено медицинскими показаниями». Никаких иных указаний на использование личных средств граждан, в том числе в условиях дневного стационара, Порядок назначения лекарственных препаратов не содержит [38].

В связи с этим случаи необоснованной оплаты за счет личных средств граждан лекарственных препаратов должны выявляться при проведении контрольных мероприятий соответствующими структурами, определенными законодательно. Так, контроль за оплатой медикаментов, включенных в перечень ЖНВЛП, при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи, а также при назначении и применении по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи включен в п. 42 Проверочного листа (списка контрольных вопросов), используемого Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (соблюдение осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан), утвержденных приложением № 1 к приказу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

от 20.12.2017 № 10450) и в п. 1.5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи (приложение 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Порядок контроля по ОМС), утвержденному приказом Федерального фонда ОМС от 28.02.2020 № 36 [39, 40].

## **2.5. Отчетность о деятельности ДС**

### **2.5.1. Документация, заполняемая в ДС**

В октябре 2022 г. Минздравом России был утвержден вступивший в силу 1 марта 2023 г. приказ от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» (Приказ №530н) [41]. Данным приказом утверждены:

- учетная форма N 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 1 к настоящему приказу;
- порядок ведения учетной формы № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 2 к настоящему приказу;
- учетная форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 3 к настоящему приказу;
- порядок ведения учетной формы № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 4 к настоящему приказу;
- учетная форма № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 5 к настоящему приказу;
- порядок ведения учетной формы № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 6 к настоящему приказу;
- учетная форма № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 7 к настоящему приказу;
- порядок ведения учетной формы № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицин-

- скую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 8 к настоящему приказу;
- учетная форма № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 9 к настоящему приказу;
  - порядок ведения учетной формы № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 10 к настоящему приказу;
  - учетная форма № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 11 к настоящему приказу;
  - порядок ведения учетной формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 12 к настоящему приказу.

Причем документ имеет ограниченный «срок годности», ограниченный 1 марта 2029 г., то есть, как указано в Приказе №530н, – 6 лет со дня его вступления в силу.

Отдельными представителями медицинского сообщества высказывалась точка зрения, что ранее Минздравом России введено большое количество форм первичной медицинской документации для медицинских организаций, оказывающих медпомощь в амбулаторных условиях, а для стационаров и дневных стационаров отсутствовала стандартизация меддокументации. [42, 43]. Однако говорить об отсутствии единых форм вряд ли корректно: несмотря на то, что не был опубликован в установленном порядке, Министерством здравоохранения Российской Федерации был утвержден (и де-юре не отменен) приказ от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации» (Приказ №413) [44]. Приказ вводился вместо выпущенного ранее в целях упорядочения ведения учета и отчетности в условиях взаимодействия органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в учреждении здравоохранения системы Минздрава России приказа, введившего временную, сроком на 1 год, учетную и отчетную медицинскую документацию [45]. В последующем анализ работы с данными формами подтвердил необходимость перехода медицинских организаций на систему учета, отвечающую требованиям работы отрасли в современных экономических условиях и внедрению в деятельность учреждений здравоохранения ресурсосберегающих технологий, и с января 2003 г. была введена в действие следующая медицинская учетная документация:

— Учетная форма № 007/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (приложение № 2 к Приказу № 413);

— Учетная форма № 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 № 3 к Приказу № 413);

— Учетная форма № 007дс/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» (приложение № 4 к Приказу № 413);

— Учетная форма № 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 № 5 к Приказу № 413).

Как видно, согласно Приказу № 530, хотя и фактически дублируется большинство документов, в формулировках схожих по нумерации отчетных форм имеются отличия. Например, учетная форма № 007/у-02 в приказе № 413: «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении», а в приказе № 530н появляется учетная форма № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара». Как видно, изменились не только формальные термины «листок» или «лист», но и определения самих ДС. То есть, де-факто утратили силу приложения № 2, № 3 и № 5 к Приказу № 413.

Кроме того, согласно п. 2 Приказа № 530н, медицинские организации в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов применяют учетные формы и порядки их ведения, утвержденные настоящим приказом, с 1 марта 2025 г.

Порядки заполнения новых форм предписывают подробное заполнение данных о пациенте, с дополнением определенного количества граф, связанных не только с лечебными мероприятиями, но и с идентификационными данными: паспортные данные, место жительства, регистрации и т. д.

Не исключено, что подобное временное параллельное существование двух действующих приказов на одну тему вызывало ряд вопросов у практиков системы, напрямую сведений об этом в литературе не обнаружено. Однако, с целью разъяснений Департаментом мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, рассмотревшим в рамках компетенции обращение (источник, т. е. автор, не указан) по вопросу применения форм медицинской документации, было подготовлено письмо Минздрава России от 14.04.2023 № 13-2/3024697-70 «О применении форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» о том, что с 01.03.2023 применяются утвержденные формы медицинской документации в соответствии с Приказом № 530н причем вне зависимости от профиля медицинской организации и ее ведомственной принадлежности [46].

Учитывая, что Приказ № 530н аналитиками «Петербургской Медицинской информационной системы qMS» уже назван «основным документом цифровизации здравоохранения ближайших лет», приоритет именно за формами, утвержденными им [47].

### **2.5.2. Информация о результатах работы ДС**

Отчетная документация представлена отчетной формой № 14-ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения», утвержденной тем же приказом Минздрава (ФСН № 14-ДС) [44].

Результаты деятельности ДС, отражаемые в ФСН № 14-ДС, неоднократно рассматривались в литературе с позиции обсуждения их достаточности. Так, отмечается, что отсутствие в ней дополнительных опций, позволяющих оценить результативность работы ДС (из отчетности де-факто были исключены исходы лечения, утвержденные Приказом № 413, в частности перевод в круглосуточный стационар, т. е. показатель потенциальной неэффективности лечения в условиях ДС или неверного его выбора), не облегчает оценку работы по развитию стационарозамещающих технологий и подтверждает несовершенство существующих форм статистического наблюдения для утверждения наличия или отсутствия прямой корреляции между ростом/снижением/стабилизацией заболеваемости и динамикой числа пациентов, получивших помощь в условиях ДС [48].

Предложения по совершенствованию ФСН №14-ДС также касались предоставления сведений по классам заболеваний, что, безусловно, способствовало бы использованию ДС для целевой работы с пациентами, состоящими на диспансерном наблюдении, и отражало бы данный аспект работы поликлиник в отчетной документации [49].

Отдельно следует отметить критические замечания к данной форме, высказанные специалистами ЦНИИОИЗ в 2010 г., причем критике были подвергнуты не отдельные фрагменты статистики, а принципиальное несогласие с подходом к оценке работы ДС. Так, в ДС при поликлиниках предлагалось оценивать только число пролеченных пациентов, отрицая при этом саму возможность наличия «койко-мест», «коечного фонда» ДС, организованных не в рамках круглосуточных стационаров (больниц) [50]. Интересно, что через год именно ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России были разработаны рекомендуемые федеральные нормативы обеспеченности ДС при городских поликлиниках – с учетом профилей, являющиеся единственным ориентиром для практики на настоящий момент.

## **2.6. Виды ДС**

Согласно приказу Минздрава № 438 ДС делятся на дневные стационары, организованные в лечебно-профилактических учреждениях, и стационары на дому [24].

В свою очередь первые могут быть как в составе поликлиники (диагностического, консультационного или консультационно-диагностического центров), т. е. организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, так и при организации, оказывающей круглосуточную стационарную медицинскую помощь (больница, клинический научно-исследовательский институт и т. п.). Кроме двух групп ДС существуют и более редкие формы оказания стационаро-замещающей помощи.

### **2.6.1. Редкие формы стационарозамещающей медицинской помощи**

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

Ночные стационары являются формой выбора для пациентов, страдающих психоневрологическими заболеваниями, т. е. категории пациентов, требующих определенной социальной «осторожности» [51]. Так, 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).

Следующим возможным направлением стационарозамещающих технологий, включенных в группу «редких», является использование сохранившегося института ведомственной медицины. Так, в случае сохранения на некоторых промышленных предприятиях т. н. «ночных профилакториев», на базе которых обычно проводится плановое обследование (диспансеризация) и/или профилактическое лечение сотрудников предприятия, вечерние стационары (программы) разворачивают как в комплексе с ДС, т. е. в одном помещении с ними, так и самостоятельно. К этой же группе относятся стационары выходного дня при профилакториях, которые также перспективны для создания в их помещении дневного стационара, работающего по пятидневке, стационара выходного дня для работающих. В данном случае целесообразно обращаться к зарубежному опыту работающих на платной основе учреждений выходного дня, где клиент может получить комплекс профилактического лечения (массаж, водные процедуры, физиотерапия, лечебная физкультура).

Также авторами рассматривается интересная идея комплекса «дневной стационар-пансионат», которая частично воплощена в жизнь в МНТК «Микрохирургия глаза», где пациент после операции помещается в пансионат с более широким предоставлением сервисных услуг, часть из которых он оплачивает [52]. В пансионате пациент находится на свободном режиме, однако при возникновении осложнений ему тут же оказывается соответствующая помощь.

ДС – аналоги распространенных за рубежом амбулаторных центров на базе больниц, работающих 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.

### **2.6.2. Дневные стационары в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях**

К позитивным моментам организации ДС на базе больничных учреждений специалисты относят возможности более широко и эффективно использовать ресурсы медицинской организации, а также структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения с разделением на ДС для более легкого контингента и стационар круглосуточного пребывания – для более тяжелых пациентов, имеющих осложненные формы течения заболевания и требующих круглосуточного наблюдения и лечения [2, 20, 25]. При этом в случае с организацией ДС на базе узкопрофильных больниц (институтов) специализированное курсовое амбулаторное лечение является амбулаторным эквивалентом стационарного лечения на базе специализированного центра, получаемого пациентом при регулярных явках в центр в течение определенного времени [2].

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 т. ч. 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 [24].

Главным преимуществом ДС при многопрофильном стационаре предлагается считать наличие мощной диагностической и реабилитационной базы, что позволяет иметь низкую длительность пребывания в дневном стационаре, а также возможность снижения средней длительности пребывания в круглосуточном стационаре за счет своевременного перевода на долечивание в ДС [53].

### **2.6.3. Дневной стационар на дому**

Актуализация использования ДС, организованных на дому, в первую очередь связана с всеобщими тенденциями старения населения. Кроме того, реструктуризация системы здравоохранения и службы социальной защиты по решению существующих вопросов ухода за пациентами на дому, имеющих большое значение в России и мире, связана с большими экономическими затратами. Опубликованные ранее результаты исследований показывают, 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 [2].

В связи с этим рядом исследователей ДС на дому определяется, как такой вид медицинской деятельности, когда активное лечение болезненных состояний, требующих по прежним представлениям стационарных условий, может осуществляться работниками здравоохранения в домашних условиях. Предлагается использовать ДС встраивания в систему ухода на дому граждан из числа тяжело больных пациентов с ХНИЗ, нуждающихся в интенсивной медико-социальной реабилитации на дому [54].

Однако организация стационара на дому требует индивидуального подхода и тщательной экономической проработки, так как 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, а также при необходимости и медико-социальная экспертиза им проводится на дому [55].

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 отмечается, что 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 [56].

Таким образом, организация ДС на дому носит не столь массовый характер, как ДС при медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

#### **2.6.4. Дневные стационары в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях**

Ряд авторов называют именно эти ДС наиболее распространенной и востребованной формой ДС [19, 57].

К числу преимуществ организации дневного стационара для поликлиники ряд авторов относит возможность получения дополнительных средств, поступающих в бюджет учреждения, указывая, что в условиях дневного стационара тарифы выше, чем для лиц, находящихся на обычном амбулаторном лечении [58].

Оздоровление пациентов из числа прикрепленного к АПУ населения, находящихся под диспансерным наблюдением, т. н. «диспансерной группы», наиболее эффективно осуществлять в условиях ДС, организованного при данной поликлинике [2].

ДС могут быть организованы на базе поликлиник, поликлинических отделений стационаров, диспансеров, поликлиник при НИИ, имеющих хорошую материально-техническую базу.

В связи с этим развитие стационарозамещающих технологий является особенно рациональным для поликлиники, имеющей в своем составе консультативно-диагностический центр, поскольку расширенная диагностическая база позволяет в условиях поликлиники проводить целый ряд сложных диагностических исследований, требующих последующего медицинского наблюдения. [3, 58].

Главной целью ДС, организованных на базе консультативно-диагностических и специализированных центров разных уровней, является приближение к пациенту, а именно возможность сделать менее дорогостоящей и более доступной специализированную медицинскую помощь.

К формам, близким по содержанию к дневным стационарам, авторы относят специализированное, курсовое амбулаторное лечение и так называемый процедурный блок [59].

Мощность дневного стационара определяется в зависимости от потребности и местных условий.

Большинство исследователей отмечает, что ДС позволяет повысить интенсивность и эффективность работы поликлиники, увеличить объем оказываемой помощи, более интенсивно использовать ресурсы поликлиники [53, 58, 59]. При этом универсального критерия оценки данной эффективности на настоящий момент не выявлено.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ДС

### 3.1. Основные группы критериев оценки, представленные в литературе

Предлагаемые в литературе показатели эффективности ДС объединены в три группы по направлениям, базирующимся на конечном результате использования стационарозамещающих технологий (табл. 2) [2, 64–67].

Таблица 2 – Основные показатели для оценки работы дневного стационара

№ п/п	Группа показателей	Наименование показателей и их динамика
1	Медицинская эффективность	1.1 Исходы лечения: выздоровление, улучшение состояния здоровья, без перемен, ухудшение состояния здоровья. 1.2 Сроки лечения. 1.3 Частота обострений заболеваний. 1.4 Частота послеоперационных осложнений. 1.5 Частота заживления ран первичным натяжением. 1.6 Уровень летальности при лечении в дневном стационаре.

№ п/п	Группа показателей	Наименование показателей и их динамика
2	Экономическая эффективность	23.1 Снижение стоимости лечения пациентов – эффективность в дневном стационаре по сравнению с таковой в стационарном отделении больницы. 2.2 Уменьшение стоимости одной койко-смены за счет интенсификации работы дневного стационара. 2.3 Снижение экономических потерь от временной нетрудоспособности пациентов, лечившихся в дневном стационаре.
3	Социальная эффективность	3.1 Снижение временной потери нетрудоспособности у лечившихся в дневном стационаре и более быстрое их возвращение к трудовой деятельности. 3.2 Снижение временной нетрудоспособности по причине обострений заболеваний. 3.3 Степень удовлетворения потребности населения в стационарной помощи. 3.4 Сокращение времени пациентов на стационарное лечение. 3.5 Снижение психологического травмирования пациентов и членов их семей в связи с госпитализацией в дневной стационар. 3.6 Отсутствие жалоб на лечение в дневном стационаре.

При этом оценку медицинской эффективности стационарозамещающих форм предлагается определять как эффективность преемственности между стационарным и амбулаторным этапами оказания медицинской помощи, оценивая степень обеспечения непрерывности лечебного процесса.

Социальная эффективность определяется тем, что лечение в дневном стационаре имеет значительное «деонтологическое» преимущество, а именно большую часть времени пациент находится дома, в привычных комфортных условиях, в окружении близких людей, что повышает удовлетворенность медицинской помощью. При этом, что крайне важно в социально-экономическом плане для пациентов при лечении в ДС, бесплатной является важнейшая компонента лечения – обеспечение необходимыми медикаментами. Так, назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний является одним из критериев качества медицинской помощи, полученной в условиях ДС согласно Приказа Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [64].

Оценивать социальную эффективность работы ДС авторами предлагается путем анкетирования, в рамках которого возможно исследование и иных опций, характеризующих отношение потребителей к получению медицинской помощи в рамках ДС.

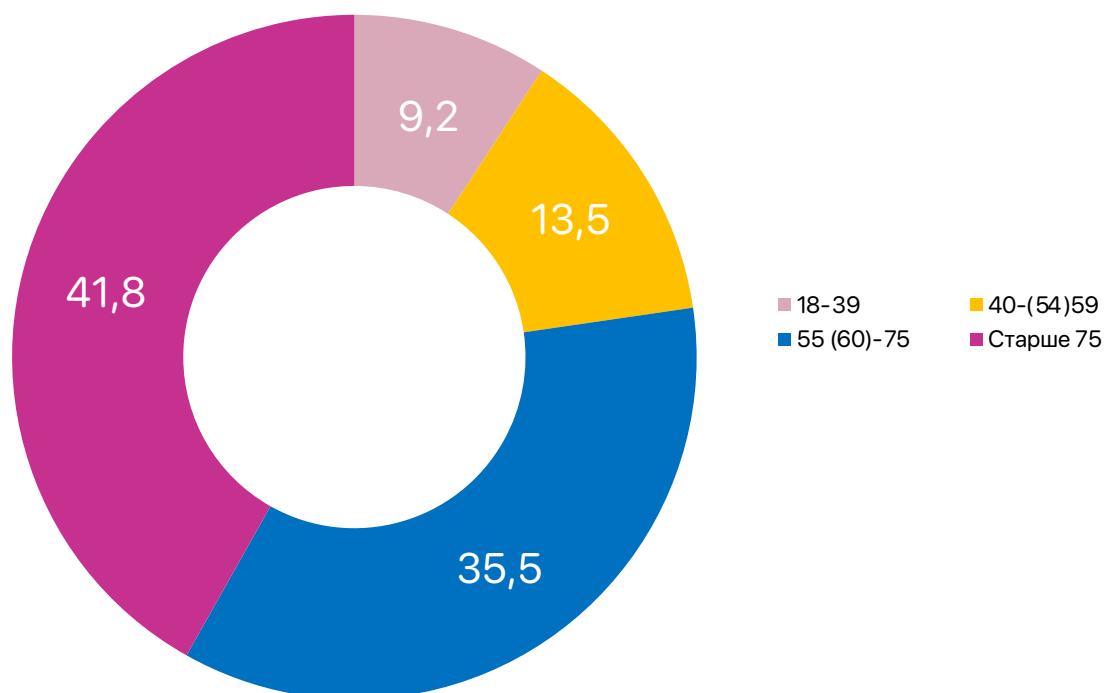
### 3.2. Роль социологических опросов в оценке ДС

В медико-социологическом исследовании, проведенном в 2020 г. НИИОЗММ ДЗМ методом личного интервью среди пациентов девяти городских поликлиник, имеющих различные возрастно-половые характеристики и социальный статус, итоги опроса наглядно продемонстрировали востребованность у на-

селения получения ПМСП в условиях ДС: около 95,0 % респондентов, пользовавшихся услугами дневного стационара, положительно ответили на вопрос «Нравится ли Вам такая форма оказания помощи, как «дневной стационар» при поликлинике»? При этом только 8,5 % пациентов дневного стационара ответили, что предпочитают лечение в больнице. [65, 66].

Подавляющее большинство пользователей (более 87,2 %) получили направление в дневной стационар от своей поликлиники. Значительно меньше пациентов (10,6 %) использовали дневной стационар для долечивания после выписки из больницы. Единичны случаи «самозаписи» в дневной стационар, а также его использование для ведения беременных женщин.

Анализ возрастных характеристик и социальных групп респондентов, получивших помощь в условиях дневного стационара, демонстрирует преобладание пожилых и возрастных неработающих граждан в качестве пациентов, причем картина с распределением групп респондентов примерно аналогична по всем исследуемым поликлиникам (рис. 1).



**Рисунок 1 – Доля респондентов, подтвердивших лечение в дневном стационаре, в разрезе возрастных групп**

С учетом факта, что в опросе принимали участие практически в равных пропорциях представители всех четырех возрастных групп («младшие», «средние», «пожилые», «старшее поколение»), преимущественными пользователями помощи в дневных стационарах являются представители двух последних, т. е. лица старше трудоспособного возраста: 35,5 % и 41,8 % соответственно. В разрезе медицинских организаций группа доля лиц старше трудоспособного возраста, воспользовавшихся услугами ДС, колебалась от 68,4 % до 100,0 %.

При этом среди респондентов, воспользовавшихся дневным стационаром как формой получения медицинской помощи, почти 18 % были работающие и учащиеся.

Анализ отдельных ответов респондентов, кроме того, позволяет предположить, что свое место в оказании ПМСП в условиях ДС существует для различных целей у различных категорий пациентов. Так, более молодые по возрасту пациенты ДС воспользовались данной формой помощи как средством реабилитации – после выписки из больницы и при ведении беременности, что в целом соответствует данным, представленным в литературе [67].

В целом по Российской Федерации выявленный в ходе анкетирования состав пациентов ДС был аналогичен результатам, представленным в литературе, которые свидетельствуют, что больше половины пролеченных пациентов в дневных стационарах и стационарах на дому были старше трудоспособного возраста [49]. Приводимые в данном исследовании показатели за 2019 г. демонстрируют, что при этом основными причинами лечения взрослых пациентов в ДС являлись болезни системы кровообращения (34,4 %), костно-мышечной системы и соединительной ткани (12,9 %), новообразования (12,9 %). При проведении сравнительного анализа возрастного состава пациентов дневных стационаров и стационаров на дому за 2011–2019 гг. был определен рост доли пролеченных лиц старше трудоспособного возраста, как в дневных стационарах – с 33,4 до 49,4 %, так и в стационарах на дому – с 57,1 до 64,4 %. За 9 лет отмечено наибольшее увеличение: доли взрослых пациентов, проходивших лечение в дневных стационарах по поводу новообразований, болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, в стационарах на дому – болезней нервной системы, психических расстройств и расстройств поведения; доли детей, пролеченных в дневных стационарах, – в связи с болезнями нервной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, в стационарах на дому – с болезнями органов дыхания.

Таким образом, группы заболеваний у пациентов, проходивших лечение в ДС, в первую очередь связаны с нозологиями, включаемыми в перечень хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) [68].

В целом результаты социологических опросов демонстрируют положительную оценку пациентами именно такой формы получения ПМСП, предпочитающими ее среди прочих [65].

Результаты социологического опроса, проведенного среди 449 пациентов ДС в Кабардино-Балкарии по специально разработанным анкетам с целью выявления преимуществ и недостатков ДС, выявили, что более половины опрошенных, лечившихся на базе ДС АПУ и городских больниц, отдали предпочтение лечению в дневном стационаре, четвертая часть респондентов считает, что лучше лечиться на дому, 7,0 % высказались за лечение в амбулаторных условиях и только 10 % – в условиях круглосуточного стационара [69].

Результаты анкетирования в данном регионе показали, что подавляющее число респондентов было направлено на лечение в ДС из поликлиники. При этом анализ ответов респондентов, лечившихся в ДС на базе городских и сельских больниц, показал, что большая часть пациентов удовлетворена и данным ДС, и его персоналом. Причем среди опрошенных преобладали пациенты тру-

доспособного возраста: работающие составили 51,4 %, пенсионеры – 18,0 %, безработные – 23,8 %, учащиеся и студенты – 6,7 %. Лица молодого возраста до 35 лет составили 40,0 %, остальные возрастные группы распределились равномерно.

В процессе анкетирования пациентов также был выявлен ряд недостатков при лечении в ДС. Так, на отсутствие комплексного подхода к лечению и полноты обследования указали 16,4 %. Лекарственное обеспечение положительно оценено только примерно половиной респондентов (в ДС на базе городских больниц – 51,8 %, в ДС на базе районных – 41,4 %). Из-за невозможности соблюдения диеты в домашних условиях чуть более 20 % опрошенных в Кабардино-Балкарии предпочитали лечение в обычном круглосуточном стационаре.

Неслучайно рядом специалистов заболевания, требующие жесткого соблюдения диетического режима, отнесены к противопоказаниям лечения в условиях ДС [2].

При анкетировании, организованном НИИОЗММ ДЗМ, также было выявлено наличие определенных недостатков в лекарственном обеспечении при лечении в ДС. Так, на вопрос анкеты «Приходилось ли Вам оплачивать какие-то медицинские услуги при лечении в дневном стационаре?» положительно ответили 26,1 % граждан, из них 91,7 % сообщили, что «приносили с собой» лекарственные препараты, однако не уточнено, какие: включенные в Перечень бесплатно предоставляемых жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛС), или это были препараты, выбранные непосредственно пациентом [38].

Последнее не позволяет однозначно говорить о негативных фактах приобретения ЛС за счет личных средств при получении помощи в рамках ДС (то есть о взимании денежных средств), но указывает на необходимость совершенствования контроля за порядком организации медикаментозного лечения в условиях ДС, в том числе за счет адекватного отражения затрат на него в форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и об оказании медицинской помощи населению» (ФСН №62) [12, 38, 70, 71].

Учитывая, что большая часть ДС, организованных при АПУ или городских больницах, включены в систему обязательного медицинского страхования, контроль за расходами средств ОМС, представленный в указанной ФСН № 62, должен осуществляться параллельно с информированием граждан об их правах. Подобная информация в обязательном порядке размещается на сайтах территориальных фондов ОМС, организующих социологические опросы застрахованного населения с установленной периодичностью [72, 73].

Таким образом, результаты социологических опросов не только свидетельствуют о востребованности дневных стационаров, о ряде преимуществ такой формы лечения и ее социальной направленности, демонстрируя не только социальную, или так называемую «деонтологическую» эффективность ДС, но и во многом позволяют выделить основные проблемы полноценного функционирования ДС и их финансирования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

### Основные проблемы и пути их решения

В преамбуле Приказа Минздрава № 438, впервые утвердившего единое Положение об организации деятельности дневного стационара в лечебно-профилактическом учреждении, были перечислены основные проблемы, затрудняющие широкое развитие стационарозамещающих технологий в Российской Федерации:

- в ряде лечебно-профилактических учреждений обычное посещение пациентом поликлиники с лечебной целью оформляется как пребывание в дневном стационаре, а посещение врачом на дому – как стационар на дому;
- не решены вопросы финансирования медицинской помощи и лекарственного обеспечения в дневных стационарах и стационарах на дому;
- не упорядочено ведение учетной и отчетной медицинской документации указанных подразделений;
- при разработке территориальных программ государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью во многих субъектах Российской Федерации не планируется проведение эффективных мер по установлению оптимальных пропорций между объемами оказываемой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, установлению баланса между уровнями потребления населением ресурсов здравоохранения и имеющимися ограниченными экономическими возможностями;
- система обязательного медицинского страхования пока не способствует созданию экономических мотиваций по увеличению объема и перечня медицинских услуг, оказываемых в дневных стационарах и стационарах на дому [26].

К сожалению, большинство из этих проблем, как следует из материалов литературы, анализируемых в ходе подготовки настоящего обзора, не утратили актуальности, в частности тенденция использования ДС в качестве элементарного процедурного кабинета.

Непосредственно связанной с данной проблемой является задача упорядочения учетной и отчетной медицинской документации ДС, необходимость которой не решена до конца и сейчас, как следует из материалов, проанализированных в ходе подготовки обзора.

Нерешенность в полной мере финансирования лекарственного обеспечения в ДС и наличие вопросов в части контроля за его исполнением сохраняются и в настоящее время.

Вопросы к финансированию ДС и планированию в рамках ТПГГ оптимальных пропорций между объемами оказываемой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах по-прежнему не способствуют установлению баланса между уровнями потребления населением ресурсов здравоохранения и имеющимися ограниченными экономическими возможностями.

Вывод, сделанный разработчиками Приказа № 438, об отсутствии у системы обязательного медицинского страхования реальных рычагов по созданию экономических мотиваций увеличения объемов и видов медицинских услуг,

оказываемых в дневных стационарах, в значительной степени верен и сегодня, демонстрируя потенциальный вектор развития стационарозамещающих технологий.

Таким образом, основными направлениями оптимизации деятельности ДС можно считать:

- формирование четких объемов помощи в условиях ДС в рамках ТПГГ, с учетом их классификации по профилям коечного фонда и нозологическим группам;

- изменение подходов к финансированию помощи в ДС, в первую очередь – организованных при МО, предоставляющих ПМСП в амбулаторных условиях;

- жесткий контроль за лекарственным обеспечением в ДС и его финансовым обеспечением;

- корректировка отчетной документации, отражающей различные аспекты деятельности ДС.

Оптимальным вариантом можно считать разработку на региональном уровне нормативного или методического документа, регламентирующего порядок создания, деятельность, источники финансирования, обеспечения необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения и порядок оплаты ДС, в первую очередь создаваемых при городских поликлиниках как медицинских организациях, наиболее приближенных к населению и предоставляющих ПМСП.

Данный подход концентрации стационарозамещающих технологий на уровне амбулаторно-поликлинического звена, полностью соответствующий положениям Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, перспективен только в случае практической реализации мероприятий по оптимизации деятельности ДС.

Как свидетельствует российский и зарубежный опыт функционирования ДС, представленный в литературных источниках, в рамках регионального здравоохранения на определенном этапе его развития при сохранении всего разнообразия типов ДС целесообразно акцентирование усилий по развитию определенного типа ДС (при МО, предоставляющих ПМСП в амбулаторных условиях / при стационарах).

В случае выбора в качестве «целевой аудитории ПМСП» граждан, имеющих ХНИЗ, организация ДС при городских поликлиниках, обеспечивающих диспансерное наблюдение данных пациентов из числа прикрепленного населения, имеет наиболее высокий потенциал.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 (ред. от 16.12.2022) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2023) URL: <https://base.garant.ru/71848440/>

2. Карайланов М.Г. Стационарозамещающие технологии и формы оказания медицинской помощи (обзор литературы) / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, С.А. Федоткина, И.Г. Прокин // Социальные аспекты здоровья населения. 2016. №4. С. 1–12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/statsionarozameschayuschie-tehnologii-i-formy-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-obzor-literatury> (дата обращения: 27.04.2023). DOI: 10.21045/2071-5021-2016-50-4-4

3. Карайланов М.Г. Стационарзамещающие технологии в амбулаторной практике / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, И.Г. Прокин // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. №2 (8). С. 39–40. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/statsionarzameshayushie-tehnologii-v-ambulatornoy-praktike> (дата обращения: 27.04.2023).

4. Федеральный закон от 5 декабря 2022 г. № 466-ФЗ «О федеральном бюджете на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» URL: <https://base.garant.ru/405874129/> (дата обращения: 27.04.2023).

5. Филатова Т.В. Дневной стационар поликлиники как этап реабилитации амбулаторных больных / Т.В. Филатова, Е.А. Соколова, Т.В. Борисова, Т.И. Левина // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. 2016. № 24–1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dnevnoy-statsionar-polikliniki-kak-etap-reabilitatsii-ambulatornyh-bolnyh> (дата обращения: 27.04.2023).

6. Ахметова А.И. Международный опыт сокращения сроков ожидания плановой медицинской помощи и возможности его использования в России / А.И. Ахметова, Е.В. Шевченко, Т.Г. Шарамко, Т.Н. Алешина // Вопросы государственного и муниципального управления. 2021. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mezhdunarodnyy-opyt-sokrascheniya-srokov-ozhidaniya-planovoy-meditsinskoj-pomoschi-i-vozmozhnosti-ego-ispolzovaniya-v-rossii> (дата обращения: 01.03.2023).

7. Шарапов И.В. Некоторые вопросы интеграции и специализации в амбулаторно-поликлинической службе Новосибирской области / И.В. Шарапов, Е.А. Финченко, О.И. Иванинский, В.В. Степанов, Ю.А. Шаманская // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2012. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/>

nekotorye-voprosy-integratsii-i-spetsializatsii-v-ambulatorno-poliklinicheskoy-sluzhbe-novosibirskoy-oblasti (дата обращения: 27.04.2023).

8. Иванов, И.В. Актуальные вопросы деятельности дневных стационаров: зарубежный и отечественный опыт / И.В. Иванов, И.Б. Минулин, Д.Ф. Таут // Менеджмент качества в медицине. – 2019. – № 1. – С. 38–44. – EDN KHRAPQ.

9. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 год. Всемирная организация здравоохранения 2013. – 170 с.

10. Европейское бюро всемирной организации здравоохранения. Доклад о состоянии здоровья в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех. Основные положения. ВОЗ. –2018. – URL: <https://www.euro.who.int> (дата обращения 05.06.2023).

11. Каткова И.П. Преждевременная смертность: тенденции и перспективы снижения в контексте целей устойчивого развития России / И.П. Каткова, В.В. Локосов, С.И. Рыбальченко // ПСЭ. 2018. №2 (66). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prezhdevremennaya-smertnost-tendentsii-i-perspektivy-snizheniya-v-kontekste-tseley-ustoychivogo-razvitiya-rossii> (дата обращения: 05.06.2023).

12. Улумбекова Г.Э. Нелли Владиславовна Финансирование системы здравоохранения РФ: динамика, прогнозы, сравнение с развитыми странами / Г.Э. Улумбекова, Н.В. Альвианская // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. №3 (25). С. 36-47 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-sistemy-zdravoohraneniya-rf-dinamika-prognozy-sravnenie-s-razvitymi-stranami> (дата обращения: 27.04.2023).

13. Кутузова Е.А. Дневной стационар – ресурсосберегающая форма стационарзамещающих технологий / Е.А. Кутузова, Е.В. Антипова, О.Е. Ширенко // Главврач Юга России. 2010. №2 (21). С. 35–38. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dnevnoy-statsionar-resursosberegayuschaya-forma-statsionarzameschayuschih-tehnologiy> (дата обращения: 01.03.2023).

14. Букатова Т.Д. Из современного зарубежного опыта организации работы детского дневного стационара / Т.Д. Букатова, А.Н. Прокинова, Н.М. Заика // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №2. С. 47–48. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/iz-sovremennogo-zarubezhnogo-opyta-organizatsii-raboty-detskogo-dnevnoy-statsionara> (дата обращения: 27.04.2023).

15. Caroline R Richardson Advances in rehabilitation for chronic diseases: improving health outcomes and function / Caroline R Richardson, Barry Franklin, Marilyn L Moy, Elizabeth A Jackson/ BMJ 2019; 365 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l2191> (Published

17 June 2019) Cite this as: BMJ 2019;365:l2191 <https://www.bmj.com/content/bmj/365/bmj.l2191.full.pdf> (дата обращения: 27.04.2023).

16. Лисица А.В. К вопросу о совершенствовании внестационарных форм медицинской помощи / А.В. Лисица, А.В. Линченко, С.Н. Бондина, В.М. Дробышева, О.М. Мунасыпов, М.М. Щимаева // International Journal of Experimental Education. 2010. № 7 – С. 33-35 URL: <https://expeducation.ru/ru/article/view?id=520>

17. Dirk Andres. Wie Krankenhäuser einen Weg aus der Schiefelage finden können. FOCUS Online. 2015.06.20. - URL:[https://www.focus.de/finanzen/experten/andres/kliniksterben-in-deutschland-wie-krankenhaeuser-einen-weg-aus-der-schieflage-finden-koennen\\_id\\_4743353.html](https://www.focus.de/finanzen/experten/andres/kliniksterben-in-deutschland-wie-krankenhaeuser-einen-weg-aus-der-schieflage-finden-koennen_id_4743353.html) (дата обращения 04.04.2023).

18. Болт-Крисмас О., Димсон Дж., Клосс К. Интегрированное медицинское обслуживание // Вестник McKinsey. Теория и практика управления. 2015. № 32. URL: <http://vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/Integrirovannoe-meditsinskoe-obsluzhivanie> (дата обращения: 27.04.2023).

19. Тыныштыкбаева А.К. Динамика развития стационарозамещающих видов медицинской помощи в Казахстане / А.К. Тыныштыкбаева, А.С. Нурбаев, Д.Н. Маханбеткулова, Г.Т. Мещанов, А.Н. Нурбакыт // Вестник КазНМУ. 2018. №2. С. 405–408. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-razvitiya-statsionarozameschayuschih-vidov-meditsinskoy-pomoschi-v-kazahstane> (дата обращения: 27.04.2023).

20. Карайланов М.Г. Стационарозамещающие формы в рамках первичной медико-санитарной помощи // Новый взгляд. Международный научный вестник. 2016. №11. С. 82–96. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/statsionarozameschayuschie-formy-v-ramkah-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi> (дата обращения: 27.04.2023).

21. Калинин Д.Е. Организация работы стационаров на дому / Д. Е. Калинин, Т. А. Терещенко, С. М. Хлынин, А. Н. Астафуров // Бюллетень сибирской медицины. – 2006. – Т. 5, № 4. – С. 115–120. – EDN HVQRKN.

22. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 5.11.1997 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» URL: <http://government.ru/docs/all/24790/>

23. Решение Коллегии Минздрава России «О развитии сети дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» (протокол от 07.09.1999. № 15) в статье «Перечень документов и список литературы по организации работы дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений» (В.В. Степанов) («ГлавВрач», 2006, № 5) URL: <https://www.lawmix.ru/medlaw/17401>

24. Приказ Минздрава России от 09.12.1999 № 438 «Об организации дневных стационаров в лечебно-профилактическом учреждении» URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_46135/f3b9cf569e104e6625758ec39842b37f66e5dba5/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_46135/f3b9cf569e104e6625758ec39842b37f66e5dba5/)

25. Методические рекомендации Минздрава России № 2002/106 «Организация стационарозамещающих форм медицинской помощи населению» URL: <https://base.garant.ru/71908008/>

26. Приказ Минздравсоцразвития России №543 от 15.05.2012 «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» URL: <https://base.garant.ru/70195856/>

27. Верткин А.Л. Дневной стационар: «Старая» и «Новая» модели / А.Л. Верткин, Е.Ю. Тихоновская, М.М. Алексеева, С.В. Целик, Х.А. Шахманаев // ЗВ. 2013. №1 (18). С. 10–14. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dnevnoy-statsionar-staraya-i-novaya-modeli> (дата обращения: 27.04.2023).

28. Денисов И.Н. В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. Первичная медицинская помощь: Состояние и перспективы развития. / И.Н. Денисов, В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 4. – С. 55–56. – EDN JTDKDP.

29. Приказ Минздрава России от 20.04.2018 № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения» URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71844124/>

30. Письмо Минздрава России «Методические рекомендации по расчету потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах» от 18.03.2014 № 16-0/10/2-1796 URL: <https://docs.cntd.ru/document/499090815>

31. Письмо Минздравсоцразвития России от 26.12.2011 № 16-1/10/2-13164 «О Методике расчета потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах» URL: <https://docs.cntd.ru/document/902323956>

32. Рахимбекова Д.К. Динамика развития амбулаторно-поликлинической организации через призму реализации государственной политики в здравоохранении / Д.К. Рахимбекова, А.Т. Дуйсен // Вестник АГИУВ. 2016. №1. С. 61–63. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-razvitiya-ambulatorno-poliklinicheskoy-organizatsii-cherez-prizmu-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 27.04.2023).

33. Ермолаев Д.О. Анализ доступности и эффективности медицинской помощи, оказываемой пациентам по профилю «медицинская реабилитация» в Астраханской области / Д.О. Ермолаев, Ю.Н. Ермолаева, Н.А. Мордовцев // Здоро-

вье и образование в XXI веке. 2021. №9. С. 23–29. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-dostupnosti-i-effektivnosti-meditsinskoj-pomoschi-okazyvaemoj-patsientam-po-profilyu-meditsinskaya-reabilitatsiya-v> (дата обращения: 27.04.2023).

34. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202212310044> (дата обращения: 02.05.2023).

35. Постановление Правительства Москвы от 29.12.2022 № 3044-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» URL: [https://www.gp-8.ru/images/doc/normativnie-doc/tpgg\\_moskva\\_2023\\_0.pdf](https://www.gp-8.ru/images/doc/normativnie-doc/tpgg_moskva_2023_0.pdf) (дата обращения: 02.05.2023).

36. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 02.05.2023).

37. Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403037145/> (дата обращения: 02.05.2023).

38. Смирнова Е.В. К вопросу об организации лекарственного обеспечения при оказании первичной медико-санитарной помощи в дневных стационарах при городских поликлиниках / Е.В. Смирнова, О.А. Волкова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 3–4. – С. 54–62. – DOI 10.26347/1607-2502202003-04054-062. – EDN WMUORH.

39. Приказ Росздравнадзора от 20.12.2017 № 10450 «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» URL: <https://base.garant.ru/71842226/> (дата обращения: 02.05.2023).

40. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахо-

ванным лицам, а также ее финансового обеспечения» URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400661901/> (дата обращения: 03.05.2023).

41. Приказ Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения». URL: <https://minjust.consultant.ru/documents/33044> (дата обращения: 30.05.2023).

42. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н (ред. от 02.11.2020) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению». URL: <https://base.garant.ru/70877304/> (дата обращения: 30.05.2023).

43. «Стационары дождались: утверждены формы медицинской документации» Информация с сайта сети Интернет «Факультет медицинского права». URL: <https://kormed.ru/novosti/statsionary-dozhdalis-utverzhdeny-formy-meditsinskoy-dokumentatsii/> (дата обращения: 30.05.2023).

44. Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации». URL: <https://base.garant.ru/4178881/> (дата обращения: 02.05.2023).

45. Приказ Минздрава России от 20.02.2002 № 60 «О введении временной учетно-отчетной медицинской документации». URL: <https://docs.cntd.ru/document/901812354> (дата обращения: 30.05.2023).

46. Письмо Минздрава России от 14.04.2023 № 13-2/3024697-70 «О применении форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара». URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_446247/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_446247/) (дата обращения: 30.05.2023).

47. Информация сети Интернет «Здравоохранение ближайших лет». <https://sparm.com/publications/prikaz-530n-osnovnoj-dokument-czifrovizaczii-zdravooxraneniya-blizhajshih-let>

48. Смирнова Е.В. Некоторые результаты анализа форм статистического наблюдения деятельности дневных стационаров при городских поликлиниках / Е.В. Смирнова, О.А. Волкова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 5. С. 158–159. – EDN HNPGPS.

49. Шляфер С.И. Сравнительный анализ состава пациентов дневных стационаров и стационаров на дому // Медицина. 2020. № 4. С. 1–12. URL: <https://fsmj.ru/015431.html> (дата обращения: 02.05.2023).

50. Леонов С.А. Особенности учета и отчетности о деятельности дневного стационара медицинской организации/ С.А. Леонов, Н.М. Зайченко // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. № 4. С. 1–11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-ucheta-i-otchetnosti-o-deyatelnosti-dnevnogo-statsionara-meditsinskoj-organizatsii> (дата обращения: 02.05.2023).

51. Н.Ф. Никулинская Комментарий к Закону Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Материал подготовлен с использованием правовых актов по состоянию на 26 ноября 2013 года / Н.Ф. Никулинская Н.Ф., Е.Е. Новикова, О.В. Корнеева, Ю.Н. Вахрушева // URL: <https://contact-autism.ru/new/wp-content/uploads/2022/12/zakonodatelstvo-rossijskoj-federaczii-v-oblasti-psihiatrii.pdf> (дата обращения: 02.05.2023).

52. Петрова Н.Г. Мнение пациентов как важный критерий качества медицинской помощи / Н.Г. Петрова, С.А. Балохина, М.М. Мартиросян [и др.] // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 1. – С. 59–61. – EDN KBYOZF.

53. Стародубов В.И. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации / В.И. Стародубов, В. О. Флек; В. И. Стародубов, В. О. Флек. – Москва : Менеджер здравоохранения, 2006. – 191 с. – (Менеджмент в здравоохранении). – ISBN 5-9900493-3-1. – EDN QRQIVV.

54. Кувакин В.И. Стационары на дому: прошлое и настоящее. Есть ли будущее? / В.И. Кувакин, Н.В. Минаев // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2014. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/statsionary-na-domu-proshloe-i-nastoyaschee-est-li-budushee> (дата обращения: 03.05.2023).

55. Калининская, А.А. Организационные формы работы и показатели деятельности стационаров на дому / А.А. Калининская, И.М. Сон, С.Л. Гусева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 1. – С. 8–11. – EDN KCPXXB.

56. Татарников, М.А. Оценка удовлетворенности потребителей медицинских услуг в системе управления здравоохранением / М.А. Татарников, Г.М. Вялкова, Г.А. Глухова // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 2. – С. 29–35. – EDN OREJOB.

57. Организационные основы работы дневного стационара (госпитального отделения) амбулаторно-поликлинического учреждения в территориальной системе медицинского обеспечения Московского гарнизона (автореферат диссертации по ВАК РФ 14.00.33, кандидат медицинских наук Покусаев, Александр Андреевич URL: <https://www.dissercat.com/content/organizatsionnye-osnovy-raboty-dnevnogo-statsionara-gospitalnogo-otdeleniya-ambulatorno-poli>

58. Федоткина С.А. Рациональное использование стационарозамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи / С.А. Федоткина, М.Г. Карайланов, И.Т. Русев // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2017. № 2. С. 179–189 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ratsionalnoe-ispolzovanie-statsionarozameschayuschih-tehnologiy-i-form-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения: 03.05.2023).

59. Прилучная А.И. Оценка удовлетворенности населения организацией консультативно-диагностической помощи и госпитализацией в стационар / А.И. Прилучная, А.В. Чикинева, И.А. Цыцорина // Политравма. 2011. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-udovletvorennosti-naseleniya-organizatsiy-konsultativno-diagnosticheskoy-pomoschi-i-gospitalizatsiy-v-statsionar> (дата обращения: 11.04.2023)

60. Карайланов М.Г. Эффективность стационарозамещающих технологий в современных условиях // FORCIPE. 2022. № S2. С. 246–247. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-statsionarozameschayuschih-tehnologiy-v-sovremennyh-usloviyah> (дата обращения: 27.04.2023).

61. Аликова З.Р. Медико-социальные аспекты эффективности лечения лиц пожилого возраста с гипертонической болезнью в дневных стационарах / З.Р. Аликова, Н.В. Сердюк, В.Е. Родионова // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2021. №S2. С. 11–112. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-aspekty-effektivnosti-lecheniya-lits-pozhilogo-vozrasta-s-gipertonicheskoy-boleznyu-v-dnevnyh-statsionarah> (дата обращения: 27.04.2023).

62. Лебедев Н.Н. Современные возможности организации комплексной акушерско-гинекологической помощи с использованием стационарозамещающих технологий / Н.Н. Лебедев, А.Н. Шихметов, А.М. Задикян, А.А. Пазычев, Е.Н. Калмакова, Е.А. Панова, М.В. Петрова, П.А. Осин, В.А. Назаров // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. 2021. №1. С. 150–156. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-organizatsii-kompleksnoy-akushersko-ginekologicheskoy-pomoschi-s-ispolzovaniem-statsionarozameschayuschih> (дата обращения: 27.04.2023))

63. Файзуллина Р.Н. Коечный ресурс дневных стационаров и организация их работы / Р.Н. Файзуллина, А.А. Гильманов, И.Р. Искандаров / Социальные аспекты здоровья населения. 2021. № 4. С. 1–17. Электронный ресурс. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/koechnyy-resurs-dnevnyh-statsionarov-i-organizatsiya-ih-raboty> (дата обращения: 27.04.2023).

64. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71575880/>

65. Волкова О.А. Оценка использования дневных стационаров при поликлиниках Г. Москвы на примере результатов социологического опроса населения / О.А. Волкова, Е.В. Смирнова // Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: Сборник научных трудов / Под общей редакцией Е.И. Аксеновой. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – С. 40–49. – EDN FOFMCS.

66. Результаты социологического исследования по оценке качества и доступности ПМСП / С.С. Бударин, Е.В. Смирнова, Ю.В. Эльбек, О. А. Волкова // Труды III Форума с международным участием «Социология здоровья: уроки пандемии и контуры будущего здравоохранения», Москва, 23 ноября 2021 года. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – С. 51–54. – EDN PHRGQB.

67. Ипполитова М.Ф. Возможности и перспективы дневного стационара в центре охраны репродуктивного здоровья подростков / М.Ф. Ипполитова, Ф.И. Страдымов // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2021. №1. С. 6–15. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-i-perspektivy-dnevnogo-statsionara-v-tsentre-ohrany-reproduktivnogo-zdorovya-podrostkov> (дата обращения: 30.03.2023).

68. Калининская А.А. Дневные стационары как профилактическая госпитализация пациентов трудоспособного возраста / А.А. Калининская, О.Е. Коновалов, М.Д. Мерекина, Л.А. Бальзамова, Т.В. Чижикова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dnevnyye-statsionary-kak-profilakticheskaya-gospitalizatsiya-patsientov-trudosposobnogo-vozrasta> (дата обращения: 03.05.2023).

69. Аликова З.Р. Анализ социальной эффективности дневных стационаров / З.Р. Аликова, Т.Т. Аликова, Т.Т. Фидарова К.К. Бгажнокова З.М. Козырева // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7 (часть 3) С. 500–503. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=32043>

70. Аверин А.Н. Финансовое обеспечение социальных обязательств государства / А.Н. Аверин, А.В. Понеделков, С.А. Стельмах, И.В. Омельченко // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2021. №2. С. 201–205. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansovoe-obespechenie-sotsialnyh-obyazatelstv-gosudarstva> (дата обращения: 05.10.2021).

71. Баранкина Т.А. Ретроспективный анализ закупок лекарственных препаратов для многопрофильной медицинской организации / Т.А. Баранкина, Т.Е. Едунова, И.В. Краснопеева, Е.Н. Толкова // Современные проблемы здравоохране-

ния и медицинской статистики. 2019. №3. С. 411–421. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/retrospektivnyy-analiz-zakupok-lekarstvennyh-preparatov-dlya-mnogoprofilnoy-meditsinskoj-organizatsii> (дата обращения: 03.05.2023).

72. Лекарственное обеспечение при предоставлении бесплатной помощи. Информация с сайта Территориального фонда ОМС Ставропольского края. URL: <https://tfomssk.ru/zastrakhovannym-litsam/lekarstva/>

73. Приказ Федерального фонда ОМС от 11.06.2015 № 103 «Об утверждении Методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=631460#tRDMCdTgcaw9HuO01>

*Научное электронное издание*

**Старшинин** Андрей Викторович, **Камынина** Наталья Николаевна,  
**Смирнова** Елена Викторовна

Организация и нормативное регулирование  
деятельности дневных стационаров:  
опыт использования и перспективы  
развития

Экспертный обзор

*Корректор Е. Н. Малыгина  
Дизайнер-верстальщик П. В. Жеребцов*

Объем данных 1,2 МБ  
Дата подписания к использованию: 03.08.2023.  
URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/obzory/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,  
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9  
Тел.: +7 (495) 530-12-89  
Электронная почта: [niiozmm@zdrav.mos.ru](mailto:niiozmm@zdrav.mos.ru)

MOCKBA  
2023