

СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩИЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
БОЛЬНЫМ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯМаксум Фасахович Исмагилов¹, Альфия Якуповна Назипова²¹ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», 420012, г. Казань,
ул. Бутлерова, 49, e-mail: nevrol@kgmu.kcn.ru, ²Городская клиническая больница № 7,
420103, г. Казань, ул. Чуйкова, 54

Реферат. Приведены материалы о роли и месте дневных стационаров как современной прогрессивной формы медицинской помощи больным. Представлен исторический и современный опыт организации работы дневных стационаров различной нозологической направленности, показана их эффективность и экономичность при сохранности необходимых качеств медицинской помощи населению.

Ключевые слова: стационарзамещающая форма медицинской помощи, дневные стационары, опыт работы, эффективность и экономичность.

С•ЛАМ•ТЛЕК САКЛАУ СИСТЕМАСЫН
РЕФОРМАЛАШТЫРУ ШАРТЛАРЫНДА АВЫРУЛАРГА
МЕДИЦИНА ЯРД•МЕ КҮРС•ТҮНЕ ОЕШТЫРУНЫ•
СТАЦИОНАРНЫ АЛМАШТЫРУЧЫ ФОРМАЛАРЫ

М•гъсум Ф•ссах улы Исм•гыйлев,
• лфия Якуб кызы Н•ипова

Казан д•үлт медицина университеты, 420012. Казан
ш•һ•ре, Бутлеров урамы. 49, e-mail:nevrol@kgmu.kcn.ru,
№7 ш•һ•р клиник хастахан•се, Казан ш•һ•ре, Чуйков
урамы, 54.

Авыруларга медицина ярд•ме күрс•түне• заманча прогрессив формасы булган көндөзгө стационарларны•
•һ•мияте яктыртыла. Төрлө нозологик юн•лешт•гө көндөзгө
стационарларда эшне оештыруны• тарихи һ•м заманча
т•риб•се яктыртыла, халыкка медицина ярд•ме күрс•түд•
•легө төр стационарларны• н•ти•лө һ•м отышлы булуы
исбатлана.

Төп төшенч•л•р: медицина ярд•ме күрс•түд•
стационарны алмаштыручы формалар, көндөзгө
стационарлар, эш т•риб•се, н•ти•лөлөк һ•м отышлылык.

OTHER FORMS OF MEDICAL HELP ORGANIZATION IN
CONDITIONS OF REFORMING HEALTH CARE SYSTEM

Maksum Fasakhovich Ismagilov, Alfia Jakupovna Nazipova

Kazan State Medical University of the Russian Health
Ministry», 420012, Kazan, Butlerov street, 49, e-mail:
nevrol@kgmu.kcn.ru, Municipal clinical hospital № 7,
420103, Kazan, Chuikov street, 54

There were presented materials about the role and place of
day hospitals as a modern progressive form of medical care. There

was given historical and contemporary experience of day
hospitals' work of different nosology. Their effectiveness and
economy was shown, provided saving adequate quality of medical
care to the population.

Key words: day-time hospitals, experience of work,
effectiveness and economy.

Определяющее значение на современном
этапе приобретает повышение качества
оказания медицинской помощи населению, в связи
с этим в последние десятилетия идет поиск новых,
наиболее совершенных, эффективных и эконо-
мичных форм медицинского обслуживания насе-
ления в системе как стационарных, так и амбула-
торно-поликлинических учреждений [17, 20, 46].

Построение многоуровневой системы оказания
медицинской помощи населению прямо связано
со степенью интенсивности лечебно-диагности-
ческого процесса по периодам: интенсивное
лечение, долечивание в стационаре, дневной
стационар (ДС), медико-социальная помощь,
хоспис, долечивание в амбулаторных условиях
[36]. К числу форм, получающих в практическом
здравоохранении все большее распространение,
относятся ДС больниц и поликлиник.

В структуре населения нашей страны и за
рубежом увеличивается число лиц старше 60 лет
и соответственно доля госпитализированных
пациентов этого возраста, которые страдают в
основном длительно текущими хроническими
заболеваниями. Часто стационарам приходится
решать отнюдь не медицинские, а, скорее,
социальные проблемы ухода за престарелыми и
хронически больными пациентами [12, 16]. Это
привело к возникновению в ряде стран служб

нового типа — передовых центров неотложной помощи, пунктов помощи на дому, ДС, домов сестринского ухода и пр. Они занимают промежуточное звено между стационарным и амбулаторным обслуживанием, имеют в ряде случаев смешанный характер [42].

За рубежом накоплен богатый опыт работы стационароразмещающих форм медицинской помощи, где с успехом используются ДС как форма медицинской помощи населению. В развитых странах мира, особенно в тех, где существует система государственного медицинского страхования, лечебная сеть, принадлежащая государству и работающая в условиях жестких финансовых ограничений (Канада, Италия, Испания, Великобритания и др.), достигнуто резкое сокращение расходов на стационарное обслуживание путем развития сети отделений краткосрочного пребывания и стационаров на дому. Подобные процессы наблюдаются в США и других странах [13].

В качестве примеров работы ДС можно привести дневные реабилитационные центры в Оксфорде и Филадельфии. Один из первых ДС был создан в Великобритании (Оксфорд) в 1956 г. В настоящее время в этой стране они успешно функционируют на базе центров реабилитации лиц с неврологической патологией, последствиями травм, инвалидов и лиц престарелого возраста [43, 49, 52]. Созданный на базе реабилитационного госпиталя в Филадельфии (США) ДС обеспечивает долечивание больных имеющимися в штате госпиталя врачебными бригадами. Пациенты пребывают в стационар утром, им проводят соответствующие необходимые обследования и комплексное лечение, включающее процедуры восстановительной терапии. В условиях ДС пациенты получают одноразовое питание. Ежедневно они доставляются домой транспортом больницы [27].

В Германии, Швейцарии, Англии, Голландии, Швеции, США и других странах функционируют ДС для гериатрических больных. В Калифорнии (США) создан ДС для больных, страдающих псориазом. В зарубежной литературе имеются отдельные публикации по опыту кратковременного пребывания больных в стационаре после некоторых хирургических вмешательств [37, 42].

Гериатрические ДС в Германии тесно интегрированы с клиникой, что позволяет проводить этой группе больных современное обследование и лечение. Например, в дневном

стационаре для гериатрических больных, созданном на базе городской больницы Берлин-Бух, на одновременном обслуживании находятся 32 пациента, получающих медицинскую помощь после перенесенных заболеваний и не требующих постоянного врачебного контроля [27]. В Нидерландах почти половина общего количества домов сестринского ухода использует принцип работы ДС, куда направляют больных из круглосуточного стационара при улучшении их состояния. Кроме того, организованы ночные стационары, рассчитанные в основном на пожилых людей с нарушением сна. В Японии реализуется стратегия укрепления здоровья и оптимизации социального обслуживания пожилого населения, по плану которой функция ухода за больными возлагается на ДС, стационары на дому, гериатрические больницы и пр. В этот стационар госпитализируют больных, достигших 65-летнего возраста. В течение дня они обеспечиваются питанием, уходом, культурной программой, адаптированной к физическому и моральному состоянию больных, наблюдением врача и соответствующим лечением. Сроки госпитального лечения в ДС составляют в среднем 3-4 месяца [51].

В России стационароразмещающие формы медицинской помощи были созданы в 30-е годы прошлого века. Так, в 1930-1931 гг. на базе психоневрологической больницы им. П.Б. Ганнушкина был открыт ДС, выполнявший функцию промежуточного звена между больницей и лечебно-трудовыми мастерскими диспансера [42]. В последующем такие подразделения по терапии, ревматологии, хирургии, неврологии и другим профилям открылись в Москве, Самаре, Санкт-Петербурге, Твери и в некоторых других регионах страны [27, 43].

ДС были организованы для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями различного профиля, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которым показана лечебно-диагностическая помощь в дневное время [6, 22, 31]. Первоначально предусматривалось, что обследованию и лечению в ДС должны подлежать больные преимущественно трудоспособного возраста. Однако в последующем оказалось, что эти его функции вполне выполнимы и по отношению к больным пожилого и старческого возраста [7].

Организации и работе ДС посвящено множество исследований [33, 38, 41, 42, 44].

На всех этапах развития здравоохранения объективной базой для научного прогнозирования стационарозамещающей форм организации медицинской помощи была потребность населения в этом виде медицинской помощи и степень ее доступности [1, 32, 37]. В настоящее время в условиях социально-экономического кризиса и реформирования системы здравоохранения России актуальны рациональное управление стационарной помощью и внедрение стационарозамещающих технологий [35, 45, 47].

Эффективным, доступным и перспективным признано лечение в ДС больных терапевтического [2, 18, 25, 37] и хирургического [5, 19] профиля, а также многопрофильных ДС для терапевтических, хирургических, неврологических, эндокринологических, офтальмологических и оториноларингологических больных как взрослого, так и детского контингента [14, 24, 25, 33, 37].

В литературе представлены работы, отражающие возможности наблюдения и эффективного лечения в ДС больных с психоневрологическими заболеваниями, в частности нейроциркуляторной дистонией [44], панических расстройств [38], пограничных расстройств, психических нарушений при эпилепсии, олигофрении, хронических психических заболеваний [8] и наркологических больных [29]. Проведенное авторами восстановительное и компенсаторное лечение в ДС позволило реализовать комплексную терапию больных с максимальной адаптацией их к стационарным и производственно-бытовым условиям с ликвидацией болезненных ощущений, существенным улучшением самочувствия у 76—91% пациентов. Авторы рекомендуют дневные стационары как перспективную форму внебольничной реабилитации психоневрологических больных. Создание, например, дневного наркологического стационара на базе крупного машиностроительного объединения [29] позволило организовать активное противоалкогольное лечение и социально-трудовую реабилитацию больных алкоголизмом, контроль за пациентами со стороны как медицинских работников, так и представителей администрации в условиях производства и родственников в домашних условиях. Наряду с положительными результатами лечения подобная форма организации лечения оказывает большое воспитательное значение в стенах «родного предприятия».

Опыт работы ДС различных нозологических направлений в России и в Республике Татарстан показал их высокую эффективность [20, 21]. Согласно результатам анализа деятельности ДС, эффективность терапии без постоянного медицинского наблюдения не уступает лечению в клинике [14, 28].

Об эффективности работы ДС позволяет судить опыт работы данных подразделений в различных областях медицины. Выявлено, что от 33,6 до 93,0% пациентов выписываются с улучшением состояния здоровья [26, 44]. Число пролеченных больных увеличивается до 1,5—3,0 раз за счет работы в две смены, а стоимость койко-дня сокращается до 5 раз в сравнении со сроками в круглосуточном стационаре [10].

Тенденцию к уменьшению имеют и сроки пребывания на листке нетрудоспособности [15].

Больные, леченные в условиях ДС, положительно оценивают эту форму деятельности лечебного учреждения. В публикациях последних лет, посвященных терапевтической эффективности работы отделений дневного пребывания, подчеркивается практическая потребность в организации гастроэнтерологических, пульмонологических, эндокринологических, кардиологических, хирургических и также неврологических отделений [7, 15, 23].

Медицинскими показаниями к госпитализации в ДС неврологического профиля являются пациенты, страдающие заболеваниями как периферической, так и центральной нервной системы: невралгии, невриты, радикулопатии на фоне дегенеративных поражений позвоночника, остаточные явления нарушений мозгового кровообращения и хроническая недостаточность мозгового кровообращения не выше II стадии, церебральный атеросклероз, вертебробазилярная недостаточность, энцефалопатии [46].

В работе И.Н. Розовой и соавт. [41] была предпринята одна из первых попыток обобщить опыт организации работы стационара для больных неврологического профиля, провести анализ медицинской и социальной эффективности. По данным авторов, лечение в ДС позволило получить выраженный положительный эффект у 86,5% больных, сразу после окончания лечения были выписаны на работу 84,7% больных. Результаты проведенного авторами социологического опроса пациентов, закончивших лечение в ДС, показали, что 90% респондентов предпочитают лечиться в ДС, который позволяет получить

комплексное лечение в течение 3-4 часов и после этого возвращаться домой, не прерывая привычных социальных связей, не испытывая сложности госпитальных условий.

С.В. Шумаков [48] делится накопленным (пятилетним) опытом лечения и реабилитации больных с неврологической патологией в условиях ДС (г. Орел). Были разработаны показания к лечению больных, перенесших ОНМК по ишемическому типу, преходящими нарушениями мозгового кровообращения, дисциркуляторными энцефалопатиями, после ЧМТ, а также страдающих заболеваниями ПНС (корешковыми синдромами, невритами и невропатиями как черепных нервов, так и нервов верхних и нижних конечностей различной этиологии). Из 82,3% пациентов трудоспособного возраста более 55% лечатся пребывая на больничном листе. Сроки лечения в ДС неврологического профиля составляют 12,2 дня, в круглосуточном стационаре — 20,1 дня. Лечение больного также существенно экономичнее: стоимость одного койко-дня в ДС — 29 руб. 95 коп., в круглосуточном стационаре — 38 руб. 90 коп., что на 23,0% дешевле.

Наряду с медикаментозными препаратами в ДС широко используются такие методы, как физиолечение, массаж, мануальная терапия, бассейн ЛФК, иглотерапия и психотерапия. Опыт работы позволил автору сделать вывод о хороших результатах лечения и реабилитации больных. Так, например, двигательная активность восстанавливалась (до 90%) у каждого 8—9 пролечившегося больного. Все больные отмечали улучшение общего состояния, сохранявшееся до 6—8 месяцев.

Опыт работы шести ДС при поликлиниках С.-Петербурга [38] показал их достаточно высокую эффективность. Аргументирована целесообразность отработки четких показаний к отбору и лечению больных в ДС, разработки табеля оснащенности типовых ДС, упорядочивания их медикаментозного обеспечения.

По мнению многих авторов, ДС — одна из самых передовых форм оказания медицинской помощи населению. Основная задача ДС — сокращение сроков лечения и временной нетрудоспособности больных за счет интенсификации терапии, при этом их основным преимуществом является возможность проведения в нем комплексного лечения в амбулаторных условиях без неоправданной загрузки отделений стационара и отрыва пациентов от привычной домашней обстановки [25, 27, 42].

Т. Анмут [3] заостряет внимание на необходимости совершенствования материально-технической базы ДС. Он отмечает, что больной порою предпочитает стационар круглосуточного пребывания, ссылаясь на недостаточную квалификацию специалистов ДС (в условиях поликлиники). Нужно совершенствовать деятельность ДС и в амбулаторно-поликлинических учреждениях: потребность в них увеличивается, население уже оценило возможность комплексно обследоваться и лечиться. Экономия средств на одного больного в ДС составляет 50—70% государственных средств. Решение этой проблемы автор видит так: необходимо специально готовить врачей ДС на факультете усовершенствования медицинских вузов. Экономическая целесообразность стационарзамещающих технологий бесспорна.

Направление больного в ДС оправдано, если в комплексе лечения предусмотрены манипуляции, которые не выполняет участковый врач-терапевт или другой врач поликлиники, и неоправдано, если для успешного лечения больному необходимо соблюдать постельный режим [9].

А.А. Калиновской и соавт. описана работа многопрофильных ДС, предназначенных в основном для больных терапевтического, хирургического и неврологического профилей [25].

Важным элементом комплексного анализа деятельности лечебного учреждения является оценка экономических потерь при незагруженности коек стационара с одновременной оценкой экономической эффективности интенсивности лечебно-диагностического процесса [11]. Изучен экономический эффект деятельности стационара дневного пребывания [26]. Сокращение штатов врачей и средних медицинских работников ДС произошло за счет упразднения ночных постов. Кроме того, в условиях стационара дневного пребывания удалось сократить численность младшего медицинского персонала.

В ряде исследований [40, 46] отмечается, что организация ДС позволяет экономить средства бюджета в 2—3 раза, повышая эффективность работы поликлиник, открывая широкие возможности для активного обеспечения непрерывности лечебного процесса.

И.Ф. Хисамутдинов [45] в своем исследовании провел анализ медико-экономической эффективности работы стационаров г. Казани. Согласно полученным результатам, в 2001 г.

экономия за счет ДС составила 0,9 млн рублей (количество койко-дней в ДС — 30372, общая стоимость — 3,3 млн руб.). В 2002 г. по неврологическому профилю удалось сэкономить 2,2 млн дублей (количество койко-дней в ДС — 36049, общая стоимость — 6,7 млн руб.). К концу 2003 г. экономия за счет стационарзамещающих технологий по неврологическому профилю составила 2,8 млн рублей (количество койко-дней в ДС — 44305, общая стоимость — 7,9 млн руб.).

В РФ уже накоплен опыт стационарзамещающих форм медицинской помощи [46]. Однако результаты их деятельности нуждаются в анализе с целью совершенствования организационных форм работы. В организации ДС авторы выделяют ряд преимуществ как для врачей общей практики, семейных врачей и пациента, так и для всей системы здравоохранения и государства в целом. Так, организация ДС позволяет сократить расходы бюджета в 2 раза и более.

Экономическая эффективность, по заключению авторов, складывается из следующего: уменьшения сроков лечения больных до 10—12 дней, последующего в связи с этим сокращения объема круглосуточной работы медперсонала и соответственно фонда заработной платы, расходов на питание, медикаменты, недорогих методов обследования, а также за счет экономии средств, получаемых на производстве от выработанной продукции негоспитализированными в круглосуточный стационар работниками.

И хотя эффективность ДС бесспорно доказана, существует ряд проблем, связанных с организацией этой формы. Многие руководители организаций и учреждений здравоохранения не заинтересованы в сокращении мощности возглавляемых им больниц, так как от этого зависит зарплата главного врача и его заместителей. Проблемой является дефицит средств ОМС, необходимых для создания соответствующей материально-технической базы ДС, функционирующего в условиях поликлиники. Возможно этим объясняются недостаточно высокие темпы развития стационарзамещающих технологий в нашей стране. Однако все эти препятствия преодолимы, а результаты, которые будут получены, окупят и материальные, и физические, и психологические затраты.

Таким образом, анализ литературы показал актуальность поставленных задач и необходимость их решения. Поиск новых подходов к организации

и управлению в системе здравоохранения, совершенствование системы планирования отдельных видов медицинской помощи и организационно-методическое обеспечение рациональной работы медицинских учреждений являются приоритетными направлениями в современных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абашин, Н.Н.* Удовлетворенность пациента как показатели качества медицинской помощи (по материалам социологического опроса) / Н.Н. Абашин // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. — 1998. — №5. — С. 31—33.
2. *Андросова, С.О.* Десятилетний опыт работы дневного нефрологического стационара / С.О. Андросова, Н.Г. Мирошниченко, О.Н. Лаврова, Т.А. Панина // Урология и нефрология. — 1995. — №3. — С. 41—43.
3. *Анмут, Т.* Опыт и инициатива // Медицинская газета № 31. — 2000. — С.4. <http://www.galark.ru/arhiv/dns mg.html>.
4. *Атаева, А.Т.* Объем и характер деятельности дневного стационара для травматологических больных / А.Т. Атаева, А.А. Калининская, Б.С. Солтанов, К.К. Кадамов, О.В. Полу-бабкина, В.С. Васюкова // Ортопед., травматол. — 1991. — № 3. — С. 43—46.
5. *Ахметов, И.Ш.* Интенсификация и повышение эффективности хирургической службы путем совершенствования системы *поликлиника—стационар—дом* в условиях многопрофильной больницы, объединенной с поликлиникой // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. — 1990. — №5. — С. 112—114.
6. *Багирова, Г.Г.* Опыт работы стационарного отделения поликлиники / Г.Г. Багирова, Н.А. Волков, В.Г. Егорова, В.В. Грязнов, Л.В. Попова, Н.П. Бранькова, Т.Е. Воронова // Тер. арх. — 1991. — №1. — С. 95—99.
7. *Барт, Б.Я.* Дневной стационар поликлиники — эффективная форма оказания медицинской помощи населению / Б.Я. Барт, Л.М. Манукян, Л.Г. Акимова, З.И. Алиева, Н.В. Кочнова // Тер. арх. — 1997. — №1. — С. 9—11.
8. *Батурина, Э.В.* Эффективность реабилитационной деятельности дневного стационара психоневрологического стационара / Э.В. Батурина, Э.Н. Скрыль, В.Н. Дюсембеков, Е.В. Маринина // Здравоохр. Казахстана. — 1991. — №12. — С. 12—13.
9. *Болтенко, Н.Н.* Организация работы дневного стационара в городской поликлинике / Н.Н. Болтенко, А.Г. Лабзовская // Здравоохр. Российской Федерации. — 1999. — №2. — С. 50.
10. *Буракова, Т.С.* Должное качество при сокращении расходов (опыт работы дневного стационара НОКДЦ) // Новые технологии. — 2009. <http://www.noav.ru/p.228>
11. *Бушаева, Г.А.* Оценка экономического ущерба, вызванного неблагоприятным состоянием здоровья населения промышленного города / Г.А. Бушаева, Е.В. Ползик, Е.Н. Макаров, Г.М. Насыбуллина, О.С. Кныш // Экономика здравоохранения. — 2003. — №1. — С.11-14., библи.2.

12. Гусев, А.О. Научное обоснование повышения эффективности работы стационара в условиях рыночной экономики: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — СПб, 1998. — 18с.
13. Джеймс, А. Преобразование здравоохранения в США в контексте процесса реформ / А. Джеймс, Д. Райс // Проблемы соц. гиг. и мед. — № 3-4. — С. 47—52.
14. Евтушенко, В.И. Опыт организации лечения больных в дневном стационаре поликлиники / В.И. Евтушенко, А.Н. Волосевич, В.И. Кныш, В.С. Новиков, В.В. Бредихин, Г.А. Роговченко // Военно-мед. журн. — 1991. — №5. — С. 26—28.
15. Жалковский, Б.В. Основные показания для направления больных в дневной стационар / Б.В. Жалковский, Л.М. Лейбман // Тер. арх. — 1990. — №1. — С. 12—14.
16. Железняк, Е.С. Современные оценки качества стационарной медицинской помощи по результатам социологического опроса / Е.С. Железняк, Л.А.Алексеева, Е. Г. Пенюгина, Н.Т. Петрова // Проблемы соц. гиг. и история мед. — 1996. — №3. — С. 20.
17. Жуков, Г.А. Тенденции основных показателей деятельности стационаров различных типов больничных учреждения РФ за 1990-1994 гг. / Г.А. Жуков, А.Ф. Скворцов, Н.Г. Дедова / Развитие стационарной медицинской помощи в условиях реформы здравоохранения в России. Мат. III научно-практ. конф. — М., 1996. — С. 28—32.
18. Журавлева, Т.А. О работе дневного стационара терапевтического профиля / Т.А. Журавлева, А.И. Рябошапко, Е.С. Ковалдина // Здравоохран. Российск. Федерации. — 1991. — №10. — С. 21—22.
19. Земсков, В.С. Организация и опыт работы дневного хирургического стационара / В.С. Земсков, А.М. Пилецкий, В.А. Бычек, А.Ц. Скомаровский, В.И. Рейзин, О.Е. Бобров // Клин. хир. — 1992. — №4. — С. 51—53.
20. Зыятдинов, К.Ш. Дневные стационары (стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи населению) / К.Ш. Зыятдинов, Л.И. Рыбкин. — М.: Медпресс, 2000 — 96 с.
21. Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. Общие принципы организации работы дневных стационаров / Метод. пособие. — Казань, 1977. — 80 с.
22. Иванюта, О.М. Лечение хронического бронхита в условиях дневного стационара ингибиторами протеаз / О.М. Иванюта, А.В. Храмов, В.А. Шиниберов, Т.С. Гольцова, Г.Д. Шутофедов, П.А. Крипак, Б. Бямбагийн // Сов. мед. — 1988. — №9. — С. 84—85.
23. Исмагилов, М.Ф. Организация неврологических стационаров дневного пребывания в больницах РТ и г. Казани / М.Ф. Исмагилов, А.Я. Назипова // Неврол. вестн. им. Бехтерева. — 2005. — Вып. 3-4. — С. 90—91.
24. Калининская, А.А. Объем и экономический эффект деятельности стационара дневного пребывания городской больницы / А.А. Калининская, О.В. Шапекина, С.И. Шляфер, Н.Д. Дементьева // Военно-мед. журн. — 2003. — № 4. — С. 20—23.
25. Калиновская, А.А. Роль дневного стационара в повышении качества поликлинической помощи / А.А. Калиновская, В.Н. Полатайко, О.Ф. Лиман, И.А. Вишнякова // Сов. здравоохран. — 1988. — №12. — С. 15—17.
26. Калининская, А.А. Стационарзамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности / А.А. Калининская, А.Ф. Стукалев, Т.Т. Аликова // Здравоохран. Российск. Федерации. — 2008. — №6. — С.5—8.
27. Карташов, В.Т. Стационарзамещающие формы медицинской помощи в России и за рубежом / В.Т. Карташов, И.А. Зубков, Э.З. Фидоров, А.А. Сушенин // Военно-мед. журн. — 2003. — № 4. — С. 4—8.
28. Козлицкий, А.П. Возможность лечения больных ангиологического профиля в условиях дневного стационара Центра амбулаторной хирургии Калининского района Санкт-Петербурга / А.П. Козлицкий, А.А. Урманчеев // Амбулаторная хирургия: стационарзамещающие технологии. — 2005. — №4. — С.112—113.
29. Козырев, С.Н. Опыт работы дневного стационара, совмещенного с наркологическим пунктом / С.Н. Козырев, П.В. Елинов, В.Н. Гурьева // Вопр. наркол. — 1989. — №2. — С. 38—39.
30. Коллегия Минздрава России от 7 сентября 1999 г. «О развитии стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению».
31. Корнилова, Г.И. Дневные стационары — форма оказания специализированной помощи взрослым с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы / Г.И. Корнилова // Амбулаторная хирургия. — 2004. — № 1—2. — С. 7—8.
32. Кучеренко В.З. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса / В.З. Кучеренко, Е.П. Яковлев, Ю.Н. Кудрявцев, А.С. Трофимов // Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — №1. — С.13—17.
33. Ладный, А.Я. Становление и развитие дневных стационаров как неотъемлемого структурного подразделения лечебно-профилактических учреждений / А.Я. Ладный, Я.П. Базилевич, И.Я. Рафалюк, Я.Р. Наконечный, Г.П. Зубарев, М.Г. Телишевская, Е.Н. Полатайко, Е.Н. Постоенко, О.Ф. Лиман, И.Н. Чаклаш, Б.Д. Волошин // Сов. здравоохран. — 1990. — №2. — С. 12—18.
34. Лисицын, Ю.П. О концепции стратегии охраны здоровья / Ю.П. Лисицын // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — №2. — С. 10—12.
35. Максимова, Т.М. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества / Т.М. Максимова, О.Н. Гаенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — №1. — С. 3—7.
36. Матвеев, Э.Н. Дифференцированные нормативы стационарной помощи с учетом интенсивности лечебно-диагностического процесса / В сб.: Стратегия реформирования регионального здравоохранения. Мат. ежегод. Росс. н.-практ. конф. «Реформа здравоохранения на региональном уровне», ЦНИИОИЗ. — М., 2000. — С. 187—190.
37. Минаков, В.Ф. Новые формы медицинской помощи населению / В.Ф. Минаков, А.А. Калининская, М.Н. Краснова // Сов. здравоохран. — 1988. — №11. — С. 35—38.
38. Миняев, В.А. О работе дневных стационаров в поликлиниках / В.А. Миняев, О.А. Гусев, Н.И. Вишняков, Л.А. Завьялова, Я.В. Трофимова, В.В. Стожаров // Здравоохран. Российск. Федерации. — 1989. — №9. — С. 32—35.

39. *Поскочинова, Е.Г.* Особенности лечения панических расстройств в условиях дневного стационара // Соц. и клинич. психиатрия. — 1997. — №4. — С. 110—111.

40. Постановление о Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год от 26.11.04, № 690.

41. *Розова, И.Н.* Деятельность дневного стационара городской поликлиники / И.Н. Розова, М.Н. Краснова, С.С. Кравец, Н.В. Симакова // Сов. здравоохран. — 1989. — №2. — С. 54—57.

42. *Сквирская, Г.П.* О развитии стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению / Г.П. Сквирская // Здравоохран. — 2000. — №1. — С. 5—20.

43. *Стародубов, В.И.* Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. — М: ЦНИИОИЗ, 2001. — С. 216.

44. *Татаринцев, А.Н.* Психосоматические нарушения у больных нейроциркуляторной дистонией и их коррекция в дневном стационаре / А.Н. Татаринцев, А.А. Головин, Г.А. Липатова, С.П. Лагуточкина // Клин. мед. — 1992. — №1. — С. 59—61.

45. *Хисамутдинов, И.Ф.* Медико-экономическая эффективность деятельности неврологических отделений стационаров г. Казани / И.Ф. Хисамутдинов // Неврол. вестн. им. В.М. Бехтерева. — 2006. — Т. XXXVIII, вып. 1-2. — С. 94—95.

46. *Черниенко, Е.Г.* Стационарзамещающие технологии (дневные стационары) в общей врачебной (семейной

практике) / Е. Черниенко, Г. Лаврищева, В. Сажин // Врач. — 2006. — №1. — С. 12—14.

47. *Шевченко, Ю.Л.* Об итогах реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000-2004 гг. и на период до 2010 г. // Здравоохран. Российской Федерации. — 2000. — №2. — С. 3—4.

48. *Шумаков, С.В.* Есть интересный опыт лечения больных в дневном стационаре поликлиники // Медицинская газета № 18. — 2009. <http://www.galark.ru/arhiv/dnsnewhelp.html>.

49. *Bogousslavsky, J.* Stroke and neurology: a plea from the WFN / J. Bogousslavsky, J. Aarli, J. Kimura // Lancer Neurol. — 2003. — Vol. 2. — P. 212—213.

50. *Ikegami, N.* Public Long-term Care insurance in Japan // JAMA [Tokio, Japan]. 1997.

51. *Clark, M.S.* Changes in family functioning for stroke rehabilitation patients and their families / M.S. Clark, D.S. Smith // Intern. J. Rehabil. Res. — 1999. — Vol. 22. — P. 171—179.

52. *Laroque, P.* Social protection and the over – 75 s: What are the problems // Int. Soc. Security Rev. — 1978. — Vol. 31, №3. — P. 267—284.

Поступила 15.06.09.

