

Н.Н. ЛЕБЕДЕВ, д.м.н., профессор, **С.В. РЕШЕТНИКОВ**, к.м.н.,
А.Н. ШИХМЕТОВ, к.м.н., **В.Н. РЕШЕТНИКОВ**, к.м.н.
Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва

Стационарозамещающие технологии в многопрофильном клинико-диагностическом центре

В настоящее время все большее значение приобретает финансовая составляющая работы любого медицинского учреждения. Идет поиск новых, экономически выгодных и совершенствование имеющихся форм оказания медицинской помощи [12, 25]. Данный процесс затрагивает как амбулаторное, так и стационарное звено здравоохранения. Особенности финансирования отечественного здравоохранения накладывают ограничения на стационарное пребывание пациентов, по причине чего стационарозамещающие технологии, актуальность которых повышается в последние годы, становятся одной из наиболее современных тенденций в российской медицинской отрасли [6].

Ключевые слова: стационарозамещающие технологии, дневной стационар, амбулаторная хирургия, гинекология, оториноларингология, хирургия, урология, травматология и ортопедия

Особенности применения стационарозамещающих технологий в хирургическом направлении деятельности медицинского учреждения заключаются в организации медицинской помощи без длительной госпитализации пациентов [1]. Для этих целей используются дневные стационары и стационары с однодневным пребыванием. При этом пациенты в послеоперационном периоде находятся в домашних условиях, регулярно амбулаторно посещая клинику с целью наблюдения и проведения перевязок.

История и география стационарозамещающих технологий

Один из первых дневных стационаров Европы был создан в 1956 г. в Великобритании (г. Оксфорд). В настоящее время в этой стране большинство дневных стационаров являются структурными подразделениями реабилитационных

центров разных профилей [28]. Активно стационарозамещающие технологии используются в США, где за счет создания дневных стационаров и стационаров с кратковременным пребыванием удалось достигнуть значимого сокращения расходов на медицинское обслуживание населения [8]. В задачи дневных стационаров США входит долечивание пациентов, реабилитация после стационарного лечения. При этом больные ежедневно на специальном медицинском транспорте доставляются в клинику и обратно. Пациенты пребывают в стационар утром, им проводят необходимое обследование и комплексное лечение, включающее процедуры восстановительной терапии. В условиях дневных стационаров организовано одноразовое питание [26]. Во многих странах Европы (Германии, Великобритании, Швейцарии, Нидерландах, Швеции), Северной Америки (США, Канаде) значимая доля дневных стационаров распо-

лагается на базе гериатрических отделений.

В России первый аналог дневного стационара был создан в 30-е гг. XX века на базе психоневрологической больницы им. П.Б. Ганнушкина, где функционировало отделение, обеспечивающее переход пациентов от стационарного к амбулаторному звену медицинской помощи [23].

В течение XX века аналогичные отделения по многим профилям, включая терапевтический, хирургический, неврологический и другие, были открыты во многих городах нашей страны: Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Новосибирске, Самаре, Твери и ряде других [26].

Экономические аспекты применения стационарозамещающих технологий

При оказании хирургической медицинской помощи населению большую долю расходов составляет

обеспечение пребывания пациентов в палатах клиник [7]. К экономическим потерям стационаров с круглосуточным пребыванием ведет простой коек, недостаточная интенсивность использования имеющихся ресурсов [22]. Стационарозамещающие технологии позволяют оптимизировать расходы на стационарную медицинскую помощь в условиях непростой экономико-политической ситуации и реформы здравоохранения в России [18, 27]. Ресурсоёмкость медицинской помощи с применением стационарозамещающих технологий ниже по сравнению с «классическими» стационарными, так как при этом нивелируются или значительно сокращаются затраты на аренду большого количества помещений, обеспечение нужд пациентов (питание, санитарно-гигиенические потребности), приобретение мебели, бытовой техники и электроники. Стоимость пребывания пациентов в дневном стационаре меньше в 5 раз по сравнению со стационарным лечением [4]. Уменьшается необходимое количество медицинских работников, что ведет к сокращению размера фонда заработной платы учреждения [14]. Коэффициент полезного действия дневных стационаров выше по сравнению со стационарами в 1,5—3 раза, что связано с работой в 2 смены [4]. Экономия при использовании дневных стационаров достигает 50—70% [25]. Немаловажной особенностью применения стационарозамещающих технологий является интенсификация оказания медицинских услуг в условиях ограниченных ресурсов, увеличение количества пролеченных больных в единицу времени. Применение современных методов лечения ведет к сокращению сроков нетрудоспособности, а значит, расходов на оплату пособий по временной нетрудоспособности и упущенной работодателем выгоды

в связи с отсутствием пациентов на рабочих местах [10]. Все вышеперечисленные факторы приводят к повышению рентабельности медицинской деятельности клиники [6]. Экономически эффективным является использование дневных стационаров при лечении терапевтических [7, 11] и хирургических [2, 21] пациентов. Также с успехом дневные стационары работают при многопрофильных медицинских учреждениях [20].

● Медицинские аспекты применения стационарозамещающих технологий

Помимо финансового аспекта, большое значение имеет удовлетворенность больных от проводимого лечения. В связи с тем, что пациенты в послеоперационном периоде находятся в домашних, комфортных и привычных условиях, улучшается их настрой на лечение, что сказывается на результатах оказания медицинской помощи, ведет к повышению ее комплаентности. Уменьшается длительность проводимого лечения [23, 26]. Большинство пациентов дает положительную оценку деятельности дневных стационаров по причине отсутствия психоэмоциональной нагрузки от пребывания в стационаре [6, 9, 10]. Одной из важных задач, с успехом решаемых при помощи стационарозамещающих технологий, является повышение степени доступности медицинской помощи населению [1, 6, 19]. Помимо этого, за счет работы дневных стационаров снижается доля необоснованных госпитализаций в стационары. В работах отечественных авторов описана эффективность функционирования дневных стационаров в России [12]. Согласно полученным данным, качество медицинской помощи при применении стационарозамещающих технологий

не отличается от лечения с длительной госпитализацией [15]. В задачи дневных стационаров входит лечение пациентов с острой и хронической патологией, при которой требуется значимый объем медицинской помощи, однако не требуется круглосуточного контроля медицинским персоналом и лечения [17]. Лечение в дневном стационаре должны проходить пациенты, которым не должен быть рекомендован постельный режим [3]. В дневных стационарах активно проходят необходимую диагностику и лечение как пациенты трудоспособного, так и больные пожилого и старческого возраста [9]. Дневные стационары активно используются для оказания медицинской помощи пациентам как терапевтического, так и хирургического профиля [23]. Описаны в литературе и случаи создания узкоспециализированных дневных стационаров, например наркологического профиля [16]. При оказании хирургической помощи населению в условиях операционных на базе дневных стационаров и стационаров одного дня пребывания должны проводиться современные хирургические вмешательства без длительной госпитализации, с применением качественного оборудования, новых технологий и с соблюдением принципов функциональной хирургии. Л.И. Верховцева описывает как преимущество амбулаторной хирургии снижение риска гнойно-септических осложнений благодаря кратковременному пребыванию пациентов в медицинском учреждении и отсутствию госпитальной инфекции [6].

● Примеры функционирующих хирургических дневных стационаров

В литературе описано большое количество примеров функционирования дневных стационаров, ока-

зывают хирургическую медицинскую помощь населению. Так, И.В. Крестьяшиным с соавторами описан Детский центр амбулаторной хирургии, функционирующий при ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы [24]. Базовым элементом этого центра является стационар одного дня, помимо которого в состав входят также консультативно-диагностическое отделение, отделение амбулаторной ортопедии, отделение лечения доброкачественных новообразований, уроандрологический модуль. Пациенты распределяются согласно следующим направлениям работы: плановая хирургическая патология, патология опорно-двигательного аппарата, доброкачественные опухоли и рубцы кожных покровов и мягких тканей, гнойно-воспалительные заболевания, болезни репродуктивных органов (уроандрология). При оказании медицинской помощи выделяются 3 этапа: догоспитальный, госпитальный и постгоспитальный. Формирование потоков пациентов для амбулаторного или стационарного лечения происходит при первичном обращении больных. Большое внимание уделяется долечиванию и наблюдению за пациентами после лечения. В центре оказывается 2 возможных варианта медицинской помощи: полное законченное (радикальное хирургическое лечение) и частичное этапное (этапное амбулаторное долечивание как после стационарного лечения, так и между госпитализациями). Все оперативные вмешательства выполняются в стационаре одного дня. На догоспитальном этапе осуществляется отбор пациентов, который включает оценку психоэмоционального статуса родителей и соматического состояния пациента. По результатам отбора около 95% пациентов оперируются в амбулаторных условиях, остальным рекомендуется лечение в стационарных условиях. Нахождение ре-

бенка в стационаре одного дня, как правило, не превышает 3—4 ч. За это время осуществляются госпитализация, осмотр, оперативное вмешательство, послеоперационный осмотр и выписка. Наблюдение в послеоперационном периоде проводится на постгоспитальном этапе. Родителям пациентов в обязательном порядке даются все необходимые рекомендации. Контроль результатов лечения осуществляется также в Центре амбулаторной хирургии до полного выздоровления. В случае этапного амбулаторного долечивания как после стационарного лечения, так и между госпитализациями автор предлагает говорить не о стационарозамещающих, а о стационародополняющих технологиях.

Л.И. Верховцева описывает использование стационарозамещающих технологий при хирургическом лечении патологии хирургического, гинекологического, офтальмологического, оториноларингологического профиля в Поликлинике им. Е.М. Нигинского [6]. Как указывает автор, в клинике утверждены регламентирующие данный вид деятельности документы: перечень плановых и экстренных оперативных вмешательств, стандарты, расходные карты, график работы операционного блока. Медицинское учреждение оснащено всем необходимым для качественного оказания медицинских услуг населению. Автор подчеркивает необходимость тщательного отбора пациентов на операцию, предоперационной подготовки и грамотного выбора метода обезболивания, индивидуальной беседы с каждым пациентом и профилактики послеоперационных осложнений. Спектр проводимых оперативных вмешательств достаточно широк. Например, оториноларингологи проводят полипотомию носа, уха; аденотомию; удаление грануля-

ций; удаление синехий; удаление кровотокающих полипов; удаление новообразований; ультразвуковую дезинтеграцию нижних носовых раковин; удаление инородных тел; вскрытие абсцессов и фурункулов; радиоволновую лакунотомию; вазотомию носовых раковин. Хирургические вмешательства проводятся как под местной, так и под общей анестезией.

По данным Л.И. Верховцевой, при большом количестве заболеваний (до 35%) необходимости в госпитализации в стационар нет. Проведение оперативных вмешательств возможно в амбулаторных условиях с динамическим наблюдением в условиях дневного стационара.

Условия применения стационарозамещающих технологий

Для эффективного и безопасного применения стационарозамещающих технологий необходимо соблюдение значимого количества условий, в том числе наличие оборудования и инструментария, подготовленность квалифицированных кадров. Е. Буш в статье «Поликлиника и стационар: от противостояния к сотрудничеству» приводит интервью ведущего специалиста Управления здравоохранением г. Новосибирска Т.П. Анмут по вопросу применения стационарозамещающих технологий [5]. По мнению интервьюируемого, часто пациенты делают выбор в сторону классических стационаров в связи с сомнениями в квалификации медицинских работников в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения. Также Т.П. Анмут отмечает, что при использовании стационарозамещающих технологий снижаются затраты на одного пациента в среднем на 50—70%. Она подчеркивает необходимость подготовки врачей непосредственно для решения задачи оказания медицинской помощи на

базе дневных стационаров. Несмотря на высокую экономическую целесообразность применения стационарозамещающих технологий, имеется и ряд сложностей. Так, М.Ф. Исмаилов указывает на отсутствие заинтересованности руководителей медицинских организаций во внедрении дневных стационаров, так как это ведет к сокращению коечного фонда учреждений, что сказывается на доходах самих руководителей. Проблемой, по мнению автора, является недостаток средств для полноценного обеспечения работы дневных стационаров. Именно с этими факторами автор связывает невысокие темпы внедрения стационарозамещающих технологий в России [13].

И.В. Крестьяшин и соавторы отмечают важность грамотного анестезиологического обеспечения при оказании медицинской помощи пациентам в условиях стационарозамещающих технологий [24].

● Стационарозамещающие технологии в Отраслевом клиничко-диагностическом центре ПАО «Газпром»

На базе Отраслевого клиничко-диагностического центра ПАО «Газпром» активно используются стационарозамещающие технологии при оказании хирургической медицинской помощи по профилям: гинекология, оториноларингология, хирургия, урология, травматология и ортопедия. В среднем проводится около 800 вмешательств в год. Среди гинекологических операций наибольшую долю составляют гистероскопические вмешательства, лапароскопические цистэктомии, лапароскопические тубэктомии, лапароскопические адгезиолизисы, конизации шейки матки, удаления новообразований половых органов, операции по коррекции пролапса гениталий; оториноларингологических — септо-

пластики, эндоскопические полисинусотомии, эндоскопические дакриоцистириностомии, баллонные дилатации соустьей околоносовых пазух; по коррекции средних и нижних носовых раковин, сомнопластики, имплантации мягкого неба; хирургических — операции на венах нижних конечностей, удаления новообразований кожи и подкожно-жировой клетчатки, герниопластики, дезартеризации геморроидальных узлов, лапароскопические холецистэктомии; урологических — биопсии предстательной железы под контролем ультразвукового исследования, уретроцистоскопии с биопсией, циркумцизио, операции Винкельмана; травматологических и ортопедических — артроскопии коленного сустава, артроскопии плечевого сустава, ортопедические операции. При оказании хирургической медицинской помощи в условиях стационарозамещающих технологий мы выделяем 3 этапа: дооперационную подготовку, хирургическое вмешательство, послеоперационный период.

Особенностями этапа дооперационной подготовки являются: всестороннее и полное обследование пациентов перед операцией, тщательный отбор пациентов, налаженная и отработанная схема подготовки больного к вмешательству. Одним из главных условий успешного и эффективного применения стационарозамещающих технологий является тщательный и кропотливый отбор пациентов. Осуществляется он по результатам максимально полного предоперационного обследования, в стандартный перечень которого в обязательном порядке входят: общеклинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, определение времени кровотечения и времени свертывания крови, определение группы крови и резус-фактора, определение маркеров инфекций (ВИЧ, гепатиты В и С, си-

филис), общеклинический анализ мочи, электрокардиография, эзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки, консультация терапевта. С учетом вида планируемого вмешательства объем предоперационного обследования может быть расширен: при хирургических вмешательствах в брюшной полости проводится колоноскопия, при оториноларингологических — компьютерная томография околоносовых пазух и консультация стоматолога с санацией полости рта, при операциях под общей анестезией — консультация анестезиолога-реаниматолога. В обязательном порядке оценивается психоэмоциональный настрой пациента. При минимальных сомнениях в адекватности поведения и правильности соблюдения рекомендаций в послеоперационном периоде пациенты для проведения хирургического вмешательства направляются в стационар с возможностью длительной госпитализации.

Помимо состояния здоровья пациента в обязательном порядке оцениваются социальные особенности его жизни. Учитываются все условия, которые могут влиять на эффективность лечения и на риск осложнений. Так, пациентам, проживающим без родственников и близких людей, сложные операции на нижних конечностях по профилю «Травматология и ортопедия» рекомендуются к выполнению в условиях стационара не по причине объема вмешательства или соматической патологии, а в связи со значимыми бытовыми трудностями в послеоперационном периоде. Как другой пример можно рассмотреть операции, накладывающие серьезные ограничения в физической активности. Пациенту, которому в домашних условиях такие ограничения достичь невозможно,

например матери малолетних детей, рекомендуется стационарное лечение.

Возможность и необходимость каждого планируемого вмешательства с кратковременным пребыванием пациента в клинике в обязательном порядке оценивается врачебной комиссией, состоящей из оперирующего хирурга, анестезиолога-реаниматолога, заведующего дневным стационаром, заведующего профильным хирургическим подразделением после бескомпромиссно полного обследования пациента. Ответственным за данное направление работы является заместитель главного врача по хирургии или исполняющее его обязанности должностное лицо.

При проведении хирургических вмешательств наиболее важными являются следующие аспекты: использование современных методик операций с соблюдением принципов функциональной хирургии, с максимально щадящим отношением к тканям; современное медицинское оборудование; качественное анестезиологическое пособие; наличие дежурной бригады скорой медицинской помощи во время и в течение нескольких часов после вмешательства.

Операционный блок снабжен всем необходимым оборудованием. Во время проведения хирургических вмешательств в рутинной практике применяется эндоскопическая, радиоволновая, лазерная медицинская техника ведущих мировых производителей. Врачами-оториноларингологами активно используется микродебридер фирмы Medtronic (США). Наборы инструментов также содержат все необходимое.

Оперирющие в Отраслевом клинико-диагностическом центре ПАО «Газпром» хирурги имеют опыт хирургической деятельности в ведущих отечественных и зарубежных клиниках, постоянно совершенствуются, участвуя в научных и прак-

тических мероприятиях как у нас в стране, так и за рубежом. На базе Центра на регулярной основе проводятся мастер-классы и конференции по тематике наиболее современных хирургических вмешательств с приглашением ведущих специалистов и прямыми трансляциями из операционной.

Во время проведения хирургических вмешательств в обязательном порядке в Центре дежурит бригада скорой медицинской помощи.

Имеется договоренность с ведущими ближайшими стационарами о возможности экстренной госпитализации пациента в случае развития критической ситуации.

Постоянное профессиональное развитие специалистов, использование в хирургической деятельности самого современного оборудования и инструментария, качественное анестезиологическое обеспечение — эти факторы позволяют выполнять сложные, современные хирургические вмешательства в условиях дневного стационара.

Так, оториноларингологи выполняют такие операции, как септопластика, эндоскопическая полисинусотомия, эндоскопическая дакриоцисторинотомия и др. Проведение большинства из этих вмешательств в других клиниках, как правило, сопровождается госпитализацией длительностью 5—7 и более дней. Максимальное время нахождения пациента в Отраслевом клинико-диагностическом центре ПАО «Газпром» — 1 сутки.

За все время использования стационарозамещающих технологий ни одного случая осложнения, повлекшего необходимость экстренной госпитализации, не было.

К особенностям послеоперационного периода при оказании хирургической медицинской помощи в условиях стационарозамещающих технологий в Отраслевом клинико-диагностическом центре ПАО «Газпром» относится обязательная транспортировка пациентов в день

операции или на следующий день домой, а также на перевязки в последующие дни на специально оборудованном для этих целей автомобиле.

В послеоперационном периоде осуществляется тщательное наблюдение за пациентами профильными и смежными специалистами. Важно отметить наличие у врачей и медицинских сестер знаний особенностей и навыков ведения пациентов в раннем и позднем послеоперационном периодах.

В большинстве случаев нивелируются отрицательные аспекты, возникающие при передаче пациентов от лечащего врача амбулаторного медицинского учреждения оперирующему хирургу стационара и обратно, так как при использовании стационарозамещающих технологий лечащий врач и оперирующий хирург, как правило, являются одним и тем же специалистом.

Так же, как и во время операции, в послеоперационном периоде организована возможность оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений и — при необходимости — экстренной госпитализации.

Пациентам в обязательном порядке выдаются листки нетрудоспособности на весь необходимый для полноценной послеоперационной реабилитации период.

Отдаленные результаты хирургического лечения оцениваются через 3, 6 и 12 месяцев.

Выводы

1. Стационарозамещающие технологии на базах дневных стационаров и стационаров одного дня могут и должны применяться.
2. Требуется тщательный отбор пациентов с целью минимизации рисков как хирургических вмешательств, так и анестезиологических пособий. При наличии значимой соматической патологии, психо-

эмоциональных особенностях пациентов операции должны проводиться в стационарах с длительным пребыванием с обязательным нахождением больных после вмешательств в палатах отделений реанимации и интенсивной терапии.

3. При применении стационаро-замещающих технологий значительно сокращаются финансовые издержки, в том числе связанные с

пребыванием пациента в стационаре в течение длительного времени.

4. Нахождение пациентов в привычных домашних условиях улучшает настрой пациентов, что положительно сказывается на комплаентности и качестве проводимого лечения.

5. Результаты хирургического лечения при применении стационаро-замещающих технологий не отли-

чаются от результатов операций, проводимых на базе стационаров с длительным пребыванием пациентов. Качество проводимых операций зависит не от длительности нахождения пациента в медицинском учреждении, а от мастерства, опыта хирурга и возможностей применения современных методов хирургического лечения.



ИСТОЧНИКИ

1. Абашин Н.Н. Удовлетворенность пациента как показателя качества медицинской помощи (по материалам социологического опроса). *Проблемы социальной гигиены и истории медицины*, 1998, 5: 31-34.
2. Ахметов И.Ш. Интенсификация и повышение эффективности хирургической службы путем совершенствования системы поликлиника — стационар — дом в условиях многопрофильной больницы, объединенной с поликлиникой. *Вестник хирургии*, 1990, 5: 112-115.
3. Болтенко Н.Н., Лабзовская А.Г. Организация работы дневного стационара в городской поликлинике. *Здравоохранение Российской Федерации*, 1999, 2: 50.
4. Буракова Т.С. Должное качество при сокращении расходов (опыт работы дневного стационара НОКДЦ) [Электронный ресурс]. Новосибирская областная ассоциация врачей, 2009. URL: <http://www.noav.ru/?p=228>.
5. Буш. Поликлиника и стационар: от противостояния к сотрудничеству. *Медицинская газета*, 2000, 31: 4.
6. Верховцева Л.И. Организация специализированной многопрофильной амбулаторной хирургической помощи в поликлинике. *Медицинская наука и образование Урала*, 2008, 3: 140-141.
7. Андросова С.О. и др. Десятилетний опыт работы дневного нефрологического стационара. *Урология и нефрология*, 1995, 3: 41-43.
8. Джеймс А., Райс Д. Преобразование здравоохранения в США в контексте процесса реформ. *Проблемы социальной гигиены и история медицины*, 1996, 4: 47-52.
9. Барт Б.Я. и др. Дневной стационар поликлиники — эффективная форма оказания медицинской помощи населению. *Терапевтический архив*, 1997, 1: 9-11.
10. Жалковский Б.В., Лейбман Л.М. Основные показания для направления больных в дневной стационар. *Терапевтический архив*, 1990, 1: 12-14.
11. Журавлева Т.А., Рябошапка А.И., Ковалдина Е.С. О работе дневного стационара терапевтического профиля. *Здравоохранение Российской Федерации*, 1991, 10: 21-22.
12. Зыятдинов К.Ш., Рыбкин Л.И. Дневные стационары (стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи населению). М.: Медпресс, 2000. 96 с.
13. Исмаилов М.Ф., Назипова А.Я. Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи больным в условиях реформирования системы здравоохранения. *Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева*, 2009, 4: 61-67.
14. Калининская А.А., Стукалев А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарзамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности. *Здравоохранение Российской Федерации*, 2008, 6: 5-8.
15. Козлицкий А.П., Урманчев А.А. Возможность лечения больных ангиологического профиля в условиях дневного стационара Центра амбулаторной хирургии Калининского района Санкт-Петербурга. *Амбулаторная хирургия: стационарзамещающие технологии*, 2005, 4: 112-113.
16. Козырев С.Н., Елинов П.В., Гурьева В.Н. Опыт работы дневного стационара, совмещенного с наркологическим пунктом. *Вопросы наркологии*, 1989, 2: 38-39.
17. Корнилова Г.И. Дневные стационары — форма оказания специализированной помощи взрослым с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы. *Амбулаторная хирургия: стационарзамещающие технологии*, 2004, 1-2: 7-9.
18. Максимова Т.М., Гаенко О.Н. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины*, 2003, 1: 3-7.
19. Кучеренко В.З. и др. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса. *Проблемы управления здравоохранением*, 2003, 1: 13-17.
20. Калининская А.А. и др. Объем, характер и экономический эффект деятельности стационара дневного пребывания городской больницы. *Здравоохранение Российской Федерации*, 2000, 5: 20-23.
21. Земсков В.С. и др. Организация и опыт работы дневного хирургического стационара. *Клиническая хирургия*, 1992, 4: 51-53.
22. Бушуева Г.А. и др. Оценка величины экономического ущерба, вызванного неблагоприятным состоянием здоровья населения промышленного города. *Экономика здравоохранения*, 2003, 1: 11-14.
23. Сквирская Г.П. О развитии стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению. *Здравоохранение*, 2000, 1: 5-20.
24. Крестьяшин И.В. и др. Современные стационарзамещающие технологии в работе детского центра амбулаторной хирургии, травматологии-ортопедии. *Детская хирургия*, 2014, 5: 53-56.
25. Черниенко Е.И. и др. Стационарзамещающие технологии (дневные стационары) в общей врачебной (семейной) практике. *Врач*, 2006, 1: 12-14.
26. Карташов В.Т. и др. Стационарзамещающие формы медицинской помощи в России и за рубежом. *Военно-медицинский журнал*, 2003, 4: 4-9.
27. Шевченко Ю.Л. Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в стране на 2000—2004 гг. и на период до 2010 г. *Здравоохранение Российской Федерации*, 2000, 6: 3-8.
28. Laroque P. Social protection and the over — 75 s: What are the problems. *Int. Soc. Security Rev.*, 1978, 3: 267-284.