

На правах рукописи

Петрова Галина Анатольевна

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
НА ПРИМЕРЕ КРУПНОГО ГОРОДА**

**Научная специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация
и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза**

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
доцент Карайланов М.Г.

Санкт-Петербург – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава 1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	13
1.1 Общая характеристика первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.....	13
1.2 История развития первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.....	19
1.3 Характеристика основных форм оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.....	33
1.4 Роль и значение дневного стационара в системе первичной медико-санитарной помощи.....	42
Глава 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	52
2.1 Структурно-логическая схема исследования (дизайн).....	52
2.2 Материалы исследования.....	53
2.3 Методы исследования и обработки данных.....	59
Глава 3 ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	66
3.1 Дополнение к понятийному аппарату первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.....	66
3.2 Анализ уровня заболеваемости в дневном стационаре.....	71
3.3 Анализ госпитализации в дневной стационар.....	79
3.4 Организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.....	85
3.5 Новая структурно-функциональная модель оказания	

первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.....	90
3.6 Оценка эффективности внедрения новой структурно-функциональной модели оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.....	101
Глава 4 ОСНОВНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.....	114
4.1 Основные направления совершенствования организации медицинской помощи в условиях дневного стационара.....	114
4.2 Основные направления оптимизации кадрового потенциала.....	118
4.3 Основные направления повышения эффективности деятельности дневных стационаров.....	126
4.3.1 Внедрение бережливых технологий.....	127
4.3.2 Цифровая трансформация медицинской информационной системы.....	131
4.4 Методические рекомендации по совершенствованию организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.....	134
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	145
ВЫВОДЫ.....	149
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	151
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	152
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	153
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	154
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	190
Приложение 1 Опросный лист пациента о качестве оказания медицинской помощи в дневном стационаре.....	190

Приложение 2 Опросный лист медицинского сотрудника по вопросам удовлетворенности условиями работы.....	192
Приложение 3 Карта хронометража оказания медицинской помощи в дневном стационаре.....	194
Приложение 4 Алгоритм направления пациентов на госпитализацию в дневной стационар в условиях новой структурно-функциональной модели.....	195
Приложение 5 Критерии для определения целесообразности направления на госпитализацию в круглосуточный стационар....	197
Приложение 6 Заключение комиссии о необоснованном направлении пациента на плановую госпитализацию и/или дефектов ведения пациента на амбулаторном этапе.....	198
Приложение 7 Проект приказа об организации поста самостоятельного приема пациентов медицинскими сестрами в дневном стационаре.....	199
Приложение 8 Проект трудовой функции (профессионального стандарта) – Оказание доврачебной медицинской помощи в условиях дневного стационара при организации поста медицинской сестры дневного стационара.....	202
Приложение 9 Методическая разработка для проведения практического занятия.....	203

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

Первичная медико-санитарная помощь в современном отечественном здравоохранении занимает приоритетное место ввиду наибольшей доступности и высокой востребованности для населения.

В Указе Президента Российской Федерации В.В. Путина от 06.06.2019 г. №254 «О стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года» определена приоритетность развития первичной медико-санитарной помощи, направленной на реализацию возрастающих потребностей населения в современной качественной медицинской помощи [208]. Важность развития первичного звена здравоохранения находит отражение в национальных проектах «Здравоохранение» и «Демография», а также в публикациях многих ученых [6, 8, 14, 23, 74].

Реализация Указа Президента Российской Федерации, национальных проектов оказали существенное влияние на развитие и совершенствование системы первичной медико-санитарной помощи, свидетельством чего является увеличение продолжительности жизни и снижение смертности в последние годы [21, 26, 32, 39, 55, 73, 127].

Учитывая, что в первичном звене отечественного здравоохранения происходит начальный уровень контакта пациента с медицинским персоналом, система организации первичной медико-санитарной помощи постоянно нуждается в регулярных динамичных изменениях в зависимости от потребностей населения.

Ежегодное увеличение потребностей населения в профилактических мероприятиях и медицинской помощи свидетельствует о необходимости совершенствования существующей системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе в условиях дневного стационара.

С целью обеспечения доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, в том числе в условиях дневного стационара, важным

направлением развития первичной медико-санитарной помощи является повышение эффективности использования материально-технических и кадровых ресурсов медицинских организаций за счет внедрения новых организационных подходов и стационарозамещающих технологий [72, 79, 87, 94, 121, 127, 133, 202].

Основное развитие первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара должно быть направлено на сокращение временных сроков оказания медицинской помощи, повышение качества диагностики и уменьшение количества случаев необоснованной госпитализации в круглосуточные стационары.

Совершенствование организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара возможно при обеспечении внедрения новых подходов к его структуре, функциям и методам работы [80, 91, 187].

Разработка, внедрение эффективных подходов и методов работы в условиях дневного стационара, рациональное использование имеющихся материально-технических ресурсов и кадрового потенциала будет способствовать удовлетворению потребности населения в качественной медицинской помощи [14, 72, 92, 97, 110, 113, 121, 127, 159].

Активное внедрение в первичное звено здравоохранения новых передовых технологий требует совершенствования законодательной базы, комплексного анализа и научного обоснования, а также разработки методических рекомендаций.

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности научного исследования, его научной новизне и практической значимости.

Степень разработанности темы исследования

Анализ существующей структуры и организации деятельности дневных стационаров, по мнению многих исследователей, свидетельствует о необходимости изменения системы оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара с целью повышения эффективности его работы [12, 25, 44, 53, 128, 130, 148, 168, 173].

Правильная организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара позволит: рационально использовать коечный фонд; обеспечить необходимое взаимодействие дневных и круглосуточных стационаров для обеспечения преемственности в лечении пациентов; уменьшить затраты на лечение пациентов; повысить социальную значимость использования дневных стационаров на амбулаторном этапе.

Предложенная в исследовании новая структурно-функциональная модель организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара может служить основой для совершенствования первичной медико-санитарной помощи. Она позволит более продуктивно использовать время пребывания пациентов в поликлинике. Применение этой модели позволит сократить время проведения диагностических процедур, повысить профилактическую роль медицинских организаций, создать условия для эффективного преемственного лечения пациентов в дневном стационаре, снизить количество случаев необоснованной госпитализации в круглосуточные стационары.

Итогом успешного внедрения разработанной нами новой структурно-функциональной модели будет более рациональное использование имеющихся у каждой медицинской организации ресурсов.

Цель исследования

Научно обосновать и внедрить новую структурно-функциональную модель организации первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Основные задачи исследования

1. Изучить современное состояние организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара типовых поликлиник.

2. Предложить новую структурно-функциональную модель организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара типовых поликлиник.

3. Оценить медико-социальную эффективность организации оказания

первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара с использованием новой структурно-функциональной модели.

4. Разработать предложения по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Объект исследования

Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Предмет исследования

Система организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Границы исследования

Исследование проведено путем изучения деятельности дневных стационаров на базе медицинских организаций Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по основным клинико-статистическим группам (болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни нервной системы, болезни эндокринной системы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани) в сравнительной характеристике за период с 2015 по 2019 гг.

Научная новизна диссертационного исследования

Впервые проанализирована структура и динамика заболеваемости населения Фрунзенского района за исследуемый период (2015-2019 гг.).

Впервые обосновано и предложено новое понятие «симультантные мероприятия в условиях дневного стационара». Описана целесообразность использования симультантных мероприятий при лечении коморбидных пациентов в условиях дневного стационара.

Предложена новая структурно-функциональная модель организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. По результатам внедрения новой модели проведено анкетирование пациентов и медицинского персонала, оценена ее медико-социальная эффективность.

Разработаны методические рекомендации по совершенствованию организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Теоретическая и практическая значимость работы

В ходе научного исследования разработана новая концепция организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. Проведенные нами исследования расширяют представления о результатах оказания первичной медико-санитарной помощи в дневном стационаре после внедрения новой структурно-функциональной модели и о возможностях повышения эффективности работы системы оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Практическая значимость научной работы определяется тем, что разработанная новая структурно-функциональная модель оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара показала высокую медико-социальную эффективность. Это происходит вследствие сокращения сроков ожидания первичного приема пациентами при направлении на лечение в дневной стационар, повышения обоснованности госпитализации и эффективности использования ресурсов медицинских организаций.

Теоретическая значимость научной работы заключается в том, что определены основные направления совершенствования организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара с учетом социально-экономического развития страны и действующих программ развития здравоохранения.

Разработаны, обоснованы и внедрены документы:

- приказ главного врача о создании экспертной группы, обеспечивающей контроль и оценку эффективности организации лечебно-диагностического процесса при оказании первичной медико-социальной помощи с целью исключения необоснованной госпитализации в круглосуточные стационары;
- положение об организации первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара на базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 19»;
- приказ об организации поста самостоятельного приема пациентов

медицинскими сестрами в объеме доврачебной медицинской помощи в дневном стационаре;

- критерии оценки самостоятельной деятельности медицинских сестер дневного стационара;

- разработка стандартных операционных процедур для медицинской сестры на самостоятельном приеме;

- алгоритм направления пациентов на госпитализацию в дневной стационар;

- критерии для определения целесообразности направления на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Материалы исследования используются в учебном процессе кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова».

Методология и методы исследования

При выполнении диссертационного исследования в соответствии с разработанным дизайном исследования изучены показатели деятельности дневного стационара до и после внедрения новой структурно-функциональной модели.

В научной работе обобщены данные государственных форм статистической отчетности с 2015 г. по 2019 г., использован комплекс методов: контент-анализ; аналитический; хронометраж; метод экспертных оценок; организационный эксперимент; статистический анализ.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Предложенная новая структурно-функциональная модель направлена на повышение доступности медицинской помощи в условиях дневного стационара типовых поликлиник.

2. Медико-социальная эффективность первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара зависит от ее структурно-функциональной модели.

3. Внедрение новой структурно-функциональной модели способствует

совершенствованию системы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Степень достоверности и апробации результатов исследования

Научная работа выполнена с использованием достаточного количества материала для проведения ретроспективного анализа за многолетний период (2015-2019 гг.). Отбор изучаемых материалов произведен с учетом репрезентативности и соответствует генеральной совокупности. Статистическая выборка произведена рандомным и сплошным методами. Таким образом обеспечено отличие статистических показателей от параметров совокупности не более, чем на 5,0 %.

Полученные результаты используются в научно-педагогической деятельности кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова.

Основные результаты и положения научной работы доложены и обсуждены на следующих мероприятиях:

1. «Неделя образования в Елизаветинской больнице: 35 лет на защите вашего здоровья» (Санкт-Петербург, 2017).
2. XIII научно-практическая конференции «Пушковские чтения» (Санкт-Петербург, 2017).
3. Конференция «Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье», Санкт-Петербург, (Санкт-Петербург, 2018).
4. Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи» (Санкт-Петербург, 2018).
5. «V неделя образования в Елизаветинской больнице» (Санкт-Петербург, 2021).
6. «VI неделя образования в Елизаветинской больнице» (Санкт-Петербург, 2022).

Личный вклад автора

Автором лично сформулированы цель, задачи исследования, положения,

выносимые на защиту; осуществлены планирование, сбор материала с использованием предложенных первичных статистических документов. Проведено обобщение и математически – статистический анализ результатов исследования. Научно обоснованы выводы, практические рекомендации и предложены перспективы дальнейшей разработки темы исследования. Внедрение новой структурно-функциональной модели, оценка ее эффективности и полученных результатов собственных исследований выполнены автором лично на 100 %.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 9 научных работ, в том числе 4 работы в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 207 страницах, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и литературы, 9 приложений, иллюстрирована 27 таблицами и 18 рисунками. Библиографический указатель содержит 293 источника, в том числе 247 – отечественных и 46– иностранных.

Глава 1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

1.1 Общая характеристика первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара

Одним из приоритетных направлений развития нашей страны в последние годы являются модернизация и совершенствование системы здравоохранения. Реформирование в области здравоохранения активно затронуло все ее звенья. Но наибольшее внимание направлено на первичное звено здравоохранения – медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь [20, 24, 69, 128, 144, 228].

Стоит отметить, что главной целью реформирования первичной медико-санитарной помощи является создание наиболее оптимальной структуры медицинских организаций, позволяющей более полно использовать имеющиеся возможности первичного звена здравоохранения. Организация ее новой медико-социальной формы, направленной на повышение эффективности здравоохранения, позволит повысить доступность медицинской помощи для населения [44, 68, 172]. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь может сформировать прочный фундамент отечественного здравоохранения [63, 94, 96, 99, 137].

Эффективность первичной медико-санитарной помощи должна быть направлена не только на улучшение экономических показателей, но и медицинских, социальных показателей. Данный подход позволит перейти на новый уровень качества и доступности оказываемой медицинской помощи [172]. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь может стать прочным фундаментом отечественного здравоохранения [63, 94, 96, 99, 137].

Несмотря на различия в историческом становлении, степени экономического развития стран, первичная медико-санитарная помощь является

базовым элементом здравоохранения во многих из них [211, 212, 213].

Всемирная организация здравоохранения считает, что первичная медико-санитарная помощь основывается на идее признания правообладания максимально необходимым уровнем здоровья. Это указано в статье 25 Всеобщей декларации прав человека: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи» [34].

На сегодняшний день в нашей стране на основании Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь подразделяется на четыре вида:

- первичная медико-санитарная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная;
- скорая, в том числе специализированная;
- паллиативная.

Первым видом медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь. Она является самой массовой и объемной [218].

Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, являются зоной первичного контакта пациентов с системой санитарно-гигиенических, медицинских и медико-социальных служб [134, 180].

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации регулируется и регламентируется приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [150].

Первичная медико-санитарная помощь классифицируется следующим образом по видам ее оказания [4, 85, 87]:

- оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи силами среднего медицинского персонала (акушерами, фельдшерами, медицинскими

сестрами);

– оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи силами врачей общей практики, врачей-терапевтов, участковых врачей-терапевтов;

– оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи силами врачей-специалистов различного профиля.

В отечественном здравоохранении существует несколько форм оказания медицинской помощи в соответствии со сроками ее оказания [200, 219]:

1. При возникновении заболевания, не требующего экстренной или неотложной медицинской помощи, не влекущего за собой угрозу жизни и здоровью пациента, а также при проведении профилактических мероприятий, пациенту оказывается первичная медико-санитарная помощь в плановой форме. Этот вид помощи не ограничен временными рамками.

2. В случае возникновения у пациента первичного острого заболевания или обострения хронического, а также состояния, не представляющего непосредственной угрозы жизни, но требующего достаточно быстрого медицинского вмешательства, пациенту оказывается первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме. Этот вид медицинской помощи должен быть оказан не позднее двух часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

С этой целью в структурно-функциональной модели медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, возможно создание отделения по оказанию неотложной помощи.

3. Возникновение у пациента состояния или заболевания, при которых есть риск непосредственной угрозы жизни и здоровью, приводит к необходимости оказания экстренной медицинской помощи.

Экстренная медицинская помощь должна быть оказана безотлагательно, не позднее 20 минут с момента обращения [77, 288].

Необходимо отметить, что при несоблюдении временных параметров при оказании неотложной и экстренной медицинской помощи, повлекшие при этом осложнения заболевания у пациентов вплоть до развития летального исхода,

могут преследоваться законодательно.

Первичная медико-санитарная помощь может оказываться амбулаторно в различных условиях [187, 196, 234, 248]:

- в медицинской организации;
- вне медицинской организации (по месту вызова медицинской бригады, в машине скорой помощи, на дому);
- в условиях дневного стационара (в том числе и в стационаре на дому).

На первичную медико-санитарную помощь, являющуюся основой здравоохранения, возлагается высокая ответственность за обеспечение населения профилактической, диагностической, реабилитационной и своевременной медицинской помощью [26, 180].

Значительную роль в развитии первичной медико-санитарной помощи играет деятельность дневных стационаров. В последние годы объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, показывает значительный рост [78, 83].

Деятельность дневного стационара регламентируется следующими нормативно-правовыми документами [150, 151, 218]:

- Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения от 09.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

В медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в условиях дневного стационара оказывается комплекс лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием всех имеющихся ресурсов медицинской организации.

Оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара не требует круглосуточного наблюдения и лечения, в отличие от пребывания в условиях круглосуточного стационара [22, 40, 203, 252].

В дневном стационаре медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется [106, 111, 131]:

- лечение пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении;
- долечивание пациентов после выписки из круглосуточного стационара;
- проведение профилактических и реабилитационных мероприятий;
- лабораторная диагностика;
- диагностические процедуры, требующие подготовки и наблюдения за пациентами после их окончания медицинским персоналом;
- по возможности сокращение сроков временной нетрудоспособности.

Необходимо учесть, что нередко встречаются состояния пациентов, лечение которых невозможно провести в условиях дневного стационара [36]:

- тяжелое состояние, требующее круглосуточного наблюдения;
- физические ограничения с отсутствием возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания;
- назначения, требующие круглосуточного парентерального введения лекарственных средств.

В перечисленных случаях лечение пациентов возможно только в условиях круглосуточного стационара.

Штатное расписание, техническое оснащение дневного стационара определяются и утверждаются главным врачом медицинской организации. При этом он руководствуется рекомендованными нормативами, которые регламентированы Порядками оказания медицинской помощи различных классов заболеваний и количеством пациентов, нуждающихся в лечении в условиях дневного стационара [28]. Режим работы дневного стационара может быть организован в одну или в две смены.

Направление пациентов на лечение в дневной стационар осуществляется

лечащим врачом. Перед прохождением лечения в условиях дневного стационара пациентам в обязательном порядке назначаются инструментальные и лабораторные диагностические исследования в соответствии с имеющейся патологией.

Непосредственное лечение в дневном стационаре осуществляет врач дневного стационара. В обязательные функции врача дневного стационара входит:

- лечение пациентов;
- ежедневный осмотр;
- контроль эффективности лечения посредством лабораторных и инструментальных исследований в динамике;
- внесение корректировок в лечение.

В случае ухудшения состояния, пациенты в срочном порядке направляются на лечение в круглосуточный стационар для дальнейшего лечения и наблюдения.

Лечение пациентов в дневном стационаре может включать:

- внутривенные инфузии лекарственных средств;
- физиотерапевтическое лечение;
- лечебную физкультуру;
- массаж.

Комплекс оказываемых пациенту лечебно-профилактических мероприятий формируется в зависимости от оснащенности медицинской организации. Лекарственными средствами и расходными материалами, необходимыми для оказания медицинской помощи в дневном стационаре пациенты обеспечиваются бесплатно. Для лечения пациентов, при необходимости, используются все имеющиеся возможности медицинской организации, а не только дневного стационара. Возможность проведения пациенту максимального количества медицинских манипуляций увеличивает эффективность работы дневного стационара без привлечения дополнительных ресурсов [107, 184].

Развитие и совершенствование оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара может проводиться с использованием стационарозамещающих технологий при лечении пациентов. Это регламентируется приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 декабря 1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [151].

Дневные стационары являются одной из форм амбулаторнодополняющих технологий. Термин «амбулаторнодополняющие технологии» был введен М.Г. Карайлановым в 2022 г. [81]. Амбулаторнодополняющие технологии – комплекс современных методов диагностики и лечения на этапе оказания медицинской помощи пациентам в условиях медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Они обеспечивают уровень доступности, комплексность оказываемой медицинской помощи – диагностику, профилактику, лечение, реабилитацию. Это обеспечивает оптимальное использование финансовых, материальных и кадровых ресурсов здравоохранения [81, 93].

Обеспечение населения эффективным лечением в условиях дневного стационара позволяет снизить риск возникновения осложнений имеющихся хронических заболеваний. Осуществляемые в дневном стационаре профилактические мероприятия предотвращают ухудшение состояния здоровья пациентов, формируют привычки здорового образа жизни [146, 213].

1.2 История развития первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара

Становление современного здравоохранения в области первичной медико-санитарной помощи опирается на многолетний опыт ее развития, в том числе и в области оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров.

Стимулом для активного развития дневных стационаров послужило следующее:

- высокая стоимость стационарного лечения [80, 139, 199, 240];
- неиспользуемые в полном объеме диагностические и лечебные ресурсы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- необходимость сокращения сроков нетрудоспособности для работающего населения;
- желание пациентов получать лечение в амбулаторных условиях.

История становления оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара началась с 70-х годов XIX века. Российский психиатр Сергей Сергеевич Корсаков в своей деятельности отмечал необходимость оказания медицинской помощи пациентам не только в условиях круглосуточного стационара, но и за его пределами [11, 107, 204]. Так был организован психиатрический патронаж пациентов на дому.

В 1885 году в Рязанской области открывается новая губернская психиатрическая больница, организатором которой был утвержден Н.Н. Баженов. Главным принципом организации лечения в новой больнице стал прибольничный патронаж. При оказании этого вида лечения пациенты жили в крестьянских семьях под наблюдением врача.

В последующем, психиатр Ганнушкин П.Б., являющийся коллегой С.С. Корсакова, в начале 30-х годов XX века на базе психоневрологической больницы организует первый прототип современного дневного стационара, как переходного этапа от стационарного лечения к амбулаторному. Успех дневного стационара при оказании медицинской помощи пациентам с психическими отклонениями повлек за собой открытие к 1937 году еще трех организаций подобного типа [73, 204, 262].

В 1956 году впервые в странах Европы были организованы дневные стационары. Одним из первых стал дневной стационар г. Оксфорда в Великобритании. В настоящее время в Великобритании практически все реабилитационные центры имеют в своей структуре дневные стационары [251, 282].

Начиная с 60-х годов XX столетия за рубежом начали открываться полустационары, которые стали занимать промежуточное место между медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, и круглосуточными стационарами. Их открытие связано с эффективностью использования ресурсов системы здравоохранения [254, 281].

В нашей стране с 60-х годов XX века рядом авторов были проведены научные исследования по данной тематике. В них были обоснованы рациональность и организационная целесообразность использования дневных стационаров по различным профилям заболеваний [204].

В начале 70-х годов в СССР началось активное внедрение медицинских организаций психиатрического профиля, использующие:

- стационары ночного пребывания;
- стационары выходного дня;
- стационары с режимом частичной госпитализации.

Частичная госпитализация давала возможность врачу осуществлять динамическое наблюдение и коррекцию назначений без постоянного пребывания пациента в медицинской организации. В случае с пациентами, имеющими психические отклонения, данная тактика имела успех за счет создания доверительных отношений между пациентом и врачом [16].

Однако, в 70-х и 80-х годах XX столетия в СССР из-за отсутствия полноценной нормативной документации и плохого финансирования интерес к развитию первичной медико-санитарной помощи, в том числе в условиях дневного стационара, значительно снизился. Это повлекло за собой утрату интереса к первичной медико-санитарной помощи в течении последующих нескольких лет [222].

В конце 80-х годов руководители органов здравоохранения и медицинских организаций вновь проявили интерес к развитию первичного звена здравоохранения в части оказания населению квалифицированной медицинской помощи.

Первыми документами, регламентирующими деятельность дневных

стационаров в нашей стране, стали:

1. Приказ Министерства здравоохранения СССР № 1278 от 16 декабря 1987 года «Об организации стационара (отделений, палат) дневного пребывания в больницах, дневного стационара в поликлинике и стационара на дому».

2. Инструкция Министерства здравоохранения СССР № 27-14/4-88 от 08 апреля 1988 г. «О порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому и стационарах дневного пребывания в больницах».

3. Методические рекомендации от 25 декабря 1988 г. «По совершенствованию деятельности стационаров на дому, дневных стационаров в поликлинике, палат (отделений) дневного пребывания в больницах» [213, 215].

Согласно указанным документам, изменилась схема финансирования в здравоохранении в целом. Финансовый ресурс был направлен в большей степени в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Однако недостаточная проработка организационных моментов привела к резкому сокращению количества госпитализаций в круглосуточные стационары [133].

Массовое открытие дневных стационаров при круглосуточных стационарах и медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также наличие нормативной документации, регулирующей их работу, позволило значительно сократить расходы на стационарную медицинскую помощь. Также были изданы документы, основной целью которых стало укрепление здоровья населения за счет совершенствования системы здравоохранения [99, 255].

В приказе Министерства здравоохранения СССР № 528 от 05 июля 1988 г. «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья и укреплению материально-технической базы здравоохранения» была отражена важность развития перспективной формы медицинской помощи, заключающейся в организации лечебных и профилактических мероприятий пациентам в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную

помощь – дневных стационаров.

Пристальное внимание организации и совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в конце 70-х годов XX века также уделяет Всемирная организация здравоохранения. Было определено основополагающее значение первичной медико-санитарной помощи для здравоохранения всех стран. Особое внимание уделяется качеству, доступности и безопасности медицинской помощи, оказание которой осуществляется квалифицированным медицинским персоналом [253, 280, 283].

Основополагающим событием начала становления и последующего развития первичной медико-санитарной помощи явилась Алма-Атинская декларация 1978 года. В ее основу легли положения Всемирной организации здравоохранения для государств в части развития первичной медико-санитарной помощи, сформулированные на конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ в сентябре 1978 года [76, 279, 292].

В основу концепции легла стратегия «Здоровье для всех» – максимальное использование первичной медико-санитарной помощи в развитии системы здравоохранения.

Важность обсуждаемых на Алма-Атинской конференции вопросов, масштабная подготовка всех ее участников, качественная организация заседаний обусловила ее значимость и колоссальный успех.

Алма-Атинская декларация провозгласила необходимость достижения всеми странами к 2000 году уровня здоровья населения, позволяющего вести активный социальный и продуктивный профессиональный, трудовой образ жизни. Точкой приложения национальных систем здравоохранения должна была стать первичная медико-санитарная помощь. Такой подход гарантировал увеличение доступности медицинской помощи населению.

На принципах Алма-Атинской декларации ряд государств утвердили законопроект в области здравоохранения, которые до настоящего времени являются основой систем здравоохранения [67, 273].

В 80-х годах прошлого века практически все медицинские организации

Казахстана, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, начали активно использовать новые формы оказания медицинской помощи – стационары на дому, дневные стационары в поликлиниках и койки дневного пребывания в круглосуточных стационарах [53, 261, 264, 276].

Развивающимися странами были созданы центры здоровья, целью которых стали диагностика, лечение, профилактика и санитарно-гигиеническое обучение населения, а также противоэпидемические мероприятия [199, 257, 259, 275].

В 1978 году в Германии на базе круглосуточного стационара одним из первых был организован дневной стационар гериатрического профиля [268, 274].

К концу 80-х годов начала формироваться организационно-правовая база, регламентирующая оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров, утверждается учетно-отчетная документация, формы которой утверждаются инструкцией Министерства здравоохранения СССР № 27-14/4-88 от 08 апреля 1988 г. «О порядке учета больных, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник, стационарах на дому и стационарах дневного пребывания в больницах» [75, 102, 124].

С 90-х годов в Германии и Испании законодательно утвердили и регламентировали использование стационарозамещающих технологий [92, 265, 266].

Также с начала 90-х годов в России в военной медицине отдается предпочтение дневным стационарам, признается не только их экономическая, но и медицинская эффективность.

Дальнейшие изменения в Российской Федерации медицинская помощь в условиях дневного стационара претерпевает в 1991 году – с момента введения обязательного медицинского страхования. Также меняется порядок финансирования медицинских организаций.

Одной из главных причин принятия мер по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, в том числе в условиях дневного стационара, явилось ухудшение социальной и экономической ситуации в Российской

Федерации в 90-х годах. Неблагоприятные условия повлекли за собой рост заболеваемости на 49,9% с 1990 года по 2012 год [207, 229, 235]. Таким образом потребность населения в первичной медико-санитарной помощи значительно возросла. Также вырос уровень госпитализаций в круглосуточные стационары, что стало причиной дефицита стационарных коек [115, 142, 200].

Важно отметить, что на необходимость развития первичного звена здравоохранения в то время значительно повлияло [144, 260, 267]:

- увеличение доли пожилого населения, как правило, имеющего хронические заболевания (согласно статистическим прогнозам, до 2031 года ожидается постепенный рост доли пожилого населения);

- несовершенная система профилактики в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и ее несоответствие медико-демографическим тенденциям;

- низкая доступность специализированной помощи;

- низкая доступность качественной инструментальной диагностики;

- желание пациентов получать быструю и качественную медицинскую помощь.

Таким образом, акцентом внимания реорганизации системы здравоохранения стала необходимость более рационального использования ресурсов медицинских организаций и перераспределение нагрузки между круглосуточными стационарами и медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, в том числе в условиях дневных стационаров [23].

При проведении реорганизации было запланировано [119, 140, 277]:

- уменьшение нагрузки на коечный фонд круглосуточных стационаров за счет снижения уровня госпитализаций;

- развитие первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара, медицинской помощи на дому с использованием дневных стационаров на дому;

– обеспечение преемственности между медицинскими организациями, оказывающими стационарную и первичную медико-санитарную помощь.

Однако, в ходе реорганизации системы здравоохранения, и в Российской Федерации, и за ее пределами, была обнаружена неподготовленность к потребностям населения материально-технических ресурсов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [11, 283, 278, 288].

Согласно научным исследованиям, на тот момент профильными врачами первичного звена здравоохранения в Российской Федерации до 30% пациентов госпитализировали в круглосуточные стационары с целью обследования. Обследование могло быть организовано и проведено за счет ресурсов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [116, 198, 212]. Невозможность организации медицинской помощи в условиях дневного стационара и стационара на дому приводило к госпитализации в круглосуточные стационары до 25% пациентов, не нуждающихся в этом [2, 35].

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в начале 90-х гг. прошлого столетия были представлены объемы основных показателей деятельности дневных стационаров. На основании этих показателей были установлены нормативы деятельности для каждого типа дневного стационара (дневные стационары поликлиник, стационары на дому, дневные стационары круглосуточных стационаров), учитывающие их различные финансовые, кадровые и материальные ресурсы.

Правительством Российской Федерации было принято Постановление от 05.11.1997 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», включающее Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. Одним из основных векторов развития новой Концепции были определены ресурсосберегающие технологии и организация стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи населению [6, 49, 242].

К этому моменту был уже накоплен опыт использования стационарозамещающих технологий, выявлены его достоинства и недостатки. Большая часть научных исследований российских авторов сводилась к повышению качества оказания первичной медико-санитарной помощи с применением дневных стационаров. Это позволяло рационально использовать коечный фонд круглосуточных стационаров [12, 25, 90, 194].

С целью расширения видов и объемов медицинской помощи, оказываемой дневными стационарами, Министерством здравоохранения Российской Федерации был принят приказ от 9 декабря 1999 года № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Этот приказ также обеспечил возможность организации проведения экспертизы состояния здоровья пациентов, степени утраты трудоспособности и решения вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу [38, 41].

Параллельно в эти годы во многих странах проводится реорганизация системы здравоохранения. Например, в Японии долгое время медицинские организации не подразделялись по функционалу, а койки круглосуточных стационаров имели нерациональное использование и сроки госпитализаций были достаточно длительными (35-40 койко-дней) [259]. Сложившаяся ситуация послужила толчком для реализации в 1999 году 10-летней стратегии укрепления здоровья и совершенствования социального обслуживания пожилого населения в рамках «Золотого плана» [269, 271]. Согласно стратегии, функция оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста была возложена на:

- центры дневного ухода;
- учреждения, оказывающие медицинскую помощь на дому;
- гериатрические стационары и др.

В отечественном здравоохранении в связи с ограниченностью бюджетных средств, необходимостью оптимизации их расходования и контроля эффективности использования Правительством Российской Федерации от 22 мая 2004 г. № 249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов» утверждается Концепция реформирования бюджетного процесса в Российской

Федерации. Реализация данной концепции в части здравоохранения заключалась в повышении эффективности расходования денежных средств для исполнения бюджетных обязательств медицинских организаций [74]. В основе была заложена разработка новых эффективных моделей в части использования финансовых ресурсов за счет оказания качественной, высококвалифицированной медицинской помощи, в том числе в условиях дневного стационара медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [65, 73, 195, 232].

Также в это время во многих странах, таких как США, Канада, Италия, Великобритания наблюдается снижение расходов на круглосуточную стационарную медицинскую помощь за счет развития стационаров краткосрочного пребывания [97, 270]. Важно отметить, что использование бюджетных средств начинает регламентироваться действующим Протоколом оценки обоснованности использования стационарной помощи, в котором установлены строгие критерии отбора пациентов для круглосуточного стационарного лечения [283].

В 2005 г. Президентом Российской Федерации В.В. Путиным был объявлен старт реализации глобальных национальных проектов в области образования, жилья, сельского хозяйства и здравоохранения. Модернизация первичного звена отечественной системы здравоохранения стартовала в 2006 г. (рисунок 1.1.) [143].



Рисунок 1.1 – Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации

Приоритетный национальный проект «Здоровье», стартовавший в 2006 г. поставил перед собой следующие задачи [143]:

- обеспечение населения доступной, качественной медицинской помощью;
- развитие и совершенствование первичного звена здравоохранения;
- восстановление профилактического направления в медицине;
- обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью, в том числе в условиях дневных стационаров.

Активная модернизация в медицинских организациях стала следующим этапом совершенствования первичной медико-санитарной помощи, начало которой было положено в 2011 г. [111, 158, 170].

Модернизация включала в себя:

- внедрение современных информационных технологий [61, 62];
- обновление материально-технической базы медицинских организаций;
- внедрение стандартов оказания медицинской помощи [52].

Этот этап обеспечил повышение доступности первичной медико-санитарной помощи.

Итоги реорганизации первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара были отражены в принятом Государственной Думой Российской Федерации Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статьях 32, 33, 80, а также в принятом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации приказе от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [150].

Согласно новой нормативной документации, были внесены изменения в части:

- долечивания и реабилитации пациентов в условиях дневного стационара медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную

помощь, выписанных из круглосуточного стационара;

– медицинской помощи пациентам, требующим наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в амбулаторных условиях после выполнения лечебных и диагностических манипуляций [1, 5, 189].

В 2013 г. возобновилась диспансеризация взрослого населения на основании приказа Министерства здравоохранения России от 03.12.2012 г. №1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» [204].

В 2016 г. Управление по внутренней политике Администрации Президента Российской Федерации инициировало старт проекта совершенствования системы первичной медико-санитарной помощи под названием «Бережливая поликлиника». Проект ввел новое понятие – технологии бережливого производства, включающие в себя комплекс процессов, направленных на повышение доступности, эффективности медицинской помощи и удовлетворенности пациентов за счет нивелирования временных, финансовых и иных потерь. Также в основе проекта было заложено обеспечение сотрудников безопасными и комфортными условиями труда [9, 132].

В 2017 г. утверждается проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Новая модель, согласно проекту, должна использовать комплекс мероприятий, в основе которых были поставлены:

- приоритет интересов пациента;
- рациональное использование времени пациента;
- высокое качество и доступность медицинской помощи.

В основе новой модели медицинской организации заложено понятие бережливого производства, исключаящее различные временные и экономические потери за счет оптимизации процессов и активного вовлечения медицинского персонала [71, 87, 247].

Все указанные выше проекты модернизации и совершенствования медицинской помощи в полном объеме затронули и дневные стационары [184].

В 2018 г. состоялось заседание Всемирной организации здравоохранения, где были отмечены достигнутые успехи за прошедшие 40 лет после принятия Алма-Атинской декларации. За счет организации дневных стационаров во многих странах удалось снизить расходы на медицинское обслуживание населения [68].

На проходящей в 2019 г. Всемирной ассамблеи здравоохранения был затронут вопрос о необходимости дальнейшего совершенствования первичной медико-санитарной помощи. Целью ее развития явилось укрепление национальных систем здравоохранения, улучшение показателей здоровья и направленность на потребности людей, предоставление им качественной медицинской помощи.

Важно отметить, что на развитие первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара в Российской Федерации оказал особое влияние, вступивший в силу в январе 2019 г., Федеральный закон № 350 от 03.10.2018 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий», в соответствии с которым был увеличен возраст выхода на пенсию. Возраст выхода на пенсию для мужчин изменился с 60 до 65 лет, для женщин – с 55 до 60 лет, что повлекло за собой необходимость поддержания и продления трудоспособности населения, сохранения психологического и физического здоровья [64, 109, 114, 154].

Значительная часть лиц старшего трудоспособного возраста, как правило, имеют хронические заболевания, многие из них состоят на диспансерном учете. Изучение многими авторами хронических заболеваний у пациентов, состоящих на диспансерном учете, показало эффективность дневных стационаров в организации профилактического лечения с целью предупреждения обострения заболеваний и снижения частоты рецидивов. Активная профилактика хронических заболеваний у лиц старшего трудоспособного возраста способствует снижению уровня госпитализации в круглосуточный стационар, сохраняя их трудоспособность [84, 213, 215, 216, 226, 228]. Важно отметить, что использование накопленного профессионального опыта, знаний и трудовых навыков лиц старшего трудоспособного возраста является неотъемлемой частью

экономического развития нашей страны.

В 2019 г. в Российской Федерации стартовал федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», являющийся составной частью национального проекта «Здравоохранение» [74]. Проект запланирован на 2019-2024 годы. Согласно проекту, должна быть обеспечена оптимальная доступность медицинской помощи во всех областях Российской Федерации, включая отдаленные населенные пункты. Реализация этой части проекта должна быть обеспечена за счет строительства фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий. Активное развитие дневных стационаров в амбулаториях позволит пациентам своевременно получать качественную медицинскую помощь, проходить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию [72, 112, 118, 146].

Все вышеизложенное определяет актуальность совершенствования первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. Для успешной реализации этого проекта реорганизация первичной медицинской помощи должна происходить на уровне медицинской организации и включать следующие направления развития:

- ускорение и упрощение системы записи на прием к врачу;
- уменьшение времени нахождения пациентов в очереди при обращении в медицинскую организацию;
- внедрение технологий бережливого производства.

Кроме того, необходимо отметить в этих процессах важность оптимизации работы медицинского персонала [205].

Вместе с тем, развитие первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара необходимо направить на удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи, экономию времени пациентов, повышение их комфорта при нахождении в медицинской организации, что также обеспечивается реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, получивших свой старт с 1 января 2021 года [111, 184, 185].

1.3 Характеристика основных форм оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

Основной задачей государственной политики Российской Федерации в области здравоохранения является улучшение здоровья и повышение качества жизни населения страны.

Для решения этих задач создана Государственная программа «Развитие здравоохранения». Основными направлениями её являются обеспечение доступности медицинской помощи, правовая, экономическая и организационная реструктуризация в медицинских организациях [145].

Условия, создаваемые в ходе реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения», обеспечивают потребности населения в качественной медицинской помощи, объемы и виды которой соответствуют уровню заболеваемости. Однако стоит отметить, что в условиях ограниченности ресурсов, обеспечение качества и доступности требует эффективного использования первичного звена здравоохранения – медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. При активном развитии первичной медико-санитарной помощи возможно добиться сокращения коечного фонда в круглосуточных стационарах и увеличения количества дневных стационаров поликлиник [82, 88, 146, 147].

Целью открытия новых дневных стационаров является обеспечение населения на амбулаторном этапе в полном объеме диагностическими, лечебными и реабилитационными мероприятиями в соответствии с протоколами и стандартами лечения пациентов, используя современные методы лечения и обследования.

Многие исследователи отмечают, что лечение в условиях дневного стационара является менее затратным по сравнению с круглосуточным стационаром. Благодаря этому при имеющихся ресурсах количество пролеченных пациентов в дневном стационаре значительно возрастает. [12, 25, 70, 175].

В современных условиях дневные стационары используются в следующих формах:

1. Дневные стационары в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

2. Дневные стационары в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

3. Стационары на дому.

4. Центры амбулаторной хирургии с дневными стационарами.

Преимуществом дневных стационаров поликлиник является возможность использования более широкого комплекса восстановительного лечения и реабилитации, применение различных профилактических методик.

Медицинская помощь в условиях дневного стационара поликлиники может быть организована в нескольких формах:

– централизованная форма – организация отделения дневного стационара, с выделением ставок врача и медицинской сестры дневного стационара;

– децентрализованная форма, предусматривающая обслуживание пациентов участковым врачом и его медицинской сестрой.

Также возможно сочетание двух форм организации дневного стационара [89, 135].

В условиях дневного стационара оказываемая медицинская помощь включает лабораторное, диагностическое обследование, медикаментозное лечение и реабилитацию. Размещение дневного стационара в поликлиниках должно учитывать его близость к отделениям восстановительного лечения, таким как: физиотерапевтическое, отделение лечебной физической культуры и другие отделения [113, 125, 233].

Медицинская помощь в условиях дневного стационара оказывается разнообразным группам пациентов.

Основной группой являются пациенты с впервые выявленными или хроническими заболеваниями. В эту группу также включаются пациенты, выписанные из круглосуточных стационаров, для продолжения дальнейшего

лечения [104, 287].

Отдельное место занимает категория пациентов, находящихся на диспансерном учете. Им проводится профилактическое лечение в условиях дневного стационара с целью уменьшения частоты рецидивов и достижения продолжительной ремиссии [27, 100, 161].

Организация медицинской помощи в условиях дневного стационара пациентам, получавшим лечение в специализированных диспансерах (онкологических, туберкулезных и других), позволяет решить задачу оказания специализированной медицинской помощи пациентам. Деятельность дневных стационаров увеличивает интенсивность и эффективность работы таких диспансеров, повышает доступность и качество специализированной медицинской помощи [54, 167, 229, 241, 289].

Клинико-диагностические и специализированные центры различных уровней используют дневные стационары для проведения сложных диагностических процедур, требующих медицинского наблюдения после их проведения. Как правило, это дневные стационары короткого пребывания, стационары одного дня [113, 290].

Стационары одного дня являются прогрессивной формой оказания медицинской помощи пациентам. Они дают возможность увеличить количество пациентов, которым проводятся сложные диагностические вмешательства, без привлечения коечного фонда круглосуточных стационаров. В таких стационарах оказывается плановая хирургическая, диагностическая и другая медицинская помощь, не требующая длительного наблюдения медицинским персоналом. Эта форма дневного стационара позволяет увеличить объем специализированных исследований без привлечения дополнительных ресурсов.

Условия размещения стационара одного дня учитывают сложность оперативных и диагностических манипуляций [1, 5, 184, 291].

Основными задачами стационаров одного дня являются:

- приближение к пациенту специализированной медицинской помощи;
- снижение стоимости специализированной медицинской помощи;

- повышение доступности специализированной медицинской помощи.

Лечение в условиях дневного стационара осуществляется за счет реализации Программы государственных гарантий в рамках обязательного медицинского страхования, а также за счет реализации добровольного медицинского страхования и других источников, не противоречащих законодательству Российской Федерации [13, 152, 174, 217].

Дневные стационары, организованные на базе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и медицинскую помощь в стационарных условиях, имеют общие цели, задачи и функции.

Однако, следует отметить, что в круглосуточных стационарах, как правило, возможно проведение более сложных лабораторных и инструментальных диагностических обследований, чем в условиях дневных стационаров поликлиник [6, 12, 22, 105]. Мощная лабораторная и инструментально-диагностическая база, позволяет проводить более глубокое и полное обследование пациентов. Для решения таких задач на базе существующей инфраструктуры круглосуточных стационаров организуются отделения дневного пребывания [16, 25, 37, 38, 293].

В отделениях дневного пребывания сортировка и маршрутизация пациентов проводится более эффективно с учетом тяжести пациента. В дневной стационар медицинской организации направляются следующие категории пациентов:

- с легкими формами течения заболеваний,
- находящиеся в состоянии реконвалесценции,
- нуждающиеся в реабилитации после лечения в круглосуточном стационаре.

Пациенты с более тяжелым течением заболевания получают медицинскую помощь непосредственно в круглосуточном стационаре [41].

Организация дневного стационара, как отдельного структурного подразделения круглосуточного стационара позволяет экономить финансовые средства. Стоимость лечения значительно снижается за счет сокращения затрат на питание и уменьшения численности персонала. Наибольшая эффективность достигается при работе дневного стационара, как минимум, в две смены, стоимость

лечения пациентов при этом может снижаться почти в 2 раза [10, 21, 44, 47, 53].

Таким образом, дневные стационары значительно снимают нагрузку с круглосуточных, являясь связующим звеном между медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную и стационарную помощь [236, 253].

В настоящее время во многих развитых странах, таких как, Германия, Франция, США, Швейцария, Швеция эффективно осуществляют свою деятельность дневные стационары на базе круглосуточных стационаров для лиц пожилого возраста, так называемые гериатрические дневные стационары [43, 249, 251, 257, 263]. Как правило, дневные стационары специализированы по нозологиям и представлены следующими группами заболеваний [85, 144, 181, 272]:

- заболевания органов кровообращения;
- заболевания центральной и периферической нервной системы;
- заболевания опорно-двигательного аппарата;
- эндокринные заболевания.

Тесная взаимовыгодная интеграция дневных и круглосуточных стационаров дает возможность осуществлять данным категориям пациентов современное обследование и лечение [182, 258].

Важно отметить, что в Российской Федерации, согласно проведенным научным исследованиям, доля пациентов старше 60 лет среди всех лиц, обратившихся в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, составляет около 60%, доля вызовов скорой медицинской помощи к таким пациентам составляет около 65% [42, 121, 140, 231]. Общий объем помощи на дому составляет не менее 30% [120]. Указанные показатели свидетельствуют о важности организации квалифицированной медицинской помощи этой группе населения, в том числе и на дому.

Организация стационара на дому с целью оказания квалифицированной медицинской помощи возможна в случае наличия у пациента состояния, не позволяющего посещать дневной стационар в поликлинике. Например:

тяжелобольные, маломобильные, пациенты с хроническими заболеваниями, требующие интенсивной медицинской помощи и реабилитации на дому, инкурабельные пациенты, инвалиды [148, 189, 238, 244].

Стационары на дому обеспечивают ежедневное наблюдение пациента, лабораторные и другие диагностические исследования, внутривенное и внутримышечное введение лекарственных средств, некоторые виды физиотерапевтического лечения, ЛФК и массаж, консультации врачей-специалистов профильных специальностей [181, 189, 226].

Стационар на дому может организовываться за счет выделения отдельных ставок врача и медицинской сестры для формирования бригады или силами участковых врача и медицинской сестры. Вариант создания бригады является более оптимальным. Он снимает нагрузку с участковых врачей и медицинских сестер, а также позволяет оказать медицинскую помощь большему количеству пациентов [221, 248, 250].

Важно отметить, что организация стационаров на дому требует обязательного обучения медицинского персонала навыкам ухода за тяжелобольными пациентами в домашних условиях в рамках повышения квалификации [249, 259].

Необходимость развития стационаров на дому приобретает все большее значение. Их развитие становится более перспективным в связи с организацией отделений общей врачебной практики и формирования на их базе центров амбулаторной медицинской помощи, включающей в себя, в том числе, и платные медицинские услуги. Стационары на дому позволяют обеспечить качественную медицинскую помощь пациентам и оптимизировать финансовые затраты [225, 250, 273].

Особое внимание заслуживает опыт организации в нашей стране центров амбулаторной хирургии с дневными стационарами. Их создание при поликлиниках и диагностических центрах является одним из новых и наиболее эффективных форм развития медицинской помощи больным хирургического профиля. Это позволяет увеличить число оперативных вмешательств, осуществляемых в

поликлиническом звене и расширить их объем. Другой формой может быть стационар кратковременного пребывания послеоперационных пациентов в хирургическом отделении круглосуточного стационара [50, 108, 128, 130].

Интересным является тот факт, что опыт создания и эффективность использования амбулаторной хирургии был описан еще в 1909 году. Ученый Джеймс Николс в Британском медицинском журнале опубликовал статью, описывающую опыт проведения 8988 операций, выполненных детям в амбулаторных условиях [286]. В своей работе он доказал, что при сравнении результатов операций финансовые затраты оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в 10 раз меньше, чем в круглосуточном стационаре. Также он отметил низкий уровень послеоперационных осложнений и первый опроверг мнение, что пациентам требуется длительное стационарное лечение после хирургических вмешательств [141, 284].

Опыт работы российских хирургов также показал, что степень риска при выполнении оперативных вмешательств в центрах амбулаторной хирургии и хирургических стационарах практически одинакова [169, 192].

Таким образом, в целях совершенствования хирургической помощи населению, повышения ее качества и доступности, активной профилактики и своевременного лечения хирургических больных необходимо последовательно расширять объемы амбулаторного лечения больных с хирургической патологией [239, 285].

В настоящее время доказано, что оказание хирургической помощи при определенных заболеваниях в амбулаторных условиях имеет преимущества перед стационарным лечением. Прежде всего, это повышение:

- медицинской эффективности (сокращение осложнений вследствие отсутствия внутрибольничной инфекции);
- экономической эффективности (снижение нагрузки на хирургические стационары, более низкая стоимость на амбулаторные хирургические услуги по сравнению со стационарными);
- социальной эффективности (больной не оторван от привычной семейной

обстановки, что снижает уровень стресса и способствует более быстрому выздоровлению) [6, 58, 80, 193].

Развитие амбулаторной хирургической помощи делает ее более доступной для широкого круга населения.

Следует подчеркнуть, что наряду с различными формами дневных стационаров существуют и другие формы стационарозамещающих технологий [80]:

- вечерние стационары;
- ночные стационары;
- стационары выходного дня;
- «дневной стационар-пансионат»;
- специализированное курсовое амбулаторное лечение.

Ночные стационары встречаются достаточно редко. В основном они предназначены для оказания психиатрической помощи пациентам с нарушениями сна и другими нервно-психическими расстройствами. В этом случае ночные стационары являются промежуточным звеном между амбулаторным и стационарным звеном психиатрической помощи. Основные их задачи заключаются в организации ежедневного наблюдения, лечения, реабилитации и решения экспертно-диагностических вопросов пациентов, имеющих психические отклонения, но осуществляющих профессиональную деятельность [16, 161, 256].

Основными задачами ночных стационаров психиатрической помощи являются:

- лечение пациентов в состоянии обострения психического заболевания;
- долечивание (адаптация к обычной обстановке) пациентов после основного курса лечения в круглосуточном стационаре;
- медико-социальная помощь пациентам в случае столкновения с психотравмирующей ситуацией;
- диагностика и лечение психических расстройств, проявляющихся преимущественно в вечернее и ночное время.

Организация ночного стационара осуществляется на базе отделения дневного стационара. Однако, койко-место и койко-дни ночного стационара в расчетное количество коечного фонда и койко-дней медицинской организации не входят [64, 119, 230].

На базе санаториев и профилакториев широко практикуются стационары выходного дня, где пациент может пройти комплексное обследование, консультации профильных специалистов и получить рекомендации, а также пройти профилактическое лечение, включающее в себя ЛФК, физиотерапию и прочее [17].

Пути совершенствования и стремление к повышению доступности медицинской помощи сформировали близкую к дневным стационарам форму специализированной медицинской помощи – специализированное курсовое амбулаторное лечение [167]. Оно выступает аналогом стационарного лечения в амбулаторных условиях на базе специализированного центра. Суть организация медицинской помощи состоит в следующем:

- высокая доступность профильных врачей-специалистов высокой квалификации;
- госпитализация необязательна, рассматривается как кратковременный этап плана лечения;
- пациент регулярно в течении лечения посещает специализированный центр.

Система лечебно-диагностических мероприятий при специализированном курсовом лечении обеспечивает условия для оказания медицинской помощи, не уступающие по своему качеству и эффективности стационарной.

Продолжительность лечения пациентов индивидуальна, оно может быть длительным или состоять из нескольких этапов. Лечение завершается в случае выздоровления или стабилизации состояния здоровья пациента [167]. Специализированное курсовое амбулаторное лечение не требует привлечения дополнительных ресурсов для обеспечения высокой эффективности лечения, что экономически достаточно выгодно.

Все вышеперечисленные формы организации оказания медицинской

помощи в условиях дневных стационаров являются востребованными среди населения, занимают важную роль в обеспечении доступности качественной медицинской помощи, в том числе специализированной [197, 202].

1.4 Роль и значение дневного стационара в системе первичной медико-санитарной помощи

Концепция развития современной медицины в Российской Федерации ориентирована на повышение эффективности деятельности медицинских организаций и основана на двух главных направлениях: активизация профилактических мероприятий и усиление роли первичного звена здравоохранения. В связи с этим последнее время все большую популярность и распространение приобретает оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров [166, 224].

Первичная медико-санитарная помощь в условиях дневного стационара составляет промежуточное звено между амбулаторной и стационарной медицинской помощью. Организация лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий для лиц, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении, является основой организации медицинской помощи в дневном стационаре [19, 159, 168].

Активное использование дневными стационарами ресурсов медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, позволяет повысить эффективность ее работы и, как следствие, улучшить качество оказываемой медицинской помощи.

Лечение в дневных стационарах проходят пациенты, имеющие следующие состояния и заболевания:

- пациенты с впервые возникшими заболеваниями и обострением хронических заболеваний, не нуждающиеся в наблюдении;
- пациенты с хроническими заболеваниями для прохождения профилактического курса лечения;

- пациенты, проходящие лечение с использованием лекарственных средств, после применения которых необходимо наблюдение врача в течении некоторого времени в связи с возможной неблагоприятной реакцией;
- состояние пациента, требующее внутривенного капельного введения лекарственных средств;
- необходимость проведения комплексного лечения [177, 167, 190].

Расширение показаний к лечению в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в условиях дневных стационаров, позволяет влиять на исход заболеваний, увеличивать объемы профилактического, оздоровительного и реабилитационного лечения [160].

В дневном стационаре у пациентов появляются возможности:

- комплексного обследования;
- консультации профильных врачей-специалистов;
- профильного лечения;
- регулярного наблюдения и осмотров.

Главным приоритетом дневного стационара, по сравнению с круглосуточным, является возможность более ранней диагностики и начала соответствующего лечения, что позволяет добиться улучшения состояния здоровья в кратчайшие сроки.

Важно отметить, что организация медицинской помощи в условиях дневного стационара позволяет осуществлять госпитализацию в круглосуточный стационар в случае необходимости.

Таким образом, включение дневного стационара в лечебный процесс обеспечивает его непрерывность, преемственность и эффективность, что особенно актуально для лиц старшей возрастной группы с хроническими заболеваниями.

Например, многие исследователи в своих научных трудах приходят к выводу о необходимости улучшения организации работы дневных стационаров, совершенствования их структуры и преемственности работы с круглосуточными

стационарами, а также значительного смещения нагрузки с круглосуточных стационаров на медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь [246, 250].

Согласно другим научным исследованиям, медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, за счет активного развития дневных стационаров повышают качество оказываемой помощи, что значительно влияет на общие показатели состояния здоровья населения [195, 235].

Однако, актуальность проблемы организации первичной медико-санитарной помощи в дневных стационарах достаточно высока. Многими авторами отмечается низкая эффективность ее деятельности, нерациональное использование материальных, кадровых и финансовых ресурсов [138, 178].

Доступность медицинской помощи в условиях дневного стационара во многом зависит от обеспеченности медицинскими кадрами. В последнее время отмечается численный и структурный дефицит медицинского персонала. Кадровый дефицит часто связан с финансовой незаинтересованностью молодых специалистов в вакансиях государственных медицинских организаций. Дефицит кадрового ресурса не соответствует объемам выполняемой деятельности, что ведет к увеличению нагрузки на медицинский персонал [72].

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 февраля 2019 г. № 68 была утверждена программа «Управление кадровыми ресурсами здравоохранения», целью которой является повышение доступности и обеспечение условий непрерывного совершенствования профессиональных компетенций медицинского персонала [99, 188].

Данная программа позволит увеличить не только количество медицинского персонала, но и повысить его компетентность.

Численность и структура медицинских кадров дневных стационаров требует соответствия объемам выполняемой работы. Также требуется увеличение времени на лечебно-диагностическую деятельность посредством перераспределения функционала между врачами и средним медицинским

персоналом [201].

Существующая проблема доступности и качества оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара требует принятия мер по оптимизации работы и повышению уровня квалификации персонала, а также его эффективного использования [122, 223].

Одной из важных характеристик качества оказания медицинской помощи является медицинская эффективность. Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара, должна отвечать потребностям состояния здоровья пациента и соответствовать современным медицинским технологиям [35, 56, 57, 65].

Медицинская эффективность дневного стационара оценивается по результату лечения пациента [237]:

- положительный – выздоровление пациента или переход заболевания в состояние ремиссии;
- отрицательный – ухудшение состояния здоровья и госпитализация в круглосуточный стационар;
- отсутствие изменения в состоянии здоровья.

Кроме того, медицинская эффективность может быть оценена по наличию обострений хронических заболеваний, включая их количество и частоту.

Важным аспектом является оценка медицинской эффективности дневного стационара поликлиники по количеству пациентов, госпитализированных в круглосуточный стационар. Активное функционирование дневного стационара способствует уменьшению количества таких пациентов [176].

Следует отметить, что в дневном стационаре проходят лечение и пациенты с хроническими заболеваниями, входящими в диспансерную группу, количество которых значительное. В условиях дневного стационара удается у них снизить риск развития осложнений, увеличить период ремиссии, снизить количество обострений. Повышение охвата населения диспансерными и профилактическими осмотрами с участием дневного стационара является важным направлением в сохранении здоровья населения [80].

Научные исследования и опыт последних лет подтверждают, что время с момента обращения пациента за медицинской помощью до момента госпитализации в дневной стационар значительно меньше, чем в круглосуточные [64, 142]. Таким образом доступность медицинской помощи в условиях дневных стационаров выше, что напрямую влияет на их медицинскую эффективность [80]. Вместе с тем, высокая доступность может быть обеспечена только в случае достаточного количества коек дневного стационара. Согласно данным многих исследователей, динамика показателей количества коек и количества пролеченных пациентов в условиях дневного стационара за последние годы значительно возросла [36].

Важным преимуществом является тот факт, что при организации лечения пациента в условиях дневного стационара риск развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи намного ниже, чем в круглосуточных стационарах, где достаточно часто встречаются внутрибольничные инфекции, увеличивающие возможность появления осложнений.

Помимо всего прочего необходимо отметить социальную значимость дневных стационаров. Повышение социальной направленности и удовлетворенности пациентов является одним из важных этапов в развитии дневных стационаров [31, 55].

Согласно значительному количеству социологических исследований большинство респондентов, ранее лечившихся в дневных и круглосуточных стационарах, отдают предпочтение лечению в условиях дневного стационара [6, 59, 81, 165]. По деонтологическим аспектам предпочтение респондентов также было отдано дневным стационарам, что говорит о большей удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

В части обеспеченности лекарственными средствами дневные стационары не уступают круглосуточным, что является достаточно чувствительным индикатором удовлетворенности пациентов лечением в условиях дневного стационара [187].

Организация медицинской помощи в условиях дневного стационара дает возможность пациенту большую часть времени находиться в привычных домашних условиях, поддерживать социальные связи и общение, что крайне важно для пациентов. Все вышеуказанное значительно влияет на психоэмоциональное состояние пациента, повышает эффективность лечения и ускоряет процесс выздоровления.

Необходимо заметить, что на удовлетворенность пациентов медицинской помощью, оказываемой в условиях дневного стационара, значительно влияют [46]:

- организация инструментальных исследований;
- организация лабораторных исследований;
- организация приема профильных врачей-специалистов;
- информированность пациента о состоянии его здоровья.

Высокая социальная эффективность достигается также использованием коек дневного стационара для долечивания пациентов после выписки из круглосуточных стационаров. Это повышает их удовлетворенность и улучшает качество жизни.

Персонализированный подход врача к лечению пациента, более внимательное отношение медицинского персонала дневного стационара получают высокую оценку по результатам анкетирования пациентов [59]. Коммуникативные навыки медицинского персонала, их соответствие социальной роли имеют высокое влияние на социальную эффективность дневных стационаров.

Важным аспектом в формировании положительного социального эффекта является то, что в условиях дневного стационара пациенты получают комплексное, качественное и быстрое обследование и лечение. Отсутствует период длительного ожидания от направления на госпитализацию в дневной стационар и фактического начала лечения [18, 39].

Следует подчеркнуть, что в настоящее время идет активное развитие малого бизнеса, индивидуального предпринимательства, в связи с чем

появляется проблема при возникновении временной утраты трудоспособности. Риск потери денежных средств влечет за собой отдаленные сроки обращения за медицинской помощью, что часто приводит к развитию осложнений возникшего заболевания [104, 164].

Организация медицинской помощи пациентам в условиях дневного стационара является более эффективной и дает возможность сокращать сроки временной нетрудоспособности, а в некоторых случаях проводить лечение и без отрыва от профессиональной деятельности [31].

Согласно проведенным научным исследованиям, длительность утраты трудоспособности при организации лечения в условиях дневного стационара значительно меньше, чем при амбулаторном лечении [36].

Ускорение выздоровления пациентов, проходящих лечение в дневном стационаре, связано с использованием современных технологий. Положительный эффект увеличения периода ремиссии при хронических заболеваниях дает обучение пациентов в школах здоровья [51, 103].

Комфорт и экономия времени пациента значительно повышает удовлетворенность медицинской помощью и увеличивает социальную эффективность. Организация в условиях дневного стационара регулярного мониторинга и постоянного контроля его деятельности и мнения пациентов обеспечивает высокий уровень социального эффекта [51, 109].

Необходимо отметить экономическую выгоду деятельности дневных стационаров в медицинских организациях системы здравоохранения. Экономическая эффективность дневных стационаров не имеет высокого социального значения, однако для медицинских организаций она имеет огромное значение.

Без привлечения дополнительных ресурсов дневные стационары позволяют увеличить поток пациентов за счет расширения видов медицинской помощи, таких как реабилитация и долечивание после оперативного или другого лечения в условиях круглосуточного стационара, что существенно влияет на исход заболеваний. Реабилитация и долечивание пациентов в условиях дневного

стационара значительно сокращает время пребывания пациента в круглосуточном стационаре и, как следствие, уменьшает финансовые затраты на его лечение в целом [14, 58, 115]. Сокращение времени пребывания пациента в круглосуточном стационаре за счет долечивания в дневном стационаре влечет за собой повышение эффективности использования коечного фонда. Эффективность использования койко-места, в свою очередь, повышает доступность госпитализации в круглосуточный стационар. Реализация данного направления возможна при высоком обороте койки и пропускной способности дневных стационаров, что обеспечивает большее количество пролеченных пациентов [76, 245].

Экономическая эффективность дневного стационара достигается снижением стоимости койко-дня, что влечет за собой снижение стоимости лечения. Снижение стоимости койко-дня позволяет оказать медицинскую помощь в условиях дневного стационара большему числу пациентов при сохранении уровня финансирования, без привлечения дополнительных денежных средств и ресурсов [8, 133, 227].

Таким образом, организация дневных стационаров, экономически выгодна для медицинских организаций, оказывающих не только первичную медико-санитарную помощь, но и стационарную. Подтверждением является тот факт, что многие стационары на своей базе стремятся организовывать дневные стационары, стационары одного дня, дневные стационары при центрах амбулаторной хирургии [97, 117, 163].

Учитывая вышеизложенное и согласно данным научных исследований, дневные стационары обеспечивают экономию бюджета [222].

Важно учесть тот факт, что первичная медико-санитарная помощь, в том числе оказываемая в условиях дневного стационара, может финансироваться из разных источников, а именно [96, 126, 206]:

- в рамках обязательного медицинского страхования;
- из средств добровольного медицинского страхования;
- из других источников, не противоречащих законодательству

Российской Федерации.

Анализ критериев эффективности работы дневных стационаров, материальных затрат при осуществлении их деятельности освещались многими авторами научных работ [14, 71, 79, 107, 232]. Исследования проводились на базе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Результаты исследований показали видимый экономический эффект. Это очередной раз подтверждает важность организации комплексного медико-экономического подхода к совершенствованию работы дневных стационаров.

Видимый экономический эффект в дневном стационаре обеспечивается следующими факторами [70]:

- более низкими затратами на оплату труда медицинскому персоналу в связи с отсутствием выплат за ночные дежурства и выходные дни;
- уменьшением финансовых затрат на питание пациентов;
- меньшими объемами затрат на средства индивидуальной защиты и другие изделия медицинского назначения.

Экономическая эффективность дневного стационара тесно связана с медицинской эффективностью и определяется соотношением затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи пациенту в дневном стационаре и полученного результата лечения.

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара приводит к повышению качества и доступности оказываемой медицинской помощи, сокращению сроков временной нетрудоспособности. Результатом этого является рост удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью [3, 87, 101].

Подводя итог изложенному, важно сделать акцент на том, что потребность улучшения здоровья населения требует решения задач, стоящих перед здравоохранением на качественно новом уровне.

Одновременная организация лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий приведет к решению этих задач, но это возможно только в медицинских организациях, оказывающих первичную

медико-санитарную помощь [88, 243].

Изменение структурно-функционального подхода к организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, повышение уровня квалификации персонала, повышение эффективности его работы позволят решить проблемы рационального использования ресурсов медицинской организации и вопросы ресурсосбережения в здравоохранении в целом. Высокая эффективность деятельности дневных стационаров обеспечит интенсификацию лечебно-диагностического процесса в медицинской организации, высокую доступность медицинской помощи и ее конкурентоспособность.

Глава 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Структурно-логическая схема исследования (дизайн)

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач нами разработана структурно-логическая схема (дизайн) исследования, иллюстрирующая его этапы (таблица 2.1).

Таблица – 2.1 Структурно-логическая схема исследования (дизайн)

Этап научного исследования	Доказательство
1 этап	
Характеристика современной организации дневных стационаров в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	Определить актуальность проблемы исследования и состояние организации дневных стационаров на современном этапе развития здравоохранения. Изучить и проанализировать современное состояние организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.
2 этап	
Оценка эффективности использования новой структурно-функциональной модели организации дневного стационара в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	Оценить медико-социальную эффективность от использования новой структурно-функциональной модели организации деятельности дневных стационаров в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.
3 этап	
Основные направления совершенствования организации и оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара	Разработать предложения по рационализации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

Наше научное исследование включает три последовательных этапа, которые дают возможность оценить современный уровень, состояние и организацию оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров. Разделение на этапы позволяет оценить медико-социальную эффективность внедрения новой структурно-функциональной модели организации дневных стационаров за исследуемый период, что дает возможность сформулировать

научно обоснованные предложения по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

2.2 Материалы исследования

Научное исследование проведено во Фрунзенском (административном) районе города Санкт-Петербурга, являющегося городом Федерального значения, расположенного на Северо-Западе Российской Федерации, состоящего из 18 административных районов. Общая численность населения Фрунзенского района Санкт-Петербурга по данным Росстата в динамике за исследуемый период составляла по годам следующие значения (рисунок 2.1).

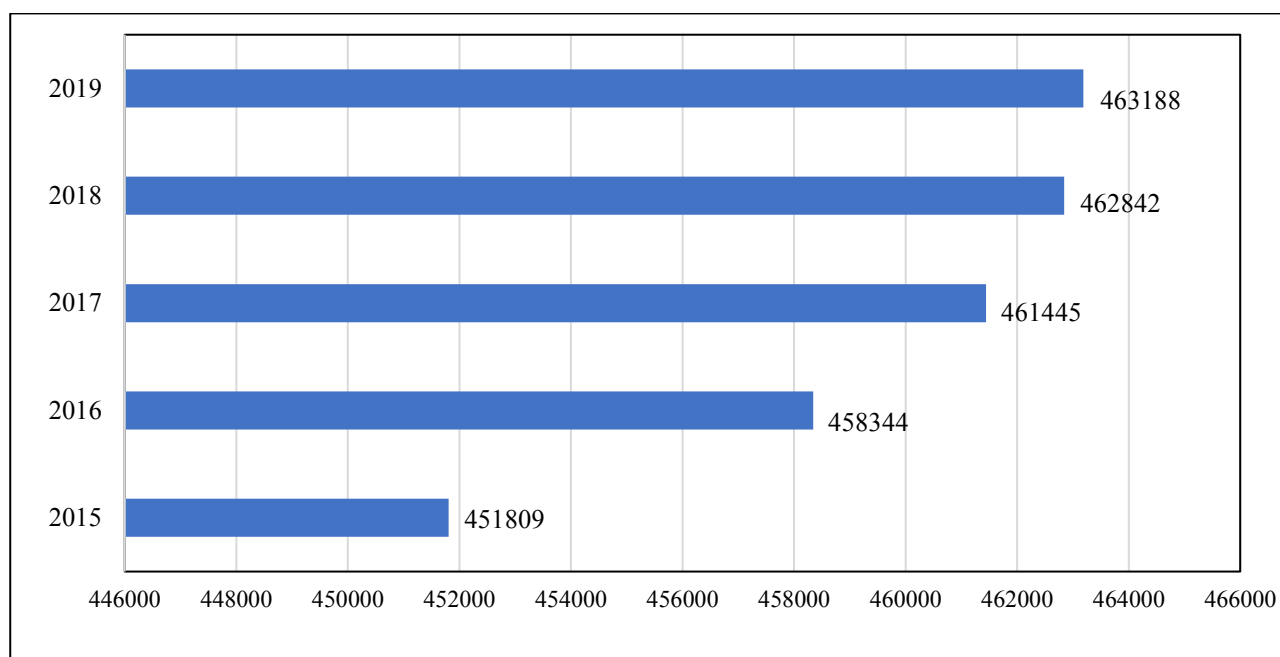


Рисунок 2.1 – Динамика численности населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга (2015-2019 гг.)

Органом управления здравоохранением города является Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. Однако, медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в г. Санкт-Петербурге, непосредственно подчинены администрации района по территориальному признаку и организуют свою деятельность, исходя из

основных задач, стоящих перед здравоохранением в районе, по согласованию с Комитетом по здравоохранению города.

Базой настоящего исследования послужили 5 типовых поликлиник Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению:

1. СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 19»;
2. СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 44»;
3. СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 56»;
4. СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 78»;
5. СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 109».

Структура и объем изученных нами материалов в рамках настоящего исследования представлены в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Структура и объем материалов исследования

Материал исследования	Количество
Медицинские карты амбулаторных больных (госпитализированных в круглосуточный стационар)	200
Медицинские карты стационарных больных (госпитализированных в дневной стационар)	200
Опросные листы изучения мнения пациентов:	400
- до внедрения новой структурно-функциональной модели	200
- после внедрения новой структурно-функциональной модели	200
Опросные листы изучения мнения медицинского персонала	120
- до внедрения новой структурно-функциональной модели	60
- после внедрения новой структурно-функциональной модели	60
Формы статистического наблюдения	225
Карты хронометража оказания медицинской помощи	400
Всего	1545

Общий объем изученных материалов исследования составил 1545 единиц. Программой углубленного исследования было охвачено 800 чел. (400 чел. – хронометражное исследование, 400 чел. – изучения мнения пациентов по результатам оказания медицинской помощи в дневном стационаре). Кроме этого, в работе были использованы показатели 225 отчетных форм статистического наблюдения с 2015 по 2019 гг. Также для оценки обоснованности госпитализаций были проанализированы амбулаторные карты пациентов, госпитализированных в круглосуточный стационар.

В ходе научного исследования с целью оценки динамики развития стационарозамещающих технологий нами проведен анализ коечного фонда в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга (табл. 2.3).

Таблица 2.3 – Коечный фонд дневных стационаров во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга (2015-2019 гг.)

Год исследования	2015	2016	2017	2018	2019	Темп прироста, %*
Количество коек дневных стационаров	235	239	247	239	247	5,1
*в 2019 г. по сравнению с 2015 г.						

Проведенный анализ обеспеченности населения койками дневных стационаров показывает, что на протяжении исследуемого периода во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга данный показатель имеет положительную динамику. В 2015 г. показатель составил 235 коек, далее в период до 2017 г. отмечается рост количества коек дневных стационаров, в 2018 г. незначительное уменьшение. Уменьшение количества коек в 2018 году связано с проведением ремонтных работ в этот период в одной медицинской организации. В 2019 г. число коек соответствует показателю 2017 г. Таким образом темп прироста составил 5,1%.

С целью оценки работы дневных стационаров медицинских организаций Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, нами проанализированы медицинские карты пациентов, госпитализированных в дневной стационар по пяти наиболее часто встречающимся классам болезней в соответствии с МКБ-10: болезни эндокринной системы, болезни нервной системы, болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Отбор изучаемых материалов произведен с учетом репрезентативности и соответствует генеральной совокупности, основан на достаточном количестве единиц исследования, что обеспечило снижение

статистической ошибки. Общее число медицинской документации составило 200 единиц (таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Наиболее часто встречающиеся классы болезней (в соответствии с МКБ-10) у пациентов, проходивших лечение в условиях дневного стационара поликлиник Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга.

Класс болезней (клинико-статистическая группа)	Количество медицинских карт, шт.
Болезни эндокринной системы	25
Болезни нервной системы	40
Болезни системы кровообращения	60
Болезни органов дыхания	45
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	30
Итого	200

Клинико-статистические группы были изучены и проанализированы по наиболее часто встречающимся нозологическим формам заболеваний пациентов, проходивших лечение в условиях дневного стационара в соответствии с МКБ-10 (таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Наиболее часто встречающиеся нозологические формы (в соответствии с МКБ-10) у пациентов, проходивших лечение в условиях дневного стационара поликлиник Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга.

Нозологическая форма (заболевание)	Количество медицинских карт, шт.
Инсулинозависимый сахарный диабет с осложнениями и без осложнений; инсулинонезависимый сахарный диабет с осложнениями и без осложнений	25
Вегето-сосудистая дистония	20
Невралгия тройничного нерва	10
Вегетативная полиневропатия; сенсорно-моторная; полиневропатия	10
ИБС. Стенокардия напряжения. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ в анамнезе), ИБС. Стенокардия напряжения. ХСН, ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз	30
ГБ II-III ст., гипертензивная энцефалопатия	20
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК)	10
Хронический бронхит; ХОБЛ с обострением; ХОБЛ неуточненная	20

Продолжение таблицы 2.5

Нозологическая форма (заболевание)	Количество медицинских карт, шт.
Астма с преобладанием аллергического компонента; неаллергическая астма; смешанная астма; астма неуточненная	25
ДДЗП, невриты и радикулиты различной локализации	15
Остеопороз без патологического перелома	15
Итого количество медицинской документации	200

Для оценки работы существующей системы оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в рамках исследования проведен опрос пациентов. Опросные листы включали в себя информацию о социально-демографическом статусе пациента, субъективные данные об организации медицинской помощи в дневном стационаре, состоянии здоровья пациента, а также позволили оценить удовлетворенность оказанной медицинской помощью, а именно: комфорт пребывания в медицинской организации, длительность ожидания медицинской помощи, внимательность персонала (приложение 1). Также пациентам было предложено указать предложения по улучшению организации медицинской помощи в дневном стационаре. В опросе участвовало 200 пациентов дневных стационаров поликлиник Фрунзенского района 2020-2021 гг., всего было заполнено 400 опросных листов – 200 до внедрения новой структурно-функциональной модели и 200 после внедрения (таблица 2.6).

Таблица 2.6 – Распределение опрошенных пациентов по полу, %

Опрошенные пациенты	Число пациентов, чел.	%
Мужчины	56	28,0
Женщины	144	72,0
Всего	200	100,0

В исследовании приняли участие 200 пациентов, проходившие лечение в дневном стационаре поликлиник Фрунзенского района 2020-2021 гг. – 56 мужчин (28,0%) и 144 женщины (72,0%). Среди пациентов распределение по трудовой занятости было следующим: 142 человека пенсионного возраста, 58 человек работающие.

По возрасту пациенты распределились следующим образом (таблица 2.7).

Таблица 2.7 – Распределение опрошенных пациентов по возрасту, чел.

Возраст	Количество, чел.
До 30 лет	4
31-49 лет	6
50-59 лет	36
60-69 лет	130
70 лет и старше	24
Всего	200

Наибольшее количество посещений дневного стационара выявлено в возрастных группах от 50 до 69 лет. Это связано с тем, что у пожилых пациентов уже имеется хроническая или сочетанная патология и лечение в дневном стационаре является приоритетным. Оно направлено большей частью на предотвращение увеличения степени тяжести заболевания, а также на предупреждение рецидивов, уменьшение их частоты. Пациенты трудоспособного возраста составили 29,0% (58 чел. из 200 опрошенных). Они нуждаются в основном в коррекции факторов риска развития осложнений основного заболевания и лечении впервые выявленных заболеваний.

Оказание медицинской помощи пациентам в условиях дневного стационара проводилось, как правило, при обострениях хронических заболеваний и с профилактической целью на фоне ремиссии имеющегося хронического заболевания.

С целью диагностики существующих проблемных вопросов и потребностей на рабочих местах нами был проведен опрос 120 медицинских сотрудников, из них 34 врача и 86 медицинских сестер. Оценка проводилась по показателям удовлетворенности и в части вопросов, влияющих на мотивацию сотрудников до и после внедрения новой структурно-функциональной модели (приложение 2).

Изучение организации процесса оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара было организовано посредством анализа карт

хронометража (приложение 3). Обобщение данных хронометража осуществлялось в специально разработанной электронной базе данных диссертационного исследования. Оценивался перечень действий и время, затраченное на их выполнение. Также учитывались следующие показатели: состояние пациента, пол, возраст, нозологическая форма по МКБ, исход заболевания и прочее.

Научное обоснование совершенствования первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара является основной целью нашего исследования, которое основывается на создании новой структурно-функциональной модели организации работы дневного стационара на базе медицинских организаций Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

2.3 Методы исследования и обработки данных

Для достижения поставленной цели и задач исследования был использован комплекс методов и обработки полученных данных, а именно: контент-анализ, аналитический (анализ медико-статистических характеристик оказания медицинской помощи), хронометража, экспертных оценок, организационный эксперимент, статистический. Последовательно были изучены данные о результатах оказания медицинской помощи на четырех этапах исследования. В таблице 2.8 подробно описаны научные методы исследования, использованные в данной работе, в соответствии с дизайном исследования.

Таблица 2.8 – Научные методы, использованные в исследовании

Этап исследования	Метод исследования	Единицы наблюдения и объем исследования
1. Характеристика современной организации дневных стационаров в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и научное обоснование разработки новой структурно-функциональной модели		
1.1 Определение актуальности проблемы исследования и состояние организации работы дневных стационаров на современном этапе развития здравоохранения	историческое сопоставление; контент-анализ; аналитический	отечественная (228) и зарубежная (46) научная литература; нормативно-правовые акты по теме исследования (19)
1.2 Оценка актуальности расширения понятийного аппарата первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара	контент-анализ; аналитический	отечественная (228) и зарубежная (46) литература; нормативно-правовые акты по теме исследования (19)
1.3 Изучение современного состояния организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. Определение требований и принципов оптимальной организации оказания медицинской помощи в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	аналитический; статистический; метод хронометража	формы статистического наблюдения (225)
1.4 Общая характеристика структурно-функциональной модели. Анализ результатов работы дневного стационара: медико-статистических характеристик пациентов, данных хронометража	метод хронометража; прямой метод стандартизации; метод экспертных оценок; аналитический; статистический	формы 14-дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений» (25); карты хронометража (400)
2. Оценка эффективности использования новой структурно-функциональной модели организации дневного стационара в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь		
Сравнительный анализ эффективности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара до и после внедрения новой структурно-функциональной модели	метод хронометража; прямой метод стандартизации; метод экспертных оценок; аналитический, статистический	годовые отчеты 14-дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактических учреждений» (25); карты хронометража (400); опросные листы изучения мнения пациентов, получающих лечение в условиях дневного стационара (400); опросные листы изучения мнения медицинского персонала (120).

Продолжение таблицы 2.8

Этап исследования	Метод исследования	Единицы наблюдения и объем исследования
3. Основные направления совершенствования организации и оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара		
Разработать предложения по совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара	аналитический; социологический; экспертных оценок; организационно-структурного моделирования	опросные листы изучения мнения пациента, получающих лечение в условиях дневного стационара (400).

Первый этап исследования посвящен анализу современного состояния организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара, научному обоснованию необходимости разработки оптимальной структурно-функциональной модели дневного стационара и введения нового понятия «симультанные мероприятия в условиях дневного стационара» в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

С использованием метода контент-анализа проведено изучение 293 отечественных и зарубежных литературных источников по теме исследования, таких как: монографии, статьи, материалы конференций, правовые акты и прочие.

Посредством аналитического метода были изучены данные статистических и учетных форм за 2015-2019 гг.: годовые формы федерального статистического наблюдения «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций» (форма №14-дс); годовые формы федерального статистического наблюдения «Сведения о медицинской организации» (форма №30); учетные форма медицинской документации «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)» (форма №131/у), формы статистической отчетности «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (форма №12), учетные формы медицинской

документации «Медицинская карта стационарного больного» в дневном стационаре (форма №003/у).

На основании полученных данных дана медико-статистическая характеристика работы дневных стационаров в медицинских организациях Фрунзенского района.

При анализе хронометража был использован метод выкопировки данных. Информация о каждом случае обращения заносилась в разработанную карту хронометража оказания медицинской помощи в дневном стационаре. Методом хронометража нами был изучен процесс оказания услуг 400 пациентам в дневном стационаре (200 – до внедрения новой структурно-функциональной модели, 200 – после внедрения новой структурно-функциональной модели), хронометраж производился с использованием специально разработанных карт хронометража оказания медицинской помощи пациентам дневного стационара.

По результатам исследования выполнена экспертная оценка эффективности организации лечебно-диагностического процесса в дневных стационарах, а в частности первичного приема пациента, направленного на лечение в дневной стационар и обоснованность принятия решения о госпитализации в круглосуточный стационар.

В группу экспертов были включены врачи-специалисты в области организации здравоохранения и по таким профилям, как терапия, хирургия, ответственные за организацию работы дневного стационара.

Проведен выборочный анализ 200 медицинских карт пациентов, госпитализированных в плановом порядке в круглосуточный стационар, с нозологическими формами, позволяющими лечение в условиях дневного стационара. Экспертная оценка эффективности организации лечебно-диагностического процесса врачами-специалистами показала дефекты в правильности выбора в пользу круглосуточного стационара. При принятии решения о дальнейшем лечении пациента после постановки окончательного диагноза выявлено несоответствие тяжести состояния пациента и принятого решения о госпитализации. Результаты данного этапа позволили обосновать выбор

структурно-функциональной модели оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, требования к ней и основные принципы ее организации.

Также на первом этапе исследования была разработана новая структурно-функциональная модель оказания медицинской помощи в дневном стационаре.

На данном этапе с 2020 г. по 2021 г. нами внедрена в медицинских организациях Фрунзенского района новая структурно-функциональная модель оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара и дана ее общая характеристика. В этот период была оценена работа в рамках новой структурно-функциональной модели на основе изучения карт пациентов, обратившихся в медицинскую организацию по данным отчетов информационной системы, форм федерального статистического наблюдения №№ 14-дс, 30. Выборочно изучены данные хронометража оказания медицинской помощи 400 пациентам.

Далее, на втором этапе, была выполнена оценка медико-социальной эффективности оказания медицинской помощи до и после внедрения новой структурно-функциональной модели в условиях дневного стационара. Проведен анализ результатов хронометража оказания медицинской помощи пациентам дневного стационара, медицинских карт, уровня качества лечебно-диагностического процесса, а также исследованы исходы оказания помощи в дневном стационаре (полное выздоровление, ремиссия и т.д.) Это позволило оценить правильность выбора в пользу дневного стационара в сравнении с круглосуточным.

Для непосредственного наблюдения и сбора данных об оказании медицинской помощи в дневном стационаре был использован метод хронометража. Было выполнено всего 400 хронометражных исследований в случайных выборках обратившихся пациентов 200 исследований до внедрения новой структурно-функциональной модели и 200 – после ее внедрения. Выполнялось хронометражное наблюдение – хронометражные замеры всего процесса оказания медицинской помощи в дневном стационаре с момента ожидания пациентом приема врача до его выхода после оказания ему медицинской помощи.

В карты хронометража заносились идентификационные данные пациента, время, проведенное в очереди, перечень манипуляций и сроки оказания медицинской помощи.

В процессе исследования была сформирована команда наблюдателей. С ними проведено занятие по заполнению карт хронометража, проведены тренинги.

Подведение итогов хронометража сопряжено с вычислением коэффициента устойчивости хроноряда. Он необходим для оценки корректности проведенных измерений, для его расчета применяется следующая формула:

$$K_{xp} = \frac{T_{\max}}{T_{\min}}, \quad (1)$$

где K_{xp} – коэффициент устойчивости хроноряда;

T_{\max} – максимальное значение времени;

T_{\min} – минимальное значение времени.

Устойчивость хроноряда определялась по коэффициенту устойчивости, который не должен был превышать рекомендуемый нормативный коэффициент. В устойчивом хронометрическом ряду определялась средняя продолжительность приема пациента как среднеарифметическая величина всех замеров хроноряда, который наиболее полно характеризует все разнообразие выполненных замеров. Анализ результатов хронометража состоял в выявлении ряда манипуляций и действий, требующих оптимизации. На основании анализа результатов хронометража были определены слабые точки и предложено перераспределение функций персонала дневного стационара.

Соотношение времени ожидания пациента в очереди, оказания медицинской помощи до и после внедрения новой структурно-функциональной модели свидетельствовало об эффективности использования времени пациента. Показателем эффективности был выбран средний показатель времени, рассчитанный до и после внедрения структурно-функциональной модели. Снижение показателя свидетельствовало о повышении эффективности организации оказания медицинской помощи.

Второй этап исследования посвящен комплексной оценке имеющейся традиционной и новой структурно-функциональной моделям оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара:

– выполнена сравнительная оценка пропорционального соотношения пациентов, имеющих различные показания к госпитализации (в плановом порядке, в связи с обострением хронического заболевания, по причине впервые выявленного заболевания);

– проведена оценка медико-социальной эффективности до и после внедрения новой структурно-функциональной модели организации работы дневного стационара;

– выявлены проблемные вопросы и потребности медицинских сотрудников;

– осуществлена оценка обоснованности и уровня госпитализации пациентов в круглосуточный стационар.

На третьем этапе исследования разработаны предложения по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. С целью совершенствования организационных мероприятий направления пациентов в дневной стационар, повышения эффективности использования коечного фонда и сокращения числа необоснованных госпитализаций в круглосуточный стационар были разработаны методические рекомендации.

Глава 3 ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

3.1 Дополнение к понятийному аппарату первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара

Дневные стационары являются прогрессивно развивающимся структурно-функциональным звеном медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Активное совершенствование дневных стационаров обусловлено:

- сформировавшейся высокой потребностью системы здравоохранения в ресурсосберегающих, стационарозамещающих технологиях;
- высокой потребностью населения в быстрой, квалифицированной медицинской помощи.

Дневные стационары составляют основу в применении стационарозамещающих и амбулаторнодополняющих технологий. Ранее в терминологии первичной медико-санитарной помощи понятие амбулаторнодополняющие технологии не встречалось. Интенсивное современное развитие отечественного здравоохранения способствует появлению новых терминов и понятий, ярким примером чего и являются амбулаторнодополняющие технологии.

Одновременно с динамичным развитием первичного звена здравоохранения наблюдается двусмысленность, неточность понятий при оценке деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе дневных стационаров.

Динамичная модернизация первичного звена здравоохранения, проводимая с 2011 г., затронула деятельность дневных стационаров. Организация первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара представляет собой комплекс лечебных, диагностических и профилактических мероприятий, нуждающихся в оценке их эффективности и характеристике.

С целью исключения разночтений в оценке эффективности деятельности дневных стационаров необходимо иметь точно сформулированный понятийный аппарат.

В связи с этим в рамках нашего исследования и на основании проведенного анализа различных источников научной литературы, считаем необходимым предложить новую терминологию при оказании первичной медико-санитарной помощи: «симультанные мероприятия в условия дневного стационара». Использование данной терминологии необходимо для интерпретации и анализа полученных результатов рамках нашего исследования.

Первоначально необходимо отметить, что понятие «симультанные мероприятия» имеет широкое применение в специализированной литературе хирургической практики. В условиях дневного стационара использование данной терминологии требует уточнения.

Все вышеизложенное послужило основанием для использования нами специализированной литературы и нормативной документации для формулировки нового понятия «симультанные мероприятия в дневном стационаре».

Само понятие «мероприятие» происходит от слов «мера» и «принимать». Мероприятие включает в себя совокупность действий, объединенных одной значимой задачей. Данное определение предлагает в толковом словаре российский языковед доктор филологических наук С.И. Ожегов [135].

В Большом экономическом словаре А.Н. Азрилияна понятие «мероприятие» – это совокупность взаимосвязанных действий, направленных на удовлетворение определенной потребности или достижение определенной цели [3]. К ним можно отнести организационно-технические мероприятия на промышленных предприятиях.

Также в литературе встречается понятие «мероприятия», как вида деятельности человека, предусматривающего встречу и коммуникацию людей, связанных с выполнением определенных целей.

Понятие «мероприятие» многогранно, но в здравоохранении отсутствует

его точное определение и значение. В более широком смысле в здравоохранении понятие «мероприятия» используется в контексте лечебно-профилактических мероприятий. Лечебно-профилактические мероприятия представляют собой совокупность мер по сохранению здоровья, осуществляемых с целью сохранения трудоспособности, лечения и профилактики заболеваний.

Имеющиеся определения в полной мере не пригодны к использованию в контексте оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. Представленные понятия не обобщают весь спектр лечебных, оздоровительных, профилактических мер и нюансов, разработанной нами новой структурно-функциональной модели.

Учитывая вышеизложенное, нами предлагается новый термин «симультанные мероприятия в условиях дневного стационара».

В медицинской практике термин «симультанный» впервые упомянут в контексте понятия «симультанная операция» Reifferscheid в 1971 г. [205]. Данное определение происходит от английского слова «simultaneously» – одновременность. В настоящее время под симультанными операциями понимают хирургическое вмешательство, одновременно производимое на двух или более органах по поводу заболеваний, этиологически не связанных между собой. Ученый Е.А. Толеубаев с соавторами отметил, что выполнение симультанных операций выгодно отражается на экономической, медицинской и социальной эффективности [205]. Симультанные операции незначительно увеличивают длительность операции, при этом сохраняя средний срок пребывания пациента в круглосуточном стационаре. Также симультанные операции уменьшают финансовые затраты на лечение пациента в сравнении с последовательным лечением, что ведет к экономии финансовых ресурсов. Важно отметить, что симультанные операции не приводят к серьезным осложнениям и легче психологически переносятся пациентами.

Важно отметить, что пациенты, направленные для лечения в дневной стационар большей частью, имеют коморбидную патологию и нуждаются в проведении комплексного лечения или профилактики. В дневных стационарах

есть все условия для оказания медицинской помощи этой категории пациентов. Комплексное лечение может включать в себя сочетанные, одновременные мероприятия, направленные на лечение или профилактику нескольких нозологических форм, не связанных между собой.

Важное место в организации работы дневных стационаров занимает лечение и профилактика коморбидности. Это состояние характеризуется одновременным наличием у пациента двух и более заболеваний, влияющих друг на друга.

В связи с обращением за медицинской помощью большого количества пациентов с сочетанной патологией необходимо более тщательное их обследование. Оно должно быть направлено на выявление факторов риска развития заболеваний, осложнений, а также необходимость проведения комплексных одномоментных мероприятий для лечения пациентов с коморбидными патологиями. Это значительно уменьшает количество осложнений и утяжеления течения хронических заболеваний.

Учитывая изложенное, считаем необходимым дать определение предложенному нами новому понятию «симультаные мероприятия в условиях дневного стационара».

Симультаные мероприятия в условиях дневного стационара – это совокупность одновременно проводимых лечебных и профилактических мероприятий, направленных на лечение и профилактику этиологически не связанных между собой имеющихся хронических и впервые выявленных заболеваний у пациентов, госпитализированных в дневной стационар.

Использование данного термина позволит нам установить понятийные связи и расширить терминологию диссертационного исследования.

Особое внимание стоит уделить тому, что большую долю пациентов дневного стационара составляют пожилые пациенты, у которых, как правило, имеется коморбидная патология. Симультаные мероприятия в условиях дневного стационара в отношении таких пациентов в большей мере направлены на предотвращение ухудшения степени тяжести основного заболевания,

предупреждение их рецидивов, коррекцию факторов риска усугубления сопутствующих заболеваний и перехода их в хроническую форму.

Врачом дневного стационара проводится комплексное обследование поступающих на лечение в дневной стационар пациентов. При необходимости для консультаций привлекаются врачи-специалисты по профилю выявленной патологии. По результатам обследования пациентам назначается комплекс симультанных мероприятий, представляющий собой коррекцию сопутствующих патологий, ЛФК, физиотерапевтическое лечение, вакцинацию. Такое совокупное лечение снижает риск развития осложнений основного заболевания и значительно ускоряет процесс выздоровления в целом. Симультанные мероприятия в условиях дневного стационара повышают эффективность лечения. Решение о необходимости проведения и объеме симультанных мероприятий принимается врачом дневного стационара на основании обследования по поводу основного и сопутствующих заболеваний.

Важно отметить, что внедрение и применение симультанных мероприятий в условиях дневного стационара возможно только в первичном звене здравоохранения – медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Круглосуточные стационары не предназначены для одновременной организации лечебных и профилактических мероприятий в связи с отсутствием соответствующих ресурсов. Все мероприятия в круглосуточных стационарах, как правило, направлены на лечение основного заболевания.

Основная цель симультанных мероприятий в условиях дневного стационара – проведение комплексного лечения пациентов с коморбидными патологиями, не требующим лечения в стационарных условиях, но нуждающимся в оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара. Также важным аспектом симультанных мероприятий является проведение профилактических мероприятий (например: профилактические осмотры, вакцинация и прочее). Это лежит в основе предложенного нами нового научного понятия – симультанных мероприятий в условиях дневного

стационара.

Таким образом, применение предложенной нами новой терминологии и использование ее в практической деятельности позволит достичь более высокой эффективности оказания пациентам первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

3.2 Анализ уровня заболеваемости в дневном стационаре

Повышение эффективности и качества лечения пациентов в условиях дневного стационара возможно в случае изменения управленческого подхода в системе здравоохранения. Достоверная медико-статистическая информация обеспечивает руководителей медицинских организаций инструментами для эффективного управления.

Анализ уровня заболеваемости в дневном стационаре является одной из основ управленческого процесса в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Он позволяет оценить:

- здоровье населения;
- эффективность организации оказания медицинской помощи в дневном стационаре.

Полученные данные позволяют определить необходимые задачи для более полного и эффективного оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

В настоящее время деятельность дневных стационаров регламентируется приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.12.1999 г. №438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Положение №9 «Правила организации деятельности дневного стационара», Положение №10 «Рекомендуемые штатные нормативы

дневного стационара», Положение №11 «Стандарт оснащения дневного стационара»), а также различными нормативно-правовыми актами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации [150, 159].

В ходе научного исследования нами проведен анализ основных показателей деятельности дневных стационаров поликлиник Фрунзенского района города Санкт-Петербурга за период с 2015 г. по 2019 г. Проведено исследование следующих показателей:

- оценка основных клинико-статистических групп заболеваний пациентов, получавших лечение в дневном стационаре поликлиники;
- эффективность использования коечного фонда.

С целью оценки состояния здоровья населения, его динамики по годам, нами проанализирована заболеваемость населения по данным обращений в медицинские организации Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга с 2015 по 2019 гг.

На рисунке 3.1 представлены данные динамики общей заболеваемости взрослого населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга.

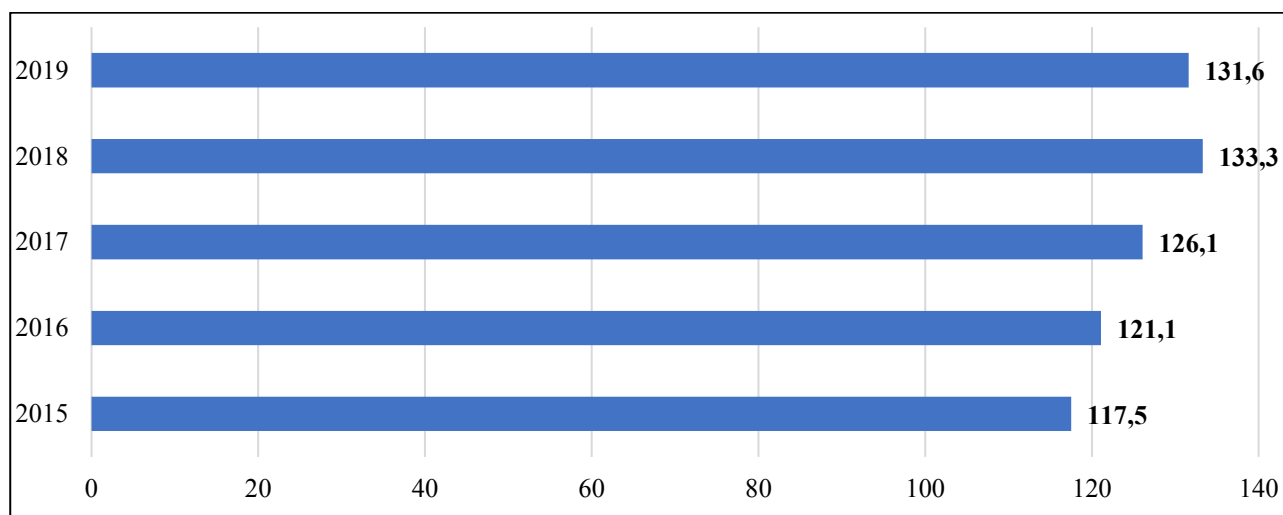


Рисунок 3.1 – Общая заболеваемость взрослого населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга в 2015-2019 гг., ‰

В 2015 году показатель соответствует – 117,5‰, в период 2016-2018 гг. наблюдался рост общей заболеваемости до 133,3‰, а в 2019 г. – незначительный

спад до показателя 131,6‰. Полученные данные в целом свидетельствуют о росте общей заболеваемости. Рост общей заболеваемости может свидетельствовать о повышении доступности и диагностических возможностей для населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Динамика первичной заболеваемости взрослого населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга представлена на рисунке 3.2.

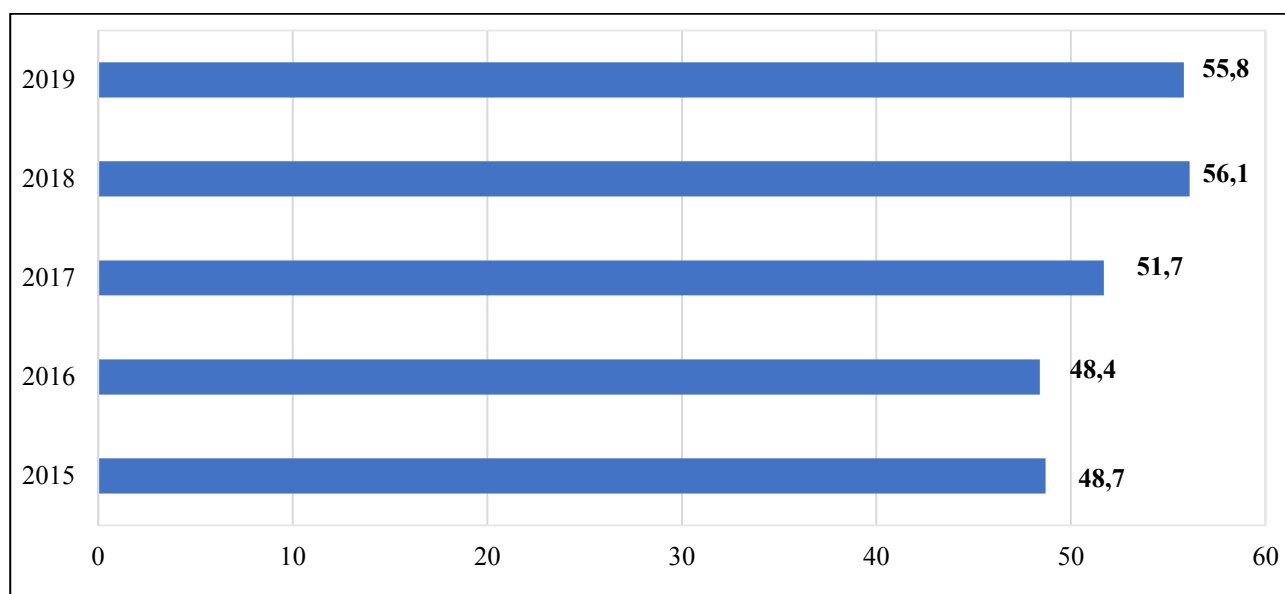


Рисунок 3.2 –Первичная заболеваемость взрослого населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга в 2015-2019 гг., ‰

Согласно представленным данным первичная заболеваемость среди населения Фрунзенского района также имеет тенденцию к увеличению. В 2015 г. показатель составляет 48,7‰, в 2016 г. отмечается незначительное снижение 48,4‰, а в период 2017-2018 гг. увеличивается до 56,1‰, и только в 2019 г. можно отметить незначительное снижение до уровня 55,8‰.

Повышение показателей первичной заболеваемости свидетельствует об изменениях, происходящих в медицинских организациях, а именно:

- увеличение объема диспансерного обследования населения;
- увеличение объема профессиональных осмотров взрослого населения;
- возросшие диагностические возможности медицинских организаций,

оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

С целью организации мероприятий по повышению качества работы в условиях дневного стационара, важно определить структурное распределение заболеваемости прикрепленного населения.

В рамках нашего исследования изучена структура заболеваемости по наиболее распространенным классам болезней среди пациентов, получавших лечение в условиях дневных стационаров поликлиник Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга за пятилетний период (2015-2019 гг.). За основу взята международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

В ходе изучения выявлено, что в условиях дневного стационара проходят лечение пациенты, у которых наиболее часто выявляются следующие классы заболеваний:

- болезни костно-мышечной и соединительной ткани;
- болезни органов дыхания;
- болезни системы кровообращения;
- болезни нервной системы;
- болезни эндокринной системы.

Данные динамики показателей заболеваемости по изучаемым классам болезней среди пациентов, проходивших лечение в дневных стационарах Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга представлены на рисунке 3.3.

По нашему мнению, положительная динамика показателей заболеваемости по классу болезней системы кровообращения и костно-мышечной системы и соединительной ткани связана с усилением диагностических возможностей медицинских организаций и ежегодным большим охватом проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

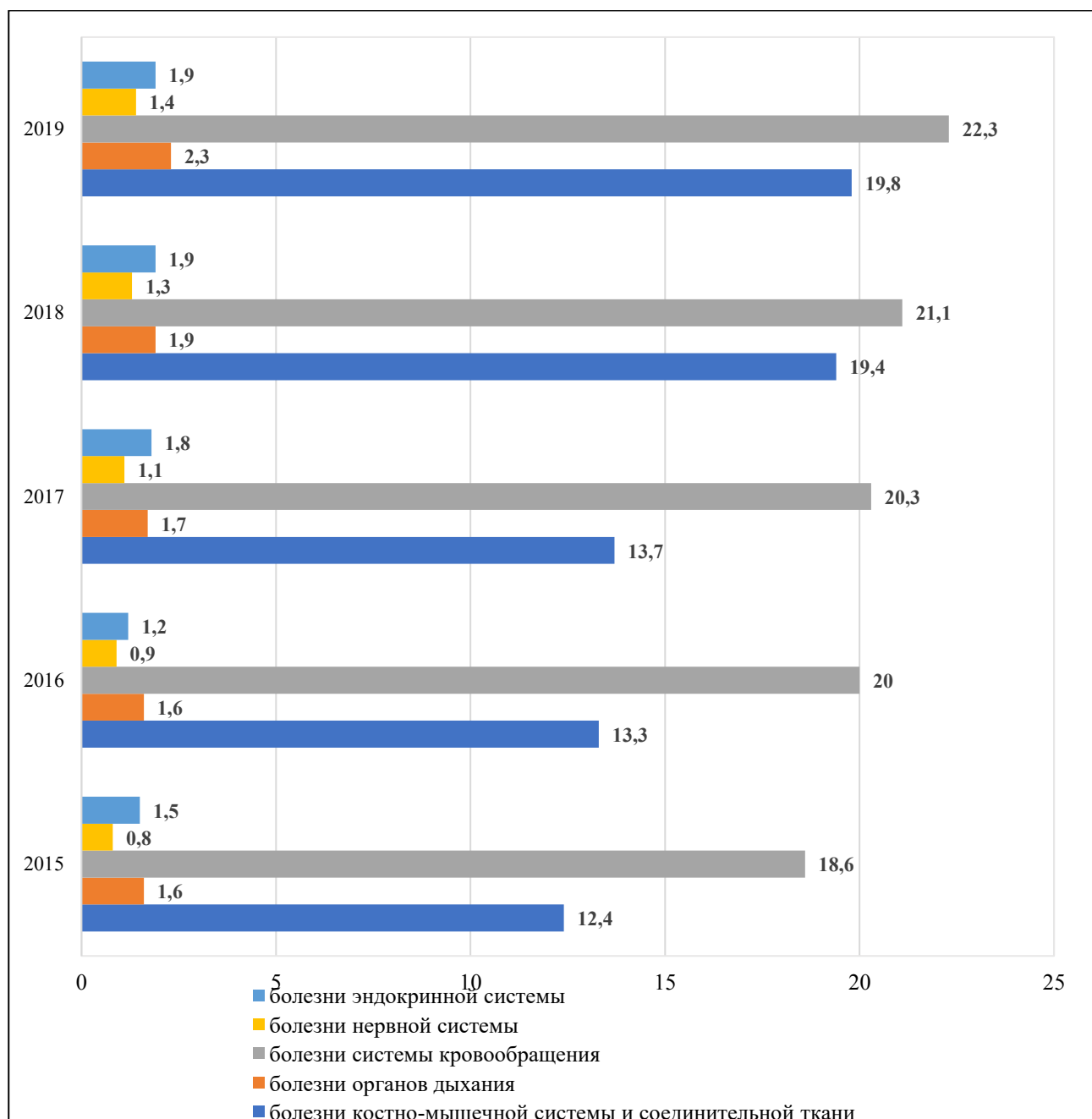


Рисунок 3.3 – Показатели заболеваемости по изучаемым классам болезней среди пациентов, проходивших лечение в дневных стационарах Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга в 2015-2019 гг., %

Показатели заболеваемости болезнями нервной системы, эндокринной системы и органов дыхания в исследуемый период имеют тенденцию к незначительному увеличению.

Динамические изменения заболеваемости взрослого населения по рассматриваемым классам болезней за изучаемый период имеют тенденцию к росту, как и показатели общей и первичной заболеваемости, что

свидетельствует, в том числе, о повышении доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, в медицинских организациях Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга.

С целью более четкого представления о структуре заболеваемости пациентов, проходящих лечение в дневных стационарах, нами изучена заболеваемость по наиболее распространенным нозологическим формам в рамках исследуемых клинико-статистических групп.

В результате анализа установлено, что наиболее часто в условиях дневного стационара проходят лечение пациенты со следующими нозологическими формами:

1. Из клинико-статистической группы болезней эндокринной системы:

1.1 Сахарный диабет (E10.4-10.7, E10.9, E11.4-11.7, E11.9) – инсулинозависимый сахарный диабет с осложнениями и без осложнений; инсулинонезависимый сахарный диабет с осложнениями и без осложнений.

2. Из клинико-статистической группы болезней нервной системы:

2.1 Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы (G45.0) – вегетососудистая дистония.

2.2 Поражения тройничного нерва (G50.0) – невралгия тройничного нерва.

2.3 Полиневропатии (G62.8) – вегетативная полиневропатии, сенсорно-моторная полиневропатия.

3. Из клинико-статистической группы болезней системы кровообращения:

3.1 Ишемическая болезнь сердца (I25.1) – ИБС. Стенокардия напряжения. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ в анамнезе); ИБС. Стенокардия напряжения. ХСН; ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз.

3.2 Цереброваскулярные болезни (I67.4) – ГБ II-III ст., гипертензивная энцефалопатия.

3.3 Болезни артерий, артериол и капилляров (I70.2) – облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК).

4. Из клинико-статистической группы болезней органов дыхания:

4.1 Хроническая обструктивная болезнь легких (J44.1, J44.8, J44.9) – хронический бронхит; ХОБЛ с обострением; ХОБЛ неуточненная.

4.2 Бронхиальная астма с дыхательной недостаточностью I-II ст. (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9) – астма с преобладанием аллергического компонента; неаллергическая астма; смешанная астма; астма неуточненная.

5. Из клинико-статистической группы болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани:

5.1 Дорсалгии (M54.1, M54.5, M54.6) – ДДЗП невриты и радикулиты различной локализации.

5.2 Нарушения плотности и структуры кости (M81) – остеопороз без патологического перелома.

Структура заболеваемости пациентов, проходивших лечение в дневных стационарах Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга в 2015-2019 гг. представлена на рисунке 3.4.

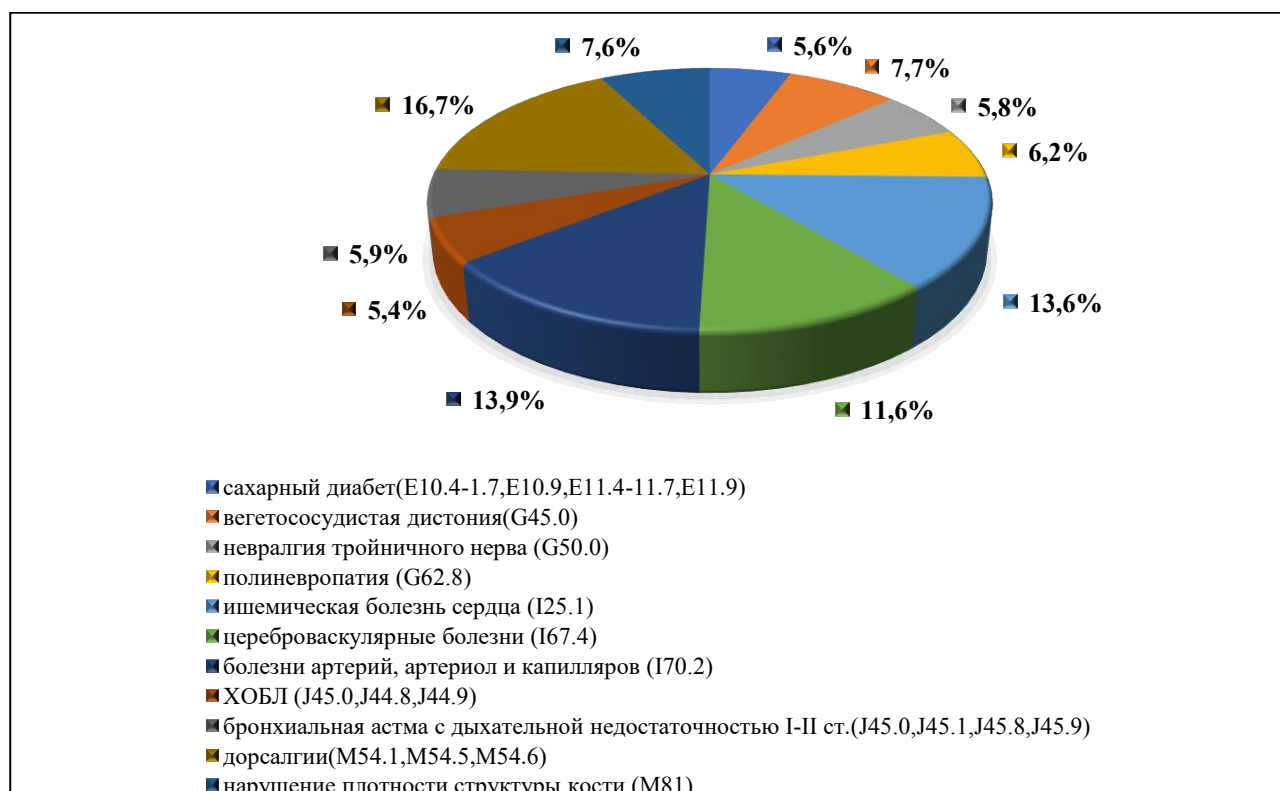


Рисунок 3.4 – Структура заболеваемости пациентов, проходящих лечение в дневных стационарах Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга в 2015-2019 гг. (по МКБ-10)

По результатам проведенного анализа в 2015-2019 гг. большую долю занимают болезни системы кровообращения – 38,8%, из них:

– болезни артерий артериол и капилляров (I70.2 –облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей) – 13,9 %;

– ишемическая болезнь сердца (I25.1 – ИБС. Стенокардия напряжения. Постинфарктный кардиосклероз; ИБС. Стенокардия напряжения. ХСН; ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз) – 13,3 %;

– цереброваскулярные болезни (I67.4 – ГБ I-II ст. гипертензивная энцефалопатия) – 11,6%.

Второе место занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 24,3%, из них:

– дорсалгии (M54.1, M54.5, M54.6 – ДДЗП, невриты и радикулиты различной этиологии) – 16,7 %;

– нарушения плотности и структуры кости – 7,6%.

Третье место занимают болезни нервной системы – 19,7%, из них:

– вегетососудистая дистония – 7,7%;

– невралгия тройничного нерва – 5,8%;

– вегетативная полиневропатии и сенсорно-моторная полиневропатия – 6,2%.

Анализ заболеваемости и ее структуры за исследуемый пятилетний период (2015-2019 гг.) у пациентов, получающих лечение в условиях дневных стационаров Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга, дает возможность оценить объемы используемых стационарозамещающих технологий и эффективность использования ресурсов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Учитывая данное обстоятельство, возможно определить пути совершенствования организации деятельности дневных стационаров с целью повышения качества предоставляемой медицинской помощи и улучшения состояния здоровья населения.

3.3 Анализ госпитализации в дневной стационар

Анализ уровня госпитализации в дневной стационар характеризует качество и эффективность его работы. Этот показатель отражается в статистической форме годового отчета медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

С целью оценки уровня госпитализации в дневные стационары Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга нами проведены следующие исследования:

- анализ обращений за медицинской помощью в поликлиники Фрунзенского района в исследуемый период по классам заболеваний;
- исследование причин госпитализации пациентов в дневные стационары Фрунзенского района в 2015-2019 гг.

Оценка этих двух параметров дает нам возможность определить доминирующие клинико-статистические группы заболеваний и приоритеты лечащих врачей при выборе тактики лечения для пациентов дневного стационара.

Структура обращений за медицинской помощью среди населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга по выбранным нами клинико-статистическим группам представлена на рисунке 3.5.

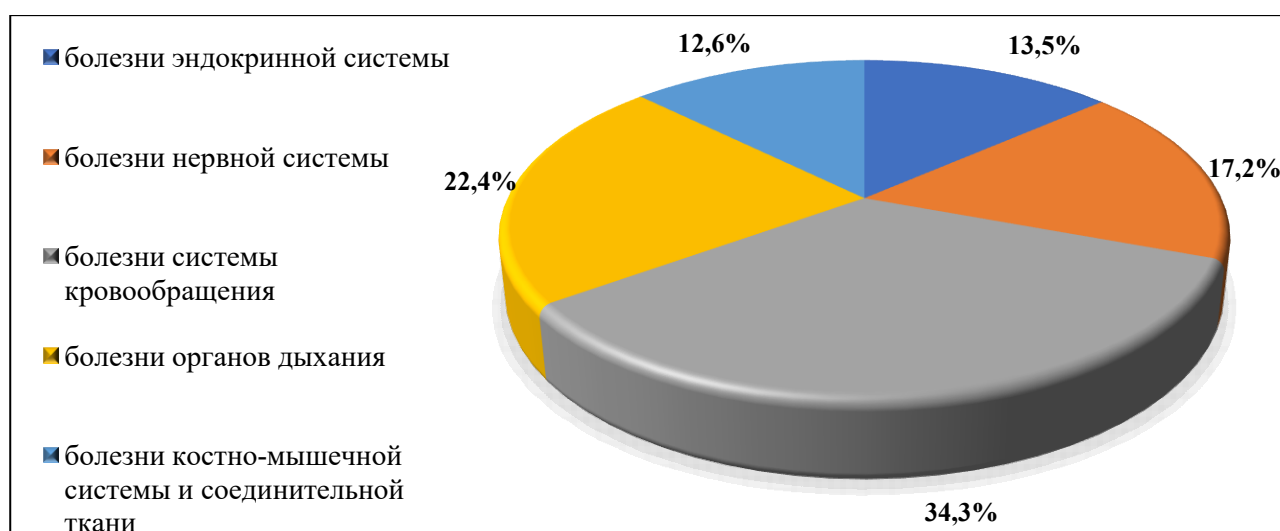


Рисунок 3.5 – Структура обращений за медицинской помощью в поликлиники Фрунзенского района в 2015-2019 гг. (по классам болезней МКБ-10)

По результатам анализа в исследуемый период (2015-2019 гг.) структуры обращений в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь Фрунзенского района Санкт-Петербурга, мы выявили следующее распределение:

- болезни системы кровообращения 34,3%.
- болезни органов дыхания 22,4%,
- болезни нервной системы 17,2%
- болезни эндокринной системы 13,5%,
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 12,6%.

Также нами был проведен анализ структуры госпитализации в исследуемый период (2015-2019 гг.). Результаты представлены на рисунке 3.6.

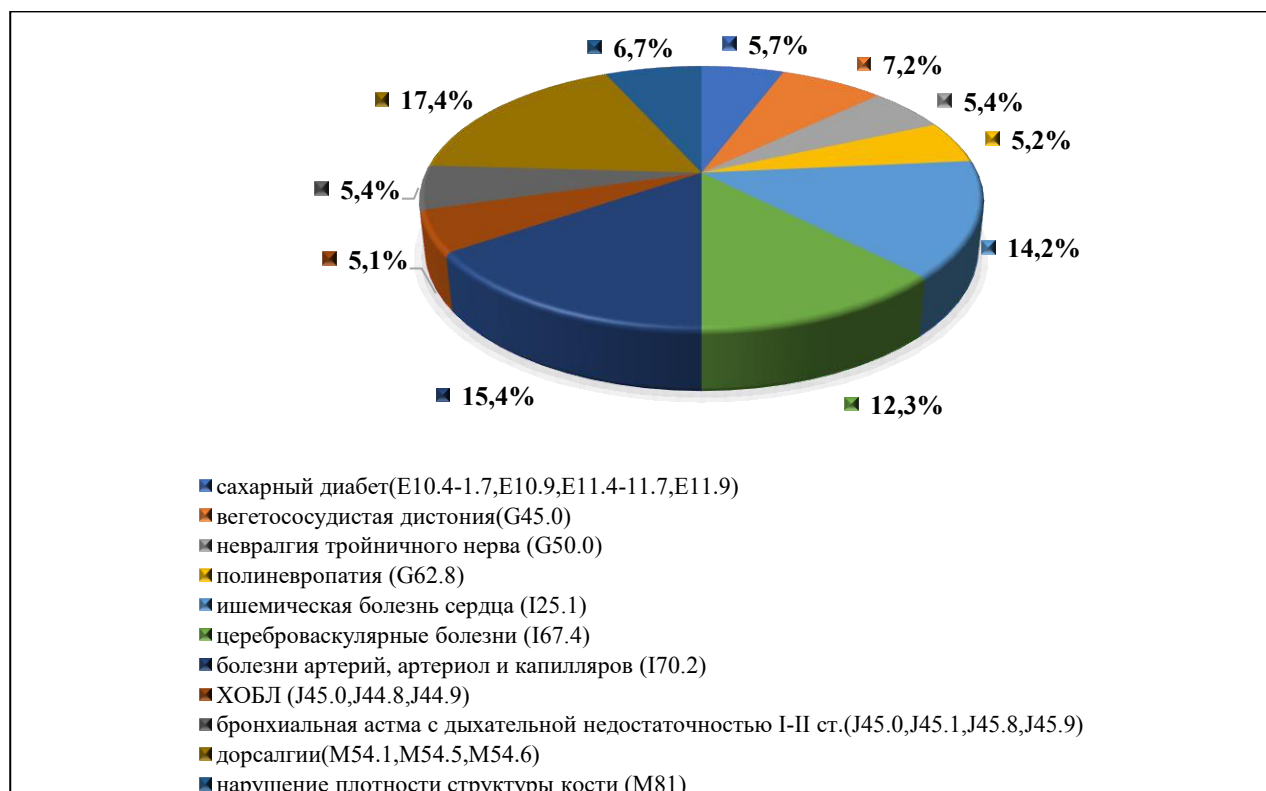


Рисунок 3.6 – Структура госпитализации в дневные стационары поликлиник Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга по нозологическим формам в 2015-2019 гг.

По результатам анализа структуры госпитализации в 2015-2019 гг. доминировали также, как и в структуре обращаемости в медицинские организации, болезни системы кровообращения. На их долю суммарно пришлось 41,9 % от общего числа госпитализаций, а именно:

- болезни артерий, артериол и капилляров 15,4%;
- ишемическая болезнь сердца 14,2%;
- цереброваскулярные болезни 12,3%.

Второе место среди госпитализаций составили болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 24,1%, а именно:

- дорсалгии – 17,4%;
- нарушение плотности структуры кости – 6,7%.

Третье место среди госпитализаций составили болезни нервной системы – 17,8%:

- вегетососудистая дистония 7,2%;
- поражения тройничного нерва 5,4%;
- полиневропатии 5,2%.

Болезни дыхательной системы составили четвертое место среди всех госпитализаций, на их долю пришлось – 10,5%:

- хроническая обструктивная болезнь легких 5,1%;
- бронхиальная астма с дыхательной недостаточностью I-II ст.-5,4%.

Подводя итог изложенному, можно сделать вывод, что несмотря на меньшую долю обращаемости в медицинские организации Фрунзенского района пациентов с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, большая их часть проходит лечение в дневном стационаре.

Несмотря на высокую обращаемость пациентов с болезнями дыхательной системы, только незначительная их часть направляется на госпитализацию в дневной стационар. Это связано с тем, что большая часть обращений приходится на долю заболеваний, таких как ОРВИ, грипп, пневмония.

Важно отметить, что болезни системы кровообращения, нервной и эндокринной систем пропорционально соответствуют обращениям в медицинские организации. Пациенты с такими заболеваниями занимают значительную долю получающих лечение в дневном стационаре. Это свидетельствует об эффективном взаимодействии врачей-специалистов

круглосуточных стационаров с медицинским персоналом дневных стационаров медицинских организаций первичного звена. Существующая преемственность лечения при таком взаимодействии позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов.

Эффективность взаимодействия, этапность и преемственность лечения оказывают влияние на состояние пациентов, частоту рецидивов и обострений хронических заболеваний, что влияет на уровень плановой госпитализации пациентов в круглосуточный стационар.

С целью оценки уровня плановой госпитализации населения Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга в круглосуточные стационары нами проведен ее сравнительный анализ с 2015 по 2019 гг. (рисунок 3.7).

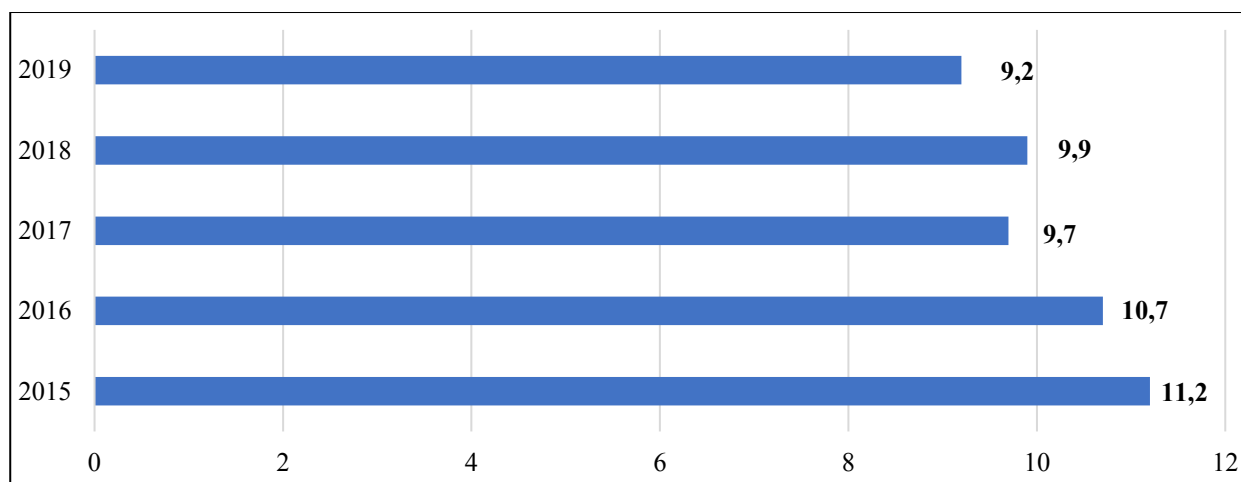


Рисунок 3.7 – Плановая госпитализация в круглосуточные стационары во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга (2015-2019гг.), %

Исходя из полученных данных, наблюдается значительное снижение плановой госпитализации пациентов в круглосуточные стационары в 2019 г. (9,2 ‰) в сравнении с 2015 г. (11,2 ‰).

Отрицательная динамика, по нашему мнению, связана со следующими факторами:

- активной модернизацией учреждений здравоохранения первичного звена, повлекшей улучшение качества оказываемой медицинской помощи;
- внедрением современных технологий и других методов диагностики и лечения в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-

санитарную помощь;

- открытием центров и школ здоровья при поликлиниках.

Важно отметить, что плановые госпитализации в круглосуточный стационар имеют прямую корреляцию с численностью пожилого населения и инвалидов. Данные категории населения занимают достаточно большую долю в структуре населения Фрунзенского района города Санкт-Петербурга и требуют пристального внимания с точки зрения организации лечения и реабилитации в условиях дневного стационара.

Полученные результаты подтверждают увеличение стационарозамещающей роли дневных стационаров.

Однако, при оценке плановой госпитализации в круглосуточные стационары необходимо исключить случаи необоснованной госпитализации.

С этой целью методом случайной выборки мы отобрали 200 медицинских карт амбулаторных пациентов, направленных для дальнейшего лечения в круглосуточные стационары в плановом порядке.

Анализ амбулаторных карт пациентов, направленных на госпитализацию в круглосуточный стационар, проводился на основании оценки следующих показателей:

- необходимость круглосуточного наблюдения;
- клиническая картина заболевания;
- результаты лабораторных и диагностических исследований.

Большинство решений о госпитализации в круглосуточный стационар принималось в связи с обострением хронических заболеваний или в случае впервые выявленного заболевания, нуждающегося в круглосуточном наблюдении и лечении.

Как показал анализ амбулаторных медицинских карт пациентов, которые были направлены на госпитализацию в круглосуточный стационар, часть из них могла проходить лечение в условиях дневного стационара. Таким образом нами установлены наиболее частые причины необоснованной госпитализации пациентов:

- неправильная оценка степени тяжести состояния пациента;
- неполный объем лечебно-диагностических исследований;
- дефекты диагностики при первичном осмотре пациента.

Указанные причины приводили к неправильной оценке клинической картины заболевания, переоценке тяжести состояния пациентов и влияли на показания к госпитализации в круглосуточный стационар. Чаще всего это пациенты с обострением хронических заболеваний и лица пожилого возраста.

Важно отметить, что пациенты, направленные на лечение в круглосуточный стационар и имеющие обследование не в полном объеме, вынуждены проходить дополнительное обследование с целью уточнения тактики лечения. Таким образом, этиопатогенетическое лечение в условиях круглосуточного стационара такие пациенты вынужденно начинали позже.

На основании установленных критериев оценки нами проведен анализ госпитализации пациентов в круглосуточный стационар в плановом порядке (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Обоснованность плановой госпитализации в круглосуточный стационар

Обоснованность плановой госпитализации	Количество пациентов	%
Обоснованная госпитализация	157	78,5
Необоснованная госпитализация	43	21,5
Итого	200	100

Установлено, что достаточно большой процент пациентов (21,5%), направленных на лечение в круглосуточный стационар, могли проходить лечение в дневном стационаре.

Подводя итог изложенному, важно отметить, что изменение алгоритма работы с пациентами при принятии решения о госпитализации и его регулярный контроль оказывает положительное влияние на эффективность работы медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

3.4 Организация оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

Развитие стационарозамещающих технологий, внедрение новых методов диагностики и лечения позволяют оказать населению медицинскую помощь в первичном звене здравоохранения на высоком качественном уровне и в более короткие временные периоды. Организация медицинской помощи с использованием стационарозамещающих технологий в дневных стационарах очень востребована у работающего населения. Это связано с тем, что получение медицинской помощи проходит практически без отрыва от трудовой деятельности. Для неработающего населения также имеются преимущества, в виде получения медицинской помощи в более короткие сроки, что крайне важно для сохранения здоровья и повышения качества их жизни.

Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации, в рамках которого оказываются различные виды первичной медико-санитарной помощи. Результаты исследований последних лет доказали, что дневной стационар является экономически более выгодной формой оказания медицинской помощи. Дневной стационар поликлиник все чаще рассматривается как альтернатива медицинским учреждениям с круглосуточным режимом пребывания пациентов.

В дневном стационаре оказывается первичная медико-санитарная помощь, включающая и отдельные виды специализированной медицинской помощи. В нем организуются лечебно-диагностические мероприятия при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного наблюдения.

В случае необходимости, возможно проведение дополнительных обследований, таких как: эхокардиография сердца, дуплексное сканирование периферических сосудов, холтеровское мониторирование ЭКГ, денситометрия, фиброгастроудоденоскопия, колоноскопия и многие другие. Однако для проведения подобных исследований необходимо наличие

соответствующего медицинского оборудования и медицинской лицензии на право проведения подобных манипуляций.

В настоящее время в дневном стационаре проводятся комплексные мероприятия пациентам, имеющим риск обострения хронического заболевания, в том числе профессионального, а также часто и длительно болеющим.

В условиях дневного стационара пациентам осуществляется подбор оптимальной терапии в случае впервые выявленного заболевания или при изменении характера течения хронического заболевания.

Лекарственными препаратами, необходимыми для проведения назначенного медикаментозного лечения, пациенты обеспечиваются в полном объеме.

При обращении в поликлинику с обострением хронического или вновь выявленного заболевания всех пациентов можно условно разделить на несколько групп:

- нуждающихся в амбулаторном лечении с периодическим посещением медицинской организации (например, для проведения профилактических мероприятий, участия в школах здоровья);
- требующих госпитализации в дневной стационар поликлиники;
- с необходимостью направления в круглосуточный стационар для продолжения дальнейшего лечения.

Для изучения целей направления на госпитализацию в дневной стационар в процессе нашего исследования проведена случайная выборка 200 медицинских карт пациентов, получавших медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Распределение госпитализированных в дневной стационар пациентов отражено в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Распределение пациентов по виду госпитализации в дневной стационар

Госпитализация в дневной стационар	Количество пациентов	%
Плановая госпитализация по поводу хронического заболевания без обострения	87	43,5
Госпитализация по поводу обострения хронического заболевания	67	33,5
Госпитализация по поводу впервые выявленного заболевания	46	23,0
Итого	200	100,0

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что большинство пациентов относятся к диспансерной группе и направлены на лечение в дневной стационар в плановом порядке с целью профилактики обострения и рецидивов хронического заболевания, доля которых составила 43,5%. Доля пациентов, госпитализированных с обострением хронических заболеваний составила 33,5%, а с впервые выявленным острым заболеванием, не требующим госпитализации в круглосуточный стационар – 23,0%.

Важно отметить, при анализе амбулаторных карт пациентов, проходивших лечение в условиях дневного стационара, нами установлено, что практически все пациенты являются коморбидными.

Коморбидность оказывает высокое влияние на медицинскую и экономическую эффективности. Сочетанная патология может изменить клиническую картину основного заболевания, с которым обратился пациент, повысить риск осложнений и летального исхода.

Таким образом, пациенты с коморбидной патологией требуют комплексного одномоментного лечения, что обосновывает необходимость проведения симультанных мероприятий в условиях дневного стационара.

Следует подчеркнуть, что коморбидные пациенты имеют большой риск заражения инфекционными заболеваниями. Именно этот факт послужил основанием для рассмотрения нами возможности проведения вакцинации по национальному календарю как обязательного компонента при лечении

коморбидных пациентов.

Важно отметить, что в случае возникновения вспышек инфекционных заболеваний экстренная вакцинация является обязательной для большинства пациентов с хронической патологией.

В случае необходимости лечения в условиях дневного стационара пациенты последовательно проходят следующие этапы:

- запись на прием к врачу;
- врачебный осмотр;
- проведение диагностических мероприятий;
- постановка окончательного диагноза и назначение лечения;
- проведение назначенного лечения в условиях дневного стационара.

В ходе исследования, до внедрения новой структурно-функциональной модели, нами был проведен хронометраж времени пребывания пациента, получающего лечение в условиях дневного стационара медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (таблица 3.3).

В соответствии с полученными результатами была установлена критическая точка в маршрутизации пациента – время, необходимое врачу дневного стационара для назначения диагностических исследований и разъяснения плана обследования пациенту при первичном приеме. Было установлено, что время ожидания первичного приема врачом в среднем в поликлиниках Фрунзенского района составило $6 \pm 0,5$ мин. Причиной задержек первичного медицинского осмотра пациента является большое количество рутинной работы, выполняемой врачом.

Таблица 3.3 – Хронометраж времени пребывания пациента в отделении дневного стационара до внедрения новой структурно-функциональной модели, мин.

Действие		Время, мин. *	
действие врача	действие медицинской сестры	средняя продолжительность первичного приема	средняя продолжительность повторного приема
Опрос пациента (жалобы, сбор анамнеза жизни, болезни и пр.)	открывает ЭМК пациента	$5 \pm 0,5$	$2 \pm 0,5$

Продолжение таблицы 3.3

Действие		Время, мин. *	
Осмотр пациента	занесение данных в ЭМК пациента	9±0,5	5±0,5
Просмотр заключения профильного врача-специалиста и внесение данных осмотра		1±0,5	1±0,5
Назначение диагностических инструментальных и лабораторных исследований Врач проговаривает с пациентом план обследования	выписывает направление	4±0,5	
Врач проговаривает с пациентом план лечения			3±0,5
Запись на контрольный визит	распечатывает талон на следующий визит	1±0,5	1±0,5
Итого		21±0,5	12±0,5
Ожидание пациента в очереди к врачу дневного стационара		6±0,5	0

* $p \leq 0,05$

Также важно отметить, что до начала лечения в условиях дневного стационара пациенту, как правило, требуется проведение необходимых лабораторных и диагностических исследований. Для большинства диагностических исследований, таких как фиброгастроуденоскопия, ультразвуковые исследования и прочие, необходима предварительная запись. Получение результатов этих исследований, в большинстве случаев, имеет длительные сроки (до 14 дней).

Указанные обстоятельства способствуют утрате контроля над состоянием пациента в случае обострения хронического заболевания.

Таким образом, проведенный нами анализ организации медицинской помощи в условиях дневного стационара позволит нам выявить существующие в настоящее время основные недостатки, среди которых можно выделить четыре основные группы:

1. Организационные недостатки:

- нерациональное использование ресурсов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- отсутствие четкого понятийного аппарата для оценки эффективности лечения пациентов с коморбидной патологией;
- загруженность врачей дневных стационаров.

2. Медицинские недостатки:

- длительность ожидания медицинской помощи;
- необоснованные госпитализации;
- низкий уровень качества оказания медицинской помощи.

3. Кадровые недостатки:

- низкая профессиональная подготовленность медицинского персонала;
- проблемы, связанные с этикой и деонтологией медицинского персонала.

4. Недостатки, связанные с пациентами:

- отсутствие четкой маршрутизации пациентов;
- низкий уровень доверия к медицинскому персоналу.

Указанные выше группы недостатков свидетельствуют о необходимости совершенствования диагностического и лечебного процесса с целью повышения доступности, качества и эффективности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, что послужило основой для разработки новой структурно-функциональной модели.

3.5 Новая структурно-функциональная модель оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара

В настоящее время действующая организационная система оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара характеризуется рядом существенных недостатков, в то время как внедрение новых организационных форм может оказать существенное влияние на эффективность работы дневных стационаров.

В существующей модели оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара мы выделили три уровня врачебной помощи: участковый врач, профильный врач-специалист и врач дневного стационара (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Существующая модель дневного стационара

Уровень	Врач	Функции
I	участковый врач	<ul style="list-style-type: none"> – профилактика, диагностика, и выявление заболеваний у пациентов; – постановка на диспансерный учет; – диспансерное наблюдение; – назначение стандартных лабораторных исследований; – консультирование и анкетирование пациентов; – оформление электронной карты амбулаторного больного.
II	профильный врач-специалист	<ul style="list-style-type: none"> – диагностика и лечение заболеваний; – направление пациентов на лечение в дневной или круглосуточный стационар для дальнейшего лечения; – назначение стандартных лабораторных исследований; – консультирование и анкетирование пациентов; – оформление электронной карты амбулаторного больного.
III	врач дневного стационара	<ul style="list-style-type: none"> – диагностика и лечение заболеваний; – организация комплексного лечения; – назначение стандартных лабораторных исследований; – оформление электронной карты амбулаторного больного.

Функционал каждого из врачей перегружен рутинной работой, что значительно сказывается на сборе анамнеза и осмотре пациента, что может быть причиной диагностических ошибок.

Существующая модель организации работы дневного стационара определила маршрутизацию пациентов (рисунок 3.8).

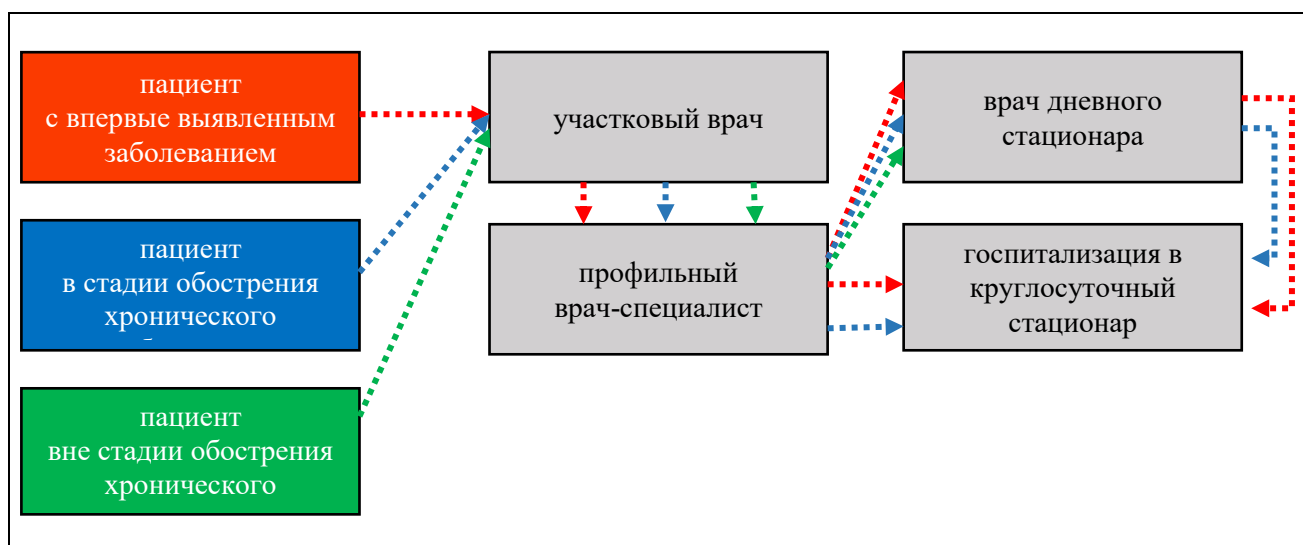


Рисунок 3.8 – Маршрутизация пациента в рамках существующей модели дневного стационара

В существующей модели лечения в дневном стационаре маршрутизация пациентов, вне зависимости от характера течения заболевания, (пациент с впервые выявленным заболеванием, либо с обострением хронического, либо вне обострения хронического заболевания) осуществляется через участкового врача, далее к профильному врачу-специалисту, который в дальнейшем определяет маршрутизацию пациентов в дневной или круглосуточный стационары.

Полученные в ходе исследования результаты позволили нам определить приоритетные задачи совершенствования и оптимизации работы дневного стационара:

- увеличение доступности медицинской помощи (сокращение времени ожидания приема пациентов врачом дневного стационара, сокращение сроков выполнения инструментальных и лабораторных обследований);

- улучшение качества оказываемой в условиях дневного стационара помощи, в том числе проведение симультанных мероприятий коморбидным пациентам;

- исключение необоснованных госпитализаций в круглосуточный стационар.

По итогам проведенного научного исследования нами предложена модернизированная схема оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара. Предложенная схема апробирована в практической деятельности поликлиники в 2019-2021 гг. Фрунзенского района города Санкт-Петербурга. Необходимо отметить, что научное обоснование, внедрение и оценка результатов новой модели организации работы дневного стационара стали основой для разработки ряда документов:

- алгоритм направления пациентов на госпитализацию в дневной стационар (приложение 4);

- критерии для определения целесообразности направления на госпитализацию в круглосуточный стационар (приложение 5);

- заключение комиссии о необоснованном направлении пациента на

плановую госпитализацию в круглосуточный стационар и выявленных недостатков обследования пациента на амбулаторном этапе при их наличии (приложение 6);

– проект приказа медицинской организации «Об организации поста самостоятельного приема пациентов медицинскими сестрами в дневном стационаре» (приложение 7);

– проект трудовой функции (профессионального стандарта): оказание доврачебной медицинской помощи в условиях дневного стационара при организации поста медицинской сестры (приложение 8).

С целью совершенствования системы организации медицинской помощи пациентам в условиях дневного стационара предлагается структурно-функциональная модель (таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Структурно-функциональная модель дневного стационара

Уровень	Врач	Функции
I	участковый врач	– профилактика, диагностика, и выявление заболеваний у пациентов; – постановка на диспансерный учет; – диспансерное наблюдение.
II	профильный врач-специалист	– диагностика и лечение заболеваний; – направление пациентов на лечение в дневной или круглосуточный стационар для дальнейшего лечения.
III	медицинская сестра дневного стационара на самостоятельном приеме	– самостоятельный доврачебный прием пациентов с хроническими заболеваниями вне обострения; – назначение стандартных лабораторных исследований; – выполнение инструментальных исследований (ЭКГ); – консультирование и анкетирование пациентов; – оформление электронной карты амбулаторного больного; – запись к врачу дневного стационара с результатами обследования.
IV	врач дневного стационара	– диагностика и лечение заболеваний; – диагностирование сочетанных патологий; – организация комплексного лечения.

Пациент при обращении в медицинскую организацию проходит через несколько условно выделенных нами уровней медицинской помощи:

I уровень – участковый врач. Основными задачами участкового врача является проведение лечебных и диагностических мероприятий, направленных

на активное выявление заболеваний у пациентов. Также важной задачей участкового врача является формирование групп риска развития хронических заболеваний и организация активной профилактической работы с данной группой. В случае диагностики у пациента хронического заболевания участковый врач организует диспансерное наблюдение.

II уровень – профильный врач-специалист. Этот уровень предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной медицинской помощи, направленной на диагностику и лечение заболеваний, а также диспансерное наблюдение пациентов с установленным диагнозом. Медицинская помощь на этом уровне предусматривает в случае необходимости направление на лечение в дневной стационар или на госпитализацию в круглосуточный стационар.

III уровень – медицинская сестра дневного стационара на самостоятельном приеме. Уровень самостоятельного приема медицинской сестры предусматривает доврачебный прием пациентов, назначение установленного перечня исследований, оформление медицинской документации.

IV уровень – врач дневного стационара. Основные задачи врача дневного стационара предусматривают оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара. Диагностику и лечение заболеваний, диагностику сочетанных патологий, организацию комплексного лечения сочетанных патологий – организация симультанных мероприятий в условиях дневного стационара.

В рамках новой структурно-функциональной модели нами предложена маршрутизация пациентов, представленная на рисунке 3.9.

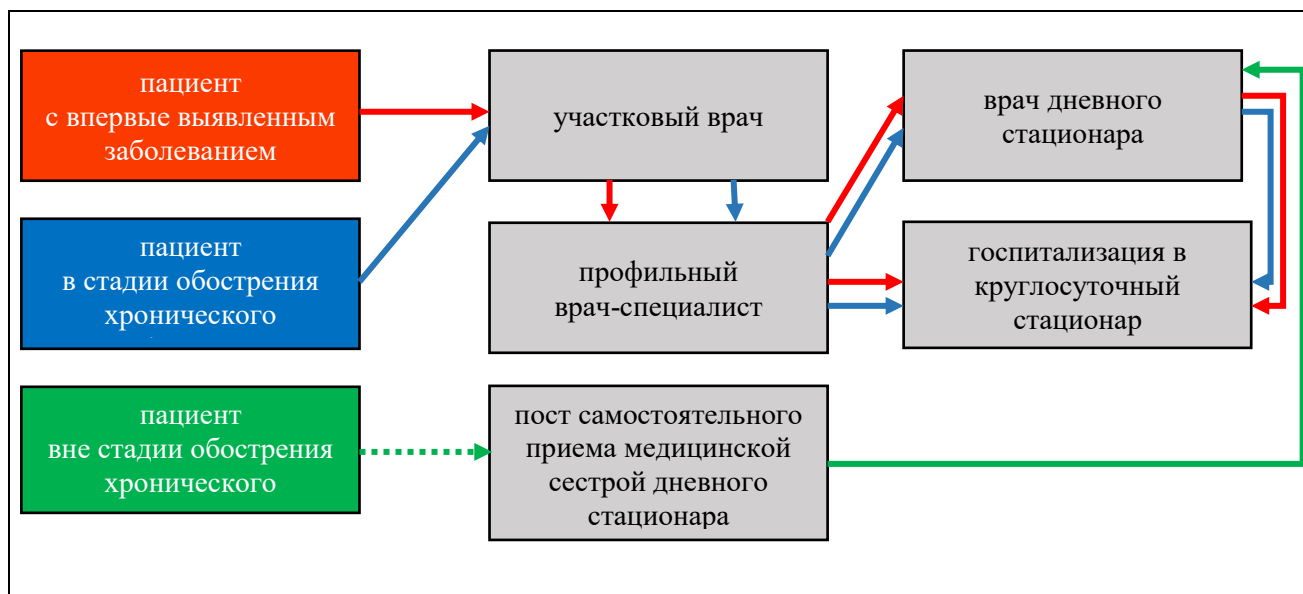


Рисунок 3.9 – Маршрутизация пациента в рамках новой структурно-функциональной модели дневного стационара

Новая структурно-функциональная модель позволяет отдельно выделить поток пациентов с хроническими заболеваниями вне стадии обострения. При обращении на пост самостоятельного приема медицинской сестрой эти пациенты получают направление на лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для госпитализации в дневной стационар, и далее после прохождения полного обследования направляются на прием к врачу дневного стационара.

Предложенная маршрутизация обеспечивает равномерную нагрузку на медицинский персонал дневного стационара, сокращает время ожидания пациентом медицинской помощи.

При использовании модернизированной схемы работы дневного стационара установлены следующие правила приема в зависимости от категории пациента:

1. Пациент с впервые выявленным заболеванием.

При подозрении на наличие заболевания, установленного во время планового профилактического медицинского осмотра, диспансеризации или при обращении с жалобами к участковому врачу, пациент направляется на консультацию к профильному врачу-специалисту. После проведения

диагностических инструментальных и лабораторных мероприятий, постановки окончательного диагноза специализированная медицинская помощь, при необходимости, может быть оказана в условиях дневного стационара. Важно отметить, что при наличии у пациента состояния, предусматривающего круглосуточное наблюдение или лечение, пациент направляется на госпитализацию в круглосуточный стационар.

2. Пациент с хроническим заболеванием, состоящий на диспансерном учете:

– без признаков обострения хронического заболевания направляется к медицинской сестре дневного стационара, ведущей самостоятельный прием, где получает направление на прохождения необходимых диагностических процедур, по результатам которых направляется на прием к врачу дневного стационара;

– в стадии обострения хронического заболевания пациент, в случае обращения к участковому врачу или медицинской сестре, получает направление на диагностическое обследование и сразу направляется к врачу дневного стационара с целью скорейшего начала лечения.

Важно отметить, что первоначальный контакт с пациентом без записи по факту посещения осуществляет медицинская сестра дневного стационара, ведущая самостоятельный доврачебный амбулаторный прием, снимая дополнительную нагрузку с врача дневного стационара. Это влечет за собой повышение доступности медицинской помощи.

Новая структурно-функциональная модель повлекла за собой следующие изменения:

– перераспределение должностных обязанностей врача и медицинской сестры во время приема пациентов в дневном стационаре;

– увеличение количества медицинских сестер в рабочую смену до двух. Одна медицинская сестра работает с врачом, вторая – ведет самостоятельный доврачебный амбулаторный прием пациентов. Он включает проведение необходимого объема доврачебной помощи и выполнение стандартных

медицинских процедур, заранее согласованных с врачом дневного стационара.

Функции медицинских сестер на приеме с врачом дневного стационара и на самостоятельном приеме указаны в таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Распределение функций медицинских сестер

Прием	Обязанности
Медицинская сестра на приеме с врачом дневного стационара	<ul style="list-style-type: none"> - оформление медицинской документации; - выполнение сестринских манипуляций.
Медицинская сестра на самостоятельном доврачебном приеме	<ul style="list-style-type: none"> - самостоятельный доврачебный прием пациентов с хроническими заболеваниями вне обострения; - назначение стандартных лабораторных исследований; - выполнение инструментальных исследований (ЭКГ); - консультирование и анкетирование пациентов; - оформление электронной карты амбулаторного больного; - запись к врачу дневного стационара с результатами обследования.

С целью организации самостоятельного приема медицинской сестры организовано оснащенное рабочее место. Во время самостоятельного приема медицинская сестра проводит доврачебный осмотр, некоторые исследования – ЭКГ, забор крови и другие. В случае необходимости выдает, заранее согласованное с врачом, направление на различные виды обследований, оформляет электронную карту амбулаторного больного и записывает на плановый прием к врачу дневного стационара. Работа медицинской сестры практически полностью регламентирована разработанными стандартными операционными процедурами.

Наряду с организацией рабочего места предложенная структурно-функциональная модель включает в себя проведение локального (внутри дневного стационара) повышения квалификации медицинского персонала силами врача дневного стационара и старшей медицинской сестры.

Работа медицинской сестры на самостоятельном приеме нуждается в организации внутреннего контроля. Он осуществляется с целью исключения снижения качества оказания медицинской помощи и повышения удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью.

Таким образом, на этапе взаимодействия медицинской сестры и пациента организован контроль, который осуществляется на основании приказа главного врача медицинской организации, старшей медицинской сестрой отделения или главной медицинской сестрой медицинской организации с использованием разработанных критериев оценки (приложение 7).

Помимо организации самостоятельного приема медицинской сестры в дневном стационаре в рамках новой структурно-функциональной модели, с целью снижения уровня необоснованных госпитализаций в круглосуточные стационары, в практику врачей внедрены:

- алгоритм направления пациентов на госпитализацию в дневной стационар (приложение 4);
- критерии для определения целесообразности направления на госпитализацию в круглосуточный стационар (приложение 5).

Согласно алгоритму направления пациентов, на госпитализацию в дневной стационар врач оценивает состояние пациента на предмет отсутствия или наличия осложнений основного заболевания, необходимости круглосуточного наблюдения, риска хирургического лечения, не типичности течения заболевания или отсутствия реакции на проводимое ранее лечение. Также важным в оценке состояния пациента является наличие или отсутствие эпидемических показаний, требующих изоляции пациента. Оснащенность медицинской организации, ее диагностические и лечебные возможности также непосредственно влияют на принятие решения о тактике дальнейшего лечения пациента.

Указанные мероприятия в первую очередь направлены на уменьшение количества необоснованных госпитализаций и перераспределение нагрузки между круглосуточным и дневным стационаром.

Особое внимание стоит уделить тому, что в рамках новой модели организации работы дневного стационара были организованы симультанные мероприятия. Симультанные мероприятия в условиях дневного стационара направлены большей частью на снижение факторов риска, способствующих возникновению новых заболеваний, обострений и рецидивов хронических

заболеваний. Данные мероприятия были организованы в поликлиниках Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга посредством организации диспансеризации и профилактических осмотров при прохождении пациентами лечения в условиях дневного стационара. Также была организована вакцинация в рамках национального календаря профилактических прививок при отсутствии противопоказаний для их проведения (таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Охват профилактическими мероприятиями до и после внедрения новой структурно-функциональной модели

Профилактическое мероприятие	Количество проанализированных медицинских карт пациентов, проходивших лечение в дневном стационаре	Охват профилактическими мероприятиями, %			
		до внедрения новой модели		после внедрения новой модели	
		пройден	не пройден	пройден	не пройден
диспансеризация, профилактические медицинские осмотры	200	61,5	38,5	84,5	15,5
вакцинация по национальному календарю	200	47,5	52,5	54,0	46,0

Организации симультанных мероприятий в условиях дневного стационара направлена на увеличение охвата населения диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами, а также профилактическими прививками.

Учитывая вышеизложенное, предложенная структурно-функциональная модель, выполняет не только регулирующую роль, но и позволяет, в том числе, проводить оценку и анализ качества медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, пациентам, своевременно устранять выявленные нарушения и предотвращать возможные ошибки.

В рамках предложенной структурно-функциональной модели реализованы управленческие решения, которые наиболее точно отвечают поставленным задачам по совершенствованию системы оказания медицинской помощи в

условиях дневного стационара. С целью оценки управленческих решений нами была проведена сравнительная характеристика реализованных мероприятий новой структурно-функциональной модели и ранее действующей модели оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Сравнительная характеристика действующей и разработанной новой структурно-функциональной модели деятельности дневного стационара представлена в таблице 3.8.

Таблица 3.8 – Сравнительная характеристика действующей и разработанной структурно-функциональной модели деятельности дневного стационара

Недостаток существующей модели	Управленческое решение в рамках новой модели
Высокая нагрузка на врача дневного стационара	Перераспределение обязанностей между врачом и медицинской сестрой дневного стационара, организация поста самостоятельного приема медицинской сестры.
Низкий уровень качества оказания медицинской помощи по мнению пациентов, низкая удовлетворенность пациентов, оказываемой медицинской помощью средним медицинским персоналом	Внутренний контроль качества оказания медицинской помощи пациентам медицинской сестрой дневного стационара на самостоятельном приеме.
Невозможность одновременного проведения лечения и профилактики этиологически не связанных между собой заболеваний	Организация проведения симультанных мероприятий в условиях дневного стационара.
Необоснованные госпитализации	Система поддержки принятия врачебных решений о госпитализации: «Алгоритм направления пациентов на госпитализацию в дневной стационар».

В процессе внедрения новых принципов работы дневного стационара отчетливо выявлена тенденция к улучшению качества и доступности медицинской помощи при применении модернизированной схемы деятельности врача и медицинских сестер. У врача отмечается значительное снижение объема рутинной работы по заполнению документации, организации маршрутизации пациентов и прочих мероприятий. На этом фоне освобождается время для более качественного общения с пациентом, что в свою очередь приводит к снижению количества диагностических ошибок. При таком подходе удовлетворенность

пациентов от получаемой ими медицинской помощи возрастает.

Учитывая вышеизложенное, совершенствование системы оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара включает в себя разработку новых подходов, которые позволяют оптимизировать маршрутизацию пациентов, повысить качество и эффективность оказываемой медицинской помощи, повысить удовлетворенность пациентов, а также снизить процент необоснованных госпитализаций в круглосуточный стационар.

3.6 Оценка эффективности внедрения новой структурно-функциональной модели оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара

Повышение эффективности работы системы здравоохранения, улучшение качества предоставляемой медицинской помощи, обеспечение ее доступности, в том числе в части организации работы дневных стационаров, является одной из актуальных задач системы здравоохранения.

С целью оценки эффективности новой структурно-функциональной модели оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара в рамках Фрунзенского (административного) района г. Санкт-Петербурга в 2020-2021 гг. проведен организационный эксперимент, который позволил внедрить разработанную модель.

Оценка и результаты внедрения новой структурно-функциональной модели осуществлялась по ее медико-социальной эффективности. Основными критериями послужили:

- время нахождения пациента в дневном стационаре;
- уровень необоснованных госпитализаций;
- количество госпитализированных в круглосуточные и дневные стационары;
- результаты лечения;

- удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской помощью;
- удовлетворенность медицинского персонала дневного стационара.

Продуктивное использование времени пребывания пациентов в поликлинике в настоящее время является одним из важных критериев оценки результатов внедрения модифицированной модели работы дневного стационара. Данного результата удалось добиться в результате перераспределения функционала между врачом и медицинской сестрой дневного стационара.

Внедрение новой структурно-функциональной модели значительно изменило время ожидания пациентов с хроническими заболеваниями вне обострения первичного приема (таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Хронометраж времени первичного приема пациента с хроническими заболеваниями вне обострения до и после внедрения новой структурно-функциональной модели

Показатель	Группы наблюдения	
	до внедрения новой модели	после внедрения новой модели
	t, мин. *	t, мин. *
Время ожидания приема врачом дневного стационара при первичном приеме	6±0,2	1±0,7
Длительность приема врачом дневного стационара при первичном приеме	21±0,4	15±0,6
Длительность приема врачом дневного стационара при повторном приеме	12±0,8	12±0,2

* p<0,05

Данные, полученные в результате перераспределения функционала между врачом и медицинской сестрой, показали значительное снижение времени ожидания первичного приема пациентами. Его значение уменьшилось с 6±0,2 до 1±0,7 минут. Длительность приема врачом дневного стационара при первичном приеме пациента сократилось с 21±0,4 до 15±0,6 мин.

Перераспределение функционала в работе врача и медицинской сестры дневного стационара способствовало значительному увеличению времени работы с диспансерной группой. Таким образом, доля пациентов, госпитализированных с целью планового профилактического лечения в дневной стационар, увеличилась.

Таблица 3.10 – Распределение пациентов по виду госпитализации в дневной стационар

Госпитализация в дневной стационар	2018-2019 гг.		2020-2021 гг.	
	количество пациентов	%	количество пациентов	%
Плановая госпитализация по поводу хронического заболевания без обострения	87	43,5	112	56,0
Госпитализация по поводу обострения хронического заболевания	67	33,5	45	22,5
Госпитализация по поводу впервые выявленного заболевания	46	23,0	43	21,5
Итого	200	100,0	200	100,0

Активная работа с пациентами, имеющими хронические заболевания, способствовала уменьшению доли пациентов, госпитализированных с обострением хронических заболеваний (с 33,5% до 22,5%). Госпитализация пациентов с хроническими заболеваниями с целью профилактики обострений, уменьшения рецидивов заболеваний также благоприятно сказалась на уровне госпитализаций в круглосуточный стационар (рисунок 3.10).

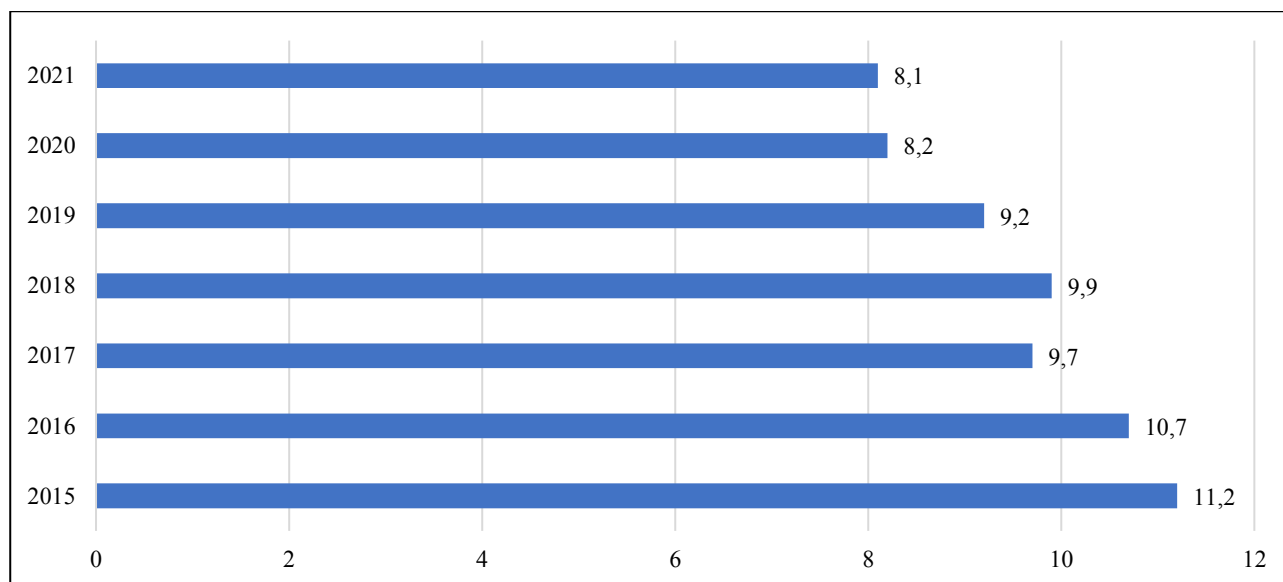


Рисунок 3.10 – Плановая госпитализация в круглосуточные стационары во Фрунзенском районе г. Санкт-Петербурга (2015-2021 гг.), %

В результате внедрения новой структурно-функциональной модели

наблюдается значительное уменьшение плановой госпитализации в круглосуточные стационары в 2020-2021 гг. до уровня 8,1-8,2%.

Снижение плановой госпитализации, проведение симультанных мероприятий в условиях дневного стационара и комплекса мер, направленных на увеличение доли пролеченных пациентов с хроническими заболеваниями без обострения, свидетельствуют об эффективном использовании коек дневного стационара и перераспределении нагрузки между дневным и круглосуточными стационарами. Это оказало положительное влияние на уровень необоснованных госпитализаций в круглосуточные стационары и эффективность работы медицинской организации в целом (рисунок 3.11).

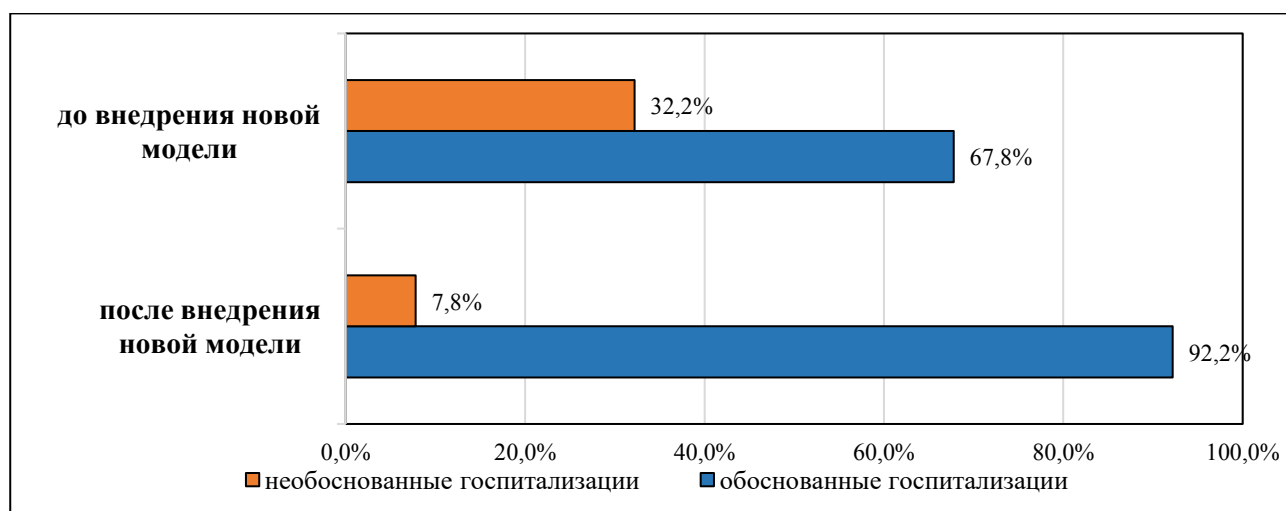


Рисунок 3.11 – Госпитализация в круглосуточный стационар до и после внедрения новой структурно-функциональной модели

Важными факторами, влияющими на уровень госпитализации, в том числе необоснованной, стали изменения в работе врачей при принятии решения о госпитализации пациентов, а именно:

- внедрение «Алгоритма направления пациентов на госпитализацию в дневной стационар»;
- внедрение «Критериев для определения целесообразности направления на госпитализацию в круглосуточный стационар»,
- регулярный контроль соблюдения алгоритма и чек-листа заведующим отделением.

Заслуживает внимания тот факт, что в рамках нашего исследования перераспределение функционала между врачом и медицинской сестрой привели к следующим результатам:

- увеличению времени общения врача с пациентом, что особенно важно при первичном приеме;
- более активному проведению мероприятий пациентам, относящимся к диспансерным группам;
- более эффективному использованию времени пациента при нахождении в дневном стационаре;
- повышению доступности медицинской помощи в дневном стационаре;
- снижению уровня необоснованных госпитализаций.

Таким образом, после внедрения новой структурно-функциональной модели медицинская сестра получила статус партнера врача, действующего самостоятельно в рамках своей компетенции, повысилась профессиональная привлекательность и престиж профессии медицинской сестры.

С целью оценки социальной эффективности и результатов ее внедрения в рамках нашего научного исследования проведен опрос пациентов.

Пациенты, проходившие опрос, отвечали следующим параметрам:

- имели хронические заболевания и состояли на диспансерном учете;
- проходили лечение в дневных стационарах поликлиник Фрунзенского района;
- проходили лечение в дневных стационарах до и после внедрения новой структурно-функциональной модели.

В социологическом исследовании приняли участие 200 пациентов, находящихся на лечении в дневных стационарах поликлиник Фрунзенского района за период с 01.01.2015 г. по 31.12.2021 г. Опросные листы содержали информацию об основном заболевании, в связи с которым пациенты проходили лечение в условиях дневного стационара. По результатам опроса пациенты были распределены по классам болезней (таблица 3.11).

Таблица 3.11 Распределение пациентов, пролеченных в дневных стационарах по классам болезней

Возраст	Класс болезней					Кол-во, абс.
	болезни костно-мышечной системы	болезни дыхания	болезни системы кровоснабжения	болезни нервной системы	болезни эндокринной	
до 30 лет	0	1	0	1	2	4
31-49 лет	2	1	1	1	1	6
50-59 лет	14	6	8	4	4	36
60-69 лет	36	8	54	18	14	130
70 лет и старше	8	4	8	2	2	24
Всего	60	20	71	26	23	200

Согласно представленным данным, большую долю заболеваний у пациентов, проходивших лечение в дневном стационаре, составили болезни системы кровообращения и костно-мышечной системы. Полученные результаты коррелируются с анализом заболеваемости среди пациентов, проходивших лечение в дневных стационарах Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга в 2015-2019 гг.

При проведении опроса пациентов также оценивались субъективные результаты лечения и удовлетворенность внедрением новой структурно-функциональной модели работы дневного стационара. Соотношение респондентов было следующим: 56 мужчин (28,0%) и 144 женщин (72,0%).

Результаты опроса выявили субъективное изменение состояния пациентов после внедрения новой формы организации работы дневного стационара (таблица 3.12).

Таблица 3.12 – Оценка результатов лечения

Результаты	До внедрения новой модели		После внедрения новой модели	
	количество пациентов	%	количество пациентов	%
Субъективное увеличение частоты обострений хронического заболевания	114	57,0	81	40,5
Субъективное улучшение течения хронического заболевания	71	35,5	102	51,0
Субъективное отсутствие изменений в состоянии здоровья	15	7,5	17	8,5
Всего	200	100,0	200	100,0

При сравнении групп пациентов до и после внедрения новой структурно-функциональной модели установлено, что доля пациентов, отмечающих улучшение состояния здоровья увеличилась на 15,5%, в то время как частые обострения отметили на 16,5% меньше респондентов. Динамика показателя отсутствия изменений в течении заболевания не имела статистической значимости в обеих моделях.

Результаты опроса также выявили рост удовлетворенности пациентов работой медицинских сестер (рисунок 3.12).

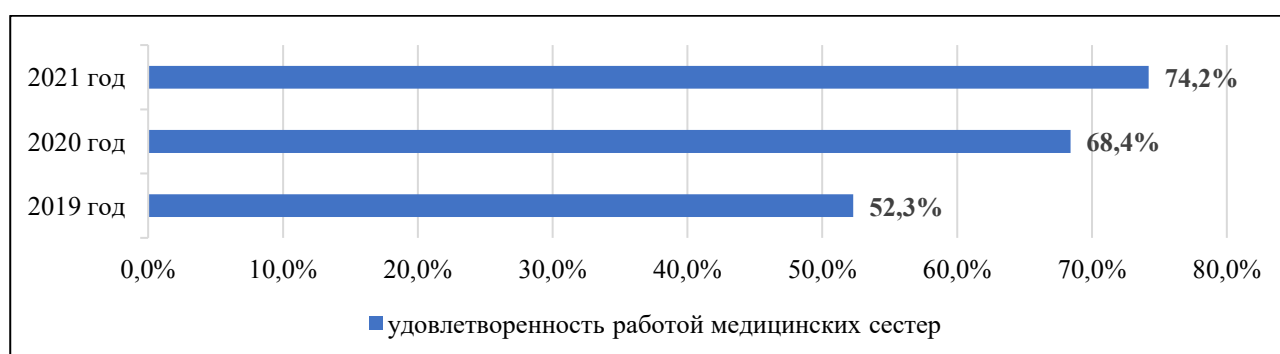


Рисунок 3.12 – Удовлетворенность пациентов работой медицинских сестер

Удовлетворенность пациентов работой медицинских сестер за два года увеличилась на 21,9%. В 2019 г. она составила 52,3%, а в 2021 – 74,2%.

Уровень удовлетворенности пациентов определяет социальную эффективность проводимых мероприятий, внедрения новой структурно-функциональной модели. Для ее оценки нами проведен опрос пациентов дневных стационаров поликлиник Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга. С этой целью нами был разработан «Опросный лист пациентов по результатам оказания медицинской помощи в дневном стационаре». Респондентам предлагалось выбрать один вариант ответа, с целью объективности опросные листы заполнялись анонимно.

По результатам рассчитан коэффициент социальной эффективности ($K_{сэ}$) внедрения новой модели организации деятельности дневного стационара по формуле:

$$K_{сэ} = \frac{C_y}{C_o} \quad (2)$$

где C_y – количество случаев удовлетворенности пациента медицинской помощью;

C_o – количество оцениваемых случаев.

Максимальная степень достижения социального результата может быть равна 1,0.

Результаты опроса до и после внедрения новой структурно-функциональной модели дневного стационара представлены в таблицах 3.13, 3.14 и на рисунке 3.13.

Таблица 3.13 – Результаты удовлетворенности (К_{ес}) качеством лечения до внедрения новой структурно-функциональной модели организации медицинской помощи в условиях дневного стационара

Показатель	Удовлетворены			Не удовлетворены			Затруднились с ответом
	всего	да, полностью	больше да, чем нет	всего	не удовлетворены	больше нет, чем да	
Уровень удовлетворенности пациентов организацией лечения в условиях дневного стационара поликлиник	0,702	0,273	0,439	0,272	0,178	0,094	0,026
Уровень удовлетворенности пациентов организацией лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ, ЭКГ)	0,704	0,361	0,343	0,261	0,171	0,090	0,035
Уровень удовлетворенности организацией приема врачей-специалистов	0,622	0,368	0,304	0,329	0,203	0,126	0,049
Уровень информированности пациентов о состоянии здоровья	0,704	0,318	0,416	0,254	0,143	0,111	0,042
Уровень готовности рекомендовать свою поликлинику друзьям и знакомым	0,680	0,222	0,458	0,242	0,144	0,103	0,073

Таблица 3.14 – Результаты удовлетворенности (К_{сз}) качеством лечения после внедрения новой структурно-функциональной модели организации медицинской помощи в условиях дневных стационара

Показатель	Удовлетворены			Не удовлетворены			Затруднились с ответом
	всего	да, полностью	больше да, чем нет	всего	не удовлетворены	больше нет, чем да	
Уровень удовлетворенности пациентов организацией лечения в условиях дневного стационара поликлиник	0,871	0,682	0,189	0,104	0,032	0,072	0,025
Уровень удовлетворенности пациентов организацией лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ, ЭКГ)	0,854	0,686	0,168	0,124	0,037	0,087	0,022
Уровень удовлетворенности организаций приема врачей-специалистов	0,812	0,688	0,124	0,165	0,069	0,096	0,023
Уровень информированности пациентов о состоянии здоровья	0,887	0,723	0,164	0,102	0,021	0,081	0,011
Уровень готовности рекомендовать свою поликлинику друзьям и знакомым	0,795	0,627	0,168	0,123	0,054	0,069	0,082

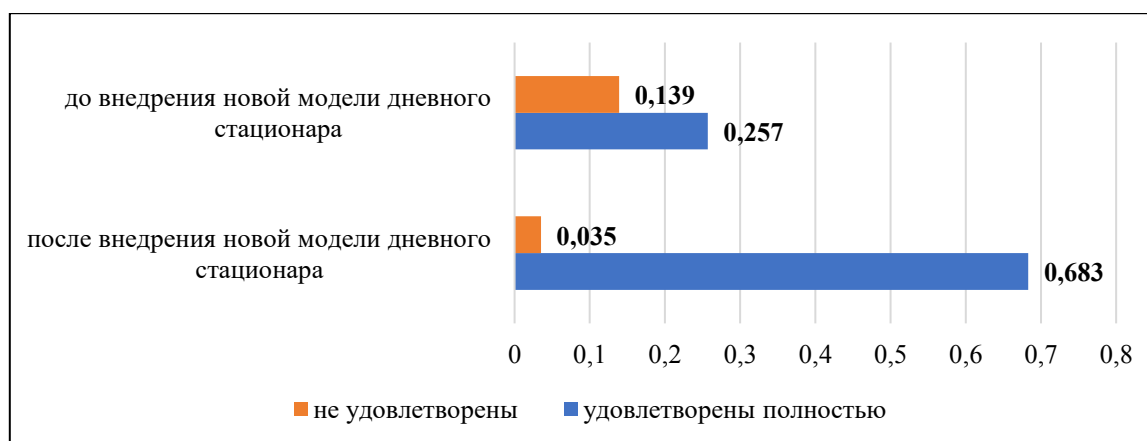


Рисунок 3.13 – Социальная эффективность внедрения новой структурно-функциональной модели дневного стационара, $K_{сэ}$

Полученные данные показали, что в целом степень достижения социального результата после внедрения новой структурно-функциональной модели дневного стационара возросла. До внедрения новой модели дневного стационара $K_{сэ} = 0,257$, а после внедрения $K_{сэ} = 0,683$.

Важно отметить, что поддержание достаточно высокого показателя социальной эффективности возможно только при организации и выполнении указанных в таблицах 3.13 и 3.14 мероприятий. Они должны проводиться на достаточно высоком уровне с организацией постоянного их мониторинга и контроля.

Результаты данного этапа позволили обосновать выбор структурно-функциональной модели оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, требования и принципы оптимальной ее организации.

Начиная с 2020 г. был инициирован процесс внедрения новых принципов работы в дневном стационаре. Данный процесс совпал с началом пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Многие отделения круглосуточных стационаров и сами они в целом перешли на режим инфекционных. Плановая госпитализация стала резко ограничена, за исключением медицинской помощи при обострении хронических заболеваний, которые могут привести к жизнеугрожающим состояниям. Учитывая этот факт, дневные стационары в 2020-2021 гг. взяли на себя нагрузку по оказанию плановой медицинской

помощи пациентам с хронической патологией.

В декабре 2020 года был объявлен старт вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

В случае планового поступления в дневной стационар пациента с хроническим заболеванием и при отсутствии противопоказаний, врач дневного стационара оформлял допуск к вакцинации и направлял пациента в пункт проведения вакцинации.

Нельзя не отметить, что COVID-19 представляет высокую опасность для людей, страдающих сахарным диабетом, хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, бронхиальной астмой. При наличии этих заболеваний возрастает вероятность тяжелых осложнений COVID-19. Сочетание сахарного диабета, избыточного веса и повышенного артериального давления увеличивает риски осложнений. Учитывая такие высокие риски, вакцинация против новой коронавирусной инфекции пациентам с сахарным диабетом 1 и 2 типа, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы является обязательной.

Вакцинация пациентов в дневных стационарах поликлиник от коронавирусной инфекции и от других инфекций в рамках национального календаря прививок способствует повышению защищенности пациентов от инфекционных заболеваний и увеличивает иммунологическую прослойку среди прикрепленного к поликлиникам населения.

Внедрение новой структурно-функциональной модели нуждается в оценке ее эффективности и удобства со стороны медицинского персонала дневного стационара, в связи с чем нами был проведен опрос 120 сотрудников дневных стационаров до и после внедрения новой модели.

Новая структурно-функциональная модель организации работы дневного стационара позволила качественно осуществить диагностику состояния здоровья пациентов, активно определить факторы риска и основную патологию. Сочетанные действия в работе врачей дневного стационара и узких

специальностей создали условия для эффективного преемственного лечения пациентов в дневном стационаре и более рационального использования имеющихся ресурсов.

Такой комплексный подход позволил повысить удовлетворенность пациентов при оказании медицинской помощи и исключить повторные обращения в связи с сопутствующей патологией.

Внедрение модифицированной новой структурно-функциональной модели работы дневного стационара обеспечивает продуктивное использование времени пребывания пациентов в поликлинике, сокращает время проведения диагностических процедур, способствует уменьшению случаев необоснованной госпитализации в круглосуточные стационары.

ГЛАВА 4 ОСНОВНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

4.1 Основные направления совершенствования организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

Современная концепция совершенствования организации дневного стационара основана на положениях, учитывающих особенности развития системы здравоохранения и медицинской науки в целом. Одно из основных положений – активное внедрение стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи. Медицинская помощь в условиях дневного стационара должна отвечать следующим принципам:

- проведение комплексных профилактических мероприятий, включающих различные медицинские технологии;
- подбор адекватной терапии пациентам с впервые выявленным заболеванием;
- проведение реабилитационного лечения;
- использование всех материально-технических ресурсов медицинской организации.

Анализ применяемой в настоящее время модели организации медицинской помощи в условиях дневного стационара выявил неполное соответствие существующей системы современным потребностям населения в получении быстрой и качественной первичной медико-санитарной помощи. Это потребовало поиска более эффективного комплекса мероприятий для оказания данного вида медицинской помощи пациентам.

В ходе научного исследования нами был выявлен ряд существенных недостатков в обеспечении доступности и качества оказываемой первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. К ним можно отнести временные затраты пациента при получении медицинской помощи в

условиях дневного стационара, а также при ожидании инструментальных и лабораторных исследований и их результатов.

Выявленные нами в ходе исследования недостатки работы дневных стационаров дают возможность утверждать, что для более эффективного оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара необходима организация новой структурно-функциональной модели (рисунок 4.1).



Рисунок 4.1 – Структурно-функциональная модель организации медицинской помощи пациентам дневного стационара

Предлагаемая система организации работы в дневном стационаре представляет собой последовательные этапы от момента обращения пациента в медицинскую организацию до получения необходимого объема медицинской помощи:

1. запись пациента на прием;
2. доврачебный осмотр пациента на посту самостоятельного приема медицинской сестрой:

2.1 в случае обращения пациента с хронической патологией в рамках диспансерного наблюдения – оформление согласованных с врачом направлений на лабораторное и инструментальное обследования;

2.2 в случае обращения пациента с обострением хронической патологии – доврачебный осмотр, проведение необходимых диагностических исследований перед приемом у врача дневного стационара;

2.3 в случае обращения пациента с впервые выявленным заболеванием другими врачами медицинской организации – направление на прием к врачу дневного стационара;

2.4 в случае обращения пациента в дневной стационар без записи, медицинская сестра принимает такого пациента по факту посещения;

3. прием врача дневного стационара.

Основной элемент предлагаемой нами структурно-функциональной модели организации медицинской помощи пациентам – пост самостоятельного приема медицинской сестры. Функциями поста являются доврачебная оценка состояния здоровья пациента и определение срочности оказания ему медицинской помощи.

На данном этапе в процессе оказания медицинской помощи выделено три алгоритма действия медицинской сестры, отличающихся в зависимости от состояния здоровья пациента. Эти алгоритмы регламентированы стандартными операционными процедурами, разработанными специалистами дневного стационара и утвержденными руководителем организации.

В целом это позволило нам существенно сократить время ожидания пациентом приема у врача дневного стационара. Эта схема также упростила направление пациентов на проведение инструментальных и лабораторных обследований и ускорила получение их результатов.

Работа новой структурно-функциональной модели дневного стационара обеспечивается бригадой, состоящей из врача и двух медицинских сестер. Распределение функционала, график работы осуществляется и регулируется заведующим дневным стационаром.

В ходе реализации новой структурно-функциональной модели организации медицинской помощи пациентам в условиях дневного стационара в 2020-2021 гг. проведены следующие мероприятия:

1. Созданы врачебно-сестринские бригады с учетом профессиональных квалификаций сотрудников.

2. Организована работа кабинета для самостоятельного приема медицинской сестры и его техническое обеспечение.

3. Разработаны и утверждены внутренние приказы, регламентирующие организацию самостоятельного приема пациентов медицинскими сестрами дневного стационара (приложение 7).

4. Разработаны стандартные операционные процедуры медицинской сестры, применяемые на самостоятельном доврачебном приеме.

С целью ускорения и упрощения внедрения новой модели проведено информирование пациентов, состоящих на диспансерном учете и подлежащих плановому лечению о необходимости предварительной записи к медицинской сестре дневного стационара.

Необходимо отметить, что, используя метод анализа функционирования новой структурно-функциональной модели удалось обосновать развитие следующих важнейших направлений в организации работы дневного стационара:

- сокращение сроков ожидания лабораторных и функциональных исследований;
- уменьшение времени ожидания приема врачом дневного стационара;
- повышение удовлетворенности населения организацией медицинской помощи и работой медицинского персонала;
- увеличение пропускной способности дневного стационара (оборота коечного фонда);
- уменьшение числа необоснованных госпитализаций.

4.2 Основные направления оптимизации кадрового потенциала

Совершенствование деятельности дневных стационаров в значительной степени зависит от качества образования, уровня квалификации и подготовки медицинского персонала. В рамках предлагаемой нами новой структурно-функциональной модели организации работы дневного стационара особенно важным является уровень подготовки среднего медицинского персонала. Средний медицинский персонал является наиболее значительной частью кадрового ресурса медицинской организации. От его правильного и рационального применения зависит эффективность работы всех звеньев медицинской организации.

В отечественном здравоохранении для подготовки среднего медицинского персонала имеются следующие условия:

- государственные медицинские образовательные учреждения;
- госзаказ на подготовку специалистов среднего медицинского персонала;
- регулярное совершенствование образовательными учреждениями профилей подготовки, их структуры и объема в соответствии с запросами практического здравоохранения;
- повышение доли практической подготовки в образовательном процессе среднего медицинского персонала.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях» повышение квалификации средним медицинским персоналом осуществляется путем освоения дополнительных профессиональных образовательных программ один раз в 5 лет [186].

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2017 г. № 926 «Об утверждении Концепции развития

непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года» была сформирована многоуровневая система непрерывного профессионального образования, в том числе и среднего медицинского персонала [188]. Она подразумевает, в том числе, высокую долю самостоятельной подготовки медицинского персонала с дальнейшим контролем с помощью методик, предлагаемых системой непрерывного медицинского образования (НМО).

Несмотря на проводимые мероприятия, проблема нехватки среднего медицинского персонала сохраняется. Причин такого кадрового дефицита много, в том числе низкий престиж профессии, невысокая заработная плата, высокий уровень стрессовых нагрузок в процессе работы с пациентами.

При таких условиях удовлетворить потребность практического здравоохранения в опытных, квалифицированных медицинских кадрах среднего звена достаточно сложно.

В рамках нашего научного исследования мы столкнулись с проблемой недостаточного уровня квалификации медицинских сестер при внедрении новой структурно-функциональной модели работы дневного стационара. Не все медицинские сестры были готовы принять расширение функциональных обязанностей. Поэтому для организации поста самостоятельного приема медицинских сестер в наших условиях потребовалось их дополнительное обучение.

При подготовке к работе новой структурно-функциональной модели нами было проведено собеседование со средним медицинским персоналом, планирующимся для работы в этой структуре. По результатам собеседования был проведен отбор медицинских сестер для работы в дневном стационаре. Однако, даже для них требовалась дополнительная профессиональная подготовка.

Для персонала, задействованного в новой структурно-функциональной модели дневного стационара разработаны практические занятия. Пример одного из практических занятий отображен в приложении 9. При проведении таких

занятий обязательно включается разбор выявленных недочетов при оказании медицинской помощи пациентам дневного стационара.

Обучение проводится без отрыва от работы, после обучения проводится контроль качества подготовки (тестирование). Результаты тестирования медицинских сестер являются основанием для увеличения объема функционала медицинских сестер в рамках работы новой структурно-функциональной модели.

Также организован ежемесячный цикл лекций для всего звена среднего медицинского персонала, планирующегося для работы в дневном стационаре, и затрагивающий актуальные проблемы и вопросы в организации деятельности дневного стационара.

Данный опыт позволил определить направления развития в части повышения квалификации среднего медицинского персонала:

- повышение необходимого уровня компетенций медицинских сестер;
- обеспечение непрерывности развития навыков и квалификаций;
- преемственности опыта среднего медицинского персонала.

Полученный опыт работы с использованием новой структурно-функциональной модели дневного стационара позволил нам предложить некоторые изменения в организации образовательного процесса среднего медицинского персонала. К ним мы отнесли необходимость взаимодействия образовательных учреждений и медицинских организаций с целью разработки образовательных программ для среднего медицинского персонала с учетом потребностей практического здравоохранения, в том числе использование медицинских организаций в качестве учебно-практических баз.

Важным аспектом в повышении эффективности работы медицинских сотрудников является не только повышение их квалификации, но и профилактика «профессионального выгорания».

Профессиональное выгорание – симптомокомплекс, развивающийся в результате хронического стресса при выполнении профессиональных обязанностей. Он ведет к эмоциональному, умственному и физическому

истощению. Причинами профессионального выгорания часто становятся высокие рабочие нагрузки, неблагоприятный психологический климат на работе, отсутствие структуры рабочих обязанностей.

Профессиональное выгорание приводит к снижению трудовой мотивации, развитию безразличия к выполняемой работе. Перечисленные последствия имеют значительное влияние на снижение продуктивности работы, снижение удовлетворенности пациентов, ухудшение качества оказываемой медицинской помощи и увеличение количества медицинских ошибок.

Для профилактики подобных состояний важно в процессе организации трудовой деятельности исключить у работников развитие состояний, влияющих на их здоровье. Ухудшение их физического и психического здоровья будет влиять на производительность труда и мотивацию медицинского персонала. С этой целью важно создать здоровый психологический климат на рабочих местах и исключить причины развития профессионального выгорания и прочих психологических расстройств.

В процессе внедрения новой структурно-функциональной модели в дневном стационаре перед нами стояли следующие задачи:

- оценка рабочей обстановки, ее влияние на психическое состояние сотрудников;
- мотивация сотрудников, принимающих участие во внедрении новой организационной модели;
- изучение потребностей сотрудников на рабочих местах;
- организация получения психологической помощи и поддержки сотрудников;
- мониторинг здоровья сотрудников посредством проведения профилактических медицинских осмотров и организация медицинской помощи в случае необходимости;
- активное привлечение сотрудников и формирование у них чувства сопричастности к организации нового организационного процесса, приводящего к повышению престижности медицинской организации;

– разработка и реализация планов карьерного роста сотрудников.

Нашей целью также являлось снижение количества сотрудников с высокой и средней степенью профессионального выгорания среди врачей и медицинских сестер, как фактора, оказывающего влияние на качество медицинской помощи в целом.

С целью реализации поставленных задач проведен опрос 120 человек среди медицинского персонала (34 врача и 86 медицинских сестер) с целью выявления существующих проблемных вопросов и потребностей на рабочих местах.

Оценка результатов опроса проводилась до и после внедрения новой структурно-функциональной модели (приложение 2).

Таблица 4.1 – Результаты опроса медицинского персонала дневного стационара до внедрения новой структурно-функциональной модели

Показатель	Удовлетворены (%)	Не удовлетворены (%)
Режим работы	68,3	31,7
Самостоятельность в работе	43,4	56,6
Соответствие работы уровню квалификации	59,2	40,8
Возможность карьерного роста	25,9	74,1
Морально-психологический климат	47,5	52,5
Комфортность рабочего места	37,5	62,5
Уровень технической оснащенности рабочего места	47,2	52,8
Общая удовлетворенность работой	47,3	52,7

Результаты опроса медицинского персонала дневного стационара до внедрения новой структурно-функциональной модели показали низкую удовлетворенность возможностью карьерного роста – 25,9%, комфортностью рабочего места – 37,5% и самостоятельностью в работе – 43,4 %. Также показатель общей удовлетворенности работой был на уровне 47,3%, что является достаточно низким показателем, не обеспечивающим вовлеченность медицинского персонала в деятельность медицинской организации и высокую эффективность их работы.

Также был проведен опрос медицинского персонала в части факторов, влияющих на их мотивацию. Опросный лист представлен в приложении 2.

Таблица 4.2 – Результаты опроса медицинского персонала дневного стационара до внедрения новой структурно-функциональной модели

Фактор	Не действует (%)	Действует	
		снижает (%)	повышает (%)
Материальное стимулирование	25,6	15,8	58,6
Моральное стимулирование	34,6	11,9	53,5
Меры административного воздействия	27,6	28,2	44,2
Трудовой настрой коллектива	15,7	13,8	70,5
Общая социально-экономическая ситуация в стране	42,4	31,4	26,2

Согласно результатам опроса, были определены факторы, значительно влияющие на мотивацию сотрудников:

- внутренняя рабочая атмосфера и трудовой настрой коллектива был отмечен 70,5% респондентов, как фактор, значительно влияющий на мотивацию;
- материальное стимулирование (премии, возмещения и т.п.) отметили 58,6% респондентов;
- моральное стимулирование (благодарности, почетные грамоты, выговоры т.п.) – 53,5% респондентов.

По результатам опроса медицинского персонала были проведены следующие мероприятия:

- организованы комфортные рабочие места;
- созданы зоны отдыха с возможностью приема пищи;
- внедрена система оповещения о важных событиях среди сотрудников организации (общие информационные чаты);
- разработаны внутри организации системы поощрения и мотивации сотрудников (благодарности, премирование за дополнительные нагрузки и высокие показатели работы);
- создана система ротации среднего медицинского персонала;
- организованы обучающие семинары по взаимодействию с пациентами, включающие в себя конфликтологию и обучение техникам управления стрессом и релаксации.

По результатам внедрения указанных мероприятий опрос медицинского

персонала дневного стационара показал следующие результаты (таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Результаты опроса медицинского персонала дневного стационара после внедрения новой структурно-функциональной модели

Показатель	Удовлетворены (%)	Не удовлетворены (%)
Режим работы	71,2	28,8
Самостоятельность в работе	69,4	30,6
Соответствие работы уровню квалификации	74,1	25,9
Возможность карьерного роста	47,4	52,6
Морально-психологический климат	87,5	12,5
Комфортность рабочего места	57,5	42,5
Уровень технической оснащённости рабочего места	67,8	32,2
Общая удовлетворенность работой	67,3	32,7

Значительно увеличились показатели удовлетворенности сотрудников:

– удовлетворенность сотрудников возможностью карьерного роста увеличилась с 25,9 до 47,4%;

– удовлетворенность комфортностью рабочего места увеличилась с 37,5 до 57,5%;

– самостоятельностью в работе с 43,4 до 69,4%.

Также возрос показатель общей удовлетворенности работой с 47,3 до 67,3%.

Проведенные мероприятия привели к снижению количества сотрудников с высокой и средней степенью выгорания. Повысилась их заинтересованность в работе и качество оказываемой ими медицинской помощи.

Оптимизация работы в дневном стационаре была достигнута посредством следующих мероприятий:

– значительного снижения дефицита персонала;

– снижение объема непрофильной деятельности врачебного персонала (некоторые вопросы ведения медицинской документации);

– рационального применения цифровых технологий и электронного документооборота, что обеспечило оптимизацию деятельности медицинских работников.

Важным кадровым вопросом также является регулярное активное обновление среднего медицинского персонала, происходящее в результате

незаинтересованности новых сотрудников в занимаемой должности.

Полученные нами данные свидетельствуют о снижении активности движения (обновления) среднего медицинского персонала, которые имели достаточно высокие показатели до внедрения новой организационной модели (рисунок 4.2).



Рисунок 4.2 – Динамика движения среднего медицинского персонала 2015-2021 гг.

Активное обновление кадров вызывает значительные экономические потери, а также создает организационные и психологические трудности. Движение среднего медицинского персонала рассчитывалось следующим образом:

$$D = \frac{K}{S} \times 100 \quad (3)$$

где K – количество уволившихся за год;

S – среднесписочная численность за год.

Движение среднего медицинского персонала в 2021 году было снижено до 1,6%. По нашему мнению, это обусловлено следующими причинами:

- обеспечены более комфортные условия труда;
- улучшен психологический климат на рабочих местах;
- обеспечен карьерный рост;
- наличием программы профессионального развития;
- снижением профессионального выгорания.

Повышение квалификации среднего медицинского персонала, профилактика профессионального выгорания привела к повышению трудовой мотивации, заинтересованности к выполняемой работе и, как следствие, повышению качества оказываемой медицинской помощи в условиях дневного стационара.

4.3 Основные направления повышения эффективности деятельности дневных стационаров

В 2016 году в Российской Федерации стартовал пилотный проект «Бережливая поликлиника» с целью совершенствования первичной медико-санитарной помощи путем внедрения в деятельность медицинских организаций пациентоориентированной системы оказания медицинской помощи, обеспечивающей ее безопасность и качество, а также направленный на сокращение финансовых затрат. Не все медицинские организации до настоящего момента приняли участие в этом проекте. Реализация проекта «Бережливая поликлиника» запланировано на 2019-2024 гг.

Бережливое производство в медицине представляет собой принцип управления, основанный на ликвидации временных потерь, улучшении качества и доступности за счет увеличения эффективности деятельности медицинской организации, а также сокращение нагрузки на медицинский персонал путем перехода на электронный документооборот и сокращение объема бумажной документации.

В основу совершенствования первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара положены следующие задачи:

- оптимизация процессов логистики;
- стандартизация диагностических и лечебных процессов;
- улучшение условий пребывания пациента;
- совершенствование записи к врачам;
- повышение квалификации персонала.

Повышение эффективности деятельности дневных стационаров основывается также на внедрении более рационального использования кадровых ресурсов, перераспределении функционала и активизации трудового процесса медицинского персонала.

Таким образом новая структурно-функциональная модель, направленная на оптимизацию локальных процессов функционирования медицинской организации с использованием технологий бережливого производства и IT-технологий, стала новым вектором развития деятельности дневных стационаров и медицинских организаций в целом.

4.3.1 Внедрение бережливых технологий

В рамках реализации внедрения новой структурно-функциональной модели дневного стационара нами были использованы основные принципы бережливого производства:

- бережное отношение к временному ресурсу пациентов за счет оптимальной маршрутизации;
- эффективное использование материальных и кадровых ресурсов медицинской организации;
- повышение удовлетворенности пациентов за счет повышения доступности и качества медицинской помощи, а также комфортности условий ее оказания;
- сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет перераспределения функционала между врачом и медицинской сестрой.

Бережливые технологии, внедренные в деятельность дневного стационара основаны на устранении временных и финансовых потерь. Они захватывают все процессы организации дневного стационара и постоянно совершенствуются за счет непосредственного участия сотрудников.

Крайне важным обстоятельством была организация внедрения технологий на всех этапах оказания медицинской помощи с участием и вовлеченностью

руководителей медицинских организаций.

Роль руководителей медицинских организаций заключается в выделении необходимых ресурсов, в том числе кадровых, в формировании позитивного отношения персонала к изменениям и в обосновании важности данного процесса как для пациентов, так и для самих сотрудников.

Важной составляющей бережливых технологий является внедрение на всех этапах системы 5С:

1. Сортировка.
2. Соблюдение порядка.
3. Систематическая уборка.
4. Стандартизация процессов.
5. Совершенствование дисциплины.

На первом этапе внедрения бережливых технологий осуществлялось определение приоритетных направлений.

Анализ случаев оказания помощи в дневном стационаре помог нам сформировать потоки пациентов. Признаками, послужившими основой для их определения, явились:

- состояние здоровья пациента при обращении;
- необходимость стационарного лечения с целью предотвращения высокого риска развития угрожающих жизни состояний.

Таким образом, нами было выделено три типа пациентов:

- пациенты с хроническими заболеваниями вне обострения, подлежащие плановому профилактическому лечению;
- пациенты с обострением хронического заболевания, не нуждающиеся в круглосуточном стационарном лечении;
- пациенты с острым, впервые выявленным заболеванием, не нуждающиеся в круглосуточном стационарном лечении.

С учетом разделения пациентов, в функции поста самостоятельного приема медицинской сестры вошло определение степени тяжести состояния пациента при обращении, а также необходимость владения навыками

определения показаний для срочной госпитализации в круглосуточный стационар.

Также нами разработаны стандартные операционные процедуры оказания медицинской помощи с учетом трех условно выделенных потоков пациентов. В этих стандартах указан перечень лабораторных и диагностических манипуляций, необходимых для госпитализации в дневной стационар.

Введение стандартных операционных процедур привело к оптимизации работы медицинского персонала и значительному сокращению времени получения направления на проведение исследований. Это значительно увеличило удовлетворенность пациентов организацией оказываемой медицинской помощи.

Важным компонентом организации первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара является совершенствование маршрутизации пациентов. Для ее максимальной эффективности нами была организована навигация с использованием ярких цветовых обозначений. В навигации использовались три типа указателей:

1. указатели направления – направляют пациента по маршруту;
2. указатели местоположения – информируют пациента, где он находится;
3. справочные указатели – информируют пациента.

Задачи, поставленные перед каждой медицинской организацией, заключаются в повышении удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью, а также в эффективном и максимальном использовании ресурсов. Система бережливого производства в настоящее время активно внедряется по всей стране.

Проблема, с которой мы столкнулись в процессе внедрения бережливых технологий, заключалась в низкой профессиональной подготовке медицинского персонала. Учитывая данное обстоятельство, нами было принято решение о необходимости разработки технических заданий для программ обучения по повышению квалификации среднего медицинского персонала для образовательных организаций. Только тесное взаимодействие медицинских и

образовательных организаций может обеспечить качественную подготовку медицинского персонала.

Также нами было организовано обучение медицинского персонала на рабочих местах, включающее не только повышение компетенций, но и активную работу с проблемами и ошибками в организации и осуществлении деятельности дневного стационара.

С целью мониторинга удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на регулярной основе нами был организован опрос пациентов, завершивших лечение в дневном стационаре (приложение 1). Данный опросный лист включает в себя вопросы по оценке доступности и качества оказанной медицинской помощи, касающиеся оценки работы медицинского персонала, условий пребывания, а также предложений по улучшению качества сестринской помощи.

Данное нововведение облегчило проведение анализа работы медицинского персонала и дневного стационара в целом. Анализ опросных листов проводился регулярно заведующим дневным стационаром. Результаты анкетирования использовались им при организации следующих мероприятий:

1. Подготовка медицинского персонала с целью улучшения качества оказания медицинской помощи в дневном стационаре.
2. Улучшение условий пребывания пациентов дневном стационаре.
3. Разработка программ повышения квалификации медицинских сестер в части вопросов этики и деонтологии, а также при профессиональном отборе медицинских сестер для работы в дневной стационар.

Следует отметить, что новая структурно-функциональная модель оказания медицинской помощи в дневном стационаре повлияла на более эффективное использование ресурсов медицинской организации.

4.3.2 Цифровая трансформация медицинской информационной системы

В целях реализации цифровой трансформации здравоохранения Правительством Российской Федерации утверждено Стратегическое направление (распоряжение Правительства РФ №3980-р от 29.08.2021 г.), заключающееся в повышении показателей при реализации федеральных проектов, а именно:

1. Проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

2. Проект «Медицинские платформенные решения федерального уровня».

До сих пор все вопросы информатизации в системе здравоохранения решаются в рамках Региональной медицинской информационной системы (РМИС) с использованием государственной информационной системы «Региональный фрагмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения». Посредством этих систем реализован информационный обмен между медицинскими организациями Санкт-Петербурга.

С 2018 года реализации федеральных проектов Единого цифрового контура (ЕЦК) и Вертикально-интегрированной медицинской информационной системы (ВИМИС) повлекли за собой изменения в законодательной базе в части регуляции вопросов информационного обеспечения медицинских организаций, в том числе и дневных стационаров.

Основной принцип внедрения Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и реализации проекта ЕЦК – стандартизированный обмен информацией между различными информационными системами медицинских и фармацевтических организаций, который обеспечен единообразным ведением электронной медицинской документации.

С этой целью была создана подсистема реестр электронных медицинских

документов (РЭМД), которая осуществляет создание, регистрацию, хранение, поиск и обмен электронными медицинскими документами между организациями медицинского и фармацевтического профиля.

С 1 января 2020 гг. в рамках реализации, установленных Министерством здравоохранения РФ требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения, ведение медицинской документации было обеспечено в форме электронных медицинских документов.

Однако ведение электронной медицинской карты должно предусматривать обмен медицинской информацией между МИС медицинской организации, региональной системой и ЕГИСЗ. Стандартом информационного обмена при этом установлен структурированный электронный медицинский документ (СЭМД), имеющий четкую структуру и общепринятый формат.

В соответствии с новыми нормативно-правовыми актами и рекомендациями Министерства здравоохранения России, в Санкт-Петербурге должно быть обеспечено объединение медицинской информационной системы (МИС) медицинских организаций и ЕГИСЗ, в том числе посредством региональной информационной системы Санкт-Петербурга, в том числе подключение к РЭМД.

Предусмотренное подключение МИС медицинской организации к РЭМД обеспечит полноту формирования, регистрации и доступа к электронным медицинским документам, что обеспечит преемственность в лечении пациентов, получающих медицинскую помощь в различных амбулаторных и стационарных медицинских организациях, оказывающих амбулаторную и стационарную медицинскую помощь.

В настоящее время единственным направлением для успешной реализации поставленных задач требуется единая цифровая система, которой является платформа отечественной разработки «ГосТех». С 2024 г. создание и развитие государственных информационных систем будет осуществляться с ее использованием, в связи с чем требуется модернизация существующей региональной единой государственной информационной системы.

Сравнительный анализ текущего состояния региональной единой государственной информационной системы (РЕГИС) в сфере здравоохранения (РЕГИС) и единой цифровой платформы «ГосТех» представлен в таблице 4.4.

Таблица 4.4 – Сравнительный анализ региональной единой государственной информационной системы и цифровой платформы «ГосТех»

Показатели	Платформа текущей региональной единой государственной информационной системы	Цифровая медицинская платформа «ГосТех»
Критическая информационная инфраструктура	Большие финансовые и временные затраты на работы по замене программного обеспечения, системы управления базами данных и операционной системы.	Цифровая платформа сертифицирована Федеральной службой по техническому и экспортному контролю как средство защиты информации, включая систему управления базами данных и операционную систему.
Стандарты единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения	Возможное нарушение Федерального закона от 26.07.2006 № 135 «О защите конкуренции».	Недискриминационный доступ медицинской информационной системы к региональной единой государственной информационной системе.
Функции медицинской информационной системы	Медицинская информационная система отсутствует в текущей региональной единой государственной информационной системе.	Медицинская информационная система встроена в цифровую платформу.
Ведение структурированного электронного медицинского документооборота	Не поддерживается в региональной единой государственной информационной системе. Ведение индивидуальной медицинской карты осуществляется без структурированного электронного медицинского документооборота.	Встроено в цифровую медицинскую платформу, ведение индивидуальной медицинской карты по стандартам единой государственной информационной системы.

Учитывая изложенное, необходимо сделать вывод о том, что эксплуатация имеющихся в настоящее время информационных систем не в полном объеме обеспечивает ведение электронной медицинской документации. Кроме того, они не осуществляют размещение и доступ к информации, содержащейся в ЕГИСЗ. Таким образом, МИС медицинских организаций требуют полномасштабной цифровой трансформации.

Направление трансформации МИС определяется их потребностями, в том числе в части оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров, а именно:

- обеспечение структурированного хранения и доступа к медицинской информации пациентов врачом дневного стационара вне зависимости от медицинской организации, в которой оказывалась медицинская помощь;
- переход к электронному документообороту с использованием МИС;
- обеспечение взаимодействия медицинских организаций с использованием стандартов и протоколов информационного взаимодействия согласно требованиям ЕГИСЗ;
- обеспечение преемственности данных о пациенте и его состоянии здоровья между медицинскими организациями;
- создание цифрового профиля пациента на базе единого регистра застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию;
- обеспечение возможности проведения экспертизы качества медицинской помощи на основании СЭМД.

Таким образом, текущий уровень развития РМИС не обеспечивает полное выполнение показателей, предусмотренных стратегическим направлением в области цифровой трансформации здравоохранения. С этим учетом необходимо развитие существующих МИС, обеспечивающее между ними обмен данными о пациентах.

4.4 Методические рекомендации по совершенствованию организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара

С целью успешного развития отечественного здравоохранения Правительство Российской Федерации активно внедряет реализацию национальных проектов и программ. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» направлены на сохранение здоровья населения и снижение смертности.

Структура Национального проекта «Здравоохранение» включает следующее.

1. Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».
2. Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг».
3. Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».
4. Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий».
5. Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».
6. Федеральный проект «Создание Единого Цифрового Контура в здравоохранении на основе Единой Государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
7. Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».
8. Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья».
9. Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение»».

В национальный проект «Демография» включены 5 федеральных проектов:

1. «Финансовая поддержка семей при рождении детей».
2. «Содействие занятости женщин – создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до трех лет».
3. «Старшее поколение».
4. «Укрепление общественного здоровья».
5. «Спорт – норма жизни».

Необходимо также отметить, что кроме национальных проектов существует еще и основная государственная программа «Развитие

здравоохранения», утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. № 1640., реализация которой предусмотрена до 2024 г.

Государственная программа включает в себя организационную и экономическую реструктуризацию в медицинских организациях, обеспечивающую повышение доступности медицинской помощи и предоставление качественной медицинской помощи, соответствующей уровню заболеваемости населения.

В состав государственной программы «Развитие здравоохранения» также входит Национальный проект «Здравоохранение». Проект запланирован на 2019-2024 годы. В реализации проекта особое место уделено развитию первичной медико-санитарной помощи, обеспечению медицинских организаций квалифицированными кадрами, а также созданию ЕЦК на основе ЕГИСЗ.

Важно отметить, что в 2016 г. стартовал проект «Бережливая поликлиника», обеспечивающий совершенствование системы первичной медико-санитарной помощи. Данный проект включает в себя комплекс процессов, направленных на повышение доступности и эффективности медицинской помощи, удовлетворенности пациентов за счет снижения временных, финансовых затрат, а также обеспечение сотрудников безопасными и комфортными условиями труда.

В связи с практической реализацией федеральных проектов «Создания единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и «Медицинских платформенных решений федерального уровня» с 2018 года в Российской Федерации происходят изменения, регулирующие информационное обеспечение системы здравоохранения.

Наблюдается активное развитие в области совершенствования информационных технологий и электронного документооборота, обеспечивающего доступность медицинской помощи и преемственность в лечении пациентов. Важным аспектом совершенствования оказания

медицинской помощи, в том числе в условиях дневного стационара, является обеспечение качества медицинской помощи.

Активно развивается инфраструктура здравоохранения, затрагивающая, в том числе, и оптимизацию маршрутизации пациентов как внутри одной медицинской организации, так и между различными звеньями здравоохранения.

В результате проведенного научного исследования, анализа потребностей и существующих проблем в процессе оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, нами был определен перечень рекомендаций по ее совершенствованию (таблица 4.5).

Методические рекомендации нами были разделены на следующие направления:

1. Нормативно-правовые изменения, необходимые для регулирования организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара.

2. Материально-техническое обеспечение дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

3. Внедрение IT-технологий.

4. Оптимизация кадрового потенциала дневного стационара.

5. Развитие компетенций и повышение квалификации медицинских сотрудников дневного стационара.

6. Мероприятия по внедрению и соблюдению клинических рекомендаций и протоколов ведения пациентов дневного стационара.

7. Мероприятия по организации внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи.

8. Комплекс мер, направленных на совершенствование организации диспансерного наблюдения пациентов, проходящих лечение в дневном стационаре.

Таблица 4.5 – Рекомендации по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара с использованием новой структурно-функциональной модели.

Рекомендации	Ожидаемый эффект
1. Нормативно-правовые изменения, необходимые для регулирования организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара	
1.1 Внедрение новых структурно-организационных мероприятий, влияющих на повышение эффективности работы дневных стационаров и медицинских организаций в целом.	Изменение структуры работы дневных стационаров. Повышение качества и доступности оказываемой в условиях дневного стационара медицинской помощи.
1.2 Разработка рабочих алгоритмов направления пациентов на госпитализацию в дневной стационар и чек-листов для врачей дневного стационара для определения целесообразности направления на госпитализацию в круглосуточный стационар.	Снижение количества случаев необоснованной госпитализации. Повышение качества оказываемой в дневном стационаре медицинской помощи.
1.3 Утверждение новой схемы маршрутизации пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.	Снижение времени ожидания оказания медицинской помощи и получения результатов, проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований. Снижение количества обострений и рецидивов у пациентов с хроническими заболеваниями. Снижение уровня госпитализации в круглосуточный стационар. Эффективное использования коечного фонда дневного стационара.
2. Материально-техническое обеспечение дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	
2.1 Оснащение дневных стационаров в соответствии с регламентированными требованиями.	Повышение качества и доступности медицинской помощи в условиях дневного стационара.
2.2 Оснащение сотрудников дневного стационара компьютеризированными рабочими местами.	Создание более комфортных условий на рабочих местах сотрудникам и, как следствие, повышение эффективности труда.
2.3 Комплексная адаптация медицинской организации для маломобильных и слабовидящих пациентов (пандусы, поручни, противоскользящие покрытия, тактильно-визуальные знаки).	Повышение доступности медицинской помощи и создание комфортных условий для маломобильных и слабовидящих пациентов.
3. Внедрение IT-технологий	
3.1 Внедрение информационных технологий в работу дневного стационара.	Повышение доступности медицинской помощи. Уменьшение временного интервала ожидания записи к врачу и получение направлений на лабораторные и инструментальные диагностические исследования.

Продолжение таблицы 4.5

Рекомендации	Ожидаемый эффект
3.2 Развитие существующих МИС медицинских организаций.	Обеспечение обмена данными о пациентах между различными МИС медицинских организаций.
3.3 Внедрение технологий электронного документооборота в работу дневного стационара с использованием структурированной электронной медицинской документации.	Обеспечение преемственности лечебного процесса.
3.4 Создание и внедрение в дневных стационарах централизованной системы «Центральный архив медицинских изображений».	Обеспечение преемственности лечебного процесса.
4. Оптимизация кадрового потенциала дневного стационара.	
4.1 Проведение ежегодного расчета потребности в медицинских кадрах, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам дневного стационара.	Устранение кадрового дефицита медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь пациентам дневного стационара.
4.2 Разработка и реализация мероприятий по проведению образовательных программ, направленных на повышение профессиональной квалификации медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара	Обеспечение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара специалистами более высокой квалификации.
4.3 Проведение семинаров по конфликтологии и обучение навыкам борьбы со стрессом	Создание более комфортных условий труда для медицинского персонала
5. Развитие компетенций и повышение квалификации медицинских сотрудников дневного стационара	
5.1 Разработка и проведение обучающих семинаров.	Повышение квалификации сотрудников и качества оказываемой медицинской помощи.
5.2 Подготовка медицинского персонала к работе с различными информационными сервисами Государственной информационной системы при оказании медицинской помощи.	Оптимизация рабочего процесса медицинского персонала.
5.3 Выявление и анализ ошибок при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара	Повышение качества оказываемой медицинской помощи.
5.4 Проведение занятий по усовершенствованию навыков среднего медицинского персонала, осуществляющих самостоятельный доврачебный прием.	Повышение квалификации среднего медицинского персонала.

Продолжение таблицы 4.5

Рекомендации	Ожидаемый эффект
6. Мероприятия по внедрению и соблюдению клинических рекомендаций и протоколов ведения пациентов дневного стационара	
6.1 Разработка и внедрение протоколов ведения (лечения) пациентов на основе соответствующих профильных клинических рекомендаций и профильных порядков оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	Повышение качества медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.
6.2 Мониторинг выполнения клинических рекомендаций и протоколов ведения (лечения) пациентов.	Уменьшение количества жалоб и обращений пациентов, связанных с оказанием медицинской помощи.
6.3 Проведение образовательных семинаров по изучению клинических рекомендаций различных нозологических форм заболеваний у пациентов, находящихся на лечении в дневном стационаре.	Повышение квалификации персонала и качества медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.
7. Мероприятия по организации внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи	
7.1 Внедрение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в дневном стационаре.	Снижение рисков, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, и минимизации последствий их наступления.
7.2 Разработка и реализация мероприятий по внедрению системы контроля качества медицинской помощи пациентам в дневном стационаре на основе критериев качества медицинской помощи и клинических рекомендаций.	Повышение эффективности оказания медицинской помощи пациентам в дневном стационаре. Разработка стандартных операционных процедур оказания медицинской помощи в дневном стационаре.
7.3 Разработка и реализация мероприятий, направленных на исключение необоснованной и непрофильной госпитализации.	Снижение уровня необоснованных госпитализаций в круглосуточные стационары.
8. Комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организации диспансерного наблюдения за пациентами, проходящими лечение в дневном стационаре	
8.1 Разработка и внедрение мероприятий по повышению качества диспансерного наблюдения за пациентами из групп высокого риска.	Улучшение состояния их здоровья, улучшение качества жизни.
8.2 Проведение регулярных информационных встреч с пациентами в рамках школ здоровья по различным нозологическим направлениям.	Сохранение и укрепление здоровья у пациентов, находящихся на диспансерном учете.

Развитие системы здравоохранения должно проводиться также в направлении создания механизмов цифрового взаимодействия медицинских организаций на основе ЕГИСЗ. Они основаны на внедрении и развитии МИС и

электронного документооборота между медицинскими организациями. Это необходимо в связи с тем, что в настоящий момент в Санкт-Петербурге на этапе первичного звена медицинские организации имеют различные медицинские информационные системы, количество которых насчитывает порядка 30 видов. Данная ситуация не позволяет взаимодействовать с региональной единой государственной информационной системой и друг с другом, тем самым не обеспечивая преемственность оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Таким образом, на примере г. Санкт-Петербурга, отечественное здравоохранение нуждается в современном подходе в сфере автоматизации деятельности дневных стационаров, организации диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, а также в качественной подготовке медицинских кадров, повышении престижности и статуса медицинских работников.

Основными направлениями совершенствования первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара с целью обеспечения качественно нового уровня оказания медицинской помощи, являются:

1. Обеспечение качественных новых условий оказания медицинской помощи пациентам, обеспечивающих ее доступность и экономию временного ресурса пациентов (в том числе с использованием бережливых технологий).

2. Создание комфортных, эргономичных и технически обеспеченных рабочих мест для медицинского персонала (в том числе с использованием бережливых технологий).

3. Обеспечение своевременного обучения и повышения квалификации медицинского персонала.

4. Развитие и совершенствование медицинской информационной системы с целью обеспечения взаимодействия медицинских организаций на основе ЕГИСЗ.

5. Обеспечение взаимодействия медицинских организаций различных форм собственности.

Важным направлением развития современного здравоохранения является Концепция предиктивной, превентивной, партисипативной и персонализированной медицины, приказ об утверждении которой был подписан Министром здравоохранения Российской Федерации в 2018 году (приказ № 186 от 24.04.2018).

Данная концепция основывается на четырех принципах:

1. Персонализированный подход – индивидуальный подход к пациенту и его здоровью, учитывающий его физиологические, генетические и биохимические особенности.
2. Предикция – создание прогноза к развитию заболевания.
3. Превентивность – профилактика и снижение риска развития заболевания.
4. Партисипативность – активное участие пациента в профилактике и лечении заболеваний.

Направление медицины, включающее в себя все вышеперечисленные принципы, получило название «Медицины 4П» (рисунок 4.3).

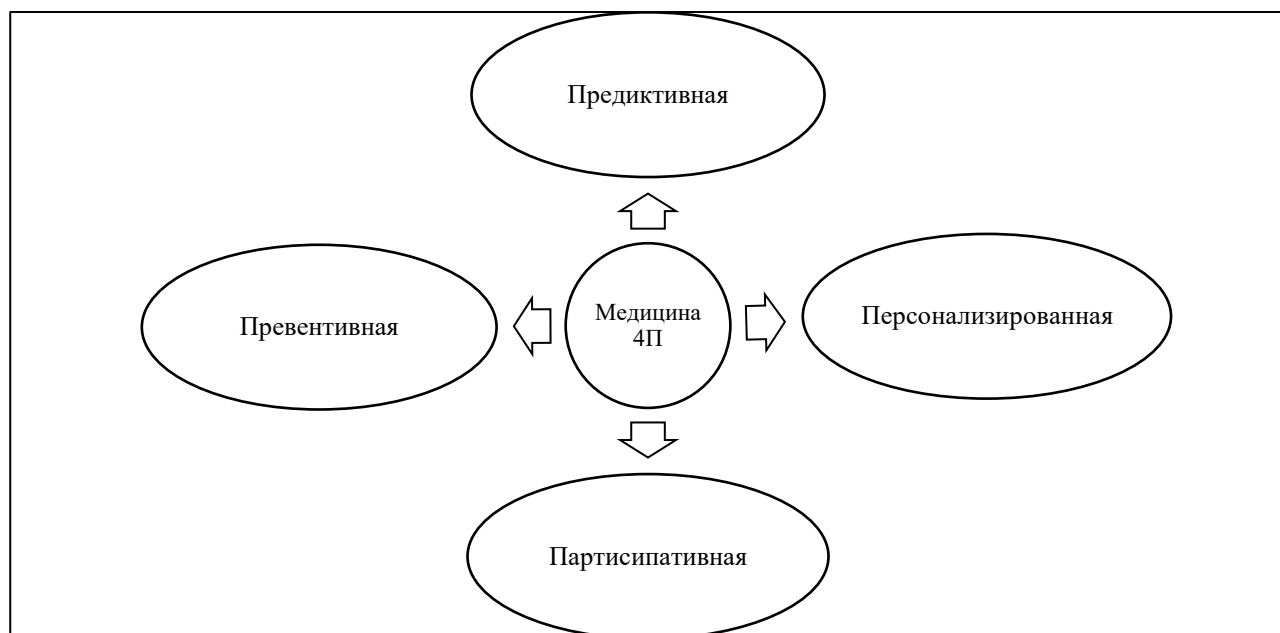


Рисунок 4.3 – Медицина 4П

Таким образом, согласно утвержденной Концепции, государственная политика в сфере здравоохранения должна быть направлена на развитие

индивидуальных подходов к пациенту. Индивидуальный, персонализированный подход заключается в анализе патологических, физиологических процессов и фармакологических ответов на проводимую пациенту терапию. Кроме этого, он включает досимптоматическое прогнозирование развития заболеваний и их профилактику.

Медицина 4П, согласно Концепции, основывается:

1. На выявлении биомаркеров и их сочетании с такими факторами как, например: риск наступления заболевания, эффективность действия лекарственного препарата и прочие.

2. На технологическом развитии, которое может обеспечить возможность определения значимых биомаркеров.

Активное выявление предрасположенностей к развитию заболеваний и выявление индивидуальных факторов риска, приводящих к их развитию, является важным направлением в формировании здоровья населения и основой медицины 4П. Однако, принципы медицины 4П могут быть реализованы только при заинтересованности пациента в профилактике и лечении заболевания.

Таким образом, популяризация ответственного отношения к своему здоровью и комплаентность пациента (строгое следование рекомендациям и назначениям) должна лечь в основу совместной работы врача и пациента.

В современных условиях развитие и организация лечения пациентов по принципам медицины 4П в условиях дневного стационара является весьма прогрессивным направлением. Реализация его приведет к улучшению качества оказываемой медицинской помощи, уменьшению количества расходуемых медицинских средств. Это приведет к более экономичному использованию имеющихся ресурсов дневных стационаров.

В настоящее время в практическом здравоохранении медицина 4П активно внедряется, ее примерами являются:

– неонатальный скрининг на наличие ряда моногенных наследственных заболеваний;

- выбор таргетных лекарственных препаратов для лечения онкологических заболеваний с учетом молекулярных особенностей опухоли;
- оценка риска развития опухолевого процесса;
- определение чувствительности опухоли к химиотерапевтическим препаратам.

Развитие медицины 4П ведет к изменению общей модели системы здравоохранения с лечебно-диагностического подхода на индивидуальный подход, основанный на прогнозировании и профилактике заболеваний.

Данное направление является прогрессивным и направлено, в первую очередь, на сохранение здоровья населения – важнейшего государственного ресурса страны. Здоровье человека является ценностью и нуждается в поддержании надлежащего уровня с целью обеспечения материального, психологического и социального благополучия нации в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Совершенствование системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара является одним из приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения и направлено на удовлетворение современных потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи, в том числе в условиях дневного стационара, осуществляется в соответствии с Государственными программами Российской Федерации, основной из которых является программа «Развитие здравоохранения».

Обзор отечественной и зарубежной литературы показал, что многие научные исследователи освещают проблемы в части организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, ее доступности и качества. Важными направлениями, по их мнению, являются пациенториентированность, преемственность медицинской помощи, квалификация медицинского персонала и эффективное использование ресурсов медицинских организаций.

Последние годы, в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, увеличивается доля первичной медико-санитарной помощи, растет ее финансирование, увеличивается коечный фонд дневных стационаров и их мощность. Одновременно с этим, коечный фонд круглосуточных стационаров постепенно сокращается и его востребованность снижается.

Современная концепция оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара основана на особенностях ее организации. Особенности организации медицинской помощи в дневном стационаре определяют ее принципы с момента обращения пациента до выписки из дневного стационара, а именно: минимизация сроков, непрерывность и преемственность оказания медицинской помощи, оптимальное кадровое и материально-техническое обеспечение.

Проведенное исследование включает три основных этапа, которые направлены на оценку организации деятельности дневных стационаров, разработку новой структурно-функциональной модели работы дневного стационара, ее внедрение и оценку медико-социальной эффективности.

Выполненный в ходе исследования анализ существующей системы организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара позволил определить направления для ее совершенствования.

Также на первом этапе исследования нами было предложено дополнение к понятийному аппарату первичной медико-санитарной помощи в виде нового понятия – «симультанные мероприятия в условиях дневного стационара». Данному понятию дано следующее определение – это совокупность одновременно проводимых лечебных и профилактических мероприятий, направленных на лечение и профилактику этиологически не связанных между собой имеющихся хронических и впервые выявленных заболеваний у пациентов, госпитализированных в дневной стационар.

Важно отметить, что большую часть пациентов, проходящих лечение в условиях дневного стационара, составляют пожилые пациенты. Эта группа пациентов чаще всего имеет коморбидную патологию, что обуславливает использование комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Таким образом, проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров в рамках симультанных мероприятий в дневном стационаре положительно сказывается на здоровье пациентов, что обеспечивает выполнение Национальных проектов.

Необходимо отметить, что внедрение и применение симультанных мероприятий в условиях дневного стационара возможно только в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в то время как круглосуточные стационары, в связи с отсутствием соответствующих ресурсов, не предназначены для одновременной организации лечебных и профилактических мероприятий.

Основным этапом научной работы является разработка и внедрение новой структурно-функциональной модели организации первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. Совершенствование организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара обеспечит удовлетворение современных потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи. Организация поста медицинской сестры и перераспределение функционала между врачом и медицинской сестрой в рамках новой структурно-функциональной модели дневного стационара позволила существенно повысить эффективность работы дневного стационара, снизить уровень плановой госпитализации в круглосуточные стационары, повысить уровень госпитализации в дневные стационары, существенно сократить время ожидания пациентом начала первичного приема врачом дневного стационара.

Данные мероприятия сопряжены с рациональным использованием ресурсов медицинских организаций, в том числе кадровых и технических, а также с активным использованием информационных систем и элементов бережливого производства.

По результатам внедрения новой структурно-функциональной модели был проведен опрос медицинского персонала и пациентов, позволивший определить факторы, влияющие на социальную эффективность. Опрос показал наибольшую удовлетворенность как пациентами, так и медицинским персоналом после внедрения указанной модели.

Сравнительный анализ длительности ожидания приема, времени первичного приема врачом дневного стационара, уровня госпитализации в круглосуточные стационары, уровня необоснованной госпитализации в круглосуточные стационары определили медицинскую эффективность внедренной новой структурно-функциональной модели.

Полученные результаты свидетельствуют о достижении цели научного исследования по научному обоснованию и внедрению новой структурно-функциональной модели организации первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. Достигнутое повышение доступности и качества

первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара позволило увеличить эффективность целевого использования ресурсов медицинской организации, обеспечить преемственность и пациенториентированность оказываемой медицинской помощи.

На основании результатов научного исследования разработаны предложения по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара. Разработанные предложения будут способствовать достижению целей государственных программ по развитию здравоохранения и качественно нового уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

ВЫВОДЫ

1. Анализ уровня заболеваемости в дневных стационарах медицинских организаций Фрунзенского района г. Санкт-Петербурга, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в динамике за исследуемый период (2015-2019 гг.) показал увеличение объема болезней кровообращения на 3,7‰ (в 2015 г. – 18,6‰, в 2019 – 22,3‰), костно-мышечной системы и соединительной ткани на 7,4‰ (в 2015 г. – 12,4‰, в 2019 – 19,8‰), что связано с усилением диагностических возможностей медицинских организаций и ежегодным большим охватом пациентов диспансеризацией и профилактическими медицинскими осмотрами.

2. Проведенный анализ первичной медицинской документации позволил выявить до 21,5% наличие случаев необоснованной плановой госпитализации в круглосуточные стационары г. Санкт-Петербурга по всем исследуемым классам болезней, в то время как лечение возможно было провести в условиях дневного стационара.

3. В современной терминологии первичной медико-санитарной помощи разработанное новое понятие «симультантные мероприятия в условиях дневного стационара» подразумевает совокупность проводимых лечебных и профилактических мероприятий, направленных на лечение и профилактику этиологически не связанных между собой имеющих хронических и впервые выявленных заболеваний у пациентов, госпитализированных в дневной стационар. Использование данного понятия позволяет увеличить объем лечебно-диагностических и профилактических мероприятий в условиях дневного стационара согласно Национальному проекту «Здравоохранение».

4. Предложенная и реализованная на практике новая структурно-функциональная модель организации оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара позволила оптимизировать деятельность дневных стационаров, повысить доступность и качество медицинской помощи путем сокращения времени ожидания и длительности врачебного приема, уменьшения

показателей плановой госпитализации в круглосуточный стационар и увеличением доли пациентов, госпитализированных в дневной стационар с профилактической целью.

5. Исследование показателей медицинской эффективности внедрения новой структурно-функциональной модели дневного стационара доказало сокращение времени ожидания пациентами приема врачом (с $6 \pm 0,5$ до 0 мин.); длительности первичного приема (с $21 \pm 0,5$ до $12 \pm 0,5$ мин.); увеличение доли пациентов, госпитализированных в дневной стационар с профилактической целью (с 43,5 до 56%); уменьшение плановой госпитализации в круглосуточные стационары (с 9,2 до 8,1%).

6. Доказана социальная эффективность внедрения новой структурно-функциональной модели дневного стационара путем проведения опроса пациентов и медицинского персонала. Наибольшая удовлетворенность пациентов выражалась организацией, условиями и сроками оказания медицинской помощи в дневном стационаре. Удовлетворенность медицинского персонала заключалась в создании здорового психологического климата, комфортных условий на рабочих местах с возможностью профессионального роста.

7. Основные предложения совершенствования системы оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара предусматривают рациональную маршрутизацию пациентов в дневном стационаре, оптимизацию кадрового потенциала, внедрения элементов бережливых технологий, цифровую трансформацию МИС с целью рационального использования ресурсов системы здравоохранения.

8. Предложенная новая структурно-функциональная модель дневного стационара и разработанные методические рекомендации определяют пути дальнейшего их применения в системе первичной медико-санитарной помощи, а также возможности использования полученных результатов исследования в учебном процессе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для эффективной и качественной организации оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара рекомендовано внедрение и использование предложенной новой структурно-функциональной модели.

2. В рамках новых разработанных нормативно-правовых документов по организации первичной медико-санитарной помощи целесообразно применение новой терминологии «симультанные мероприятия в условиях дневного стационара».

3. С целью объективной оценки деятельности дневных стационаров необходимо провести исследование, заключающееся в разработке нормативов обеспеченности населения коечным фондом дневных стационаров.

4. С целью снижения нагрузки на круглосуточные стационары необходимо внедрить алгоритм направления пациентов на госпитализацию на этапе первичного звена.

5. Результаты проведенного исследования необходимо использовать в учебном процессе медицинских ВУЗов при изучении дисциплины «Общественное здоровье и организация здравоохранения».

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективным направлением дальнейших научных исследований, посвященных совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара, является накопление опыта работы дневного стационара в рамках новой структурно-функциональной модели, анализ показателей деятельности дневного стационара, разработка предложений по внесению изменений в профессиональные и образовательные стандарты медицинских сотрудников. Совместная с образовательными учреждениями разработка учебных программ по постдипломной подготовке медицинских сестер обеспечит расширение их навыков и компетенций.

Внедрение новой структурно-функциональной модели организации работы дневного стационара влечет за собой актуализацию существующих алгоритмов оказания медицинской помощи с хроническими заболеваниями, в том числе находящихся на диспансерном учете.

В ходе научного исследования были определены основные категории пациентов, обращающихся за медицинской помощью в дневные стационары, из этих условных категорий происходит отбор пациентов для организации и проведения симультанных мероприятий.

Развитие симультанных мероприятий в условиях дневного стационара позволит оптимизировать работу дневного стационара и медицинской организации в целом. Участие дневного стационара при проведении профилактических и диспансерных осмотров значительно увеличит охват населения профилактическими мероприятиями.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВИМИС – вертикально-интегрированная медицинская информационная система
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ГБ – гипертоническая болезнь
- ДДЗП – дегенеративно дистрофические заболевания позвоночника
- ЕГИСЗ – единая государственная информационная система в сфере здравоохранения
- ЕЦК – единый цифровой контур
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ЛФК – лечебная физкультура
- МИС – медицинская информационная система
- МКБ – международная классификация болезней
- НМО – непрерывное медицинское образование
- ОАСНК – облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
- ОИМ – острый инфаркт миокарда
- ОРВИ – острые респираторные вирусные инфекции
- РЕГИС – региональная единая государственная информационная система
- РМИС – региональная медицинская информационная система
- РЭМД – реестр электронных медицинских документов
- СЭМД – структурированный электронный медицинский документ
- ХСН – хроническая сердечная недостаточность
- ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
- ЭМК – электронная медицинская карта

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абуладзе, И.О. Хирургическое лечение пупочных и паховых грыж в стационаре одного дня / И.О. Абуладзе, А.Е. Климов, В.С. Попов, Н.Ю. Битеев // Врач-аспирант. – 2018. – Т. 88, № 3. – С. 4-9.
2. Агаларова, Л.С. Совершенствование взаимосвязей врачей общей практики и врачей узких специальностей / Л.С. Агаларова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 3. – С. 18-19.
3. Азрилиян, А.Н. Большой экономический словарь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: rus-big-economic-dict.slovaronline.com.
4. Акулин, И.М. Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Акулин Игорь Михайлович. – СПб., 1998. – С. 43.
5. Алвендова, Л.Р. Лапароскопическая холецистэктомия в стационаре одного дня / Л.Р. Алвендова, М.А. Чиников // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 11. – С. 95-98.
6. Аликова, З.Р. Организационно-правовые основы развития дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях / З.Р. Аликова, А.З. Гетигежева, К.К. Фидарова, Т.Т. Аликова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 12-14.
7. Аликова, З.Р. Анализ социальной эффективности дневных стационаров / З.Р. Аликова, Т.Т. Аликова, К.К. Фидарова, З.М. Бгажнокова, Ф.У. Козырева // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 7. – С. 500-503.
8. Альтман, Н.Н. Финансирование здравоохранения в свете государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью / Н.Н. Альтман // Здоровоохранение. – 2012. – № 2. – С. 34-41.
9. Артюхов, И.П. Изучение удовлетворенности взрослых пациентов первичной медико-санитарной помощью / И.П. Артюхов, С.В. Смердин, А.Е. Лысов // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – Т. 68, № 2. – С. 96-99.

10. Артюхов, И.П. Экономический анализ медицинских учреждений : учебное пособие // И.П. Артюхов, Т.Д. Морозова, Е.А. Юрьева. – Ростов-на-Дону. : Феникс; Красноярск : Издательские проекты, 2012. – 112 с.

11. Архипов, В.В. Отечественное здравоохранение на рубеже веков / В.В. Архипов // Фирма Стикс. – 2004. – С. 256.

12. Ахметов, Б.С. Медико-организационные аспекты обеспечения населения стационароразмещающей помощью / Б.С. Ахметов // Клиническая медицина Казахстана. – 2012. – № 2. – С. 149-152.

13. Бабенко, А.А. Специфика организации маркетинговой деятельности в сфере платных медицинских услуг / А.А. Бабенко // Главврач. – 2017. – № 1. – С. 73-77.

14. Баканев, О.Ю. Роль общеврачебной практики в развитии первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на современном этапе / О.Ю. Баканев, И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, Г.А. Степушкина // в сборнике: Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье. Российская научно-практическая конференция. – 2018. – С. 8-17.

15. Балашов, П.Ю. Кадровые процессы в системе здравоохранения Российской Федерации / П.Ю. Балашов, Н.Ф. Плавунов, Н.Ю. Трифонова, И.Г. Галь // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2014. – № 2. – С. 10-15.

16. Беляева, Т.В. Режим «частичной госпитализации» в психиатрическом стационаре / Т.В. Беляева, М.М. Кабанов // Ленинградский НИИ психоневрологии – 1971. – С. 66.

17. Бланк, И.А. Антикризисное управление санаторно-курортной организацией / И.А. Бланк // Главврач. – 2017. – № 1. – С. 43-48.

18. Боев, В.С. Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов / В.С. Боев, Л.В. Ушакова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 41-44.

19. Бойцов, С.А. Новые клиничко-организационные подходы к

профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / С.А. Бойцов, А.М. Калинина, П.В. Ипатов // Терапевтический архив. – 2013. – Т. 85, № 8. – С. 8-13.

20. Бойцов, С.А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи: совершенствование диспансеризации населения / С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина // Заместитель главного врача. – 2013. – № 5. – С. 18-25.

21. Бондарев, В.А. Медико-социально-экономические аспекты частичной госпитализации / В.А. Бондарев, Л.Р. Корецкая // Главный врач: Хозяйство и право. – 2012. – № 3. – С. 33-38.

22. Буракова, Т.С. Современная модель организации работы дневного стационара на базе консультативного отдела ГУЗ «ГНОКДЦ» / Т.С. Буракова, А.В. Чикинева, Н.П. Анчугова // Современные научные исследования. – 2013. – № 16 (1). – С. 2.

23. Бутарева, М.М. Основные направления и изменения в ходе реорганизации системы оказания медицинской помощи населению Российской Федерации / М.М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 1. – С. 13-20.

24. Бутарева, М.М. Основные направления совершенствования медицинской статистики в рамках модернизации системы здравоохранения / М.М. Бутарева, А.А. Мартынов, Л.Е. Мелехина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 4. – С. 4-8.

25. Бутарева М.М. Стационарозамещающие технологии в здравоохранении Российской Федерации / М.М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. – № 4. – С. 23-29.

26. Буценко, С.А. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в мегаполисе / С.А. Буценко, М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, И.Г. Прокин // Материалы III ежегодной конференции с международным участием, посвященной памяти д.м.н. профессора, акад. МАНЭБ, з.д.н. РФ Полякова Игоря Васильевича «Реформы здравоохранения Российской Федерации. Современное

состояние, перспективы развития», СПб. – 2016. – С. 27-29.

27. Важенин, А.В. Стационарзамещающие технологии диспансера / А.В. Важенин, Н.В. Ворошина, Е.С. Павленко, О.В. Прокопьева // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 9 (132). – С. 65-67.

28. Верткин, А.Л. Дневной стационар: «старая» и «новая» модели / А.Л. Верткин, Е.Ю. Тихоновская, М.М. Алексеева, С.В. Целик, Х.А. Шахманаев // Земский врач. – 2013. – № 1 (18). – С. 10-14.

29. Верткин, А.Л. Дневной стационар: новая модель / А.Л. Верткин, Е.Ю. Тихоновская, М.М. Алексеева, С.В. Целик // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – № 8. – С. 20-23.

30. Верткин, А.Л. Дневной стационар: требуется ли перезагрузка? / А.Л. Верткин, С.В. Целик, М.М. Алексеева, Е.Ю. Тихоновская // Главврач. – 2013. – № 3. – С. 28-32.

31. Викторова, И.А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике: учебное пособие / И.А. Викторова, И.А. Гришечкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 144 с.

32. Власов, В.В. Разработка и использование стандартов медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи / В.В. Власов // Здоровоохранение. – 2013. – № 5. – С. 66-72.

33. Власов, В.В. Стандарты медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи / В.В. Власов // Здоровоохранение. – 2013. – № 4. – С. 70-76.

34. ВОЗ. Информационный бюллетень. Ноябрь 2019. // Электронный научный журнал. Социальные аспекты здоровья населения / Social aspects of Population Health. – 2019. – № 65(6) Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1124/30/lang,ru/>.

35. Волнухин, А.В. Стационарзамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / А.В. Волнухин. – М., 2010. – С. 26.

36.Высоцкая, Е.С. Опыт позитивного использования койки в отделении дневного стационара ЛПУ / Е.С. Высоцкая, И.А. Бутырина, Н.Б. Давыдова, М.Ю. Мартынева // *Здравоохранение Дальнего Востока*. – 2017. – № 1 (71). – С. 34-37.

37.Гетигежева, А.З. Анализ клинической эффективности лечения больных с артериальной гипертонией в дневном стационаре // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 2-1. – С. 16.

38.Гильманов, А.А. Показатели деятельности и проблемы работы дневных стационаров / А.А. Гильманов, Д.И. Маранов, Р.Н. Файзуллина // *Социальные проблемы науки и образования*. – 2017. – № 4. С 83-91.

39.Гриднев, О.В. Обзор основных этапов организации амбулаторно-поликлинической помощи в России / О.В. Гриднев // *Исследования и практика в медицине*. – 2014. – Т. 1, № 1. – С. 84-88.

40.Гуляев, П.В. Роль дневного стационара в оптимизации медицинской помощи пациентам терапевтического отделения поликлиники / П.В. Гуляев, А.А. Станке, Т.В. Вихрова, Г.Ю. Островских // *Терапевтический архив*. – 2012. – Т. 84, № 1. – С. 12-14.

41.Дашанимаева, И.М. Использование дневных стационаров в лечении пожилых пациентов // в сборнике: формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене. Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления. – 2015. – С. 114-115.

42.Демографический ежегодник России (2015-2019 гг.) [Электронный ресурс]: Доступ с официального сайта Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации. Режим доступа: <http://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207>.

43.Денисов, И.Н. Особенности медико-социальной эффективности медицинской помощи пожилым людям в государственных и частных

учреждениях здравоохранения / И.Н. Денисов, Н.М. Куницына, К.И. Прощаев и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – С. 79.

44. Джавадова, Н.М. Использование стационарозамещающих технологий в здравоохранении. / Н.М. Джавадова, Е.В. Григорьева // Состояние и перспективы развития инновационных технологий в России и за рубежом. материалы VII Международной научно-практической конференции. – Чебоксары, 2022. – С. 77-86.

45. Дзугаев, А.К. Общая врачебная (семейная) практика основная составляющая первичной медико-санитарной помощи населению / А.К Дзугаев // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2012. – № 10-1 (129). – С. 121-124.

46. Дорофеев, А.Л. О влиянии некоторых факторов на удовлетворенность медицинской услугой / А.Л. Дорофеев, Т.В. Могила, С.П. Павлова и др. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2012. – № 1. – С. 7-10.

47. Дурнева, Е.И. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи в районной поликлинике / Е.И. Дурнева, И.С. Добрынина // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 66. – С. 129-134.

48. Дьяченко, В.Г. Управление качеством медицинской помощи : учебник / В.Г. Дьяченко, Л.В. Солохина, С.В. Дьяченко. – Хабаровск, 2012. – 655 с.

49. Евдаков, В.А. Роль дневных стационаров в развитии стационарозамещающих форм медицинской помощи // В.А. Евдаков, Ю.Ю. Мельников, А.В. Смышляев / Главврач. – 2017. – № 1. – С. 3-10.

50. Евстропов, А.В. Организация оказания хирургической помощи в дневных стационарах негосударственных учреждений здравоохранения железнодорожного транспорта в 2002-2011 гг. / А.В. Евстропов, Л.Ю. Кузнецова // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Т. 95, № 3. – С. 415-421.

51. Елманова, Т.В. Организация первичной медико-санитарной помощи в соответствии с основами охраны здоровья граждан в Российской Федерации / Т.В. Елманова // Справочник врача общей практики. – 2013. – № 1. – С. 9-14.

52. Елоев, М.С. Опыт внедрения медицинской информационной системы в многопрофильном амбулаторно-поликлиническом учреждении // М.С. Елоев, В.М. Клипак, О.А. Жеребко, Д.В. Бельшев, Д.Н. Борисов / Военно-медицинский журнал. – 2014. – № 9. – С. 4-13.

53. Ермуханова, Л.С. Развитие стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи / Л.С. Ермуханова, Д.Н. Каташева // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2015. – № 1. – С. 453-455.

54. Жапаров, К.А. Оценка работы амбулаторного хирурга в оказании специализированной медицинской помощи на первичном уровне / К.А. Жапаров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2016. – № 3. – С. 33-36.

55. Жукова, Т.В. Пути оптимизации оценки уровня здоровья здоровых лиц в системе первичной медико-санитарной помощи в связи с социально-гигиеническим мониторингом здоровья населения / Т.В. Жукова, Г.А. Виргасова, О.А. Свинтуховский // Гигиена и санитария. – 2012. – № 6. – С. 21-26.

56. Засимова, Л.С. Внедрение новых технологий в медицинских организациях : зарубежный опыт и российская практика. – М., 2013. – 271 с.

57. Захаров, Ю.М. Перспективы использования современных информационных технологий в обработке медицинской информации о раненых и больных на основании опыта Великой Отечественной войны и боевых действий в Афганистане // Ю.М. Захаров, В.Н. Цыган, В.В. Тыренко, Н.С. Галомзик, Д.Н. Борисов / Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. – № 2. – С. 210-216.

58. Здравоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г.Н. Царик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 912 с.

59. Зорина, Е.В. Оценка эффективности и социальной значимости работы дневного терапевтического стационара / Е.В. Зорина, Л.А. Мудрова, Д.С. Каскаева и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12-7. – С. 1233-1236.

60.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.

61.Иванов, В.В. Актуальные вопросы использования информационных технологий в медицинском обеспечении войск // В.В. Иванов, А.А. Корнеенков, В.Д. Богомолов, Д.Н. Борисов, М.В. Резванцев / Военно-медицинский журнал. – 2013. – № 6. – С. 8-13.

62.Калачев, О.В. Проблемные вопросы и перспективы развития информационно-телекоммуникационных технологий в медицинской службе Вооруженных Сил // О.В. Калачев, И.В. Першин, Д.Н. Борисов, А.А. Корнеенков / Военно-медицинский журнал. – 2014. – № 12. – С. 4-11.

63.Калинина, А.М. Долгосрочная экономическая эффективность программы многофакторной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичной медико-санитарной помощи / А.М. Калинина, А.В. Концевая, А.Д. Деев // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – Т. 12, № 1. – С. 60-66.

64.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. – Т. 29, № 4. – С. 957-962.

65.Калининская, А.А. Стационарзамещающие технологии: состояние и стратегические задачи развития / А.А. Калининская, О.Е. Коновалов, М.Д. Мерекина, С.И. Шляфер, Ф.А. Сулькина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 3. – С. 438-443.

66.Калиниченко, В.И. Повышение удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи на основе новой модели дневного стационара / В.И. Калиниченко, О.В. Куликов, В.С. Давыдова, И.Р. Мансуров // Менеджмент качества в медицине. – 2021. – № 2. – С. 56-62.

67.Каприн, А.Д. Совершенствование кадровых процессов как условие

модернизации кадровой политики в системе здравоохранения // А.Д. Каприн, А.А. Костин, Б.Т. Пономаренко, О.В. Гриднев, Ю.В. Самсонов / Исследования и практика в медицине. – 2015. – Т. 2, № 2. – С. 92-96.

68. Караева, О.С. Представления о справедливости и эффективности в системах здравоохранения различных стран (по данным ISSP) / О.С. Караева // Вестник общественного мнения. – 2014. – №1-2 (117). – С. 50-65.

69. Карайланов, М.Г. Аспекты реформирования первичной медико-санитарной помощи в России / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Г.А. Степушкина и др. // в сборнике: Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье. Российская научно-практическая конференция. – 2018. – С. 82-90.

70. Карайланов, М.Г. Важность стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Г.А. Степушкина и др. // в сборнике: Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье. Российская научно-практическая конференция. – 2018. – С. 90-103.

71. Карайланов, М.Г. Внедрение бережливого производства в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь / М.Г. Карайланов // Интернаука: научный журнал. – 2018. – № 1 (35). – С. 7-9.

72. Карайланов, М.Г. Доступность медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях Санкт-Петербурга на современном этапе / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев // Исследования и практика в медицине. – М., 2016. – Т. 3, №2. – С. 84-87.

73. Карайланов, М.Г. Исторические аспекты реформирования первичной медико-санитарной помощи в России / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, С.А. Федоткина, И.Г. Прокин // Социальные аспекты здоровья населения (электронный научный журнал). – 2016. – №3(49). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/752/27/lang,ru>.

74. Карайланов, М.Г. История развития и современные аспекты организации первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях //

Тенденции и инновации фундаментальных и прикладных наук: коллективная монография. – Ставрополь: Логос. 2016. – Кн. 3, гл. 2. – С. 23-42.

75. Карайланов, М.Г. Медицинский учет и отчетность в медицинских организациях : учебное пособие для курсантов и слушателей всех факультетов Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова / М.Г. Карайланов, А.А. Агапитов, О.Ю. Баканев. – СПб. : ВМедА, 2016. – 113 с.

76. Карайланов, М.Г. Методические основы организации стационарозамещающих технологий / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Д.Н. Борисов, О.Ю. Баканев, И.Г. Прокин // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2016. – Т. 35, № 4. – С. 12-18.

77. Карайланов, М.Г. Методический подход к оценке эффективности медицинской организации, оказывающей амбулаторную помощь / М.Г. Карайланов, С.А. Федоткина, И.Т. Русев, И.Г. Прокин // Клиническая патофизиология. – СПб., 2016. – Т. 22, № 4. – С. 134-140.

78. Карайланов, М.Г. Методический подход к оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, С.А. Буценко, А.В. Новицкий, И.Г. Прокин, В.В. Гопеев, И. М. Пономарев // Биомедицинский журнал Medline.ru. – 2015. – Т. 16, ст. 82. – С. 934-938.

79. Карайланов, М.Г. Методический подход к эффективности первичной медико-санитарной помощи / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Д.Н. Борисов, О.Ю. Баканев, И.Г. Прокин // Клиническая патофизиология. – СПб., 2017. – Т. 23, № 3. – С. 101-106.

80. Карайланов, М.Г. Научное обоснование эффективности амбулаторнодополняющих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи: дис. ... д-ра мед. наук: 3.2.3. / Карайланов Михаил Георгиевич. – СПб., 2021. – 654 с.

81. Карайланов, М.Г. Новое понятие – амбулаторно-дополняющие технологии / М.Г. Карайланов, И.Г. Прокин, Г.А. Петрова, И.В. Мирощниченко / в книге: VI неделя образования в Елизаветинской больнице. Сборник тезисов

многопрофильного медицинского форума. – Москва, 2022. – С. 11-13.

82. Карайланов, М.Г. Организационно-методический подход к оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи на современном этапе / М.Г. Карайланов, С.А. Федоткина, Е.А. Маликова // В мире научных открытий. – №8 (80). – Красноярск, 2016. – С. 63-80.

83. Карайланов, М.Г. Организация амбулаторно-поликлинической помощи в условиях крупного города / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, А.В. Новицкий, С.А. Буценко, И.Г. Прокин, В.В. Гопеенко, И.М. Пономарев // Биомедицинский журнал Medline.ru. – 2015. – Т. 16, ст. 86. – С. 969-975.

84. Карайланов, М.Г. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи: учебное пособие для курсантов и слушателей Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова / М.Г. Карайланов, И.Г. Прокин, С.А. Буценко, О.Ю. Баканев: под ред. проф. И.Т. Русева. – СПб. : ВМедА, 2018. – 188 с.

85. Карайланов, М.Г. Оценка эффективности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях лицам пожилого возраста / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Г.А. Степушкина, И.Г. Прокин // Специалист здравоохранения. – 2018. – № 1 (15). – С. 28-29.

86. Карайланов, М.Г. Первичная медико-санитарная помощь лицам пожилого возраста на современном этапе развития здравоохранения / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Г.А. Степушкина, И.Г. Прокин // Специалист здравоохранения. – 2018. – № 1 (15). – С. 27-28.

87. Карайланов, М.Г. Повышение эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, путем внедрения бережливого производства / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Г.А. Степушкина, С.А. Федоткина, Д.Н. Борисов, И.Г. Прокин, О.Ю. Баканев // в сборнике: Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье. российская научно-практическая конференция. – 2018. – С. 70-82.

88. Карайланов, М.Г. Рациональное использование стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-

санитарной помощи / М.Г. Карайланов, Г.А. Степушкина, Д.Н. Борисов, О.Ю. Баканев // Медицина и организация здравоохранения. – 2018. – Т. 3, № 2. – С. 31-38.

89. Карайланов, М.Г. Роль стационарозамещающих технологий в медицинской практике / М.Г. Карайланов // Успехи современной науки и образования. – Белгород, 2016. – Т.3, №6. – С. 43-45.

90. Карайланов, М.Г. Стационарозамещающие технологии в практике амбулаторно-поликлинического учреждения / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, И.Г. Прокин, С.В. Рудиков // в сборнике: Водосбережение, мелиорация и гидротехнические сооружения как основа формирования агрокультурных кластеров России в XXI веке. Сборник докладов XVIII международной научно-практической конференции: в 3-х томах. – 2016. – С. 157-161.

91. 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 (электронный научный журнал). – 2016. – №4 (50). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/763/30/lang,ru>.

92. Карайланов, М.Г. Стационарозамещающие технологии при оказании первичной медико-санитарной помощи / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, Г.А. Степушкина, И.Г. Прокин // Оргздрав: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2019. – Т. 5. № 3 (17). – С. 45-46.

93. Карайланов, М.Г. Формирование понятия «амбулаторнодополняющие технологии» в системе первичной медико-санитарной помощи / М.Г. Карайланов, Г.А. Петрова, И.В. Мирошниченко // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – № 9 – С.123).

94. Карайланов, М.Г. Эффективность применения стационарозамещающих технологий в амбулаторной практике / М.Г. Карайланов, И.Т. Русев, А.В. Новицкий, С.А. Буценко, И.Г. Прокин, В.В. Гопеенко, И.М. Пономарев // Биомедицинский журнал Medline.ru. – 2015. – Т. 16, ст. 89. – С. 998-1006.

95. Карайланов, М.Г. Эффективность стационарозамещающих технологий

в современных условиях // Forcipe. – 2022. – Т. 5, № 2. – С. 246-247.

96. Козлова, О.А. Концептуальные подходы к управлению изменениями в организациях здравоохранения / О.А. Козлова, Н.В. Кривенко // Экономические науки. – 2013. – №5 (46). – С. 41-46.

97. Комаров, Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования – 2005 – С. 75.

98. Корнилова, Г.И. Эффективность и перспективы работы дневного стационара в условиях травматолого-ортопедического учреждения / Г.И. Корнилова // Травматология и ортопедия России. – 2006 – С. 163.

99. Костин, А.А. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения: научное издание // А.А. Костин, Б.Т. Пономаренко, Ю.В. Самсонов – М. : Этносоциум, 2015. – 96 с.

100. Котова, Н.В. Диспансерное наблюдение и длительный уход за детьми с хронической патологией на уровне первичной медико-санитарной помощи / Н.В. Котова // Современная педиатрия. – 2012. – № 6. – С. 28-34.

101. Кочкоров, М. Определение потребности в медицинской помощи в условиях дневных стационаров / М. Кочкоров // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2016. – № 2. – С. 17-18.

102. Крукович, Е.В. Организационно-правовые основы медицинской деятельности : учебное пособие / Е.В. Крукович. – Владивосток, 2013. – 224 с.

103. Кузенко, П.И. Здоровье населения города Перми и потребности в амбулаторной первичной медико-санитарной помощи / П.И. Кузенко // Пермский медицинский журнал. – 2012. – Т. 29, № 6. – С. 80-84.

104. Кузенко, П.И. Медико-социальная характеристика пациентов службы амбулаторной неотложной первичной медико-санитарной помощи / П.И. Кузенко, Т.М. Лебедева, Т.Н. Говязина // Здоровье семьи – 21 век. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 8.

105. Кузнецова, Т.В. Анализ работы дневного стационара на базе районной поликлиники // в сборнике: Актуальные вопросы педиатрии. Материалы

межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. – 2017. – С. 131-133.

106. Кутузова, Е.А. Дневной стационар — ресурсосберегающая форма стационарзамещающих технологий / Е.А. Кутузова, Е.В. Антипова // Главный врач. – 2010. – №2 (21). – С. 35-38.

107. Кутузова, Е.А. Критерии эффективности работы дневных стационаров / Е.А. Кутузова, Е.В. Антипова // Главный врач. – 2015. – №2 (43). – С. 5-7.

108. Короп, О.А. Применение стационарзамещающих технологий медицинской помощи хирургическим больным в условиях функционирования общей практики - семейной медицины / О.А. Короп // Стационарзамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2012. – № 4. – С. 12-15.

109. Калининская, А.А. Дневные стационары: организация работы и объемы деятельности / А.А. Калининская, Л.М. Алиева, А.Н. Злобин, С.В. Антипенков // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. – № 2. – С. 8-14.

110. Калининская, А. А. Анализ деятельности многопрофильного дневного стационара в условиях города / А.А. Калининская, М.Д. Мерекина // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 5. – С. 18-23.

111. Лаврищева, Г.А. Управление процессом модернизации первичной медико-санитарной помощи // Материалы конференций НИЦ. – М.: Социосфера, 2012. – № 28. – С. 87-90.

112. Лазарев, С.В. Реформирование государственного контроля и надзора в 2015 г. / С.В. Лазарев // Главный врач: хозяйство и право. – 2015. – № 1. – С. 11-16.

113. Лебедев, Н.Н. Стационарзамещающие технологии в многопрофильном клинко-диагностическом центре / Н.Н. Лебедев, С.В. Решетников, А.Н. Шихметов, В.Н. Решетников // Стационарзамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2017. – № 1-2. – С. 9-14.

114. Леонтьев, О.В. Законодательство России о здравоохранении: учебное

пособие в таблицах и схемах / О.В. Леонтьев, С.Л. Плавинский, Е.В. Братчиков, И.Ж. Искаков. – СПб. : ИнформМед, 2012. – 80 с.

115. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник // Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – ГЭОТАР-Мед, 2015. – 644 с.

116. Логунов, Д.Л. Стационарзамещающие технологии для пациентов старших возрастных групп на врачебном участке / Д.Л. Логунов, А.С. Винтовкин, В.С. Лучкевич // в сборнике: Здоровье населения и качество жизни. Электронный сборник материалов VII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции. – 2020. – С. 208-214.

117. Масова, Т.А. Медицинское страхование граждан. Новшества, возможности выбора. – М. : Изд. Библиотека РГ, 2014. – 192 с.

118. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. // ГЭОТАР-Медиа. –2013. – 608 с.

119. Мельников, Ю.Ю. Показатели деятельности коечного фонда дневного пребывания в Российской Федерации / Ю.Ю. Мельников, М.Н. Бантьева, А.В. Смышляев/ Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 7. – С. 32-35.

120. Мельников, Ю.Ю. Показатели работы дневных стационаров в российской федерации, федеральных округах и регионах в динамике за 2010-2019 годы / Ю.Ю. Мельников, М.Н. Бантьева // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 6. – С. 11-20.

121. Мерекина, М.Д. Стационарзамещающие формы работы как резерв здоровьесбережения / М.Д. Мерекина, А.А. Калининская, А.В. Лазарев, А.М. Алленов, Л.А. Бальзамова // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 7. – С. 57-65.

122. Мирзабаева, С.А. Преемственность подготовки и оценка знаний главных медсестер городских экспериментальных учреждений первичной медико-санитарной помощи / С.А. Мирзабаева // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 53, № 4. – С. 163-167.

123. Миров, А.И. Система управления качеством диагностической помощи / А.И. Миров // Главврач. – 2017. – № 5-6. – С. 56-59.

124. Мохов, А.А. Основы медицинского права Российской Федерации. Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации: учебное пособие. – М. : Проспект, 2015. – 376 с.

125. Мусалчиева, М.И. Дневной стационар республиканского диагностического центра / М.И. Мусалчиева// Актуальные вопросы медицины. Материалы VI Республиканской научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения профессора С.А. Абусуева / под редакцией Атаева М.Г. – 2019. – С. 159-160.

126. Мюллер, Н.В. Экономика здравоохранения: учебное пособие. – 2012. – 117 с.

127. Мясников, А.О. Первичная медико-санитарная помощь, как базовый элемент системы здравоохранения на современном этапе (основные принципы и ключевые задачи) / А.О. Мясников, А.Ю. Новиков, М.А. Садовская // The scientific heritage. – 2020. – № 43. – С. 43-48

128. Немсцверидзе, Э.Я Дневной стационар – как новый подход в организации хирургической помощи населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях крупного города / Э.Я. Немсцверидзе, К.И. Касапов, С.Х. Бисеков // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – № 6 (34). – С. 6.

129. Ниязов, Б.С. Оценка качества медицинской помощи населению на уровне дневных стационаров и станций скорой медицинской помощи / Б.С. Ниязов, С.Б. Ниязова // Бюллетень науки и практики. – 2022. – Т. 8, № 1. – С. 114-121.

130. Носкова, Л.М Оценка эффективности комплексного лечения больных остеоартрозом крупных суставов в условиях дневного стационара поликлиники / Л.М. Носкова, Л.Н. Горячкина, Е.М. Загузина, Н.Э. Сенькина, Э.Н. Скворцова, А.Н. Калягин //Современные проблемы ревматологии. – 2002. – № 1. – С. 73-75.

131. Оборин, М.С. Проблемы и тенденции развития медицинских услуг на потребительском рынке / М.С. Оборин// Вестник Забайкальского государственного университета. – 2019. – №5. – С. 123-131.

132. Огнева, Е.Ю. Применение программного комплекса для анализа эффективности нового менеджмента в работе поликлиник и выявления причин неудовлетворенности пациентов первичной медико-санитарной помощью / Е.Ю. Огнева, А.Н. Плутницкий, А.Н. Гуров, И.В. Давронов // Врач и научные технологии. – 2018. – С. 6-17.

133. Обухова, О.В. Условия внедрения подушевого финансирования первичного звена / О.В. Обухова // Главврач. – 2012. – № 2. – С. 61-64.

134. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник в 2 т. / под ред. В.З. Кучеренко. – ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с.

135. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка : 72500 слов и 7500 фразеологических выражений / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова // Российская Академия наук, Российский фонд культуры. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва – 1994.

136. Павлов, К.В. Влияние на качество первичной медико-санитарной помощи новых форм оплаты труда медицинских работников / К.В. Павлов, М.А. Степчук, Т.М. Пинкус, Е.М. Господынько // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2012. – № 5. – С. 48-51.

137. Павлов, К.В. Влияние новых форм финансирования на эффективность оказания первичной медико-санитарной помощи / К.В. Павлов, М.А. Степчук, Т.М. Пинкус, Е.М. Господынько // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2012. – № 7. – С. 61-64.

138. Панков, Д.А. Анализ хозяйственной деятельности бюджетных организаций : учебное пособие / Д. А. Панков, Е. А. Головкова, Л. В. Пашковская и др. // Новое знание. – 2014. – С. 631.

139. Пенюгина, Е.Н. Концептуальные подходы к оптимизации сети больниц и организации стационарной медицинской помощи с учетом градостроительной политики и основных направлений социально-экономического развития крупного города: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / Пенюгина Екатерина Николаевна. – 2008. – 39 с.

140. Пирогов, М.В. Экономические аспекты финансирования первичной медико-санитарной помощи в современных условиях / М.В. Пирогов // Справочник врача общей практики. – 2012. – № 5. – С. 17-22.

141. Питенин, Ю.И. Зарубежный опыт оказания амбулаторной хирургической помощи / Ю.И. Питенин, Д.В. Овчинников, Е.Г. Карпущенко // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. – 2013. – № 3-4. – С. 19-22.

142. Плавинский, С.Л. Индикаторы качества амбулаторно-поликлинической помощи, основанные на данных о госпитализации / С.Л. Плавинский, М.Р. Андреева, О.Ю. Кузнецова, В.Е. Жолобов // Российский семейный врач. – 2009. – № 4. – С. 17-25.

143. Плутницкий, А.Н. Первичное звено оказания медицинской помощи – основа системы здравоохранения / А.Н. Плутницкий, Ю.Н. Огнев // Менеджмент качества в медицине – 2021. – С. 4-7.

144. Пожилое население России: проблемы и перспективы: Социальный бюллетень – 2016. – [Электронный ресурс] // Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации: Электронный сайт. – Режим доступа: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/8485/>.

145. Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/all/91295/>.

146. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 30.06.2014 г. № 553 «О государственной программе Санкт-Петербурга «Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге» на 2015-2020 годы» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gov.spb.ru/static/writable/ckeditor/uploads/2014/08/04/553/>.

147. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 марта 2019 г. № 380 «О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс] –

Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201904040013?ysclid=le9lbcxt5b103213441>.

148. Пранович, А.А. Анализ показателей деятельности дневных стационаров в РФ / А.А. Пранович, С.М. Пикалов, А.Ж. Степанян, С.В. Королев // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2014. – № 1. – С. 52-56.

149. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11.05.2007 г. № 325 «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-11052007-n-325/?ysclid=le9le1wd4y840718288>.

150. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70195856/?ysclid=le9lg0i4i7366565726>.

151. Приказ Министерства здравоохранения от 09.12.1999 г. № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4176421/?ysclid=le9lj0o57j747488885>.

152. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70179998/?ysclid=le9ljrx5qg938729453>.

153. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих

медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70877304/?ysclid=le9lm00awi195700371>.

154. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/894314019?ysclid=le9lo253nx951137586>.

155. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.08.1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/4101396/?ysclid=le9lp76chm472679398>.

156. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2016 г. № 132н «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71260614/?ysclid=le9lqi08g5459202770>.

157. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2013 г. № 810-н «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.midural.ru/uploads/document/1303/prikaz-minzdrava-rossii-ot-31-oktyabrya-2013>.

158. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 г. № 529-н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70453400/?ysclid=le9luo5lrk922680069>.

159. Приказ Минздрава России от 09.12.1999 №438 «Об организации

деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=10101&ysclid=le9lwglmig994312994>.

160. Прокин И.Г. Организация оказания медицинской помощи населению: электронное учебное пособие для магистров факультета руководящего медицинского состава и слушателей цикла профессиональной переподготовки «Общественное здоровье и здравоохранение» / И.Г. Прокин, М.Г. Карайланов, О.Ю. Баканев. – СПб. : ВМедА, 2016. – 101 с.

161. Прытова, Е.Б Анализ эффективности стационарозамещающих форм помощи в структуре психоневрологического диспансера / Е.Б. Прытова, Р.В. Костенко, Н.В. Правдина // Психиатрия. – 2018. – № 3 (79). – С. 87-94.

162. Ревская, И.А. Технологизация управления профессиональным развитием кадров медицинских организаций /И.А. Ревская// Исследования и практика в медицине. – 2016. – Т. 3, № 1. – С. 79-83.

163. Роик, В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика / В.Д. Роик. // Дело и сервис. – 2013. – 203 с.

164. Роик, В.Д. Социальное страхование: учебник и практикум / В.Д. Роик // Юрайт. – 2015. – с. 520.

165. Романов, С.В. Пути повышения удовлетворенности пациентов при обслуживании в регистратуре поликлиники медицинской организации системы ФМБА России / С.В. Романов, С.А. Дзюбак // Обучающее пособие Медицина экстремальных ситуаций. – С.47-50.

166. Романова, Л.Е. Анализ хозяйственной деятельности. / Л.Е. Романова// Юрайт-Издат. – 2013. – с.220.

167. Руднев, В.А. Особенности функционирования неврологического отделения городской больницы и неврологического центра специализированного курсового амбулаторного лечения (СКАЛ) / В.А. Руднев М.Я. Бердичевский, Н.Н. Чирва // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева. – Казань, 1998. – № 2. – С.34-37.

168. Русев, И.Т. Дневной стационар в условиях многопрофильной клиники

как стационарозамещающая технология / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, С.А. Буценко, И.Г. Прокин // Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции на тему «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в многопрофильном лечебном учреждении». – СПб., 2016. – С. 351-352.

169. Русев, И.Т. Методические основы эффективности первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, И.Г. Прокин // Материалы V съезда амбулаторных хирургов РФ. – СПб., 2016. – С. 103-104.

170. Русев, И.Т. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на примере мегаполиса / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, И.Г. Прокин, С.Г. Кузьмин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2016. – №3 (55). – С. 144-147.

171. Русев, И.Т. Оценка эффективности военно-медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, С.А. Федоткина, И.Г. Прокин, Д.Н. Борисов // Военно-медицинский журнал. – 2018. – № 2. – С. 4-10.

172. Русев, И.Т. Оценка эффективности медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов // Материалы XLVII Международной научно-практической конференции «Научная дискуссия: вопросы медицины». – Интернаука. – 2016. – №3 (34). – С. 96-100.

173. Русев, И.Т. Стационарозамещающие технологии в военно-медицинских организациях / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, С.А. Федоткина, И.Г. Прокин, Д.Н. Борисов, В.В. Закурдаев, Г.А. Степушкина // Военно-медицинский журнал. – 2019. – Т.340 – №10 – С. 14-21.

174. Русев, И.Т. Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи в многопрофильном стационаре / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, С.А. Буценко, И.Г. Прокин // Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции на тему «Актуальные вопросы клиники, диагностики

и лечения в многопрофильном лечебном учреждении». – СПб., 2016. – С. 353-354.

175. Русев, И.Т. Стационарозамещающие формы при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов // Вопросы современной науки: коллективная монография. – М. : Интернаука, 2016. – Т. 5., гл. 2. – С. 28-44.

176. Русев, И.Т. Эффективность стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, И.Г. Прокин, О.Ю. Баканев, Е.С. Голева // Эффективное управление и контроль в здравоохранении. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. /под ред. И.Т. Русева, А.Х. Ахминеевой – Санкт-Петербург, 2022. – С. 87-91.

177. Островский, Д.А. Социальная значимость работы учреждений стационарозамещающей медицинской помощи / Д.А. Островский, С.В. Ишутин, А.Ю. Субботин, П.В. Бабенко // в сборнике: Здоровье населения - основа процветания России. Материалы X Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Филиал РГСУ в г. Анапе. – 2016. – С. 233-237.

178. Савицкая, Г.В. Методика комплексного анализа хозяйственной деятельности / Г.В. Савицкая – М. : ИНФРА-М, 2012. – 288 с.

179. Савченко, А.П. Здоровье общества и система здравоохранения в контексте социальной политики России / А.П. Савченко. – М. : Медиа, 2014. – 350 с.

180. Саперов, В.Н. Трудности работы терапевтов первичного звена. Что делать? / В.Н. Саперов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости – 2012. – № 1. – С. 12-13.

181. Семенов, В.В. Симультантные мероприятия на органах живота: спорные и очевидные аспекты проблемы / В.В. Семенов, А.А. Курыгин // Вестник хирургии – 2014 – С. 96-99.

182. Сенченко, И.К. Организационно-функциональная модель

медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических учреждениях / И.К. Сенченко, И.Г. Новокрещенова // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 60, № 5. – С. 65-75.

183. Серякова, Е.Е. Организация работы отделения дневного пребывания для граждан пожилого возраста в г. Твери / Е.Е. Серякова, О.Э. Барсукова // в сборнике: Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы XI Международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления / под редакцией Ю.Ю. Шурыгина – Улан-Удэ, 2022. – С. 248-251.

184. Сидякина, Е.С. Дневной стационар как ведущее звено амбулаторной помощи / Е.С. Сидякина Е.С., Ф.Б. Шеркунов, Т.Б. Арсютова // в сборнике: Выбор оптимальной стратегии у пациентов с сосудистыми заболеваниями. Региональный сосудистый центр 2019: итоги десятилетия. материалы Междисциплинарной научно-практической конференции / под редакцией Е.И. Бусалаевой – 2019. – С. 217-220.

185. Сквирская, Г.П. Актуальные проблемы модернизации амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации / Г.П. Сквирская // Заместитель главного врача. – 2012. – № 8. – С. 16-26.

186. Сквирская, Г.П. Проблемы и задачи медицинских работников со средним образованием в ходе модернизации системы оказания первичной медицинской помощи / Г.П. Сквирская // Главная медицинская сестра. – 2013. – № 7. – С. 52-76.

187. Склянова, М.В. Первичная медико-санитарная помощь больным подагрой / М.В. Склянова, А.Н. Калягин // Современная ревматология. – 2012. – № 3. – С. 52-55.

188. Скляр, Т.М. Организационно-управленческие инновации в медицинских организациях / Т.М. Скляр // Здоровоохранение. – 2014. – №1. – С. 42-48.

189. Смагулова, А.Б. Оценка результатов реабилитации и лечения в

дневном стационаре и стационаре на дому / А.Б. Смагулова, И.З. Мамбетова, С.М. Мадиярова, А. Зулхажы, А.Ж. Жадыкова, А.Б. Кабанбаева // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2012. – № 4. – С. 127-130.

190. 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.

191. Соболев, К.Э. Планирование специализированной медицинской помощи с использованием клинко-статистических групп заболеваний / К.Э. Соболев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2022. – № 5-6. – С. 3-10.

192. Соловьева, Е.А. Опыт организации оказания хирургической помощи в амбулаторных условиях женщинам с заболеваниями репродуктивной системы / Е.А. Соловьева, О.Д. Константинова, М.А. Тришина, О.В. Музыченко // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 5 (128). – С. 59-63.

193. Соловьева, И.В. Анализ эффективности стационарозамещающих технологий оказания медицинской помощи / И. В. Соловьева, Е.В. Ефанова // в сборнике: Моделирование и управление процессами в здравоохранении. межвузовский сборник научных трудов. Российская академия естественных наук им. В. И. Вернадского / под редакцией О.В. Родионова – Воронеж, 2009. – С. 74-81.

194. Сон, И.М. Деятельность дневных стационаров в Российской Федерации в 2000-2014 годах / И.М. Сон, В.А. Евдаков, С.И. Шляфер, А.Ш. Сененко, Ю.Ю. Мельников // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 7. – С. 6-19.

195. Стародубов, В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с.

196. Стародубов, В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и

перспективы развития: монография / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер – Медицина, 2007. – 264 с.

197. Стасевич, Н.Ю. Роль медико-организационных и экономических технологий в оценке качества медицинской помощи и улучшении состояния здоровья / Н.Ю. Стасевич, И.А. Лаский // Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал]. – 2015; 45 (5). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/708/30/lang,ru>.

198. Степушкина, Г.А. Организационно-методические подходы к оценке эффективности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / Г.А. Степушкина, И.Т. Русев, М.Г. Карайланов, И.Г. Прокин, О.Ю. Баканев // в сборнике: Современные научные и образовательные стратегии в общественном здоровье. Российская научно-практическая конференция. – 2018. – С. 165-176.

199. Степчук, М.А. Этапы развития первичной медико-санитарной помощи в России / М.А. Степчук, Т.М. Пинкус, Д.П. Боженко // Научные ведомости Белгородского государственного университета. – 2012. – Т. 18, № 10. – С. 140-147.

200. Стожаров, В.В. Современные проблемы организации экстренной госпитализации больных в стационары Санкт-Петербурга / В.В. Стожаров, Е.Н. Пенюгина, Н.В. Разумный и др. // Скорая медицинская помощь. – 2013. – № 1. – С. 28-33.

201. Тайницкая, Э.В. Роль рейтинговой оценки деятельности врача-педиатра участкового в улучшении качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи / Э.В. Тайницкая // Заместитель главного врача. – 2012. – № 12. – С. 57-67.

202. Таут, Д.Ф. Анализ деятельности и перспективы развития современных стационарозамещающих технологий с позиции управления качеством в российской федерации / Д.Ф. Таут, О.Р. Швабский, И.Б. Минулин, А.А. Щерблыкина // Вестник Росздравнадзора. – 2020. – № 5-1. – С. 60-65.

203. Тихоновская, Е.Ю. Новый взгляд на привычную работу дневного

стационара поликлиники / Е.Ю. Тихоновская, Н.П. Шарина // Главврач. – 2016. – № 1. – С. 39-45.

204. Толеу, А.Т. История развития дневных стационаров / А.Т. Толеу // Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. – 2011. – № 1. – С. 112-114.

205. Толеубаев, Е.А. Симультантные мероприятия в хирургии органов брюшной полости / Е.А. Толеубаев, А.Е. Алибеков, А.М. Балыкбаева // Медицина и экология. – 2021. – №1 – С. 47-52.

206. Трифонова, Н.Ю. Организация медицинской помощи в современных условиях в аспекте состояния здоровья медицинского персонала / Н.Ю. Трифонова, С.Н. Петросов, В.В. Соловьев // Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал]. – 2014; 38(4). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/582/30/lang,ru>.

207. Уйба, В.В. Экономические методы управления в здравоохранении / Новосибирск, 2012. – 314 с.

208. Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г. №254 «О стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>.

209. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35261>.

210. Указ Президента Российской Федерации от 28.06.2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/25729>.

211. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать / Г.Э. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 706 с.

212. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» / Г.Э.

Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.

213. Улумбекова, Г.Э. Система здравоохранения Российской Федерации: итоги, проблемы, вызовы и пути решения / Г.Э. Улумбекова // Вестник Росздравнадзора. – 2012. – № 2. – С. 33-38.

214. Файзуллина, Р.Н. Деятельность дневных стационаров и направления их развития / Р.Н. Файзуллина, А.А. Гильманов, И.Р. Искандаров // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 3 (186). – С. 169-173.

215. Файзуллина, Р.Н. Кочный ресурс дневных стационаров и организация их работы / Р.Н. Файзуллина, А.А. Гильманов, И.Р. Искандаров // Социальные аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67. № 4. Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1286/30/lang,ru_RU.CP1251/.

216. Файзуллина, Р.Н. Оценка проблем в организации деятельности дневных стационаров / Р.Н. Файзуллина, А.А. Гильманов, И.Р. Искандаров // Ремедиум. – 2022. – Т. 26. № 1. – С. 30-34.

217. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12180688/?ysclid=le9m4ke98k294942118>.

218. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12191967/?ysclid=le9m5hu9pf957883388>.

219. 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. – Т. 12. № 2. – С. 179-189.

220. Федоткина, С.А. Участие медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди молодежи / С.А. Федоткина, М.Г. Карайланов, О.Г. Шинкарева, Е.А. Маликова, А.М. Польская // Материалы Всероссийской международной научно-практической конференции «Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения». – СПб., 2016. – Т. II, ч. 1. – С. 333-335.

221. Хетагурова, А.К. Особенности оценки деятельности медицинских сестер дневных стационаров / А.К. Хетагурова, Г.С. Шестаков, Г.В. Хохлова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 1-2. – С. 44-55.

222. Черниенко, Е.И. Преимущества и недостатки стационарозамещающих технологий / Е.И. Черниенко, Г.А. Лаврищева, В.П. Сажин, А.В. Волнухин – М. : 2010. – 135 с.

223. Чирикова, А.Е. Врачи как профессиональная группа: воспроизводство и поддержание врачебного профессионализма // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т. 11, № 13. – Режим доступа: <https://socionet.ru/publication.xml?h=spz:cyberleninka:29272:15696310>.

224. Чирков, В.А. Комплексное социально-гигиеническое исследование удовлетворенности городского населения организацией и качеством первичной медико-санитарной помощи / В.А. Чирков, А.В. Бреусов, Р.А. Бреусов // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 9. – С. 89.

225. Шарапиева, А.М. Анализ результатов интервью руководителей медицинских учреждений ПМСП г. Семей по вопросам организации сестринского ухода на дому / А.М. Шарапиева, А.О. Мысаев, Р.А. Абзалова, Кен Инойе // Вестник КазНМУ – №3 – С.372-375.

226. Шевский, В.И. Интеграция усилий медицинских организаций при оказании пациентам медицинской помощи: мнение врачей / В.И. Шевский, И.М. Шейман, А.Р. Ахметзянов, И.В. Зарочинцева // Здравоохранение. – 2013. – № 6. – С. 42-59.

227. Шевченко, В.В. Норматив затрат на выполнение государственного (муниципального) задания как инструмент повышения финансовой эффективности учреждений здравоохранения / В.В. Шевченко // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 1. – С. 37-41.

228. Шейман, И.М. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? / И.М. Шейман, В.И. Шевский, С.В. Сажина // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – 65(1) – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/27/lang,ru/>.

229. Шестаков, Г.С. Некоторые особенности оценки деятельности дневных стационаров / Г.С. Шестаков, Г.В. Хохлова. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2015. – № 5-6. – С. 16-21.

230. Шильцова, Т.А. Анализ использования коечного фонда системы здравоохранения региона / Т.А. Шильцова, С.К. Ахеджак-Нагузе, А.А. Нагузе, В.В. Пильщикова // Вестник Академии знаний. – 2022. – № 50 (3). – С. 376-382.

231. Шляфер, С.И. Анализ деятельности скорой медицинской помощи в Российской Федерации [Электронный ресурс] / С.И. Шляфер // Социальные аспекты здоровья населения: электронное научное издание (научно-практический журнал). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/396/30/lang,ru/>.

232. Шляфер, С.И. Анализ работы дневных стационаров медицинских организаций разного типа, оказывающих помощь в амбулаторных условиях / С.И. Шляфер // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2017. – № 3. – С. 14-22.

233. Шляфер, С.И. Диагностическая работа в дневных стационарах России / С.И. Шляфер // Медицина. – 2018. – Т. 6. № 3 (23). – С. 1-18.

234. Шляфер, С.И. Оценка работы дневных стационаров и стационаров на дому в Российской Федерации. анализ ведения статистической отчетности / С.И. Шляфер // Медицина. – 2019. – Т. 7, № 2 (26). – С. 9-23.

235. Шляфер, С.И. Показатели деятельности стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в Российской Федерации и результаты приема годовых статистических отчетов за 2008 год. Социальные аспекты здоровья населения: электрон. журн. – 2009. – Режим доступа: <http://vestnik.ru/content/view/123/30/>.

236. Шляфер, С.И. Состав взрослых пациентов, выписанных из круглосуточных стационаров и дневных стационаров больничных организаций России / С.И. Шляфер // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2016. – № 4. – С. 168-177.

237. Шляфер, С.И. Состав пациентов, пролеченных в дневных стационарах

и стационарах на дому в Российской Федерации / С.И. Шляфер // Главврач. – 2015. – № 11-12. – С. 27-33.

238. Шляфер, С.И. Сравнительный анализ состава пациентов дневных стационаров и стационаров на дому / С.И. Шляфер // Медицина. – 2020. – Т. 8, № 4 (32). – С. 1-12.

239. Шляфер, С.И. Хирургическая работа медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях в Российской Федерации / С.И. Шляфер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 2. – С. 264-269.

240. Шуланбаева, А.Ж. Особенности деятельности дневных стационаров / А.Ж. Шуланбаева, А.У. Балтаева, Ж.М. Райханова, Н.К. Кожаметова, А.Б. Сыдыкова // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2019. – № 1. – С. 518-522.

241. Щепин, В.О. К вопросу об оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи за рубежом / В.О. Щепин, А. С. Дьячкова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 2. – С. 296-300.

242. Щепин, В.О. К вопросу о перспективных направлениях развития здравоохранения Российской Федерации / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева, Т.Н. Проклова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 1. – С. 147-152.

243. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 592 с.

244. Щепин, В.О. Объем и структура амбулаторно-поликлинических посещений у врачей в Российской Федерации в 2009-2011 гг. / В.О. Щепин, О.В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 3. – С. 9-14.

245. Щепин, В.О. Структурный анализ сети учреждений амбулаторно-поликлинической помощи в Российской Федерации // В.О. Щепин, О.В. Миргородская / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и

истории медицины. – 2012. – Т. 6. – С. 26-31.

246. Щепин, В.О. Структурно-функциональный анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации / В. О. Щепин, О.В. Миргородская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 2. – С. 20-23.

247. Экономический анализ: учебник для вузов / под ред. Л.Т. Гиляровской. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2013. – 615 с.

248. Abbott, L.S. Eliminating Health Disparities through Action on the Social Determinants of Health: A Systematic Review of Home Visiting in the United States, 2005-2015 [Электронный ресурс] / Laurie S. Abbott, Lynn T. Elliott // Wiley online library. Public health nursing – 2016. – Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12268>.

249. Akkus, Y. Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. / Y. Akkus, N. Akdemir // Scand J Caring Sci. – 2012. – 26 (2). – P. 295-303.

250. Aksoy, H. Physicians' attitudes toward home healthcare services in Turkey: A qualitative study. / H. Aksoy, R. Kahveci, P. Doner, i. Aksoy, D.Ayhan, A.Ozkara // European Journal of General Practice. – 2015. – 21 (4). – P. 246-252.

251. Anderson, C. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: an overview and cost analysis. Pharmacoeconomics. / C. Anderson, Ni Mhurchu C, P.M. Brown, K. Carter –2002. – 20 (8). – P. 537-552.

252. Anderson, C. Home or hospital for stroke Rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: II: cost minimization analysis at 6 months. / C. Anderson, C.N. Mhurchu, S. Rubenach, M. Clark, C. Spencer, A.Winsor // Stroke. – 2000. – 31 (5). – P. 1032-10377.

253. Arah, O.A. Conceptual frame works for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement / O.A. Arah // International Journal for Quality in Health Care. – 2003. – Vol. 15, № 5. – P. 377-398.

254. Brugha, R. Stakeholder analysis: a review. / R. Brugha, Z. Varvasovszky // Health Policy Plan. – 2000. – 15 (3). – P. 239-246.

255. Board, N. A randomized trial of the costs of hospital as compared with hospital in the home for acute medical patients / N. Board, N. Brennan, G. Caplan // *Aust NZ J Public Health*. – 2000. – Vol. 24. – P. 305-311.

256. Burns, T, Home treatment for mental health problems: a systematic review. / T. Burns, M. Knapp, J. Catty, A. Healey, J. Henderson, H. Watt, C. Wright // *Health Technol Assess*. – 2001. – 5 (15). – P. 139.

257. Buse, K. Making Health Policy / K. Buse, N. Mays, G. Walt // Oxford: Open University Press, – 2005. – 206 p.

258. Caplan, G.A. Evaluation of hospital at home scheme. Another study found that patients prefer home care to hospital care / G.A. Caplan // *BMJ*. – 2000. – Vol. 320. – P. 1077.

259. Chen, L. Quasi-experimental evaluation of a home care model for patients with stroke in China. / L. Chen, J.W. Sit, X. Shen // *Disabil Rehabil*. – 2016. – 38 (23). – P. 2271.

260. Cheung, C.K. Improving Older Adults' Functional Ability Through Service Use in a Home Care Program in Hong Kong / C.K. Cheung, M.H.N. Raymond // *Research on Social Work Practice*. – 2005. – Vol. 15. – P. 154-164.

261. Chiu, L. Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients / L. Chiu, W.C. Shyu, Y.H. Liu // *J Adv Nurs*. – 2001. – 33 (3). – P. 380-386.

262. Curral, R. Forty years of a psychiatric day hospital. / R. Curral, C. Silveira, R. Lopes, A. Norton, I. Domingues, A. Roma-Torres, F. Lopes, E. Ramos // *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. – 2014. – Vol. 36, № 1. – P. 52-58.

263. Dahl, U. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients – a retrospective comparative cohort study. / U. Dahl, R. Johnsen, R. Satre, A. Steinsbekk // *BMC Health Serv Res*. – 2015. – 15. – P. 48.

264. De Vos, P. The functioning of the Cuban home hospitalization programme: a descriptive analysis / P. De Vos, I. Barosso, A. Rodrigues et al. // *BMC Health Serv Res*. – 2007. – Vol. 7. – P. 76.

265. Diderichsen, F. Resource allocation to health authorities: the quest for an

equitable formula in Britain and Sweden. / F. Diderichsen, E. Varde, M. Whitehead // British Medical Journal. – 1997. – 315. – P. 875-878.

266. Donald, I.P. Hospital-at-home: a randomized controlled trial / I.P. Donald R.N. Baldwin, M. Bannerjee Gloucester // Age and Ageing. 1995. – Vol. 24. – P. 434-439.

267. Dosal, A. Use of intravenous iron infusion in a gastroenterology day hospital: indications, dosage and adverse effects / A. Dosal, L. Moreno, M. López, X. Calvet, A. Figuerola., M. Miquel, A. Villoria, E. Gené, M.T. Ruíz, D. Suárez // Gastroenterologia y Hepatologia. – 2010. – T. 33, № 7. – P. 479-483.

268. Dionne, S. Building primary care in a changing Europe: case studies/ S. Dionne, Kringos Wienke G. W. Boerma, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman // WHO Regional Office for Europe / European Observatory for Health Systems and Policies. – 2015 – P. 304.

269. Eng, C.E. Programme of all-inclusive care of the elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing / C.E. Eng, J. Pedulla, J.P. Eleaser et al. // J Am Geriatr Soc. 1997. – Vol. 45. – P. 223-232.

270. Ettelt, S. Fundamentals of politics. Medical care planning: an overview of international experience. /S. Ettelt // European Observatory on Health Systems and Policies – M. – 2009. – P. 62.

271. Figueras, J. The road to reform / J. Figueras, N. Mehabde, R. Basse // British Medical Journal. – 2005. – P. 169-170.

272. Forster, A. Systematic review of day hospital care for elderly people / A. Forster, J. Young, P. Langhome // BMJ. 1999. – Vol. 318. – P.837-841.

273. Gilson, L. Trust and the development of health care as a social institution / L. Gilson // Social Science and Medicine. – 2003. – P. 1453-1468.

274. Glaesmer, H. Improvement of functional deficits, physical mobility and cognitive function by treatment in geriatric day hospital / H. Glaesmer, J. Kunstler, W. Reuter // Z Gerontol Geriatr. – 2003. – Vol. 36. – P. 475-483.

275. Groenvold, M. On the Front Lines of Care: Primary Care Doctor's Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries / M. Groenvold, A.T. Johansen,

M. Stromgren // Hosteter et al. – November. – 2006. – Vol.57. – P. 35.

276. Hanks, C.A. Implementing Nurse Home Visitation Programs / C.A. Hanks, J. Smith // Public Health Nurs. – 1999. – 16(4). – P. 235-45.

277. Hill, J.D. A randomised trial of home-versus-hospital management for patients with suspected myocardial infarction. / J.D. Hill, J.R. Hampton, J.R. Mitchell // Lancet. – 1999. – Vol. 1. – P. 837-841.

278. Iliffe, S. What do we know about hospital at home? Lessons from international experience / S. Iliffe, S. Shepperd // Appl. Health Econ. Health Policy. – 2002. – Vol. 1. – P. 141-147.

279. Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: Nursing and Midwifery Perspectives / World Health Organization. – Geneva, 2013 – P. 24.

280. Jacobs, P. The Economics of Health and Medical Care. / P. Jacobs, J. Rapoport // – Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. – 2004. – P. 438.

281. Karailanov, M. Evaluating the effectiveness of primary health care in outpatient settings / M. Karailanov, I. Rusev // XIII International scientific and practical conference «International scientific review of the problems and prospects of modern science and education». – Chicago, 2016. – №5 (15). – P. 99-100.

282. Lammers, W. Demographic analysis of emergency department patients at the Ruijin hospital, Shanghai / W. Lammers, W. Folmer, E.M. Van Lieshout, T. Mulligan, J.C. Christiaan, D. Den Hartog, J. Tong, Y. Lu, P. Patka // Emerg. Med. Int. – 2011. – P. 1-5.

283. Lang, T. European protocol. Int J Technol Asses Health Care / Lang, T., Liberati A., Tampieri A. //– 1999. – 15(1) – P. 197.

284. Lopes, R Day hospital in community psychiatry: is it still an alternative to mental health care? / R. Lopes, R. Curral // Arquivos de Medicina. – 2012. – Vol. 26, № 5. – P. 218-223.

285. Mierzecki, A. The family doctors and health promotions. / A. Mierzecki, J. Gasiorowski, H. Pilavska // European J of general Pract. – 2000. – Vol. 6. – P. 57-61.

286. Nicols, R.L. Surgical antibiotic prophylaxis / R.L. Nicols // Med. Clin North Am. – 1995. – Vol.79 – P. 509-522.

287. Rainer, T.H. Emergency medicine — the specialty / T.H. Rainer // HKMJ. – 2000. – № 6. – P. 269-275.

288. Rusev, I.T. Effectiveness of outpatient-and-polyclinic institutions activity / I.T. Rusev, M.G. Karailanov // «Science and Education»: materials of the XI International research and practice conference. – Munich, Germany, 2016. – 190 p.

289. Safran, D.G. Defining Primary Care / D.G. Safran // Paper prepared for the Committee on the Future of Primary Care. – Institute of Medicine. – 2004. – P. 3-8.

290. Saltman, R.B. Decentralization in Health Care / R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek // Strategies and outcomes. – Oxford: Open University Press, 2007. – 298 p.

291. Smith, P.C. Evaluation of the effectiveness of healthcare system reform: experience, problem and prospects / P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolaou // Background paper (WHO European Ministerial Conference on Health Systems «Health Systems-Health-Well-being», Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008). – Copenhagen, 2008. – 22 p.

292. Thomson, S. Healthcare financing in the European Union. Problems and strategic solutions. / S. Thomson, Th. Foubistar, E. Mossialos // Observatory research on Health systems and Policies. – 2010. – №.17. [http://www. Euro who int./data/fssets/pdf_file/0016/126025/](http://www.euro.who.int/data/fssets/pdf_file/0016/126025/).

293. Willard, K. Committee. Meeting the Challenge of family Practice / K. Willard // Amer. Med. Ass. – 2006. – P. 26-28.

ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение 1****Опросный лист пациента
о качестве оказания медицинской помощи в дневном стационаре**

Уважаемые пациенты!

Внимательно ознакомьтесь с опросным листом и поставьте отметку в нужном квадрате.

Опросный лист анонимный, фамилию писать не нужно.

Заранее Вас благодарим!

Пол:

мужской

женский

Возраст _____ (полных лет)

Трудовая деятельность:

работаю

не работаю

пенсионер

Имеете ли Вы хронические заболевания:

да

нет

Состоите ли Вы на диспансерном учете:

да

нет

Частота рецидивов и обострений хронического заболевания:

Продолжение приложения 1

Критерии оценки	удовлетворен (а)	скорее не удовлетворен (а), чем удовлетворен (а)	скорее не удовлетворен (а), чем удовлетворен (а)	не удовлетворен (а)	затрудняюсь ответить
1. Насколько вы удовлетворены организацией лечения в условиях дневного стационара?					
1.1 Техническое состояние, ремонт помещений					
1.2 Оснащенность современным медицинским оборудованием					
1.3 Обеспеченность лекарственными препаратами и расходными материалами					
1.4 Работой вспомогательных служб (рентген, лаборатория, физиотерапевтический кабинет, кабинет ЛФК)					
2. Насколько вы удовлетворены организацией лабораторных и инструментальных исследований (УЗИ, ЭКГ)?					
3. Насколько Вы удовлетворены работой врача дневного стационара					
4. Насколько Вы удовлетворены работой медицинской сестры дневного стационара					
5. Насколько вы удовлетворены информированностью о состоянии Вашего здоровья?					
6. Уровень готовности рекомендовать свою поликлинику друзьям и знакомым					

Замечания и предложения по улучшению организации медицинской помощи в дневном стационаре: _____

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

**Опросный лист медицинского сотрудника
по вопросам удовлетворенности условиями работы**

Уважаемые сотрудники!

Внимательно ознакомьтесь с опросным листом и поставьте отметку в нужном квадрате.

Опросный лист анонимный, фамилию писать не нужно.

Заранее Вас благодарим!

1. Пол: мужской, женский.

2. Возраст _____ (полных лет)

3. Ваша квалификация:

врач

средний медицинский персонал

4. Удовлетворены ли Вы режимом работы?

удовлетворен(а)

не удовлетворен(а)

5. Удовлетворены ли Вы самостоятельностью в работе?

удовлетворен(а)

не удовлетворен(а)

6. Соответствует ли работа уровню Вашей квалификации?

да

нет

7. Имеется ли на Вашей работе возможность карьерного роста?

да

нет

8. Удовлетворены ли Вы морально-психологическим климатом в коллективе?

удовлетворен(а)

не удовлетворен(а)

9. Удовлетворены ли Вы комфортностью рабочего места?

удовлетворен(а)

не удовлетворен(а)

10. Удовлетворены ли Вы уровнем технической оснащенности рабочего места?

удовлетворен(а)

не удовлетворен(а)

11. Как Вы оцениваете общую удовлетворенность от работы в данной организации?

удовлетворен(а)

не удовлетворен(а)

12. Какие факторы влияют на Вашу мотивацию?

Факторы	Не действует	Действует	
		Снижает	Повышает
Оказывает ли на Вашу деятельность материальное стимулирование (премии, лишение стимулирующих выплат)?			
Оказывает ли на вашу деятельность меры морального стимулирования (благодарности, почетные грамоты, замечания, выговоры)?			
Могут ли меры административного воздействия оказать влияние на эффективность вашей работы?			
Влияет ли атмосфера в коллективе на эффективность Вашей работы?			

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

**Карта хронометража оказания медицинской помощи
в дневном стационаре**

№	Наименование признака	Значение
1.	№ истории болезни	
2.	ФИО	
3.	Пол (м, ж)	
4.	Возраст	
5.	Адрес	
6.	Дата и время поступления	
7.	Состояние пациента при поступлении	
8.	Диагноз	
9.	Код по МКБ-10	
10.	Нозологический профиль	
11.	Длительность лечения, дни	
12.	Исход лечения	

Перечень действий и время их проведения		
Наименование	Время начала	Время окончания

Перечень действий:

Основная деятельность

Врач дневного стационара:

- опрос пациента;
- осмотр пациента;
- назначение диагностических инструментальных и лабораторных исследований;
- проговаривание с пациентом плана лечения

Медицинская сестра:

- опрос пациента;
- измерение артериального давления;
- измерение частоты дыхательных движений;
- измерения частоты сердечных сокращений;
- ЭКГ;
- забор крови,
- инфузия внутривенная;
- инъекция внутримышечная.

Работа с документацией

- оформление электронной карты пациента;
- оформление направлений.

**Алгоритм направления пациентов
на госпитализацию в дневной стационар
в условиях новой структурно-функциональной модели**

1. Направление на лечение в дневном стационаре осуществляется по направлению лечащего врача, оказывающего первичную врачебную медико-санитарную помощь, включая врачей специалистов медицинских организаций.

2. Направление на лечение в дневном стационаре выдается согласно форме направления №057/у-04, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 22.11.2004 № 255, заверенной печатью организации и лечащего врача.

3. Показаниями для оказания медицинской помощи в дневном стационаре является:

– состояние больного, не требующее круглосуточного наблюдения, отсутствие осложнений основного заболевания, угрожающих жизни;

– отсутствие необходимости изоляции в связи с эпидемическими показаниями;

– отсутствие необходимости применения методов лечения, выполняемых в условиях круглосуточного стационара

– отсутствие высокого риска хирургического лечения в связи с осложнением течения основного заболевания или коморбидных заболеваний;

– в случае обострения уже имеющегося хронического заболевания отсутствие его нетипичного проявления и (или) наличие эффекта при ранее проводимой терапии.

4. При направлении пациента на лечение в условиях дневного стационара обеспечивается выполнение необходимых для обоснования диагноза лабораторно-диагностических и инструментальных исследований

5. При прохождении лечения в условиях дневного стационара медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь:

- обеспечивают пациента консультациями специалистами в соответствии с профилем сопутствующих патологий;
- проводят необходимое дообследование пациентов;
- определяют симультанные мероприятия в отношении основного и сопутствующих заболеваний;
- определяют сроки лечения в условиях дневного стационара (при сроке ожидания более 14-дней – комиссионно) в соответствии с соблюдением очередности;
- в случае изменения даты начала лечения информируют пациента о причинах изменения и новой дате начала лечения.

**Критерии для определения целесообразности направления
на госпитализацию в круглосуточный стационар**

№	Симптомы и синдромы	да/нет
1.	Осложнение основного заболевания	
2.	Инфекционное заболевание	
3.	Необходимость хирургического лечения	
4.	Побочные реакции на терапию дневного стационара	
5.	Нетипичное течение заболевания	
6.	Необходимость в проведении сложных диагностических и лабораторных исследований (отсутствие ресурса медицинской организации)	
7.	Риск развития осложнений	

**Заключение комиссии
о необоснованном направлении пациента на плановую госпитализацию
и/или дефектов ведения пациента на амбулаторном этапе**

№ _____
(медицинской карты амбулаторного больного)

Дата обращения в медицинскую организацию _____

Фамилия, имя, отчество пациента _____

Возраст _____

Адрес пациента _____

Инвалидность _____

Способность к самообслуживанию и передвижению _____
(да/нет/ограничена)

Фамилия, имя, отчество врача _____

Диагноз направления на госпитализацию в круглосуточный стационар _____

Цель направления _____

Выявленные	дефекты	диагностики	пациента
------------	---------	-------------	----------

(дефекты диагностики, лечения пациента)

Выявлено	необоснованное	направление	на	плановую
госпитализацию _____				

Врач-специалист _____

Врач-эксперт КМП _____
(Ф.И.О., подпись)

Заведующий поликлиническим отделением _____
(Ф.И.О., подпись)

место печати
(для справок и медицинских документов)

**Проект приказа
об организации поста самостоятельного приема пациентов
медицинскими сестрами в дневном стационаре**



ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
АДМИНИСТРАЦИЯ ФРУНЗЕНСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника № XXX»

ПРИКАЗ

№ _____

Об организации поста самостоятельного
приема пациентов медицинскими сестрами
в дневном стационаре

В целях организации поста самостоятельного приема пациентов медицинскими сестрами дневного стационара, повышения доступности и качества оказания медицинской помощи прикрепленному населению,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Заведующим поликлиническими отделениями:
 - организовать работу поста медицинской сестры в дневном стационаре;
 - организовать контроль работы самостоятельного приема медицинской сестры в соответствии с утвержденными Правилами и Критериями (приложение 1, 2)
2. Главной медицинской сестре, старшим медицинским сестрам:
 - обеспечить внедрение прилагаемых Правил в организацию самостоятельной работы медицинских сестер дневных стационаров;
 - ознакомить медицинских сестер дневного стационара с приказом;
 - использовать в работе разработанные Критерии оценки качества работы.
3. Заведующему дневным стационаром:
обеспечить оценку качества самостоятельного приема пациентов медицинскими сестрами в соответствии с критериями оценки.
4. Контроль исполнением приказа возлагаю на заместителя главного врача по медицинской части.

Главный врач

И.О. Фамилия

Приложение 1 к Приказу главного врача

Правила внутреннего контроля качества оказания медицинской помощи пациентам
медицинской сестрой дневного стационара на самостоятельном приеме

1. Обязанности медицинской сестры, осуществляющей самостоятельный прием в дневном стационаре:
 - оказание доврачебной медицинской помощи пациентам дневного стационара, включая неотложные состояния;
 - осуществление маршрутизации пациентов;
 - проведение доврачебного осмотра на приеме в дневном стационаре в том числе профилактических, диспансерных;
 - заполнение и ведение электронной документации;
 - диагностические манипуляции (в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, самостоятельно, по назначению врача);
 - проведение гигиенического обучения населения
 - осуществление, в пределах квалификации, выявления и решения психологических проблем пациента.
2. Контроль качества самостоятельного приема пациентов медицинской сестрой дневного стационара осуществляется по следующим критериям:
 - контроль объема и качества, оказанной медицинской помощи путем анализа данных информационной системы, выполнения плана посещений, учета функциональных исследований и манипуляций;
 - оценка квалификации медицинской сестры, осуществляющей самостоятельный прием;
 - определение причин возникновения ошибок в оказании медицинской помощи,
 - анкетирование пациентов по результатам полученной медицинской помощи.
3. Учет результатов внутреннего контроля самостоятельного приема пациентов медицинской сестрой дневного стационара включает в себя:
 - составление акта по результатам проведенного внутреннего контроля;
 - проведение анализа полученных результатов;
 - анализ данных анкетирования пациентов.
4. Внутренний контроль самостоятельного приема пациентов медицинской сестрой дневного стационара проводится ежемесячно старшей медицинской сестрой:
 - отбор 10 карт пациентов, прошедших лечение в дневном стационаре,
 - анализ их в соответствии с критериями оценки качества работы (приложение №2);
 - предоставление отчета заведующему дневного стационара
 - принятие мер по предупреждению выявленных замечаний
5. Результат внутреннего контроля заносится в журнал оценки качества оказания медицинской помощи медицинскими сестрами на самостоятельном приеме (приложение №3);
6. Результаты внутренней проверки обсуждаются в рамках проведения занятий по повышению квалификации среднего медицинского персонала

Приложение 2 к Приказу главного врача

Критерии оценки
самостоятельного приема медицинских сестер дневного стационара

Ф.И.О. медицинской сестры		
Номер карты пациента		
№ п/п		Показатель
1.	Цель визита	
2.	Сбор анамнеза	
3.	Динамика состояния здоровья пациента	
4.	Проведение инструментальных обследований в кабинете (ЭКГ, АД)	
5.	Направление на инструментальные и лабораторные исследования	
6.	Профилактические беседы	
7.	Маршрутизации пациента	
8.	Принятия решения о направлении к врачу	
Суммарная оценка		

1. Четкость установление цели визита пациента – 1 балл.
2. Правильность сбора анамнеза – 1 балл.
3. Фиксирование в медицинской документации динамики состояния здоровья пациента – 1 балл.
4. Определение соответствия проведенных инструментальных методов обследования в кабинете стандарту оказания медицинской помощи – 1 балл.
5. Определение соответствия выписки направлений на инструментальные и лабораторные исследования стандарту оказания медицинской помощи – 1 балл.
6. Наличие профилактических бесед в рамках школ здоровья – 1 балл.
7. Обеспечение дальнейшей маршрутизации пациента
8. Правильность принятия решения о плановом или экстренном направлении к врачу дневного стационара – 1 балл.

**Проект трудовой функции (профессионального стандарта) -
Оказание доврачебной медицинской помощи
в условиях дневного стационара при организации поста
медицинской сестры дневного стационара**

Наименование	Оказание доврачебной медицинской помощи в условиях дневного стационара при организации поста медицинской сестры
Трудовые действия	Доврачебный прием медицинской сестрой пациентов для решения вопроса о необходимости направления к врачу, в том числе в рамках диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями
	Направление на лабораторные и другие исследования пациентов, которые в день обращения не нуждаются во врачебном приеме, в том числе в рамках диспансерного наблюдения за больными хроническими заболеваниями
	Доврачебный прием медицинской сестрой, оценка функционального состояния организма пациента
	Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования
	Доврачебный прием медицинской сестрой при оказании неотложной помощи пациентам при возникновении внезапных острых состояний без явных признаков угрозы жизни пациента
Необходимые умения	Проводить доврачебный прием медицинской сестрой пациентов: <ul style="list-style-type: none"> – сбор анамнеза жизни и заболевания; – опрос пациентов по вопросу жалоб; – осмотр пациента (оценка сознания, осмотр кожных покровов, слизистых, измерение артериального давления, пульса, сатурации, частоты дыхания, антропометрических показателей); – выполнение исследований (снятие ЭКГ); – забор биологического материала (кровь); – оценка результатов обследования и направление к врачу дневного стационара – рекомендации (профилактическое консультирование);
Необходимые знания	Правила проведения приема медицинской сестры для решения вопроса о срочности направления к врачу
	Правила проведения опроса пациентов на предмет сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов
	Технологии проведения функционального обследования пациентов (антропометрия, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, спирометрия, температуру тела, остроту зрения и слуха, глазное давление)
	Методы диагностики заболеваний (состояний), требующих срочного обращения к врачу
	Методы диагностики внезапных острых заболеваний, состояний, обострения хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
	Правила оказания медицинской помощи в неотложной форме

Методическая разработка для проведения практического занятия

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова

Кафедра общественного здоровья и экономики военного здравоохранения

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий кафедрой

ФИО

« ____ » _____ 20__ г.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

для проведения практического занятия

на тему: Предназначение, задачи, организационная структура и организация работы
дневного стационара в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-
санитарную помощь

Обсуждена и одобрена на заседании кафедры
Протокол № _____

« ____ » _____ 20__ г.

Уточнено (дополнено):

« ____ » _____

(подпись, ФИО)

Контингент обучаемых: врачи и средний медицинский персонал

В результате изучения темы: «Предназначение, задачи, организационная структура и организация работы дневного стационара в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» слушатель должен овладеть универсальными, общепрофессиональными знаниями по теме предмета, а именно:

1. Знать функции дневного стационара;
2. Знать порядок направления больных на дневной стационар;
3. Знать и уметь использовать основную учетную документацию дневного стационара
4. Знать порядок заполнения учетной и медицинской документации дневного стационара

1.Общая цель занятия: изучение и совершенствование знаний по предназначению, задачам, организационной структуре и организации работы дневных стационаров медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

2. Частные цели занятия (учебные задачи):

- усвоение слушателями основных положений, принципов и организационных основ дневного стационара, его основных задач и структуры;
- выработка у слушателей знаний организации оказания медицинской помощи населению в условиях дневного стационара, понимание ее системы;
- выработка у слушателей умений и навыков практического применения полученных знаний.

Слушатель должен уметь:

- заполнять учетно-отчетную и медицинскую документацию;
- использовать учетно-отчетную документацию для анализа деятельности дневного стационара;
- грамотно взаимодействовать с пациентами.

В результате изучения темы слушатель должен овладеть:

1. знаниями о профилактической работе дневного стационара;
2. алгоритмом выполнения врачебной и сестринской деятельности с позиции этики и деонтологии;
3. навыками оформления медицинской документации;

3. Учебное время: 6 часов (270 минут); 2 занятия.

4. Учебно-материальное обеспечение:

- учебно-материальная база медицинской организации с использованием вычислительной техники, программных компьютерных комплексов, других технических средств обучения.

– литература:

- *обязательная литература:*

Здравоохранение и общественное здоровье: учебник / под ред. Г.Н. Царик. – М. :

ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 912 с.

▪ *дополнительная литература:*

1. Карайланов М.Г. Медицинский учет и отчетность в медицинских организациях / М.Г. Карайланов, А.А. Агапитов, О.Ю. Баканев // Учебное пособие для курсантов и слушателей всех факультетов Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. – СПб, 2016. – 113 с.

2. Карайланов М.Г. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи / М.Г. Карайланов, И.Г. Прокин, С.А. Буценко, О.Ю. Баканев // Учебное пособие для курсантов и слушателей Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Под ред. проф. Русева И.Т. – СПб., 2018 – 188 с.

3. Кутузова Е.А. Дневной стационар — ресурсосберегающая форма стационарзамещающих технологий / Е.А. Кутузова, Е.В. Антипова // Главный врач. – 2010. – №2 (21). – С. 35-38.

4. Прокин И.Г. Организация оказания медицинской помощи населению / И.Г. Прокин, М.Г. Карайланов, О.Ю. Баканев // Учебное пособие для магистров факультета руководящего медицинского состава и слушателей цикла профессиональной переподготовки «Общественное здоровье и здравоохранение». – СПб., 2016. – 101 с.

5. Сидякина Е.С. Дневной стационар как ведущее звено амбулаторной помощи / Е.С. Сидякина Е.С., Ф.Б. Шеркунов, Т.Б. Арсютова // в сборнике: Выбор оптимальной стратегии у пациентов с сосудистыми заболеваниями. Региональный сосудистый центр 2019: итоги десятилетия. материалы Междисциплинарной научно-практической конференции / под редакцией Е.И. Бусалаевой – 2019. – С. 217-220.

6. Русев И.Т. Оценка эффективности медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь / И.Т. Русев, М.Г. Карайланов // Научная дискуссия: вопросы медицины: сб. ст. по материалам XLVII Междунар. науч.-практ. конф. – № 3 (34). М., Изд. «Интернаука», 2016. – С. 96–100.

7. Стародубов В.Н. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития / В.Н. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер – М.: Медицина, 2007. – 261 с.

▪ *нормативно-правовая литература:*

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

2. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант плюс».

– технические средства обучения: персональный компьютер, видеoprojectор, ПО типу PowerPoint для ОС Windows, файл презентации.

План подготовки и проведения занятия

№ п/п	Учебные мероприятия и вопросы	Время (мин)
I	<i>Самостоятельная работа по подготовке к занятию</i>	60
	Практическое занятие	270
II	<i>Вводная часть</i>	65
	1. Проверка готовности слушателей к занятию (контроль посещаемости занятий, соблюдение формы одежды слушателями).	15
	2. Контроль исходного уровня знаний по теме: «Предназначение, задачи, организационная структура и организация работы дневного стационара в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».	20
	3. Вступление (объявление темы, целей, учебных вопросов и литературы по теме занятия).	2
	4. Введение (актуальность темы, ее связь с профессиональной деятельностью).	20
III	<i>Основная часть</i>	195
	Контрольные вопросы	195
IV	<i>Заключительная часть</i>	10
	1. Выдача задания на самоподготовку. 2. Ответы на вопросы.	10

Содержание и методика подготовки и проведения практического занятия

Самостоятельная работа по подготовке к практическому занятию

Согласно заданию на самостоятельную работу (на бумажном или электронном носителе) сотрудники по рекомендуемой литературе изучают теоретические вопросы, решают ситуационные задачи; изучают проблемные вопросы; совершенствуют знания, умения и навыки во время работы с нормативными документами.

Вводная часть

Преподаватель указывает на важность практического изучения системы организации медицинской помощи в условиях дневного стационара, задач, поставленных перед дневным стационаром и его преимуществах. Дает краткую характеристику видам дневных стационаров. Знакомит с проблемами, возникающими в следствии оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Контроль исходного уровня знаний сотрудников по теме «Предназначение, задачи, организационная структура и организация работы дневного стационара в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» проводится путем устного опроса

Основная часть

Контрольные вопросы

1. Основные задачи дневного стационара
2. Преимущества оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара
3. Основные функции дневного стационара.
4. Противопоказания для госпитализации в дневной стационар.
5. Структура дневного стационара.
6. Режим работы дневного стационара.

Заключительная часть

После ответов на контрольные вопросы преподаватель отвечает на их вопросы и подводит итоги занятия. При этом оценивается подготовленность и степень усвоения материала сотрудниками.

В завершение занятия преподаватель объявляет тему следующего занятия и дает задание на самостоятельную работу по подготовке к нему. Задания могут даваться устно, письменно, в электронном варианте, с использованием отпечатанных отдельных заданий, практикумов, учебно-методических пособий.

Manuscript copyright

Petrova Galina Anatolyevna

**SCIENTIFIC SUBSTANTIATION FOR IMPROVING
THE PRIMARY HEALTH CARE
IN A DAY INPATIENT FACILITY
ON THE EXAMPLE OF A MAJOR CITY**

**Scientific specialty 3.2.3. Public health, healthcare organization
and sociology, medical and social expertise**

Thesis
for the degree of
Candidate of Medical Sciences

Translation from Russian

Scientific advisor:
Doctor of Medical Sciences,
Associate professor M.G. Karailanov

Saint Petersburg – 2023

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION.....	212
Chapter 1 GENERAL CHARACTERISTICS AND HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE IN A DAY INPATIENT FACILITY.....	219
1.1 General characteristics of primary health care in a day inpatient facility.....	219
1.2 History of the development of primary health care in a day inpatient facility.....	224
1.3 Characteristics of the main forms of medical care in a day inpatient facility.....	236
1.4 Role and significance of a day inpatient facility in primary health care.....	243
Chapter 2 RESEARCH MATERIALS AND METHODS.....	252
2.1 Structural and logical scheme of the research (design).....	252
2.2 Research materials.....	253
2.3 Research methods and data processing.....	258
Chapter 3 EVALUATION OF THE ACTIVITY OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE PROVISION OF PRIMARY HEALTH CARE IN A DAY INPATIENT FACILITY.....	264
3.1 Addition to the conceptual framework of primary health care in a day inpatient facility.....	264
3.2 Analysis of the incidence rate in a day inpatient facility.....	268
3.3 Analysis of hospital admission in a day inpatient facility.....	274
3.4 Organization of medical care in a day inpatient facility.....	280
3.5 New structural and functional model of primary health care in a day inpatient facility.....	285
3.6 Assessment of implementation efficiency of a new structural	

and functional model of primary health care in a day inpatient facility.....	294
Chapter 4 KEY PROPOSALS FOR IMPROVING THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM IN A DAY INPATIENT FACILITY.....	306
4.1 The main directions of improving the organization of medical care in a day inpatient facility.....	306
4.2 The main directions of optimization of personnel potential.....	309
4.3 The main directions of improving the efficiency of day inpatient facilities.....	316
4.3.1 Implementation of lean technologies.....	317
4.3.2 Digital transformation of the medical information system....	320
4.4 Methodological recommendations for improving the organization of medical care in a day inpatient facility.....	323
CONCLUSION.....	332
FINDINGS.....	335
PRACTICAL RECOMMENDATIONS.....	337
PROSPECTS FOR FURTHER DEVELOPMENT OF THE SUBJECT.....	338
LIST OF ABBREVIATIONS.....	339
LIST OF REFERENCES.....	340
APPENDICES.....	374
Appendix 1 Patient questionnaire on the quality of medical care in the day inpatient facility.....	374
Appendix 2 Health care personnel questionnaire on the satisfaction with working conditions.....	376
Appendix 3 Medical care timing record in a day inpatient facility	378
Appendix 4 Algorithm of referral of patients for admission to a day inpatient facility within the framework of new structural and functional model.....	379
Appendix 5 Criteria for determining the appropriateness of a	

referral to a round-the-clock inpatient facility.....	381
Appendix 6 Conclusion of the Commission on the unreasonable referral of a patient for planned admission and/or defects in the management of the patient at the outpatient stage.....	382
Appendix 7 Draft order on the organization of a self-admission post by day care nurses in a day inpatient facility.....	383
Appendix 8 Draft labor function (professional standard) – Provision of pre-hospital care in a day inpatient facility when organizing a day care nurse's post.....	386
Appendix 9 Methodological development for the practical training.....	387

INTRODUCTION

Relevance of the research

Primary health care is a priority in modern domestic healthcare due to the greatest accessibility and high demand for the population.

The Decree of the President of the Russian Federation V.V. Putin dated June 6, 2019 No. 254 "On the strategy for the development of healthcare in the Russian Federation for the period up to 2025" prioritizes the development of primary health care, aimed at meeting the growing needs of the population for modern high-quality medical care [208]. The importance of the development of primary care is reflected in the national projects "Healthcare" and "Demography", as well as in the publications of many scientists [6, 8, 14, 23, 74].

The implementation of the Decree of the President of the Russian Federation and national projects has had a significant impact on the development and improvement of the primary health care system, as evidenced by the increase in life expectancy and the decrease in mortality in recent years [21, 26, 32, 39, 55, 73, 127].

Considering that the initial level of contact between the patient and the health care personnel takes place in the primary care of domestic healthcare, the system of primary health care organization constantly needs regular dynamic changes depending on the needs of the population.

The annual increase in the population's need for preventive interventions and medical care indicates the need to improve the existing system of primary health care organization, including in a day inpatient facility.

In order to ensure the availability and quality of primary health care, including in a day inpatient facility, an important direction in the development of primary health care is to increase the efficiency of using the material, technical, and human resources of medical organizations through the introduction of new organizational approaches and hospital-substituting technologies [72, 79, 87, 94, 121, 127, 133, 202].

The main development of primary health care in a day inpatient facility should be aimed at reducing the time required to provide medical care, improving the quality

of diagnosis and reducing the number of cases of causeless admission in round-the-clock inpatient facilities.

Improving the organization of medical care in a day inpatient facility is possible with the introduction of new approaches to its structure, functions and work methods [80, 91, 187].

The development and implementation of effective approaches and work methods in a day inpatient facility and the rational use of available material and technical resources and personnel potential will contribute to meeting the population's needs for quality medical care [14, 72, 92, 97, 110, 113, 121, 127, 159].

Active implementation in primary care of new advanced technologies in the primary healthcare sector requires improvement of the legislative framework, comprehensive analysis and scientific justification, as well as the development of methodological recommendations.

All of the above testifies to the the relevance of scientific research, its scientific novelty and practical significance.

The extent of prior research on the subject

Analysis of the existing structure and organization of day inpatient facilities, according to many researchers, indicates the need to change the system of medical care in a day inpatient facility in order to increase the efficiency of its work [12, 25, 44, 53, 128, 130, 148, 168, 173].

Proper organization of medical care in the conditions of day inpatient facilities will allow: to use hospital bed stock rationally; to provide the necessary interaction of day and round-the-clock inpatient facilities to ensure continuity in the treatment of patients; to reduce the cost of patient care; to increase the social significance of the use of day inpatient facilities at the outpatient stage.

The new structural and functional model of the organization of medical care in a day inpatient facility, proposed in the study, can serve as a basis for improving primary health care. It will make more productive use of patients' time in the outpatient clinic. The use of this model will reduce the time of diagnostic procedures, increase the preventive role of medical organizations, create conditions for effective continuous

treatment of patients in the day inpatient facility, and reduce the number of cases of causeless admission in round-the-clock inpatient facilities.

The result of the successful implementation of our new structural and functional model will be a more rational use of the resources available to each medical organization.

The aim of the research is to scientifically substantiate and implement a new structural and functional model of the organization of primary health care in a day inpatient facility.

Research objectives

1. To study the current state of primary health care organization in a day inpatient facility of typical polyclinics.

2. To propose a new structural and functional model of the organization of medical care in a day inpatient facility of typical polyclinics.

3. To evaluate the medical and social efficiency of the organization of primary health care in a day inpatient facility using a new structural and functional model.

4. To develop proposals for improving the primary health care organization in a day inpatient facility.

Object of the research

Day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care.

Subject of the research

System of primary health care organization in a day inpatient facility.

Boundaries of the research

The research was conducted by studying the activities of day inpatient facilities at medical organizations of the Frunzensky district of St. Petersburg providing primary health care by main clinical and statistical groups (circulatory diseases, respiratory diseases, diseases of the nervous system, endocrine system diseases, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue) for carrying out the comparative characteristics for the period from 2015 to 2019.

Scientific novelty of the research

For the first time, the structure and dynamics of the incidence of the population

of Frunzensky district for the study period (2015-2019) were analyzed.

For the first time, a new concept of simultaneous interventions in a day inpatient facility was substantiated and proposed. The appropriateness of using simultaneous interventions in the treatment of comorbid patients in a day inpatient facility was described.

A new structural and functional model of primary health care in a day inpatient facility has been proposed. Based on the results of the implementation of the new model, a survey of patients and health care personnel was conducted and its medical and social efficiency was evaluated.

Methodological recommendations for improving the organization of medical care in a day inpatient facility were developed.

Scientific and practical significance of the research

In the course of scientific research, a new concept of organization of primary health care in a day inpatient facility was developed. The conducted research expands our understanding of the results of primary health care in day inpatient facility after the implementation of a new structural and functional model and the possibilities of improving the efficiency of the primary health care system in a day inpatient facility.

The practical significance of the scientific research is determined by the fact that the developed new structural and functional model of medical care in a day inpatient facility has shown high medical and social efficiency. This is due to a reduction in the waiting time for primary admission of patients when they are referred to a day inpatient facility, an increase in the validity of hospital admission and the efficiency of using the resources of medical organizations.

The theoretical significance of the scientific research lies in the fact that the main directions for improving the medical care organization in the conditions of day inpatient facility have been determined with regard to the social and economic development of the country and the current healthcare development programs.

Documents developed, substantiated and implemented:

- The order of the chief physician on the creation of an expert group that provides control and evaluation of the organization efficiency of the medical and

diagnostic process in the provision of primary medical and social care in order to eliminate causeless admission in round-the-clock inpatient facilities;

- Regulations on the organization of primary health care in a day inpatient facility at St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Municipal Polyclinic No. 19";
- The order on the organization of the post of independent admission of patients by nurses in the scope of pre-hospital care in a day inpatient facility;
- Criteria for evaluating the independent activities of nurses in day inpatient facilities;
- Development of standard operating procedures for a nurse on self-admission;
- Algorithm for referring patients to a day inpatient facility;
- Criteria for determining the appropriateness of referral for hospital admission in a round-the-clock inpatient facility.

The research materials are used in the educational process of the Department of Healthcare organization and public health of the Federal state budgetary military educational institution of higher education " Military medical academy named after S.M. Kirov".

Research methodology and methods

When performing the thesis research in accordance with the developed design of the research, the indicators of the day hospital activity before and after the introduction of a new structural and functional model were studied.

The scientific work summarized the data of the state forms of statistical reporting from 2015 to 2019, a set of methods was used: content analysis; analytical; timing; method of expert evaluations; organizational experiment; statistical analysis.

The basic provisions for the thesis defense:

1. The proposed new structural and functional model is aimed at improving the availability and quality of medical care in a day inpatient facility of typical polyclinics.
2. The medical and social efficiency of primary health care in a day inpatient facility depends on its structural and functional model.
3. The implementation of a new structural and functional model contributes to the improvement of the primary health care system in a day inpatient facility.

Degree of reliability and approbation of research results

The scientific research was carried out using sufficient material to conduct a retrospective analysis over a multi-year period (2015-2019). The selection of the studied materials is made taking into account representativeness and corresponds to the general population. Statistical sampling was performed by random and continuous methods. Thus, the difference of statistical parameters from the parameters of the population is ensured by no more than 5.0%.

The results obtained are used in the scientific and pedagogical activities of the Department of Healthcare organization and public health of the Kirov Military Medical Academy.

The main results and provisions of the scientific research were reported and discussed at the following events:

1. "Educational Week at Elizabeth Hospital: 35 Years to Protect Your Health" (St. Petersburg, 2017).
2. XIII Applied Research Conference "Pushkov Readings" (St. Petersburg, 2017).
3. Conference "Modern Scientific and Educational Strategies in Public Health" (St. Petersburg, 2018).
4. Jubilee All-Russian Applied Research Conference with International Participation "Topical Issues of Primary Health Care" (St. Petersburg, 2018).
5. "V Educational Week at Elizabeth Hospital" (St. Petersburg, 2021).
6. "VI Educational Week at Elizabeth Hospital" (St. Petersburg, 2022).

Personal contribution of the author

The author personally formulated the purpose, objectives of the research, the provisions put for defense; carried out planning, collection of material using the proposed primary statistical documents. Generalization and mathematical and statistical analysis of the results of the study were carried out. Conclusions, practical recommendations are scientifically substantiated and prospects for further development of the research topic are proposed. The implementation of a new structural and functional model, the evaluation of its effectiveness and the obtained

results of individual research were carried out by the author in person.

Publications

Based on the materials of the thesis, 9 scientific papers were published, including 4 papers in peer-reviewed scientific journals recommended by the State Commission for Academic Degrees and Titles of the Ministry of Education and Science of Russia.

The structure and scope of the thesis. The thesis is presented on 207 pages, it consists of an introduction, four chapters, conclusion, findings, practical recommendations, a list of abbreviations and references, 9 appendices, illustrated with 27 tables and 18 figures. The bibliography contains 293 sources, including 247 domestic and 46 foreign ones.

Chapter 1 GENERAL CHARACTERISTICS AND HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE IN A DAY INPATIENT FACILITY

1.1 General characteristics of primary health care in a day inpatient facility

One of the priority directions of our country's development in recent years is the modernization and improvement of the healthcare system. Reforms in the field of healthcare have actively affected all parts of it. But the greatest attention is focused on the primary care - medical organizations providing primary health care [20, 24, 69, 128, 144, 228].

It is worth noting that the main goal of reforming primary health care is to create the most optimal structure of medical organizations, allowing a fuller use of the available opportunities of the primary care. The organization of its new medical and social form, aimed at improving the efficiency of healthcare, will increase the availability of medical care for the population [44, 68, 172]. Thus, primary health care can form a solid foundation for domestic health care [63, 94, 96, 99, 137].

The efficiency of primary health care should be aimed not only at improving economic indicators, but also medical and social indicators. This approach will make it possible to move to a new level of quality and accessibility of medical care [172]. Thus, primary health care can become a solid foundation for domestic health care [63, 94, 96, 99, 137].

Despite the differences in the historical formation and the degree of economic development of countries, primary health care is a basic element of health care in many of them [211, 212, 213].

The World Health Organization believes that primary health care was based on the idea of recognizing the ownership of the maximum necessary standard of health. It was stated in Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights: "Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and

of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services" [34].

Today in our country on the basis of the Federal Law dated November 21, 2011 No. 323-FZ "On fundamental healthcare principles in the Russian Federation" medical care is divided into four types:

- primary health care;
- specialized, including quaternary medical care;
- ambulance, including specialized;
- palliative care.

The first type of medical care is primary health care. It is the most massive and voluminous [218].

Medical organizations providing primary health care are the area of primary contact of patients with the system of sanitary and hygienic, medical, medical and social services [134, 180].

The organization of primary health care in the Russian Federation was governed and regulated by the Order of the Ministry of Health and Social Development dated May 15, 2012 No. 543n "On approval of the regulation on the organization of primary health care for the adult population". [150].

Primary health care is classified as follows according to the types of its provision [4, 85, 87]:

- Provision of primary pre-hospital medical care by secondary health care personnel (obstetricians, paramedics, nurses);
- Provision of primary health care by general practitioners, primary care physicians and district primary care physicians;
- Provision of primary specialized medical and sanitary care by specialist doctors of various profiles.

In domestic healthcare there are several forms of medical care according to the terms of its provision [200, 219]:

1. Upon the occurrence of the disease that does not require emergency or urgent medical care, does not entail a threat to the life and health of a patient, as well as in the

case of preventive interventions, the patient is provided with primary health care in the elective form. This type of assistance is not limited in time.

2. If a patient has a primary acute disease or an exacerbation of a chronic one, as well as condition that does not pose a threat to life, but requires sufficiently rapid medical intervention, the patient shall be provided with primary health care in an emergency form. This type of medical care must be provided no later than two hours from the moment the patient is referred to a medical organization.

3. For that purpose, in the structural and functional model of medical organizations that provide primary health care, it is possible to create an emergency department.

4. The occurrence of a condition or disease in which there is a risk of immediate threat to life and health leads to the need for urgent medical care.

Urgent medical care must be provided immediately, no later than 20 minutes from the moment of request [77, 288].

It should be noted that non-compliance with the time parameters during the provision of emergency and urgent medical care, resulting in complications of the disease in patients up to the development of a lethal outcome, can be prosecuted by law.

Primary health care can be provided on an outpatient basis in various conditions [187, 196, 234, 248]:

- in a medical organization;
- out of a medical organization (at the place where the medical team is called, in the ambulance, at home);
- in a day inpatient facility (including inpatient home care).

Primary health care, which is the basis of health care, is entrusted with a high responsibility for providing the population with preventive, diagnostic, rehabilitative, and timely medical care [26, 180].

A significant role in the development of primary health care is played by the activities of day inpatient facilities. In recent years, the volume of medical care provided in day inpatient facilities has shown a significant growth [78, 83].

The activities of the day inpatient facility are regulated by the following regulatory documents [150, 151, 218]:

- Federal Law dated November 21, 2011 No. 323-FZ "On fundamental healthcare principles in the Russian Federation";
- Order of the Ministry of Health of Russia dated December 9, 1999 No. 438 "On the organization of the activities of day inpatient facilities in medical institutions";
- Order of the Ministry of Health and Social Development dated May 15, 2012 No. 543n "On approval of the regulation on the organization of primary health care for the adult population"

In medical organizations providing primary health care, a complex of therapeutic, diagnostic, preventive and rehabilitative interventions is provided in a day inpatient facility using all the available resources of a medical organization. Providing medical care in a day inpatient facility does not require round-the-clock observation and treatment, unlike staying in a round-the-clock inpatient facility [22, 40, 203, 252].

In the inpatient facility of a medical organization providing primary health care, the following is carried out [106, 111, 131]:

- treatment of patients who do not need round-the-clock observation;
- follow-up treatment of patients after discharge from a round-the-clock inpatient facility;
- carrying out preventive and rehabilitation interventions;
- laboratory diagnostics;
- diagnostic procedures that require preparation and observation of patients after their completion by health care personnel;
- if possible, shortening the period of temporary disability.

It should be taken into account that there are often conditions of patients whose treatment cannot be carried out in a day inpatient facility [36]:

- a severe condition requiring round-the-clock monitoring;
- physical disabilities with a lack of independent movement and self-care service;
- appointments that require round-the-clock parenteral medication.

In these cases, the treatment of patients is possible only in a round-the-clock inpatient facility.

The personnel schedule and technical equipment of the day inpatient facility are determined and approved by the chief physician of the medical organization. He is guided by the recommended standards, which are regulated by the Procedures for providing medical care for various classes of diseases and the number of patients in need of treatment in a day inpatient facility [28]. The day inpatient facility working hours can be organized in one or two shifts.

The referral of patients for treatment in a day inpatient facility is carried out by the attending physician. Before the treatment in a day inpatient facility, patients are necessarily prescribed instrumental and laboratory diagnostic examinations in accordance with the existing pathology.

Direct treatment in a day inpatient facility is carried out by a day care physician. Mandatory functions of the day care physician include:

- treatment of patients;
- daily inspection;
- monitoring of treatment efficiency by means of laboratory and instrumental examinations in dynamics;
- making adjustments to treatment.

In case of deterioration of the condition, patients are urgently sent for treatment to a round-the-clock inpatient facility for further treatment and observation.

Treatment of patients in a day inpatient facility may include:

- intravenous drug infusions;
- physiotherapy;
- exercise therapy;
- massage.

The complex of therapeutic and curative interventions provided to the patient is formed depending on the equipment status of the medical organization. Patients are provided with medicines and consumables necessary for the provision of medical care in a day inpatient facility free of charge. For the treatment of patients, if necessary, all

the available facilities of the medical organization are used, not only the day inpatient facility. The ability to perform the maximum number of medical manipulations on a patient increases the efficiency of the day inpatient facility without additional resources [107, 184].

The development and improvement of medical care in a day inpatient facility can be carried out with the use of hospital-substituting technologies in the treatment of patients. This is regulated by the Order of the Ministry of Health of Russia dated December 9, 1999 No. 438 "On the organization of the activities of day inpatient facilities in medical institutions" [151].

Day inpatient facilities are one of the forms of complementary outpatient technologies. The term "complementary ambulatory technologies" was introduced by M.G. Karailanov in 2022 [81]. Complementary ambulatory technologies are a complex of modern methods of diagnosis and treatment at the stage of providing medical care to patients in the conditions of medical organizations providing primary health care. They ensure the level of accessibility, the comprehensiveness of medical care - diagnostics, prevention, treatment, rehabilitation. This provides the optimal use of financial, material, and human resources for healthcare [81, 93].

Providing the population with effective treatment in a day inpatient facility reduces the risk of complications of existing chronic diseases. Preventive interventions carried out in a day inpatient facility prevent the deterioration of patients' health and form healthy lifestyle habits [146, 213].

1.2 History of the development of primary health care in a day inpatient facility

The formation of modern healthcare in the field of primary health care is based on many years of experience in its development, including the provision of medical care in day inpatient facilities.

The stimulus for the active development of day inpatient facilities was the following:

- high cost of inpatient treatment [80, 139, 199, 240];
- unused diagnostic and therapeutic resources of medical organizations providing primary health care;
- the need to reduce the period of disability for the working population;
- the desire of patients to receive treatment on an outpatient basis.

The history of primary health care in a day inpatient facility began in the 70s of the XIX century. Russian psychiatrist Sergey Sergeyevich Korsakov noted the necessity of providing medical care to patients not only in the conditions of a round-the-clock inpatient facility, but also outside it [11, 107, 204]. This is how psychiatric support at home was organized.

In 1885, a new provincial psychiatric hospital was opened in the Ryazan region, the organizer of which was N.N. Bazhenov. The main principle of treatment organization in the new hospital was hospital care. When providing this type of treatment, patients lived in peasant families under the supervision of a doctor.

Later, in the early 30s of the XX century psychiatrist P.B. Gannushkin, a colleague of S.S. Korsakov, organized the first prototype of the modern day inpatient facility as a transitional stage from inpatient to outpatient treatment on the basis of the psychoneurological hospital. The success of the day inpatient facility in providing medical care for patients with mental disabilities led to the opening of three more organizations of this type by 1937 [73, 204, 262].

In 1956, day inpatient facilities were organized for the first time in European countries. One of the first was the Oxford Day hospital in Great Britain. Currently, almost all rehabilitation centers in Great Britain have day inpatient facilities as a part of their structure [251, 282].

Since the 1960s, semi-inpatient care facilities began to open abroad, occupying an intermediate position between medical organizations providing primary care and round-the-clock inpatient facilities. Their discovery is related to the efficiency of using of healthcare resources [254, 281].

In our country, since the 1960s, a number of authors have conducted scientific research on this topic. They substantiated the rationality and organizational expediency

of using day inpatient facilities for various disease profiles [204].

In the early 1970s, the Soviet Union began to actively introduce psychiatric support facilities using:

- night inpatient facilities;
- weekend inpatient facilities;
- inpatient facilities with partial hospital admission.

Partial hospital admission allowed the doctor to perform dynamic observation and adjust appointments without the patient's permanent stay in the medical organization. In the case of patients with mental disorders, this tactic was successful due to the creation of a trusting relationship between the patient and the doctor [16].

However, in the 1970s and 1980s in the USSR due to the lack of full-fledged regulatory documentation and poor financing, the interest in primary health care development, including day inpatient facility, significantly decreased. This led to a loss of interest in primary care over the next few years [222].

In the late 1980s, the heads of healthcare authorities and medical organizations took a renewed interest in the development of primary care in terms of providing qualified medical care to the population.

The first documents regulating the activities of day inpatient facilities in our country were:

1. Order of the Ministry of Health of the USSR of December 16, 1987 No. 1278 "On the organization of inpatient care (departments, wards) for day care in hospitals, day care in clinics and inpatient care at home".

2. Instruction of the Ministry of Health of the USSR dated April 8, 1988 No. 27-14/4-88 "On the accounting procedure for patients under treatment in day inpatient facilities in clinics, inpatient care at home and inpatient care in hospitals".

3. Methodological recommendations of December 25, 1988 "On improving the activities of inpatient care at home, day inpatient facilities in clinics, and day care wards (departments) in hospitals" [213, 215].

According to these documents, the financing scheme in healthcare as a whole has changed. Financial resources were directed to a greater extent to medical

organizations providing primary health care. However, insufficient elaboration of organizational issues led to a sharp reduction in the number of hospital admissions in round-the-clock inpatient facilities [133].

The mass opening of day inpatient facilities at round-the-clock inpatient facilities and medical organizations providing primary health care, as well as the availability of regulatory documentation governing their work, made it possible to reduce the cost of inpatient medical care significantly. Documents were also issued, the main purpose of which was to strengthen public health by improving the healthcare system [99, 255].

In the Order of the Ministry of Health of the USSR dated July 05, 1988 No. 528 "On measures for further improvement of health care and strengthening the material and technical base of healthcare" the importance of developing a promising form of medical care, consisting in the organization of medical and preventive interventions to patients in medical institutions that provide primary health care - day inpatient facilities, was reflected.

The World Health Organization also pays close attention to the organization and improvement of primary health care in the late 1970s. The fundamental importance of primary health care for the health of all countries was established. Particular attention is paid to the quality, accessibility, and safety of medical care provided by qualified health care personnel [253, 280, 283].

The fundamental event of the beginning of the formation and subsequent development of primary health care was the Alma-Ata Declaration of 1978. It was based on the provisions of the World Health Organization for states regarding the development of primary health care, formulated at the WHO and UNICEF conference in September 1978 [76, 279, 292].

The concept is based on the strategy "Health for All" - the maximum use of primary health care in the development of the healthcare system.

The importance of the issues discussed at the Alma-Ata Conference, the large-scale preparation of all its participants, and the high-quality organization of meetings determined its significance and tremendous success.

The Alma-Ata Declaration proclaimed the need for all countries to achieve by the year 2000 a standard of public health that allows for an active social and productive professional, working lifestyle. The point of application of national healthcare systems was to be primary health care. This approach guaranteed an increase in the availability of medical care to the population.

Based on the principles of the Alma-Ata Declaration, a number of states have approved healthcare bills that are still the foundation of healthcare systems [67, 273].

In the 1980s, almost all medical organizations in Kazakhstan providing medical care in outpatient and inpatient conditions began to actively use new forms of medical care - inpatient care at home, day inpatient facilities in clinics and day care beds in round-the-clock inpatient facilities [53, 261, 264, 276].

Developing countries have established health centers aimed at diagnostics, treatment, prevention, and public health education, as well as epidemic control measures [199, 257, 259, 275].

In 1978, a geriatric inpatient facility was one of the first in Germany to be organized on the basis of a round-the-clock inpatient facility [268, 274].

By the end of the 1980s, the organizational and legal framework regulating the provision of medical care in day inpatient facilities began to be formed, accounting and reporting documentation was approved, the forms of which are approved by the Instruction of the Ministry of Health of the USSR dated April 8, 1988 No. 27-14/4-88 "On the accounting procedure for patients under treatment in day inpatient facilities in clinics, inpatient care at home and inpatient care in hospitals" [75, 102, 124].

Since the 1990s, Germany and Spain have legislated and regulated the use of hospital- substituting technologies [92, 265, 266].

Also, since the beginning of the 1990s in Russia, day inpatient facilities have been preferred in military medicine, not only their economic, but also medical efficiency is recognized.

Medical care in a day inpatient facility in the Russian Federation underwent further changes in 1991 - since the introduction of compulsory health insurance. The order of financing of medical organizations is also changing.

One of the main reasons for taking measures to improve primary health care, including day inpatient facilities, was the deterioration of the social and economic situation in the Russian Federation in the 1990s. Unfavorable conditions resulted in a 49.9% increase in the incidence rate from 1990 to 2012 [207, 229, 235]. Thus, the population's need for primary health care has increased significantly. The level of hospital admissions to round-the-clock inpatient facilities also increased, which caused a shortage of inpatient beds [115, 142, 200].

It is important to note that the need to develop primary care at that time was significantly influenced by [144, 260, 267]:

- an increase in the proportion of the elderly population, generally those with chronic diseases (according to statistical forecasts, a gradual increase in the proportion of the elderly population is expected until 2031);
- an imperfect system of prevention in medical organizations providing primary health care and its inconsistency with medical and demographic trends;
- low availability of specialized care;
- low availability of high-quality instrumental diagnostics;
- the desire of patients to receive fast and high-quality medical care.

Thus, the focus of the reorganization of the healthcare system was on the need for a more rational use of the resources of medical organizations and the redistribution of workload between round-the-clock inpatient facilities and medical organizations providing primary health care, including day inpatient facilities [23].

During the reorganization, it was planned [119, 140, 277]:

- to reduce the load on the bed stock of round-the-clock inpatient facilities by limiting the level of hospital admissions;
- to develop primary health care in the conditions of a day inpatient facility, medical care at home with the use of day inpatient facilities at home;
- to ensure continuity between medical organizations providing inpatient and primary health care.

However, during the reorganization of the healthcare system, both in the Russian Federation and abroad, it was discovered that the material and technical resources of

medical organizations providing primary health care were unprepared for the needs of the population [11, 283, 278, 288].

According to scientific research, at that time primary care physicians in the Russian Federation admitted up to 30% of patients to round-the-clock inpatient facilities for examination. The examination could have been organized and carried out at the expense of the resources of medical organizations providing primary health care [116, 198, 212]. The inability to organize medical care in day inpatient facility and inpatient care at home led to the hospital admission in round-the-clock inpatient facilities of up to 25% of patients who did not need it [2, 35].

In the Program of state guarantees of free provision of medical care for citizens in the early 1990s the volume of the main indicators of the activities of day inpatient facilities were presented. Based on these indicators, there were established norms of activity for each type of day inpatient facility (day care clinics, inpatient clinics at home, day care clinics of round-the-clock inpatient facilities), taking into account their various financial, human and material resources.

The Government of the Russian Federation adopted Decree dated November 5, 1997 No. 1387 "On measures for the stabilization and development of healthcare and medical science in the Russian Federation", which included the concept of development of healthcare and medical science in the Russian Federation. One of the main vectors for the development of the new Concept was identified as resource-saving technologies and the organization of hospital-substituting forms of providing medical care to the population [6, 49, 173, 242].

By that time, the experience of using hospital-substituting technologies had already been accumulated, its advantages and shortcomings were revealed. Most of the scientific research of Russian authors was reduced to improving the quality of primary health care with the use of day inpatient facilities. This made it possible to rationally use the bed stock of round-the-clock inpatient facilities [12, 25, 90, 194].

In order to expand the types and volume of medical care provided by day inpatient facilities, the Ministry of Health of the Russian Federation issued an order dated December 9, 1999 No. 438 "On the organization of the activities of day inpatient

facilities in medical institutions". This order also made it possible to organize an examination of patients' health status, the degree of disability, and to resolve the issue of referral for medical and social examination [38, 41].

In parallel, during these years many countries are reorganizing their healthcare systems. For example, medical organizations in Japan were not subdivided by function for a long time, and beds in round-the-clock inpatient facilities were used irrationally and hospital admission periods were quite long (35-40 bed-days) [259]. This situation served as an impetus for the implementation of a 10-year strategy for strengthening health and social services for the elderly population within the framework of the "Golden Plan" in 1999 [269, 271]. According to the strategy, the function of providing medical care to the elderly was assigned to:

- day care centers;
- institutions providing medical care at home;
- geriatric inpatient facilities, etc.

In domestic healthcare sector due to the limited budget funds, the need to optimize their spending and control the efficiency of their use the Government of the Russian Federation (Decree dated May 22, 2004 No. 249 "On measures to improve the efficiency of budget expenditures") approved the Concept of reforming the budget process in the Russian Federation. The implementation of this concept in terms of healthcare was to increase the efficiency of spending money to fulfill the budgetary obligations of medical organizations [74]. It was based on the development of new effective models in terms of the use of financial resources through the provision of high-quality, highly qualified medical care, including day inpatient facilities in medical organizations providing primary health care [65, 73, 195, 232].

Also, at this time in many countries, such as the United States, Canada, Italy, and Great Britain, there has been a decrease in the cost of round-the-clock inpatient care due to the development of short-stay hospitals [97, 270]. It is important to note that the use of budgetary funds is beginning to be regulated by the current Protocol for assessing the validity of the use of inpatient care, which sets strict criteria for selecting patients for round-the-clock inpatient care [283].

In 2005 the President of the Russian Federation V.V. Putin announced the launch of global national projects in education, housing, agriculture, and healthcare. The modernization of the primary care of the national healthcare system started in 2006 (Figure 1.1.) [143].

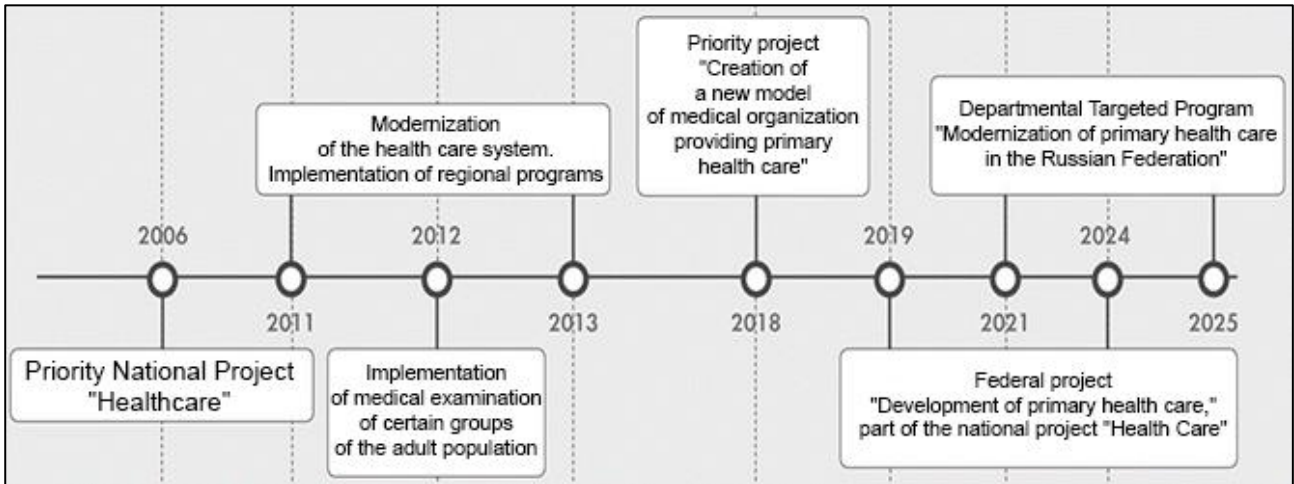


Figure 1.1 – Modernization of primary care in the Russian Federation

The priority national project "Health," launched in 2006, set the following goals [143]:

- providing the population with affordable, high-quality medical care;
- development and improvement of primary care;
- restoration of the preventive direction in medicine;
- providing the population with quaternary medical care, including in day inpatient facilities.

Active modernization in medical organizations has become the next stage of improvement of primary health care, which was initiated in 2011 [111, 158, 170].

The modernization included:

- introduction of modern information technologies [61, 62];
- updating the material and technical base of medical organizations;
- introduction of standards of medical care [52].

This stage provided an increase in the availability of primary health care.

The results of the improvement of primary health care in a day inpatient facility

were reflected in the Federal Law dated November 21, 2011 No. 323-FZ "On fundamental healthcare principles in the Russian Federation" in Articles 32, 33, 80, as well as in the Order of the Ministry of Health and Social Development dated May 15, 2012 No. 543n "On approval of the regulation on the organization of primary health care for the adult population" [150].

According to the new regulatory documentation, changes have been made in the following parts:

- further treatment and rehabilitation of patients in a day inpatient facility of a medical organization providing primary health care discharged from a round-the-clock inpatient facility;
- medical care for patients requiring observation by health care personnel for several hours on an outpatient basis after performing therapeutic and diagnostic manipulations [1, 5, 189].

In 2013, the prophylactic medical examination of the adult population was resumed on the basis of Order of the Ministry of Health of Russia dated December 3, 2012 No. 1006n "On approval of the procedure of prophylactic medical examination of certain groups of the adult population" [204].

In 2016, the Department of Internal Policy of the Administration of the President of the Russian Federation initiated the launch of a project to improve the system of primary health care called "Lean Polyclinic". The project introduced a new concept - lean manufacturing technologies, which include a set of processes aimed at improving the availability, efficiency of medical care and patient satisfaction by leveling time, financial and other losses. The project was also based on providing employees with safe and comfortable working conditions [9, 132].

In 2017, the project "Creation of a new model of medical organization providing primary health care" was approved. The new model, according to the project, should use a set of measures based on the following:

- priority of the patient's interests;
- rational use of patient's time;
- high quality and availability of medical care.

The new model of medical organization is based on the concept of lean manufacturing, which excludes various temporary and economic losses due to process optimization and the active involvement of health care personnel [71, 87, 247].

All the above-mentioned projects of modernization and improvement of medical care have fully affected day inpatient facilities [184].

In 2018, the World Health Organization met to celebrate the achievements of the past 40 years since the Alma-Ata Declaration was adopted. Due to the organization of day inpatient facilities in many countries, it was possible to reduce the cost of medical care for the population [68].

The 2019 World Health Assembly addressed the issue of further improvement of primary health care. The purpose of its development was to strengthen national health systems, improve health indicators and focus on people's needs, providing them with quality health care.

It is important to note that the development of primary health care in day inpatient facility in the Russian Federation was particularly influenced by Federal Law dated October 3, 2018 No. 350 which came into force in January 2019 "On amendments to certain legislative acts of the Russian Federation Regarding on the appointment and payment of pensions", which increased the retirement age. The retirement age for men has changed from 60 to 65 years, for women - from 55 to 60 years, which entailed the need to maintain and extend the working capacity of the population, to preserve psychological and physical health [64, 109, 114, 154].

A significant part of older people of working age tends to have chronic diseases, and many of them are on the dispensary registry. A study by many authors of chronic diseases in patients on the dispensary registry has shown the effectiveness of day inpatient facilities in organizing preventive treatment to prevent exacerbations of diseases and reduce the frequency of relapses. Active prevention of chronic diseases in older adults of working age helps to reduce the rate of hospital admission in a round-the-clock inpatient facility, preserving their ability to work [84, 213, 215, 216, 226, 228]. It is important to note that the use of accumulated professional experience, knowledge and labor skills of older working-age persons is an integral part of the

economic development of our country.

In 2019, the federal project "Development of primary health care," which is an integral part of the national project "Healthcare," was launched in the Russian Federation [74]. The project was planned for 2019-2024. According to the project, optimal accessibility of medical care should be ensured in all regions of the Russian Federation, including remote settlements. The implementation of this part of the project should be ensured through the construction of medical assistant and obstetric clinics and outpatient clinics. Active development of day inpatient facilities in outpatient clinics will allow patients to receive timely and high-quality medical care, undergo preventive and prophylactic medical examinations [72, 112, 118, 146].

All of the above determines the relevance of improving primary health care in a day inpatient facility. For the successful implementation of this project, the reorganization of primary medical care should take place at the level of a medical organization and include the following areas of development:

- speeding up and simplifying the system of making an appointment with a doctor;
- reducing the time spent by patients in the queue when contacting a medical organization;
- introduction of lean manufacturing technologies.

In addition, the importance of optimizing the work of health care personnel should be noted in these processes [205].

At the same time, the development of primary health care in the conditions of a day inpatient facility should be aimed at meeting the needs of the population for medical care, saving the time of patients, increasing their comfort when staying in a medical organization, which is also ensured by the implementation of regional programs for the modernization of primary health care, which were launched on January 1, 2021 [111, 184, 185].

1.3 Characteristics of the main forms of medical care in a day inpatient facility

The main objective of the state policy of the Russian Federation in the field of healthcare is to improve the health and quality of life of the population of the country.

The State Program "Development of healthcare" was created to solve these issues. Its main directions are ensuring accessibility of medical care, legal, economic and organizational restructuring in medical organizations [145].

The conditions created during the implementation of the State Program "Development of healthcare" ensure the needs of the population for high-quality medical care, the volume and types of which correspond to the incidence rate. However, it should be noted that in the conditions of limited resources, quality and accessibility requires the efficient use of primary care - medical organizations providing primary health care. With the active development of primary health care, it is possible to reduce a number of beds in round-the-clock inpatient facilities and to increase the number of day inpatient facilities in clinics [82, 88, 146, 147].

The purpose of opening new day inpatient facilities is to provide the population at the outpatient stage with full diagnostic, therapeutic and rehabilitation interventions in accordance with protocols and standards of treatment of patients, using modern methods of treatment and examination.

Many researchers note that treatment in a day inpatient facility is less expensive compared to a round-the-clock one. Due to this, with the available resources, the number of patients treated in the day inpatient facility increases significantly [12, 25, 70, 175].

In modern conditions, day inpatient facilities are used in the following forms:

1. Day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care.
2. Day inpatient facilities of medical organizations providing medical care in stationary conditions.
3. Inpatient care at home.
4. Outpatient surgery centers with day inpatient facilities.

The advantage of day inpatient facilities of medical organizations is the possibility of using a wider range of rehabilitation treatment, and the use of various preventive techniques.

Medical care in a day inpatient facility of medical organization can be organized in several forms:

- a centralized form - the organization of a day inpatient facility department, with the allocation of the rates of a doctor and a day care nurse;
- a decentralized form that provides care to patients by the district physician and his or her nurse.

It is also possible to combine two forms of day inpatient facility organization [89, 135].

In a day inpatient facility, the medical care provided includes laboratory, diagnostic examination, medication treatment, and rehabilitation. The placement of a day inpatient facility in clinics should take into account its proximity to rehabilitation departments, such as physiotherapeutic, therapeutic physical training and other departments [113, 125, 233].

Medical care in a day inpatient facility is provided to various groups of patients.

The main group is patients with newly diagnosed or chronic diseases. This group also includes patients discharged from round-the-clock inpatient facilities to continue further treatment [104, 287].

A special place is taken by the category of patients on the regular medical check-up. They are given preventive treatment in a day inpatient facility in order to reduce the frequency of relapses and achieve a long-term remission [27, 100, 161].

The organization of medical care in a day inpatient facility for patients who were treated in specialized clinics (cancer, tuberculosis and others) makes it possible to solve the issues of providing specialized medical care to patients. The activity of day inpatient facilities increases the intensity and efficiency of such clinics and increases the availability and quality of specialized medical care [54, 167, 229, 241, 289].

Clinical and diagnostic and specialized centers of various levels use day inpatient facilities for complex diagnostic procedures that require medical follow-up after they are performed. As a rule, these are short-stay and one-day inpatient facilities [113, 290].

One-day inpatient facilities are a progressive form of providing medical care to patients. They make it possible to increase the number of patients who undergo complex diagnostic interventions without the need for use of bed stock of round-the-clock inpatient facilities. These facilities provide routine surgical, diagnostic and other medical care that does not require long-term observation by health care personnel. This form of day inpatient facility allows for an increase in specialized research without the need for additional resources.

One-day accommodations take into account the complexity of surgical and diagnostic manipulations [1, 5, 184, 291].

The main objectives of one-day inpatient facilities are:

- approaching the patient with specialized medical care;
- reducing the cost of specialized medical care;
- increasing the availability of specialized medical care.

Treatment in the conditions of a day inpatient facility is carried out at the expense of the implementation of the Program of state guarantees within the framework of compulsory health insurance, as well as the implementation of voluntary health insurance and other sources that do not contradict the legislation of the Russian Federation [13, 152, 174, 217].

Day inpatient facilities, organized on the basis of medical organizations providing primary health care and medical care in inpatient settings have common goals, objectives and functions.

However, it should be noted that in round-the-clock inpatient facilities, it is usually possible to conduct more complex laboratory and instrumental diagnostic examinations than in day inpatient facilities in clinics [6, 12, 22, 105]. A powerful laboratory and instrumental diagnostic base allow for a more in-depth and comprehensive examination of patients. To solve these issues, day care units are organized on the basis of the existing infrastructure of round-the-clock inpatient facilities [16, 25, 37, 38, 293].

In day care units, triage and routing of patients is done more efficiently, taking into account the severity of the patient. The following categories of patients are referred to the day inpatient facility of a medical organization:

- with mild forms of diseases,
- in a state of convalescence,
- those in need of rehabilitation after treatment in a round-the-clock inpatient facility.

Patients with a more severe course of the disease receive medical care directly in a round-the-clock inpatient facility [41].

The organization of a day hospital as a separate structural unit of a round-the-clock inpatient facility allows to save considerable financial resources. The cost of treatment is significantly decreased by reducing the cost of food and the number of personnel. The greatest efficiency is achieved when a day inpatient facility operates in at least two shifts; the cost of treating patients can be reduced almost by half [10, 21, 44, 47, 53].

Thus, day inpatient facilities significantly relieve the burden of round-the-clock ones, being a link between medical organizations providing primary health care and inpatient care [236, 253].

Currently, in many developed countries, such as Germany, France, the United States, Switzerland, Sweden, day clinics on the basis of round-the-clock inpatient facilities for the elderly, the so-called geriatric day clinics, are effectively operating [43, 249, 251, 257, 263]. As a rule, day inpatient facilities are specialized in nosology and are represented by the following groups of diseases [85, 144, 181, 272]:

- diseases of the circulatory organs (circulatory diseases);
- diseases of the central and peripheral nervous system;
- musculoskeletal diseases;
- endocrine diseases.

Close mutually beneficial integration of day and round-the-clock inpatient facilities makes it possible to provide these categories of patients with modern examination and treatment [182, 258].

It is important to note that in the Russian Federation, according to scientific research, the proportion of patients over 60 years of age among all persons who apply to medical organizations that provide primary health care is about 60%; the proportion of emergency medical care calls to such patients is about 65% [42, 121, 140, 231]. The total

amount of medical care at home is at least 30% [120]. These indicators demonstrate the importance of organizing qualified medical care for this group, including at home.

The organization of inpatient care at home to provide qualified medical care is possible if the patient has a condition that does not allow to attend the day inpatient facility at the clinic. For example: seriously ill, people with limited mobility, patients with chronic diseases requiring intensive medical care and rehabilitation at home, incurable patients, people with special need (disabled) [148, 189, 238, 244].

Inpatient care at home provides daily observation of the patient, laboratory and other diagnostic tests, intravenous and intramuscular medication, some types of physical and massage therapy, and consultations with specialist doctors in the relevant fields [181, 189, 226].

Inpatient care at home can be organized by allocating separate rates for a physician and a nurse to form a team or by a district physician and a nurse. The option of creating a brigade is more optimal. It relieves the workload of district physicians and nurses and allows more patients to receive medical care [221, 248, 250].

It is important to note that the organization of inpatient care at home requires mandatory training of health care personnel in the skills of caring for critically ill patients at home as part of advanced training [249, 259].

The need to develop inpatient care at home is becoming increasingly important. Their development becomes more promising due to the organization of general medical practice departments and the formation of outpatient medical care centers on their basis including among other things, paid medical services. Inpatient care at home allows patients to be provided with high-quality medical care and optimize financial costs [225, 250, 273].

The experience of organizing outpatient surgery centers with day inpatient facilities in our country deserves special attention. Their creation at clinics and diagnostic centers is one of the new and most effective forms of developing medical care for surgical patients. This makes it possible to increase the number of surgical interventions carried out in the outpatient department and expand their scope. Another form could be a short-stay inpatient facility for postoperative patients in the surgical department of a round-the-clock

inpatient facility [50, 108, 128, 130].

An interesting fact is that the experience of the establishment and effectiveness of outpatient surgery was described as early as 1909. The scientist James Nichols published an article in the British Medical Journal describing the experience of 8988 operations performed on children as outpatients [286]. In his work, he proved that when comparing the results of operations, the financial cost of providing medical care in an outpatient basis is 10 times less than in a round-the-clock inpatient facility. He also noted a low rate of postoperative complications and was the first to refute the opinion that patients require long-term inpatient treatment after surgical interventions [141, 284].

The experience of Russian surgeons has also shown that the degree of risk when performing surgical interventions in outpatient surgery centers and surgical inpatient facilities is almost the same [169, 192].

Thus, in order to improve surgical care for the population, increase its quality and accessibility, active prevention and timely treatment of surgical patients it is necessary to consistently expand the volume of outpatient treatment of patients with surgical pathology [239, 285].

It is now proven that the provision of surgical care for certain diseases on the outpatient basis has advantages over inpatient treatment. First of all, this is an increase of:

- medical efficiency (reduction of complications due to the absence of nosocomial infection);
- cost-effectiveness (reduction of the burden on surgical inpatient facilities, lower cost for outpatient surgical services compared to inpatient ones);
- social efficiency (the patient is not disconnected from the familiar family environment, which reduces stress levels and promotes a more rapid recovery) [6, 58, 80, 193].

The development of outpatient surgical care makes it more accessible to a wide range of the population.

It should be emphasized that along with various forms of day inpatient facilities, there are other forms of hospital-substituting technologies [80, 93]:

- evening inpatient facilities;

- night inpatient facilities;
- weekend inpatient facilities;
- "day inpatient facility - boarding house";
- specialized course outpatient treatment.

Night inpatient facilities are quite rare. They are mainly designed to provide psychiatric support for patients with sleep disorders and other neuropsychiatric disorders. In this case, night inpatient facilities are an intermediate link between the outpatient and inpatient levels of psychiatric support. Their main tasks consist of organizing daily observation, treatment, rehabilitation, and solving expert diagnostic issues of patients with mental disabilities but carrying out professional activities [16, 161, 256].

The main objectives of night inpatient psychiatric support are:

- treatment of patients in a state of exacerbation of mental diseases;
- follow-up treatment (adaptation to the usual situation) of patients after the main course of treatment in a round-the-clock inpatient facility;
- medical and social assistance to patients in case of a collision with a traumatic situation;
- diagnosis and treatment of mental disorders, manifested mainly in the evening and at night.

Night inpatient care is organized on the basis of the day inpatient facility. However, bed stock and bed-days of night inpatient care are not included in the estimated number of beds and bed-days of a medical organization [64, 119, 230].

On the basis of sanatoriums and preventive clinics weekend inpatient clinics are widely practiced, where the patient can undergo a comprehensive examination, consult with profile specialist doctors and receive recommendations, as well as undergo preventive treatment, including physical therapy, physiotherapy, and so on [17].

Ways to improve and the desire to increase accessibility of medical care have formed a form of specialized medical care close to day inpatient facilities – specialized course outpatient treatment [167]. It is analogous to inpatient treatment in an outpatient basis at a specialized center. The essence of the organization of medical care is as follows:

- high availability of highly qualified specialist doctors;

- hospital admission is optional, it is considered as a short-term stage of the treatment plan;
- the patient regularly visits a specialized center during treatment.

The system of preventive and diagnostic interventions during specialized course treatment provides conditions for medical care that are not inferior in quality and effectiveness to inpatient care.

The duration of treatment for patients is individual, it can be long or consist of several stages. Treatment is completed when the patient has recovered or stabilized [167]. Specialized course outpatient treatment does not require additional resources to ensure high efficiency of treatment, which is quite cost-effective.

All of the aforementioned forms of organization of medical care in day inpatient facilities are in demand among the population and play an important role in ensuring the availability of high-quality medical care, including specialized care [197, 202].

1.4 Role and significance of a day inpatient facility in primary health care

The concept of the development of modern medicine in the Russian Federation was focused on improving the efficiency of medical organizations and is based on two main directions: activation of preventive interventions and strengthening the role of primary health care. In this regard, the provision of medical care in day inpatient facilities has recently become increasingly popular and widespread [166, 224].

Primary health care in a day inpatient facility is an intermediate link between outpatient and inpatient care. The organization of therapeutic, preventive, and rehabilitative measures for individuals who do not require round-the-clock observation is the basis for the organization of medical care in a day inpatient facility [19, 159, 168].

Active use by day inpatient facilities of the resources of the medical organization providing primary health care allows to increase the efficiency of its work and, as a consequence, to improve the quality of medical care.

Patients with the following conditions and diseases are treated in day inpatient facilities:

- patients with newly developed diseases and exacerbation of chronic diseases who do not need to be monitored;
- patients with chronic diseases to undergo a preventive course of treatment;
- patients being treated with medications that require observation by a physician for some time due to a possible adverse reaction;
- patient's condition that requires intravenous drip-feed;
- patients in need for comprehensive treatment [177, 167, 190].

The expansion of indications for treatment in medical organizations providing primary health care in day inpatients facilities allows to influence the outcome of diseases, increase the volume of preventive, recreational and rehabilitative treatment [160].

In the day inpatient facility patients have opportunities of:

- comprehensive examination;
- consultations with medical specialist doctors;
- profile treatment;
- regular observation and checkups.

The main priority of a day inpatient facility, as compared to a round-the-clock one, is the possibility of earlier diagnosis and initiation of appropriate treatment, which makes it possible to achieve an improvement in health in the shortest possible time.

It is important to note that the organization of medical care in a day inpatient facility allows for hospital admission in a round-the-clock one if necessary.

Thus, the inclusion of a day inpatient facility in the treatment process ensures its continuity and efficiency, which is especially relevant for the older age group with chronic diseases.

For example, many researchers in their scientific works come to the conclusion on the need to improve the organization of day inpatient facilities, improve their structure and the continuity of work with round-the-clock inpatient facilities, as well as a significant shift of load from round-the-clock ones to medical organizations that

provide primary health care [246, 250].

According to other scientific studies, medical organizations providing primary health care improve the quality of care by actively developing day inpatient facilities, which has a significant impact on the overall health indicators of the population [195, 235].

However, the relevance of the issue of organizing primary health care in day inpatient facility is quite high. Many authors note the low efficiency of its activities, the irrational use of material, human and financial resources [138, 178].

The availability of medical care in a day inpatient facility largely depends on the availability of health care personnel. Recently, there has been a numerical and structural shortage of health care personnel. The personnel shortage is often associated with the financial disinterest of young specialists in vacancies of state medical organizations. The shortage of human resources does not correspond to the volume of activities performed, which leads to an increase in the burden on health care personnel [72].

By the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated February 19, 2019 No. 68 the program "Healthcare human resources management" was approved, the purpose of which is to increase the availability and provide conditions for continuous improvement of the professional competencies of health care personnel [99, 188].

This program will not only increase the number of health care personnel, but also their competence.

The number and structure of day inpatient facility health care personnel requires compliance with the volume of work performed. It is also necessary to increase the time for medical and diagnostic activities by redistributing the functionality between doctors and secondary health care personnel [201].

The existing issue of accessibility and quality of medical care in day inpatient facilities requires measures to optimize the work and qualifications of personnel, as well as their effective use [122, 223].

One of the important characteristics of the quality of medical care is medical efficiency. Medical care provided in a day inpatient facility must meet the needs of the patient's health and comply with modern medical technologies [35, 56, 57, 65].

The medical effectiveness of a day inpatient facility is assessed by the result of the patient's treatment [237]:

- positive - recovery of the patient or transition of the disease into remission;
- negative - deterioration of health and hospital admission in a round-the-clock inpatient facility;
- no change in health status.

In addition, medical efficiency can be assessed by the presence of exacerbations of chronic diseases, including their number and frequency.

An important aspect is the assessment of the medical efficiency of the day inpatient facility of the clinic by the number of patients admitted to the round-the-clock facilities. The active functioning of the day inpatient facility contributes to a decrease in the number of such patients [176].

It should be noted that patients with chronic diseases included in the dispensary group, the number of which is significant, are also treated in the day inpatient facility. In the conditions of a day inpatient facility, it is possible to reduce the risk of complications, increase the period of remission, to reduce the number of exacerbations. Increasing the coverage of the population with dispensary and preventive examinations with the participation of the day inpatient facility is an important direction in the preservation of public health [80].

Scientific studies and experience in recent years confirm that the time from the moment a patient seeks medical care to the time of admission to a day inpatient facility is significantly shorter than in a round-the-clock one [64, 142]. Thus, the availability of medical care in day inpatient facilities is higher, which directly affects their medical efficiency [80]. At the same time, high availability can only be ensured if there are enough beds in day inpatient facilities. According to many researchers, the dynamics of the number of beds and the number of treated patients has significantly increased in recent years [36].

An important advantage is when organizing a patient's treatment in a day inpatient facility, the risk of developing infections associated with the provision of medical care is much lower than in round-the-clock ones, where nosocomial infections, which increase the possibility of complications, are quite common.

Among other things, it is necessary to note the social importance of day inpatient facilities increasing the social orientation and patient satisfaction is one of the important steps in the development of day inpatient facilities [31, 55].

According to a significant number of sociological studies, the majority of respondents who had previously been treated in day and round-the-clock inpatient facility prefer the first one [6, 59, 81, 165]. In terms of deontological aspects, the respondents' preference was also for day inpatient facilities, which indicates greater patient satisfaction with medical care.

In terms of the provision of medicines, day inpatient facilities are not inferior to round-the-clock ones, which is a fairly sensitive indicator of patient satisfaction with treatment in the day inpatient facility [187].

The organization of medical care in a day inpatient facility allows patients to spend most of their time in their familiar home environment, maintain social ties and communication, which is extremely important for patients. All of the above significantly affects the psychoemotional state of the patient, increases the effectiveness of treatment and speeds up the recovery process.

It should be noted that patients' satisfaction with medical care provided in a day inpatient facility is significantly influenced by [46]:

- organization of instrumental research;
- organization of laboratory research;
- organization of appointments of specialist doctors;
- awareness of the patient on the state of his health.

High social efficiency is also achieved by using day-care beds for the treatment of patients discharged from round-the-clock inpatient facilities. This increases their satisfaction and improves their quality of life.

The doctor's personalized approach to patient treatment and the more attentive attitude of the health care personnel at the day inpatient facility are highly appreciated by the results of the patient survey [59]. The communication skills of health care personnel, their compliance with the social role have a great impact on the social effectiveness of day inpatient facilities.

An important aspect in the formation of a positive social effect is that patients receive comprehensive, high-quality and prompt examination and treatment. There is no long waiting period from referral to a day hospital and the actual start of treatment [18, 39].

It should be emphasized that currently there is an active development of small business, individual entrepreneurship, which creates a challenge in the event of temporary disability. The risk of losing money entails a delay in seeking medical care, which often leads to the development of complications of the disease [104, 164].

The organization of medical care for patients in a day inpatient facility is more effective and makes it possible to reduce the period of temporary disability, and in some cases to provide treatment without interruption from professional activities [31].

According to scientific research, the duration of disability when organizing treatment in a day inpatient facility is significantly shorter than in outpatient clinic [36].

Accelerated recovery of patients treated in day inpatient facilities is associated with the use of modern technology. A positive effect of increasing the remission period in chronic diseases is provided by teaching patients in health schools [51, 103].

Patient comfort and time saving greatly increase satisfaction with medical care and social effectiveness. The organization of regular monitoring and constant control of day inpatient facilities' and patients' opinions ensures a high level of social effect [51, 109].

It is necessary to note the economic benefits of day inpatient facility in medical organizations of the health care system. Their economic efficiency is not of high social importance, but it is of great importance for medical organizations.

Without additional resources, day inpatient facilities allow for an increase in the flow of patients by expanding types of medical care, such as rehabilitation and follow-

up care after surgical or other treatment in a round-the-clock inpatient facility, which significantly affects the outcome of diseases. Rehabilitation and follow-up care for patients in a day inpatient facility significantly reduces the time a patient spends in a round-the-clock one and, as a consequence, reduces the financial costs of his treatment in general [14, 58, 115]. The reduction of time a patient stays in a round-the-clock inpatient facility by spending more time in a day one entails an increase in the efficiency of the use of the bed stock. The efficiency of bed use, in turn, increases the availability of round-the-clock inpatient hospital admission. The implementation of this direction is possible with high bed turnover and the capacity of day inpatient facilities, which ensures a higher number of treated patients [76, 245].

The economic efficiency of the day inpatient facility is achieved by reducing the cost of a bed-day, which entails a reduction in the cost of treatment. Reducing the cost of a bed-day makes it possible to provide medical care in a day inpatient facility to a larger number of patients while maintaining the level of funding, without additional funds and resources [8, 133, 227].

Thus, the organization of day inpatient facilities is economically beneficial for medical organizations that provide not only primary health care, but also inpatient care. This is confirmed by the fact that many hospitals seek to organize day and one-day inpatient facilities, and day inpatient facilities at outpatient surgery centers [97, 117, 163].

Considering the mentioned above and according to scientific research, day inpatient facilities provide budget savings [222].

It is important to take into account the fact that primary health care, including day inpatient facilities, can be financed from various sources, namely [96, 126, 206]:

- within the framework of compulsory medical insurance;
- from voluntary medical insurance funds;
- from other sources that do not contradict the legislation of the Russian Federation.

The analysis of the criteria for the efficiency of day inpatient facilities, material costs in the implementation of their activities have been covered by many authors of

scientific papers [14, 71, 79, 107, 232]. The studies were conducted on the basis of medical organizations providing primary health care. The results showed a visible economic effect. This once again confirms the importance of organizing a comprehensive medical and economic approach to improving the work of day inpatient facilities.

A visible economic effect in a day inpatient facility is provided by the following factors [70]:

- lower labor costs for health care personnel due to the absence of payments for night shifts and weekends;
- reducing the financial costs of patient nutrition;
- lower costs for personal protective equipment and other medical devices.

The economic efficiency of day inpatient facility is closely related to medical efficiency and is determined by the ratio of the costs of the medical organization for the provision of medical care to a patient in the day inpatient facility and the result of treatment.

The improvement of primary health care in a day inpatient facility leads to an increase in the quality and accessibility of medical care and a reduction in the period of temporary disability. The result of this is an increase in patient satisfaction with the medical care provided [3, 87, 101].

Summing up the above, it is important to emphasize that the need to improve public health requires the solution of challenges facing health care at a qualitatively new level.

Simultaneous organization of treatment, rehabilitation, and preventive measures will result in solution of these issues, but it is possible only in medical organizations providing primary health care [88, 243].

Changing the structural and functional approach to the organization of medical care in a day inpatient facility, improving the level of health care personnel qualification, increasing the efficiency of their work will solve the issue of rational use of medical organization resources and resource-saving issues in healthcare in general. High efficiency of day inpatient facilities will ensure the intensification of the treatment

and diagnostic process in the medical organization, high availability of medical care and its competitiveness.

Chapter 2 RESEARCH MATERIALS AND METHODS

2.1 Structural and logical scheme of the research (design)

In order to achieve the goal of the research and to solve tasks set, we have developed a structural and logical scheme (design) of the research, illustrating its stages (Table 2.1).

Table 2.1 - Structural and logical scheme of the research (design)

Stage of scientific research	Evidence
Stage 1	
Characteristics of the modern organization of day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care	To determine the relevance of the research issue and the state of organization of day inpatient facilities at the present stage of healthcare development. To study and analyze the current state of organization of primary health care in a day inpatient facility.
Stage 2	
Evaluation of the efficiency of using a new structural and functional model of a day inpatient facility organization in medical organizations providing primary health care	To evaluate the medical and social efficiency of using a new structural and functional model of a day inpatient facility organization in medical organizations providing primary health care
Stage 3	
The main directions of improving the organization and provision of primary health care in a day inpatient facility	To develop proposals for optimization the primary health care organization in a day inpatient facility.

Our scientific research includes three consecutive stages, which provide an opportunity to assess the current level, state and organization of medical care in day inpatient facilities. The division into stages allows us to evaluate the medical and social efficiency of the implementation of the new structural and functional model of day inpatient facilities organization for the study period, which makes it possible to formulate scientifically sound proposals for improving the organization of primary health care in a day inpatient facility.

2.2 Research materials

The research was conducted in the Frunzensky (administrative) district of the city of St. Petersburg, which is a city of federal importance located in the Northwest of the Russian Federation, consisting of 18 administrative districts. The total population of the Frunzensky district of St. Petersburg according to Rosstat data in the dynamics over the study amounted to the following values over the years (Figure 2.1).

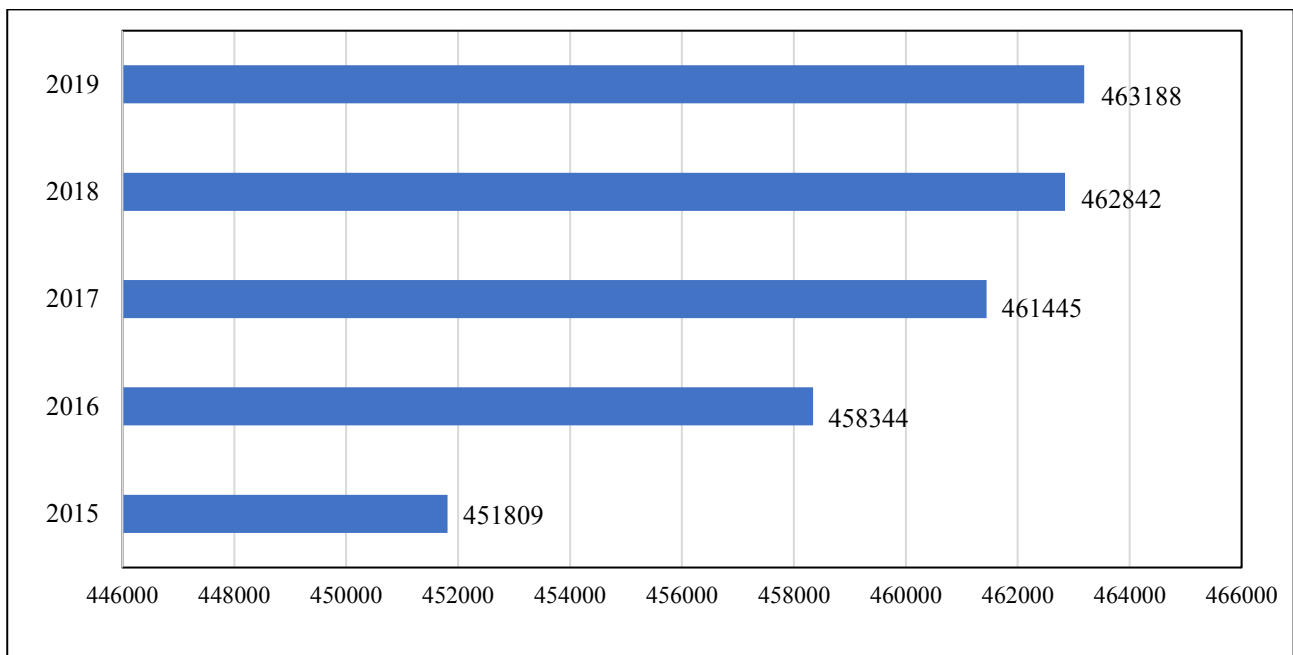


Figure 2.1 - Population dynamics in the Frunzensky district, St. Petersburg (2015-2019)

The city's health care management body is the Healthcare Committee of the Government of St. Petersburg. However, medical organizations providing primary health care in St. Petersburg are directly subordinate to the district administration on a territorial basis and organize their activities based on the main tasks facing healthcare in the district, in coordination with the City Healthcare Committee.

The basis of the present study was 5 typical polyclinics in the Frunzensky district of St. Petersburg providing primary health care to the adult population:

1. St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Municipal Polyclinic No. 19";
2. St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Municipal Polyclinic

No. 44";

3. St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Municipal Polyclinic

No. 56";

4. St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Municipal Polyclinic

No. 78";

5. St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Municipal Polyclinic

No. 109";

The structure and volume of the materials studied in the framework of this research are presented in Table 2.2.

Table 2.2 – Structure and volume of research materials

Research material	Number
Medical records of outpatient patients (hospitalized in a round-the-clock hospital)	200
Medical records of inpatient patients (hospitalized in a day hospital)	200
Patient opinion survey questionnaires	400
- before the introduction of a new structural and functional model	200
- after the introduction of a new structural and functional model	200
Health care personnel opinion survey questionnaires	120
- before the introduction of a new structural and functional model	60
- after the introduction of a new structural and functional model	60
Statistical observation forms	225
Medical care timing records	400
Total	1545

The total volume of the studied research materials amounted to 1545 units. The in-depth study program covered 600 people (400 people - timing records study, 400 people - study of patients' opinion on the results of medical care in a day inpatient facility). In addition, the indicators of 225 reporting records of statistical observation from 2015 to 2019 were used. The outpatient records of patients admitted to a 2round-the-clock inpatient facility were also analyzed to assess the validity of hospital admissions.

In the course of the research to assess the dynamics of the development of hospital-substituting technologies, the bed stock in day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care in the Frunzensky district of St. Petersburg was analyzed (Table 2.3).

Table 2.3 – Bed stock of day inpatient facilities in the Frunzensky district, St. Petersburg (2015-2019)

Year of research	2015	2016	2017	2018	2019	Growth rate, %*
Day inpatient facility, number of beds	235	239	247	239	247	5.1
*in 2019 compared to 2015						

The analysis of the provision of beds in day inpatient facilities shows that during the study period in the Frunzensky district of St. Petersburg this indicator has a positive trend. In 2015 the figure was 235 beds, then in the period up to 2017 there was an increase in the number of day beds, in 2018 there was a slight decrease. The decrease in the number of beds in 2018 is due to the repair work carried out during this period in one medical organization. In 2019, the number of beds corresponds to the indicator of 2017. Thus, the growth rate was 5.1%.

In order to assess the work of day inpatient facilities in the Frunzensky district of St. Petersburg, providing primary health care, we analyzed the medical records of patients hospitalized in a day hospital for the five most common classes of diseases in accordance with ICD-10: diseases of the endocrine system, diseases of the nervous system, diseases of the circulatory system, diseases of the organs respiratory diseases, diseases of the musculoskeletal system and connective tissue. The selection of the studied materials was made taking into account representativeness and corresponds to the general population, based on a sufficient number of research units, which ensured a reduction in statistical error. The total number of medical records was 200 units (Table 2.4).

Table 2.4 – The most common classes of diseases (in accordance with ICD-10) in patients treated in a day hospital polyclinics Frunzensky district of St. Petersburg.

Class of diseases (clinical and statistical groups)	Medical card, pcs.
Endocrine system diseases	25
Diseases of the nervous system	40
Circulatory diseases	60
Respiratory diseases	45
Diseases of musculoskeletal and connective tissue	30
Total	200

Clinical and statistical groups were studied and analyzed according to the most

common nosological forms of diseases of patients treated in a day hospital in accordance ICD-10.

Table 2.5 – The most common nosological forms (in accordance with ICD-10) in patients treated in a day hospital polyclinics Frunzensky district of St. Petersburg.

Nosological form (diseases)	Medical card, pcs.
Insulin-dependent diabetes mellitus with and without complications Insulin-independent diabetes mellitus with and without complications	25
Vegetative-vascular dystonia	20
Trigeminal nerve neuralgia	10
Vegetative polyneuropathy; Sensory-motor polyneuropathy	10
CHD. Effort angina. Postinfarction cardiosclerosis (AMI in anamnesis) CHD. Effort angina. CHF CHD. Atherosclerotic cardiosclerosis	30
HD of stages II-III hypertensive encephalopathy	20
Obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower extremities (OALEV)	10
Chronic bronchitis; COPD with exacerbation; Unspecified COPD	20
Asthma with a predominant allergic component; non-allergic asthma; mixed asthma; unspecified asthma	25
Degenerative dystrophic disk disease, neuritis and radiculitis of various localizations	15
Osteoporosis without pathological fracture	15
Total	200

In order to evaluate the performance of the existing system of medical care in the day inpatient facility, a patient survey was conducted as part of the study. The questionnaires included information on the patient's social and demographic status, subjective data on the organization of medical care in the day inpatient facility, the patient's health status, as well as allowed to assess satisfaction with the medical care provided, namely, the comfort of staying in a medical organization, the duration of waiting for medical care, the attentiveness of the personnel (Appendix 1). Patients were also asked to provide suggestions for improving the organization of medical care. The

survey involved 200 patients of day inpatient facilities of the Frunzensky district in 2020-2021: a total of 400 questionnaires were filled out - 200 before the implementation of the new structural and functional model and 200 after the implementation (Table 2.6).

Table 2.6 – Distribution of interviewed patients by gender, %

Interviewed patient	Number of patients, people	%
Men	56	28.0
Women	144	72.0
Total	200	100.0

The study involved 200 patients treated in the day inpatient facility of the Frunzensky district Polyclinics in 2020-2021 - 56 men (28.0%) and 144 women (72.0%). The distribution of patients by employment was as follows: 142 people of retirement age, 58 people still working.

The age distribution of patients was as follows (Table 2.7).

Table 2.7 – Distribution of interviewed patients by age, people

Age	Number of people
Up to 30 years old	4
31-49 years old	6
50-59 years old	36
60-69 years old	130
70 years and older	24
Total	200

The highest number of day care visits was found in the age groups from 50 to 69 years old. This is due to the fact that elderly patients already have chronic or combined pathology and day inpatient facility treatment is of a priority. It is aimed mostly at preventing an increase in the severity of the disease, as well as preventing relapses and reducing their frequency. Patients of working age accounted for 29.0% (58 out of 200 respondents). They need mainly the correction of risk factors for the development of complications of the underlying disease and the treatment of newly detected.

The provision of medical care to patients in a day inpatient facility was carried

out, as a rule, with exacerbations of chronic diseases and for preventive purposes against the background of remission of the existing chronic disease.

In order to diagnose existing challenging issues and needs in the workplace, we conducted a survey of 120 members of health care personnel, including 34 physicians and 86 nurses. The assessment was conducted by indicators of satisfaction and in terms of issues affecting employee motivation before and after the implementation of the new structural and functional model (Appendix 2).

The study of the organization of the medical care process in a day inpatient facility was organized by analyzing the timing records (Appendix 3). The timing data were summarized in a specially developed electronic database of the thesis research. The list of actions and the time spent were evaluated. The following parameters were also considered: patient's condition, sex, age, nosological form according to ICD, outcome of the disease, etc.

Scientific substantiation of the improvement of primary health care in a day inpatient facility is the main objective of our research, which is based on the creation of a new structural and functional model for the organization of the day inpatient facility on the basis of medical organizations of the Frunzensky district of St. Petersburg, providing primary health care.

2.3 Research methods and data processing

To achieve the goal and objectives of the study, a set of methods and processing of the obtained data was used, namely: content analysis, analytical (analysis of medical and statistical characteristics of medical care), timing, expert assessments, organizational experiment, statistical. Consistently, data on health care outcomes during the four phases of the study were examined. Table 2.8 details the scientific methods used in this research, according to the design.

Table 2.8– Scientific methods used in the research

Research stage	Research method	Observation units and the scope of the research
1. Characteristics of the modern organization of day inpatient facilities in medical organizations providing primary health care and scientific rationale for the development of a new structural and functional model		
1.1 Determination of the relevance of the research issue and the state of organization of day inpatient facilities at the present stage of healthcare development.	historical comparison; content analysis; analytical	domestic (228) and foreign (46) scientific literature; regulatory legal acts on the subject of the research (19)
1.2 Assessment of the relevance of expanding the conceptual framework of primary health care in a day inpatient facility	content analysis; analytical	domestic (228) and foreign (46) literature; regulatory legal acts on the subject of the research (19)
1.3 Study of the current state of primary health care organization in a day inpatient facility. Definition of requirements and principles of optimal organization of medical care in day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care	analytical; statistical; timing records	statistical observation forms (225)
1.4 General characteristics of the structural and functional model. Analysis of the results of the day inpatient facility: medical and statistical characteristics of patients, timing	timing records; direct standardization method; method of expert assessments; analytical; statistical	Reporting forms No. 14-ds "Information on the activities of day inpatient facilities of medical and preventive institution" (25); timing records (400)
2. Evaluation of the efficiency of using a new structural and functional model of a day inpatient facility organization in medical organizations providing primary health care		
Comparative analysis of the efficiency of medical care in a day care inpatient facility before and after the implementation of the new structural and functional model	timing records; direct standardization method; method of expert assessments; analytical, statistical	Annual reporting forms No. 14-ds "Information on the activities of day inpatient facilities of medical and preventive institution" (25); timing records (400); questionnaires to study the opinions of patients receiving treatment in a day inpatient facility (400); health care personnel opinion survey questionnaires (120).

Continuation of Table 2.8

Research stage	Research method	Observation units and the scope of the research
3. The main directions for improving the organization and provision of primary health care in a day inpatient facility		
To develop proposals for improving the primary health care organization in a day inpatient facility	analytical; sociological; method of expert assessments; organizational and structural modeling	questionnaires to study the opinions of patients receiving treatment in a day inpatient facility (400).

The first stage of the research is devoted to the analysis of the current state of organization of primary health care in day inpatient facility, the scientific substantiation of the need to develop an optimal structural and functional model of day inpatient facility and the introduction of a new concept of simultaneous interventions in day inpatient facility in medical organizations providing primary health care.

Using the method of content analysis, a study of 293 domestic and foreign literature sources on the topic of research, such as monographs, articles, conference materials, legal acts and others was carried out.

Using the analytical method, the data of statistical and accounting forms for 2015-2019 were studied: annual reporting forms of federal statistical observation "Information on the activities of day inpatient facilities of medical and preventive institution" (form No. 14-ds); annual forms of federal statistical observation "Information about a medical organization" (form No. 30); accounting forms of medical documentation "Card of registration of preventive medical examination (prophylactic medical examination)" (form No. 131/u), statistical reporting forms "Information on the number of diseases registered in patients living in the service area of a medical organization" (form No. 12), medical record forms "Medical in-patient record" in a day inpatient facility (form No. 003/u).

Based on the data obtained, a medical and statistical characteristic of the work of day inpatient facilities in medical organizations of the Frunzensky district is given.

When analyzing the timing, the data copying method was used. Information about each case was recorded in the developed medical care timing records in the day inpatient

facility. We studied the process of providing services to 400 patients in the day inpatient facility (200 - before the implementation of the new structural and functional model, 200 - after the implementation of the model), timing was performed using specially designed medical care records for patients in the day inpatient facility.

According to the results of the research, an expert assessment of the efficiency of the organization of the therapeutic and diagnostic process in day inpatient facilities and, in particular, the primary admission of a patient referred for treatment to a day inpatient facility and the validity of the decision on hospital admission in a round-the-clock one was carried out.

The expert group included specialist doctor in the field of healthcare organization and in such profiles as therapy, surgery, and those responsible for the organization of day inpatient facility work.

A selective analysis of 200 medical records of patients' hospital admissions on a routine basis in a round-the-clock inpatient facility, with nosological forms that allow treatment in a day hospital inpatient facility, was performed. Expert evaluation of the organization efficiency of the therapeutic and diagnostic process by specialist doctors showed defects in the correct choice in favor of round-the-clock inpatient facility. When deciding on further treatment of a patient after a final diagnosis, a discrepancy between the severity of the patient's condition and the decision on hospital admission was revealed. The results of this stage allowed us to substantiate the choice of a structural and functional model of medical care in a day inpatient facility, the requirements and basic principles of its organization.

Also, at the first stage of the research, a new structural and functional model of medical care in a day inpatient facility was developed.

At this stage we introduced a new structural and functional model of medical care in a day inpatient facility in the medical organizations of the Frunzensky district and gave its general characteristics for the period from 2020 to 2021, and its general characteristics are provided. During this period, the work within the framework of the new structural and functional model based on the study of patient records that applied to a medical organization according to information system reports, federal statistical observation forms No. 14-ds, 30

was evaluated. Data on the timing of medical care provided to 400 patients were selectively studied.

Then, at the second stage, an assessment of the medical and social efficiency of medical care was performed before and after the introduction of a new structural and functional model in the conditions of the day inpatient facility. We analyzed the results of timing of the provision of medical care to day care patients, medical records, the quality level of treatment and diagnostic process, as well as the outcomes of day care (complete recovery, remission, etc.). This allowed us to assess the correctness of the choice in favor of day inpatient facility compared to a round-the-clock one.

Timing was used for direct observation and collection of data on the provision of medical care in the day inpatient facility. A total of 400 timing studies in random samples of referred patients were performed - 200 studies before the implementation of the new structural-functional model and 200 after its implementation. We performed time monitoring - chronometric measurements of the entire process of providing medical care in the day inpatient facility from the moment the patient waited for a doctor's appointment until the patient left after receiving medical care.

Patient identification data, time spent in queue, list of manipulations, and timing of medical care were recorded.

During the research, a team of observers was formed. A training session was held on how to fill out timing records.

Summing up the timing is associated with the calculation of coefficient of chronorad stability. It is necessary to assess the correctness of the measurements, and the following formula is used to calculate it:

$$K_{xp} = \frac{T_{\max}}{T_{\min}}, \quad (1)$$

where: K_{xp} – chronorad stability coefficient;

T_{\max} – maximum time value;

T_{\min} – minimum time value.

The chronorad stability was determined by the stability coefficient, which should not exceed the recommended standard coefficient. In a stable chronometric series, the average duration of a patient's appointment was determined as the arithmetic mean of

all chronorad measurements, which most fully characterizes the variety of measurements performed. The analysis of the timing results consisted in identifying a number of manipulations and actions that require optimization. Based on the analysis of the timing results, weak points were identified and a redistribution of the functions of day health care personnel was proposed.

The ratio of patient's waiting time, the provision of medical care before and after introduction of the new structural and functional model indicated the efficiency of the use of patient's time. The average time indicator calculated before and after the implementation of the structural and functional model was chosen as an indicator of efficiency. The decrease in the indicator demonstrated an increase in the efficiency of the organization of medical care.

The second stage of the study is devoted to a comprehensive assessment of the existing traditional and new structural and functional models of medical care in a day inpatient facility:

- a comparative assessment of the proportional ratio of patients with different indications for hospital admission (as planned, due to the exacerbation of chronic disease, due to a newly diagnosed disease) was performed;
- the evaluation of medical and social efficiency before and after the introduction of a new structural and functional model of the organization work of day inpatient facility was carried out;
- challenging issues and needs of health care personnel have been identified;
- the assessment of the validity and level of hospital admissions of patients in a round-the-clock inpatient facility was carried out.

At the third stage of the study, proposals for improving the primary health care organization in a day inpatient facility were developed. In order to improve the organizational arrangements for referring patients to a day inpatient facility, increase the efficiency of the use of the bed stock, and reduce the number of causeless admissions to a round-the-clock inpatient facility, methodological recommendations were developed.

Chapter 3 EVALUATION OF THE ACTIVITY OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE PROVISION OF PRIMARY HEALTH CARE IN A DAY INPATIENT FACILITY

3.1 Addition to the conceptual framework of primary health care in a day inpatient facility

Day inpatient facilities are a progressively developing structural and functional link of medical organizations providing primary health care. The active improvement of day inpatient facilities is due to:

- formation of high demand of the healthcare system for resource-saving, hospital-substituting technologies;
- high demand of the population for fast, qualified medical care.

Day inpatient facilities form the basis for the use of inpatient replacement and complementary ambulatory technologies. In earlier terminology of primary health care the concept of complementary ambulatory technologies did not occur. Intensive modern development of domestic healthcare contributes to the emergence of new terms and concepts, a vivid example of which are complementary ambulatory technologies.

With the dynamic development of primary health care there is ambiguity, inaccuracy of concepts in assessing the activities of medical organizations providing primary health care, including day inpatient facilities.

The dynamic modernization of primary health care, carried out since 2011, has affected the activities of day inpatient facilities. The organization of primary health care in a day inpatient facility is a set of therapeutic, diagnostic and preventive interventions that need to be assessed and characterized.

In order to avoid any discrepancies in the efficiency evaluation of day inpatient facilities, it is necessary to have a precisely formulated conceptual framework.

In this regard, within the framework of our research and based on the analysis of various sources of scientific literature, we consider it necessary to propose a new terminology in the provision of primary health care - simultaneous interventions in a day inpatient facility. The use of this terminology is necessary to interpret and analyze

the results of our research.

The concept of simultaneous interventions in a day inpatient facility is widely used in the specialized surgical literature. In the context of day inpatient facility, the use of this terminology needs to be clarified.

All of the above served as the basis for our use of specialized literature and regulatory documentation to formulate a new concept of simultaneous interventions in a day inpatient facility.

The very concept of "interventions" in Russian comes from the words "measure" and "take". Interventions include a set of actions united by one significant task. This definition is offered in the explanatory dictionary by the Russian linguist S.I. Ozhegov, Doctor of Philological Sciences [135].

In the Dictionary of Economics A.N. Azriliyan the concept of "interventions" is described as a set of interrelated activities aimed at satisfying a certain need or achieving a certain goal [3]. These include organizational and technical measures at industrial enterprises.

The concept of "interventions" also means a type of human activity that provides for meeting and communication of people associated with the fulfillment of certain goals.

This concept is multifaceted, but healthcare lacks a precise definition and meaning. In a broader sense, in healthcare, the concept of "activities" is used in the context of therapeutic and preventive measures. Preventive and curative interventions are a set of measures for the preservation of health carried out in order to preserve the ability to work, treatment and prevention of the disease.

The available definitions are not fully suitable for use in the context of primary health care in a day inpatient facility. The concepts presented do not summarize the full range of therapeutic, recreational, preventive interventions and nuances of the new structural and functional model we have developed.

In view of the above, we propose a new term "simultaneous interventions in a day inpatient facility".

In medical practice the term "simultaneous" was first mentioned in the context

of "simultaneous operation" by Reifferscheid in 1971 [205]. This definition comes from the English word "simultaneously" – simultaneity. Simultaneous operations are currently defined as surgical interventions performed simultaneously on two or more organs for diseases that are etiologically unrelated to each other. E.A. Toleubaev et al. noted that the performance of simultaneous operations is beneficial for economic, medical and social efficiency [205]. Simultaneous operations slightly increase the duration of intervention, while maintaining the average duration of the patient's stay in a round-the-clock inpatient facility. Simultaneous operations also reduce the financial costs of patients' treatment compared to sequential treatment, which leads to savings in financial resources. It is important to note that simultaneous operations do not result in serious complications and are psychologically easier for patients to tolerate.

Patients referred for treatment in a day inpatient facility mostly have comorbid pathology and require comprehensive treatment or prevention. Day inpatient facilities have all the conditions for providing medical care to this category of patients. Comprehensive treatment may include combined, simultaneous interventions aimed at the treatment or prevention of several unrelated nosological forms.

The treatment and prevention of comorbidity occupies an important place in the organization of day inpatient facilities. This condition is characterized by the simultaneous presence of two or more diseases affecting each other.

Due to the large number of patients with comorbidity seeking medical care, a more thorough examination is necessary. It should focus on identifying risk factors for disease development, complications, and the need for comprehensive single-stage interventions to treat patients with comorbid pathologies. This significantly reduces the number of complications and aggravation of the course of chronic diseases.

In view of the above, we consider it necessary to define our proposed new concept of "simultaneous interventions in a day inpatient facility".

Simultaneous interventions in a day inpatient facility are a set of simultaneous preventive and curative interventions aimed at the treatment and prevention of etiologically unrelated existing chronic and newly diagnosed diseases in patients

admitted to a day inpatient facility.

The use of this term will allow us to establish conceptual connections and expand the terminology of the thesis research.

Particular attention should be paid to the fact that a large proportion of day inpatient facilities patients are elderly patients who, as a rule, have comorbid pathology. Simultaneous interventions in a day inpatient facility (in respect of such patients) are aimed at prevention of worsening of the severity of the underlying disease, prevention of relapses, correction of risk factors of aggravation of concomitant diseases and their transition into the chronic form.

Day care physician conducts a comprehensive examination of patients admitted for treatment in the day inpatient facility. If necessary, profile specialist doctors of the detected pathology are involved for consultations. Based on the results of the examination, patients are prescribed a set of simultaneous interventions, which is the correction of concomitant pathologies, physical therapy, and vaccination. Such combined treatment reduces the risk of complications of the underlying disease and greatly accelerates the recovery process as a whole. Simultaneous interventions in a day inpatient facility increase the effectiveness of treatment. The decision on the necessity and extent of simultaneous interventions is made by a day care physician based on the examination for the underlying and concomitant diseases.

It is important to note that the introduction and use of simultaneous interventions in the day inpatient facility is possible only in primary health care system - medical organizations providing primary health care. Round-the-clock inpatient facilities are not designed for simultaneous organization of preventive and curative interventions due to the lack of appropriate resources. All interventions in round-the-clock inpatient facilities are usually aimed at treating the underlying disease.

The main purpose of simultaneous interventions in the day inpatient facility is to provide comprehensive treatment of patients with comorbid pathologies that do not require inpatient treatment but medical care in the day inpatient facility. Also, an important aspect of simultaneous interventions is the implementation of preventive interventions (for example: preventive examinations, vaccinations, etc.). This is the

basis of our proposed new scientific concept - simultaneous interventions in the day inpatient facility.

Thus, the application of our proposed new terminology and its use in practice will make it possible to achieve a higher efficiency in the provision of primary health care to patients in a day inpatient facility.

3.2 Analysis of the incidence rate in a day inpatient facility

Improving the efficiency and quality of patient care in the day inpatient facility is possible in the event of a change in the management approach in the healthcare system. Reliable medical and statistical information provides heads of medical organizations with tools for effective management.

Incidence rate analysis is one of the foundations of the management process in a medical organization providing primary health care. It allows to evaluate:

- public health;
- the efficiency of medical care organization in a day inpatient facility.

The data obtained make it possible to determine the necessary tasks for a more complete and effective delivery of medical care in a day inpatient facility.

Currently, the activities of day inpatient facilities are regulated by orders of the Ministry of Health of Russia dated December 16, 1999 No. 438 "On the organization of the activities of day inpatient facilities in medical institutions" and of the Ministry of Health and Social Development dated May 15, 2012 No. 543n "On approval of the regulation on the organization of primary health care for the adult population" (Regulation No. 9 "Rules for the organization of day inpatient facility activities", Regulation No. 10 "Recommended staffing standards of a day inpatient facility", Regulation No. 11 "Standard of day inpatient facility equipment"), as well as by various regulations of the executive authorities of the Russian Federation [150, 159].

In the course of the scientific research, we analyzed the main indicators of day inpatient facilities in the Frunzensky district of St. Petersburg for the period from 2015 to 2019. A study of the following indicators was conducted:

- assessment of the main clinical and statistical groups of diseases of patients treated in the day inpatient facilities;
- efficiency of the use of the bed stock.

In order to assess the health status of the population and its dynamics over the years, we analyzed the incidence rate according to appeals to medical organizations of the Frunzensky district of St. Petersburg from 2015 to 2019.

Figure 3.1 presents data on the dynamics of the general incidence of the adult population of the Frunzensky district of St. Petersburg.

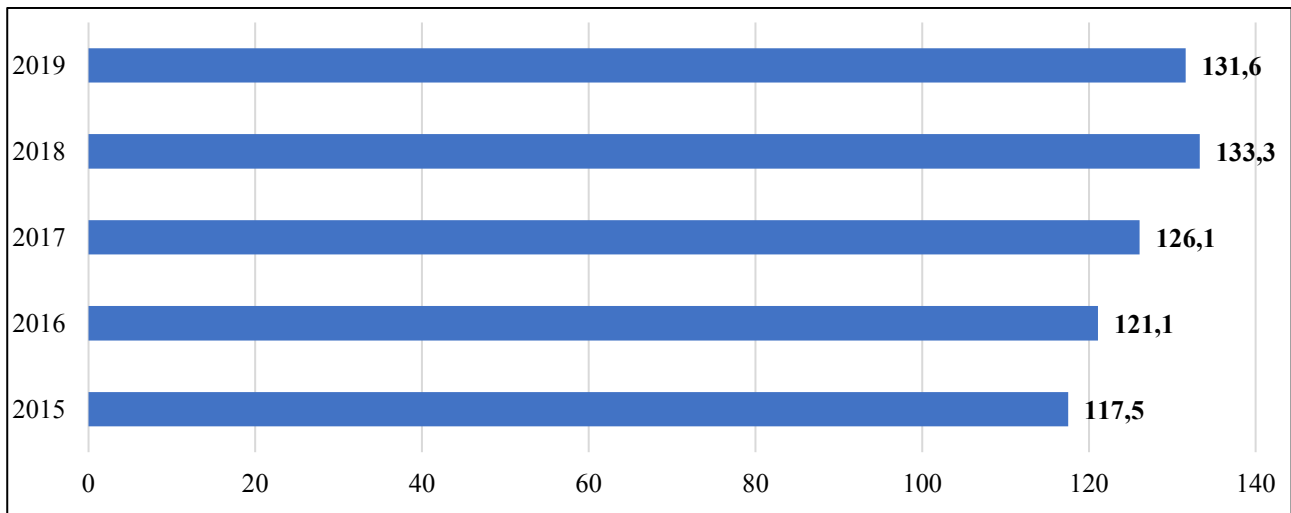


Figure 3.1 – General incidence of the adult population of the Frunzensky district, St. Petersburg (2015-2019)

In 2015, the rate corresponds to 117.5‰, in 2016-2018 there was an increase in total incidence to 133.3‰, and in 2019 there was a slight decline to 131.6‰. The data obtained generally indicate an increase in the general incidence. The increase in general incidence may indicate an increase in accessibility and diagnostic capabilities for the population of the Frunzensky district of St. Petersburg in the provision of primary health care.

The dynamics of the primary incidence of the adult population in the Frunzensky district of St. Petersburg is shown in Figure 3.2.

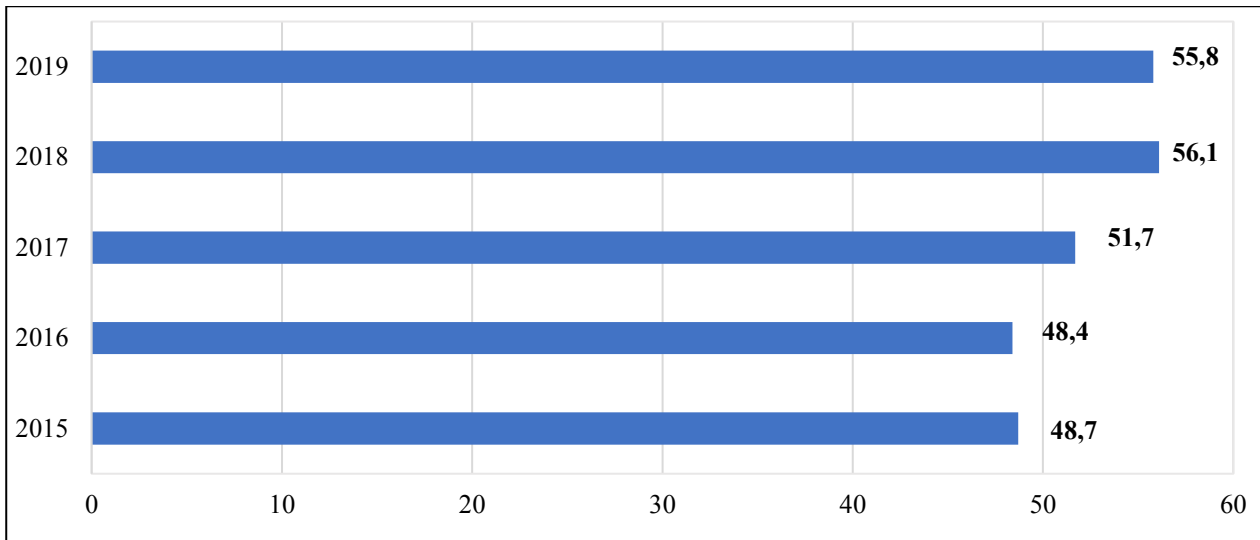


Figure 3.2 – Primary incidence of the adult population of the Frunzensky district, St. Petersburg (2015-2019)

According to the data presented, the primary incidence among the population of the Frunzensky district also tends to increase. In 2015, the rate is 48.7‰, in 2016 there is a slight decrease of 48.4‰, and from 2017-2018 it increases to 56.1‰, and only in 2019 can we see a slight decrease to 55.8‰.

The increase in primary incidence indicates changes taking place in medical organizations, namely:

- increase in the volume of dispensary examination of the population;
- increase in the volume of professional examinations of the adult population;
- increased diagnostic capabilities of medical organizations providing primary health care.

In order to organize measures to improve the quality of work in a day inpatient facility, it is important to determine the structural distribution of incidence of the attached population.

In our research we studied the structure of incidence by the most common classes of diseases among patients treated in day inpatient facilities of the Frunzensky district of St. Petersburg for a five-year period (2015-2019). The International Classification of diseases of the 10th revision (ICD-10) served as a basis.

In the course of the research, it was revealed that the following classes of diseases are most frequently treated in the day inpatient facilities:

- diseases of musculoskeletal and connective tissue;

- respiratory diseases;
- circulatory diseases;
- diseases of the nervous system;
- endocrine system diseases.

The data on the dynamics of incidence rates for the studied disease classes among the patients treated in the day inpatient facilities of the Frunzensky district of St. Petersburg are presented in Figure 3.3.

In our opinion, the positive dynamics of incidence indicators in the class of circulatory diseases and the musculoskeletal system and connective tissue is associated with the strengthening of diagnostic capabilities of medical organizations and the annual large coverage of prophylactic and preventive medical examinations.

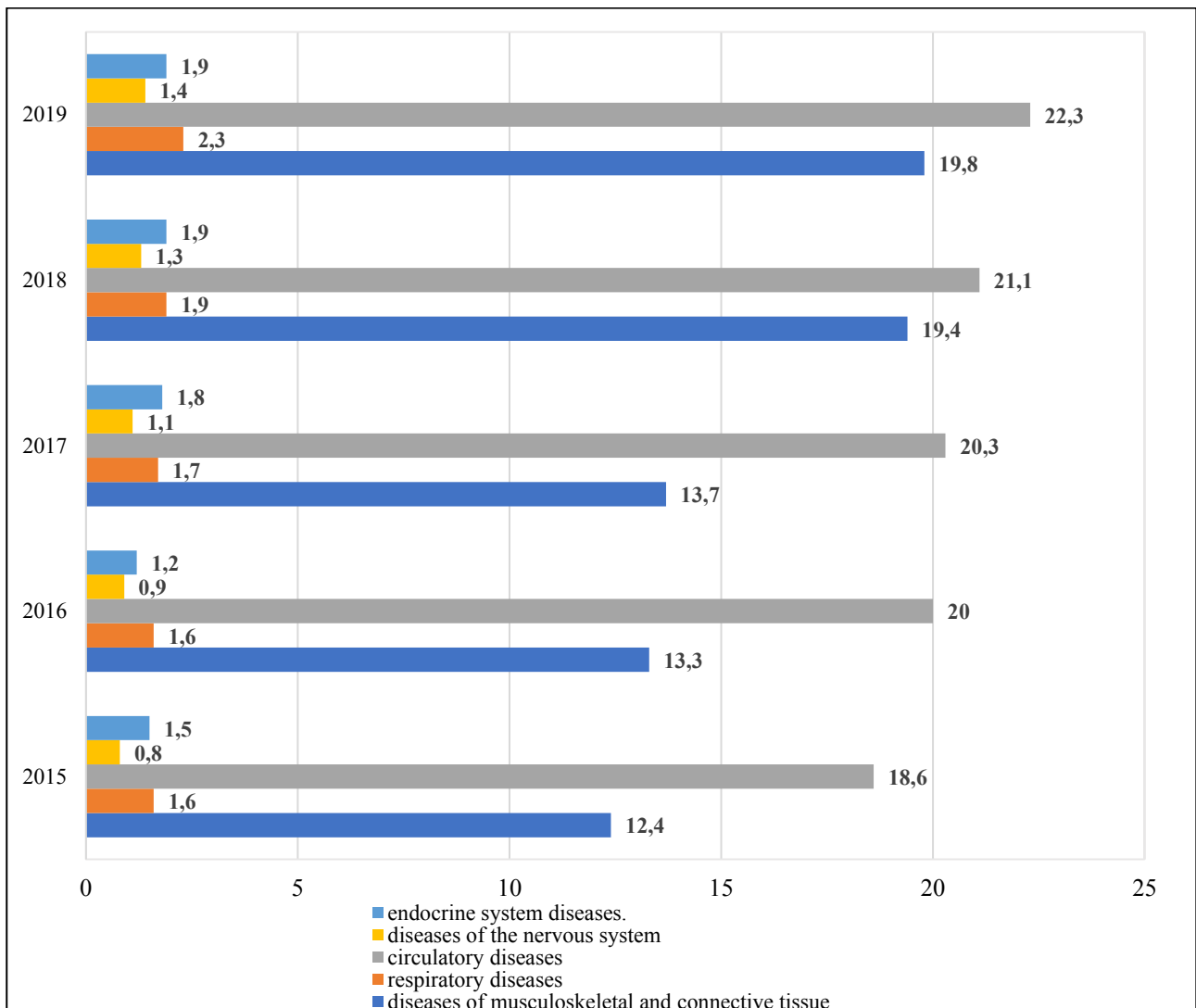


Figure 3.3 - Incidence rates for the studied disease classes among patients treated in the day inpatient facilities of the Frunzensky district of St. Petersburg in 2015-2019, %

Indicators of incidence from diseases of the nervous system, endocrine system and respiratory organs in the period under study tend to increase insignificantly.

Dynamic changes in adult incidence for the classes of diseases considered during the period under study tend to increase, as well as indicators of general and primary incidence, which indicates, among other things, an increase in the availability and quality of primary health care, in medical institutions of Frunzensky district of St. Petersburg.

To obtain a clearer understanding of the incidence structure of patients treated in day inpatient facilities, we studied incidence according to the most common nosological forms within the clinical and statistical groups under study.

As a result of the analysis, it was found that patients with the following nosological forms are most frequently treated in a day inpatient facility:

1. From the clinical and statistical group of endocrine system diseases:

1.2 Diabetes mellitus (E10.4-10.7, E10.9, E11.4-11.7, E11.9) - insulin-dependent diabetes with or without complications; insulin-independent diabetes with or without complications.

2. From the clinical and statistical group of diseases of the nervous system:

2.4 Temporary transient cerebral ischemic attacks and related syndromes (G45.0) - vascular dystonia.

2.5 Trigeminal neuralgia (G50.0) – trigeminal nerve neuralgia

2.6 Polyneuropathies (G62.8) – vegetative polyneuropathy, sensory-motor polyneuropathy.

3. From the clinical and statistical group of circulatory diseases:

3.5 Coronary heart disease (I25.1) – CHD. Effort angina. Postinfarction cardiosclerosis (AMI in anamnesis); CHD Effort angina. CHF; CHD. Atherosclerotic cardiosclerosis.

3.6 Cerebrovascular diseases (I67.4) – HD of stages II-III hypertensive encephalopathy.

3.7 Diseases of arteries, arterioles and capillaries (I70.2) – obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower extremities (OALEV).

4. From the clinical and statistical group of respiratory diseases:

4.3 Chronic obstructive pulmonary disease (J44.1, J44.8, J44.9) – chronic bronchitis; COPD with exacerbation; unspecified COPD

4.4 Bronchial asthma with respiratory insufficiency of stages I-II (J45.0, J45.1, J45.8, J45.9) – asthma with a predominant allergic component; non-allergic asthma; mixed asthma; unspecified asthma.

5. From the clinical and statistical group of diseases of the musculoskeletal system and connective tissue:

5.3 Dorsalgia (M54.1, M54.5, M54.6) – Degenerative dystrophic disk disease, neuritis and radiculitis of various localizations.

5.4 Bone density and structure disorders (M81) – osteoporosis without pathological fracture.

The incidence structure of patients treated in day inpatient facilities in the Frunzensky district of St. Petersburg in 2015-2019 is shown in Figure 3.4.

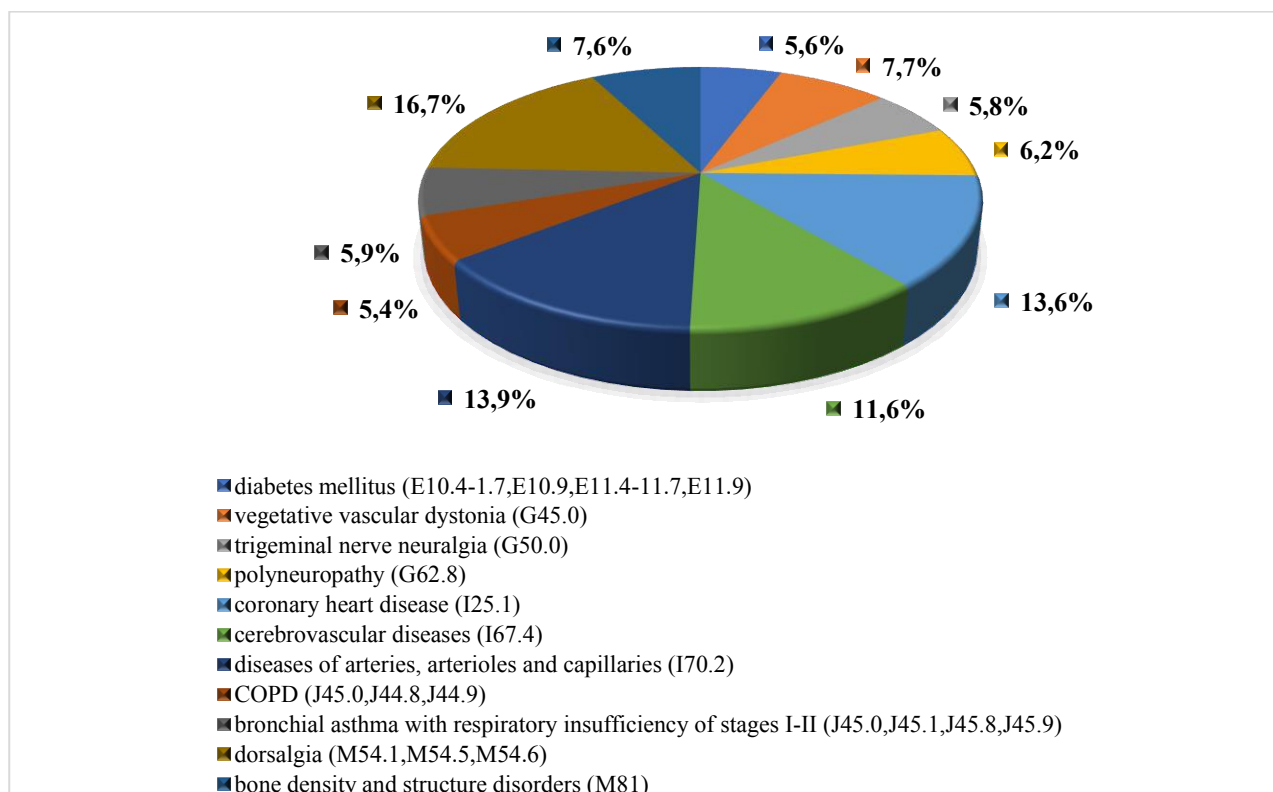


Figure 3.4 - The incidence structure of patients treated in the day inpatient facility of Frunzensky district of St. Petersburg in 2015-2019 (according to ICD-10)

According to the results of the analysis in 2015-2019, a large share of circulatory diseases amounts to 38.8%, of which:

- diseases of arteries, arterioles and capillaries (I70.2 – obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower extremities) – 13.9 %;
- coronary heart disease (I25.1 – CHD. Effort angina. Postinfarction cardiosclerosis; CHD. Effort angina. CHF; CHD. Atherosclerotic cardiosclerosis) – 13.3 %;
- cerebrovascular diseases (I67.4 - HD of stages II-III hypertensive encephalopathy) – 11.6%.

The second place is occupied by diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (24.3%), of which:

- dorsalgia (M54.1, M54.5, M54.6 – degenerative dystrophic disk disease, neuritis and radiculitis of various etiology) – 16.7 %;
- bone density and structure disorders – 7.6%.

The third place is occupied by diseases of the nervous system (19.7%), of which:

- vegetative vascular dystonia – 7.7%;
- trigeminal nerve neuralgia – 5.8%;
- vegetative polyneuropathy and sensory-motor polyneuropathy – 6.2%.

The analysis of incidence and its structure for the five-year period (2015-2019) in patients receiving treatment in day inpatient facilities of the Frunzensky district of St. Petersburg makes it possible to evaluate the volume of hospital-substituting technologies used and the efficiency of the use of resources of medical organizations providing primary health care. Given this circumstance, it is possible to identify ways to improve the organization of day inpatient facilities in order to improve the quality of medical care and improve the health of the population.

3.3 Analysis of hospital admission in a day inpatient facility

Analysis of the level of hospital admission in a day inpatient facility characterizes the quality and efficiency of its work. This indicator is reflected in the

statistical form of the annual report of the medical organization providing primary health care.

In order to assess the level of hospital admission in day inpatient facilities in the Frunzensky district of St. Petersburg, we conducted the following studies:

- analysis of medical care in the outpatient clinics of the Frunzensky district during the study period by classes of diseases;
- investigation of the reasons for hospital admission of patients in day inpatient facilities of the Frunzensky district in 2015-2019.

Evaluation of these two parameters gives us an opportunity to determine the dominant clinical and statistical groups of diseases and the priorities of attending physicians when choosing treatment tactics for day care patients.

The structure of requests for medical care among the population of Frunzensky district of St. Petersburg according to the selected clinical and statistical groups is presented in Figure 3.5.

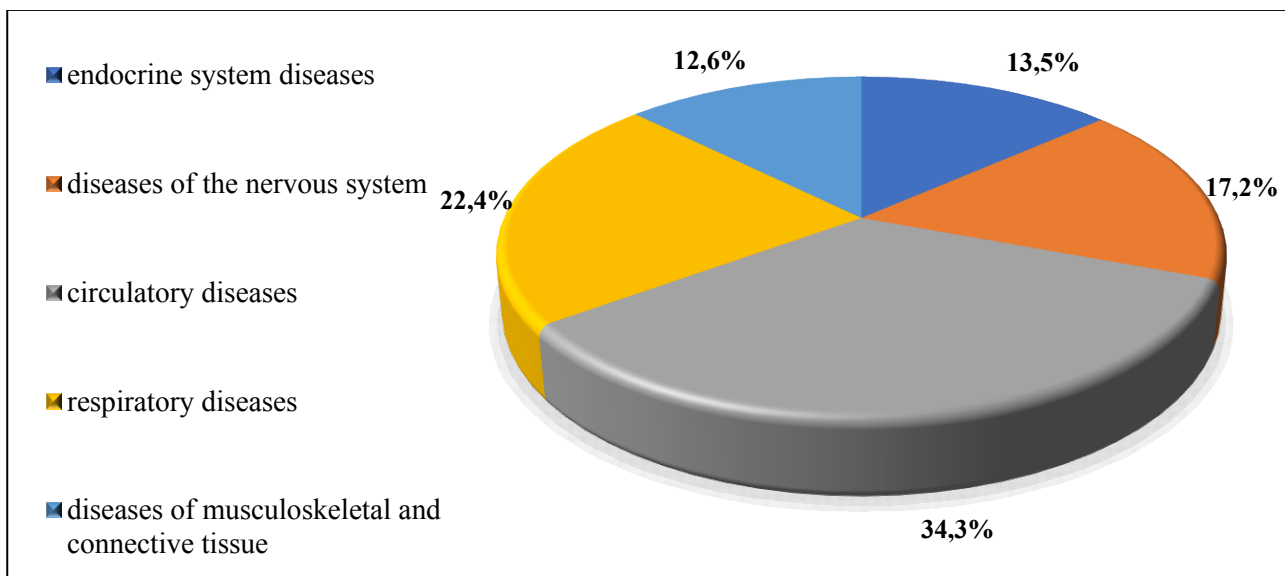


Figure 3.5 - The structure of requests for medical care in the outpatient clinics of Frunzensky district in 2015-2019 (by ICD-10 disease classes)

According to the results of the analysis during the study period (2015-2019) of the structure of referrals to medical organizations providing primary health care in the Frunzensky district of St. Petersburg, we have identified the following distribution:

- circulatory diseases 34.3%.

- respiratory diseases 22.4%,
- diseases of the nervous system 17.2%
- endocrine system diseases 13.5%,
- diseases of musculoskeletal and connective tissue - 12.6%.

We also analyzed the structure of hospital admissions during the study period (2015-2019). The results are shown in Figure 3.6.

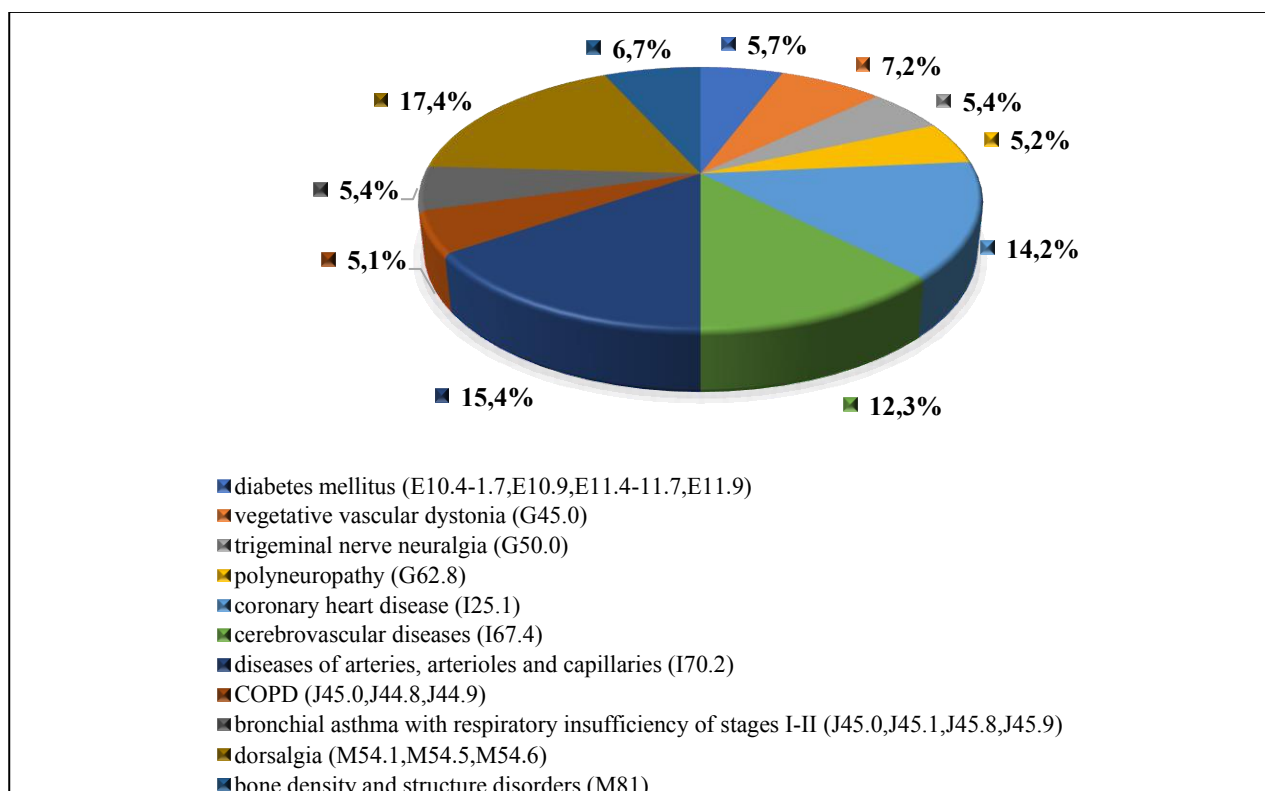


Figure 3.6 – The structure of hospital admissions in day inpatient facilities of polyclinics of the Frunzensky district of St. Petersburg in 2015-2019 (by nosological forms).

According to the results of the analysis of the structure of hospital admissions in 2015-2019, circulatory diseases also dominated, as well as in the structure of treatment in medical organizations. They accounted for 41.9% of the total number of hospital admissions, namely:

- diseases of arteries, arterioles and capillaries 15,4%;
- coronary heart disease 14,2%;
- cerebrovascular diseases 12,3%.

Second place among hospital admissions was taken by diseases of the

musculoskeletal system and connective tissue - 24.1%, namely:

- dorsalgia – 17.4%;
- bone density and structure disorders – 6.7%.

Diseases of the nervous system took the third place among hospital admissions – 17.8%:

- vegetative vascular dystonia – 7.2%;
- trigeminal neuralgia 5.4%;
- polyneuropathy 5.2%.

Respiratory diseases ranked fourth among all hospital admissions, accounting for 10.5%:

- chronic obstructive pulmonary disease 5.1%;
- Bronchial asthma with respiratory insufficiency of stages I-II – 5.4%.

Summing up the above, it can be concluded that despite the lower share of patients with diseases of the musculoskeletal system and connective tissue who come to the Frunzensky district medical institutions, most of them are treated in a day inpatient facility.

Despite the high turnout of patients with respiratory diseases, only a small portion of them is referred for admission to a day inpatient facility. This is due to the fact that most of the referrals account for diseases such as acute respiratory infections, influenza and pneumonia.

It is important to note that circulatory diseases, diseases of nervous and endocrine systems proportionally correspond to referrals to medical organizations. Patients with such diseases occupy a significant proportion of those receiving treatment in a day inpatient facility. This indicates the effective interaction between the specialist doctors of round-the-clock inpatient facilities and health care personnel of the day inpatient facilities of primary care medical organizations. The existing continuity of treatment with such interaction can significantly improve the results of treatment of patients.

The interaction efficiency, staging and continuity of treatment influence the condition of patients, the frequency of relapses and exacerbations of chronic diseases,

which affects the level of hospital admissions to a round-the-clock inpatient facility.

In order to assess the level of planned hospital admission of the population of Frunzensky district of St. Petersburg in round-the-clock inpatient facilities, a comparative analysis for the period from 2015 to 2019 was carried out (Figure 3.7).

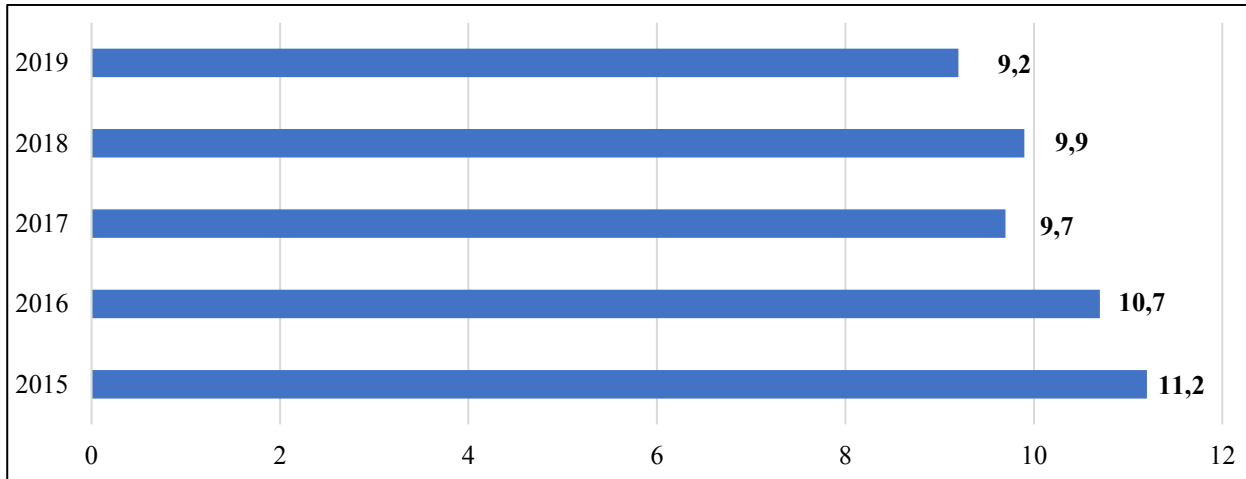


Figure 3.7 – Planned hospital admission in round-the-clock inpatient facilities in the Frunzensky district of St. Petersburg (2015-2019), %

Based on the data obtained, there is a significant decrease in planned hospital admission of patients in round-the-clock inpatient facilities in 2019 (9.2 %) compared to 2015 (11.2 %).

The negative dynamics, in our opinion, is due to the following factors:

- active modernization of primary health care institutions, which led to an improvement in the quality of medical care provided;
- implementation of modern technologies and other methods of diagnosis and treatment in medical organizations providing primary health care;
- opening health centers and schools at outpatient clinics.

It is important to note that planned hospital admissions in a round-the-clock inpatient facility have a direct correlation with the number of elderly and disabled people. These categories of the population occupy a fairly large share in the population structure of the Frunzensky district of St. Petersburg and require close attention in terms of the organization of treatment and rehabilitation in a day inpatient facility.

The results obtained confirm an increase in the hospital-substituting role of day inpatient facilities.

However, when assessing planned hospital admission in round-the-clock inpatient facilities, it is necessary to exclude cases of causeless admission.

For this purpose, 200 medical records of outpatients referred for further treatment to round-the-clock inpatient facilities as planned were selected by random sampling.

The analysis of outpatient records of patients referred for hospital admission in a round-the-clock inpatient facility was carried out on the basis of an assessment of the following indicators:

- the need for round-the-clock monitoring;
- clinical picture of the disease;
- the results of laboratory and diagnostic examinations.

Most decisions on hospital admission in a round-the-clock inpatient facility were made in connection with an exacerbation of chronic diseases or in the case of a newly diagnosed illness requiring round-the-clock monitoring and treatment.

As analysis of the outpatient medical records of patients who were referred for hospital admission to a round-the-clock inpatient facility showed, some of them could have been treated in a day inpatient facility. Thus, the most common causes of causeless admission were identified:

- incorrect assessment of the severity of the patient's condition;
- incomplete volume of medical and diagnostic examinations;
- diagnostic defects during the initial examination of the patient.

These reasons led to an incorrect assessment of the clinical picture of the disease, overestimated the severity of the patient's condition and influenced the indications for hospital admission in a round-the-clock inpatient facility. Most often these are patients with exacerbation of chronic diseases and elderly people.

It is important to note that patients referred for treatment to a round-the-clock inpatient facility and having an incomplete examination are forced to undergo an additional examination in order to clarify the treatment tactics. Thus, such patients were forced to start etiopathogenetic treatment in a round-the-clock inpatient facility later.

Based on the established evaluation criteria, the analysis of patients admitted to

a round-the-clock inpatient facility as planned was carried out (Table 3.1).

Table 3.1 – Validity of planned hospital admission in a round-the-clock inpatient facility

Validity of planned hospital admission	Number of patients	%
Valid hospital admission	157	78.5
Causeless admission	43	21.5
Total	200	100

It was found that a fairly large percentage of patients (21.5%) referred for treatment in a round-the-clock inpatient facility could be treated in a day inpatient facility.

Summing up the above, it is important to note that changing the algorithm of work with patients when deciding on hospital admission and its regular monitoring has a positive impact on the efficiency of the medical organization that provides primary health care.

3.4 Organization of medical care in a day inpatient facility

The development of hospital-substituting technologies and implementation of new methods of diagnosis and treatment make it possible to provide the population with medical care in primary care at a high-quality level and in a shorter period of time. The organization of medical care using hospital-substituting technologies in day inpatient facilities is in great demand among the working population. This is due to the fact that receiving medical care takes place almost on-the-job. There are also advantages for the unemployed population, such as receiving medical care in a shorter period of time, which is extremely important for maintaining their health and improving their quality of life.

A day inpatient facility is a structural subdivision of a medical organization, within the framework of which various types of primary health care are provided. The results of research in recent years have proven that day care is a more cost-effective

form of medical care. Day inpatient facilities are increasingly seen as an alternative to medical facilities with round-the-clock patient care.

The day inpatient facility provides primary health care, including certain types of specialized medical care. Preventive and curative interventions for diseases and conditions that do not require round-the-clock monitoring are organized there.

If necessary, additional examinations such as cardiac echocardiography, duplex scanning of peripheral vessels, Holter ECG monitoring, densitometry, fibrogastroduodenoscopy, colonoscopy are possible to conduct. However, in order to conduct such studies, it is necessary to have appropriate medical equipment and a medical license for the right to carry out such interventions.

Currently, the day inpatient facility provides comprehensive interventions to patients at risk of exacerbation of chronic disease, including occupational, as well as frequent and long-term ill patients.

In the conditions of the day inpatient facility, patients are offered the best therapy in case of newly diagnosed disease or a change in the course of a chronic disease.

Patients are fully supplied with the medications they need for the medical treatment prescribed.

When referring to the clinic with an exacerbation of a chronic or newly diagnosed disease, all patients can be divided into several groups:

- those in need of outpatient treatment with periodic visits to a medical organization (e.g., for preventive measures, participation in health schools);
- requiring hospital admission in a day inpatient facility;
- with the need for referral to a round-the-clock inpatient facility for further treatment.

To study the purposes of referral to a day inpatient facility, a random sampling of 200 medical records of patients who received medical care in a day inpatient facility was conducted.

The distribution of patients admitted to the day inpatient facility is shown in Table 3.2.

Table 3.2 – Distribution of patients by type of hospital admission in a day inpatient facility

Hospital admission in a day inpatient facility	Number of patients	%
Planned hospital admission for a chronic disease without exacerbation	87	43.5
Hospital admission due to exacerbation of a chronic disease	67	33.5
Hospital admission due to newly diagnosed disease	46	23.0
Total	200	100.0

The results of the study indicate that the majority of patients belong to the dispensary group and are referred to a day inpatient facility as planned for the prevention of exacerbations and relapses of chronic disease, the proportion of which was 43.5%. The proportion of patients admitted with an exacerbation of chronic diseases was 33.5%, and with a first-time acute illness not requiring hospital admission in a round-the-clock inpatient facility - 23.0%.

It is important to note that when analyzing the outpatient records of patients treated in a day inpatient facility, we found that almost all patients were comorbid.

Comorbidity has a high impact on medical and economic efficiency. It can also change the clinical picture of the underlying disease with which the patient was referred, increasing the risk of complications and death.

Thus, patients with comorbid pathology require comprehensive single-stage treatment, which substantiates the need for simultaneous interventions in a day inpatient facility.

It should be emphasized that comorbid patients have a high risk of contracting infectious diseases. It was this fact that served as the basis for our consideration of the possibility of vaccination according to the national calendar as a mandatory component in the treatment of comorbid patients.

It is important to note that in case of outbreaks of infectious diseases, emergency vaccination is mandatory for most patients with chronic pathology.

In case of need for treatment in a day inpatient facility, patients consistently go through the following stages:

- an appointment with a doctor;
- medical examination;
- carrying out diagnostic interventions;
- final diagnosis and treatment prescription;
- conducting the prescribed treatment in a day inpatient facility.

In the course of the study, prior to the implementation of the new structural and functional model, we conducted timing of a patient receiving treatment in a day inpatient facility of a medical organization providing primary health care (Table 3.3).

According to the results, a critical point in patient routing was established - the time required for a day care physician to prescribe diagnostic tests and explain the examination plan to the patient at the primary admission. It was found that the average waiting time for a primary doctor's appointment in the Frunzensky district polyclinics was 6 ± 0.5 minutes. The reason for delays in the initial medical examination is the large amount of routine work performed by the doctor.

Table 3.3 - Timing of the patient's stay in the day inpatient facility department before the implementation of the new structural and functional model, min.

Action		Time, min. *	
Doctor	Nurse	Average duration of primary admission	Average duration of repeated admission
Patient survey (complaints, anamnesis, illness, etc.)	opens the patient's EMR	5 ± 0.5	2 ± 0.5
Examination of the patient	entering data into the patient's EMR	9 ± 0.5	5 ± 0.5
Viewing the opinion of a specialist doctor and entering the examination data		1 ± 0.5	1 ± 0.5
Appointment of diagnostic instrumental and laboratory tests Talks over the examination plan with the patient	issues the referral	4 ± 0.5	
Talks over the treatment plan with the patient			3 ± 0.5
An appointment for a check-up visit	prints out a slip	1 ± 0.5	1 ± 0.5
Total		21 ± 0.5	12 ± 0.5
Waiting for a patient in line to see a day care physician		6 ± 0.5	0

* $p \leq 0.05$

It is important to note that prior to treatment in a day inpatient facility, the patient usually requires the necessary laboratory and diagnostic tests. For most diagnostic examinations, such as fibrogastroduodenoscopy, ultrasound scans and others, an appointment is required. Obtaining the results of these tests, in most cases, has a long time (up to 14 days).

These circumstances contribute to the loss of control over the patient's condition in the case of exacerbation of a chronic disease.

Thus, our analysis of the organization of medical care in a day inpatient facility will allow to identify the main current shortcomings, among which four main groups can be distinguished:

1. Organizational shortcomings:

- irrational use of resources of medical organizations providing primary health care;
- lack of clear conceptual framework for evaluating the efficiency of treatment of patients with comorbid pathology;
- workload of day care physicians.

2. Medical shortcomings:

- duration of waiting for medical care;
- causeless admissions;
- low level of medical care quality.

3. Personnel shortcomings:

- low professional readiness;
- issues related to ethics and deontology;

4. Patient-related shortcomings:

- lack of clear patient routing;
- low level of trust in health care personnel.

The above-mentioned groups of shortcomings indicate the need to improve the diagnostic and treatment process in order to increase the availability, quality and efficiency of medical care in the day inpatient facility, which served as the basis for the development of a new structural and functional model.

3.5 New structural and functional model of primary health care in a day inpatient facility

The current organizational system of providing medical care in a day inpatient facility is characterized by a number of significant shortcomings, while the introduction of new organizational forms can have a significant impact on the efficiency of day inpatient facilities.

In the existing model of providing medical care in a day hospital, we have identified three levels of medical care: a district doctor, a specialized specialist doctor and a day hospital doctor (Table 3.4).

Table 3.4 – Existing model of day hospital

Level	Physician	Functions
I	district physician	<ul style="list-style-type: none"> – prevention, diagnosis, and detection of diseases in patients; – registration at the dispensary; – dispensary observation; – assignment of standard laboratory tests; – consultation and questioning of patients; – registration of an electronic card of an outpatient patient.
II	profile specialist doctor	<ul style="list-style-type: none"> – diagnosis and treatment of diseases; – referral of patients for treatment to a day or round-the-clock hospital for further treatment; – assignment of standard laboratory tests; – consultation and questioning of patients; – registration of an electronic card of an outpatient patient
III	day care physician	<ul style="list-style-type: none"> – diagnosis and treatment of diseases; – organization of complex treatment; – assignment of standard laboratory tests; – registration of an electronic card of an outpatient patient.

The functionality of each of the doctors is overloaded with routine work, which significantly affects the collection of anamnesis and examination of the patient, which may be the cause of diagnostic errors In the existing day hospital organization model, the routing of patients was determined (Figure 3.8).

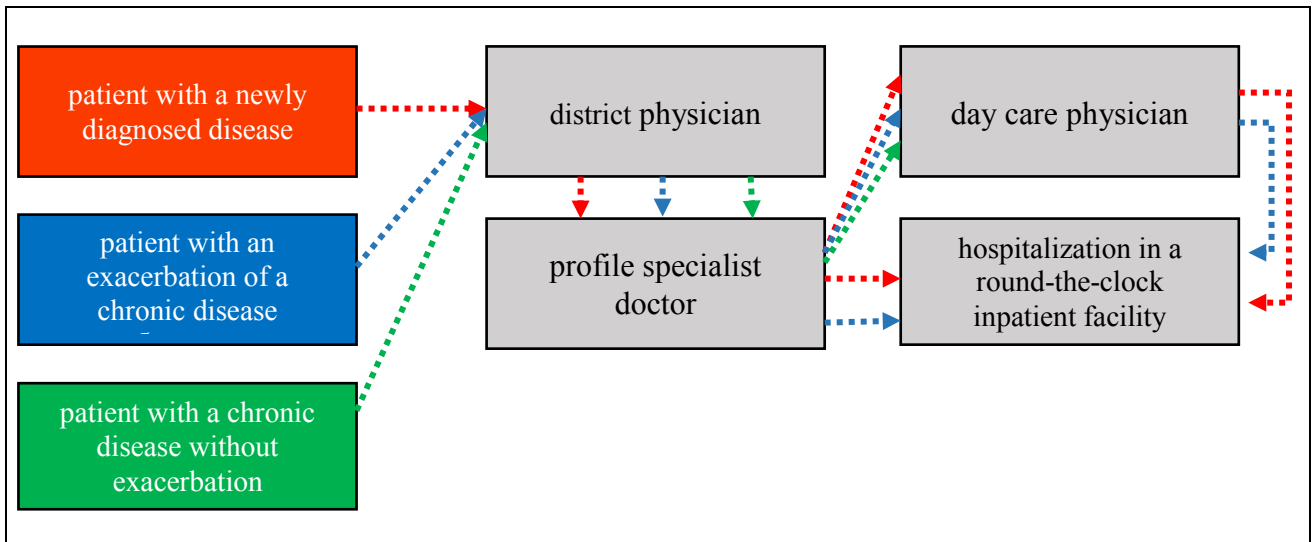


Figure 3.8 – Patient routing within the existing model of day hospital

In the existing model of treatment in a day hospital, routing of patients, regardless of the nature of the course of the disease (a patient with a newly diagnosed disease, or with an exacerbation of a chronic, or without an exacerbation of a chronic disease) is carried out through a district doctor, then to a specialized specialist doctor, who further determines the routing of patients to day or round-the-clock hospitals.

The results obtained in the course of the research allowed to identify priority tasks for improving and optimizing the work of the day inpatient facility:

- increasing the availability of medical care (reducing the waiting time for an appointment with a day care doctor, reducing the time required to perform instrumental and laboratory tests);
- improving the quality of day care, including simultaneous interventions for comorbid patients;
- exclusion of causeless admissions in a round-the-clock inpatient facility.

Based on the results of the scientific research, we proposed a modernized scheme for providing medical care in a day inpatient facility. The proposed scheme has been tested in the practical activities of the outpatient clinic in 2019-2021. of the Frunzensky district of the city of St. Petersburg. It should be noted that the scientific justification, implementation and evaluation of the results of the new model of the organization of the day inpatient facility became the basis for the development of a number of documents:

- algorithm for referring patients to a day inpatient facility (Appendix 4);
- criteria for determining the appropriateness of referral for hospital admission in a round-the-clock inpatient facility (Appendix 5);
- the conclusion of the commission on the unjustified referral of the patient for planned admission in a round-the-clock inpatient facility and the identified shortcomings of the patient's examination at the outpatient stage, if any (Appendix 6);
- draft order of the medical organization "On the organization of the post of independent admission of patients by nurses in the day inpatient facility" (Appendix 7);
- draft labor function (professional standard): provision of pre-hospital care in a day inpatient facility when organizing a nurse's post (Appendix 8);

In order to improve the system of organization of medical care for patients in a day inpatient facility, a structural and functional model is proposed (Table 3.5).

Table 3.5 - Structural and functional model of a day inpatient facility

Level	Physician	Functions
I	district physician	<ul style="list-style-type: none"> – prevention, diagnosis, and detection of diseases in patients; – registration in the dispensary; – dispensary observation.
II	profile specialist doctor	<ul style="list-style-type: none"> – diagnosis and treatment of diseases; – referral of patients for treatment to a day inpatient facility or a round-the-clock inpatient facility for further treatment.
III	a day care nurse at a self-admission	<ul style="list-style-type: none"> – independent pre-hospital admission of patients with chronic diseases without exacerbation; – assignment of standard laboratory tests; – performance of instrumental studies (ECG); – patient counseling and questionnaires; – drawing up an electronic record of an ambulatory patient; – day care physician
IV	day care physician	<ul style="list-style-type: none"> – diagnosis and treatment of diseases; – diagnosis of combined pathologies; – organization of complex treatment.

When referring to a medical organization, the patient goes through several conditionally allocated levels of medical care:

Level I – district physician. The main tasks of the district physician are to carry out preventive and diagnostic interventions aimed at active detection of diseases in

patients. Another important task of the district physician is the formation of risk groups in accordance with the development of chronic diseases, and organization of active preventive work with this group. If a patient is diagnosed with a chronic illness, the district physician arranges for dispensary observation.

Level II – specialist doctor. This level provides primary health care, including specialized medical care aimed at the diagnosis and treatment of diseases, as well as dispensary observation of patients with a diagnosis. Medical care at this level includes referral to a day inpatient facility or hospital admission to a round-the-clock inpatient facility, if necessary.

Level III – a day care nurse at a self-admission. The independent pre-hospital admission level of a day care nurse involves pre-hospital admission of patients, prescribing a list of examinations, and preparation of medical documentation.

Level IV - day care physician. The main tasks of a day care physician include the provision of specialized medical care in a day inpatient facility. Diagnosis and treatment of diseases, diagnosis of combined pathologies, organization of complex treatment of combined pathologies - organization of simultaneous interventions in a day inpatient facility.

Within the framework of the new structural-functional model, the proposed routing of patients (Figure 3.9).

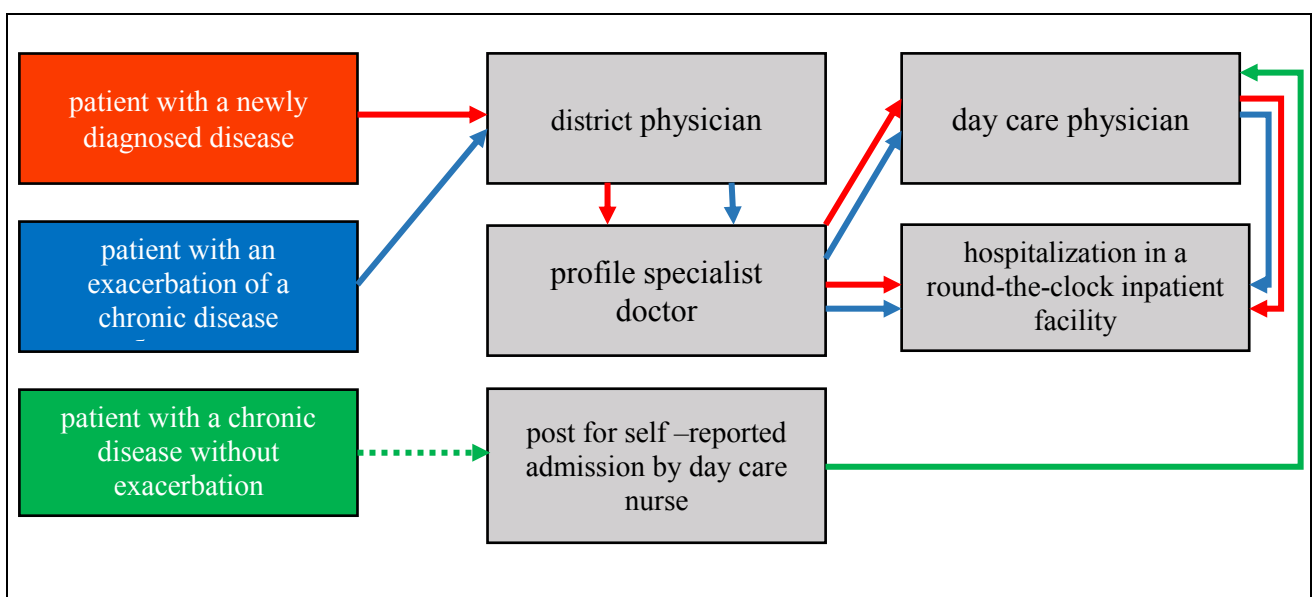


Figure 3.9 – Patient routing within the framework of a new structural and functional model of a day inpatient facility

The proposed routing ensures an even load on the health care personnel of the day inpatient facility and reduces the patient's waiting time for medical care.

When using the upgraded scheme of the day inpatient facility, the following rules of admission are established depending on the category of the patient:

1. A patient with a newly diagnosed disease.

If there is a suspicion of a disease established during a routine preventive and prophylactic medical examinations, or when complaining to a district physician, the patient is referred for consultation to a specialist doctor. After diagnostic instrumental and laboratory examination is performed and a final diagnosis is revealed, specialized medical care, if necessary, can be provided in a inpatient facility. It is important to note that if the patient has a condition that requires round-the-clock observation or treatment, the patient is referred for admission to a round-the-clock inpatient facility.

2. A patient with a chronic disease who is registered at a dispensary:

- without any signs of exacerbation of a chronic disease is referred to a day care nurse, who conducts an independent appointment, where he receives a referral to undergo the necessary diagnostic examination, according to the results of which he is referred to the day care doctor;

- at the stage of exacerbation of a chronic disease, the patient, if contacted by the district physician or nurse, receives a referral for diagnostic examination and is immediately referred to a day care physician in order to start treatment as soon as possible.

It is important to note that the primary admission with a patient without an appointment is performed by a day care nurse, who conducts an independent pre-hospital outpatient appointment, relieving the day care physician of the additional workload. This entails an increase in the availability of medical care.

The new structural and functional model entailed the following changes:

- redistribution of duties between a physician and a nurse during the admission of patients in the day inpatient facility;

- Increasing the number of nurses per work shift to two. One nurse works with a doctor, and the second nurse conducts independent pre-hospital outpatient care. It

includes provision of the necessary amount of pre-hospital care and performance of standard medical procedures agreed upon in advance with the day care physician.

The functions of nurses at admissions with a day care physician and at independent admission are indicated in Table 3.6.

Table 3.6 – Distribution of nurses' functions

Admission	Responsibilities
Nurse on admission with a day care physician	<ul style="list-style-type: none"> -registration of medical documents; -performing nursing manipulations.
Nurse at an independent pre-hospital admission	<ul style="list-style-type: none"> -independent pre-hospital admission of patients with chronic diseases without exacerbation; -assignment of standard laboratory tests; -performance of instrumental studies (ECG); -patient counseling and questionnaires; -drawing up an electronic record of an ambulatory patient; -day care physician

In order to organize an admission an equipped workplace for a nurse is organized. During an independent pre-hospital admission, a nurse performs a pre-hospital examination, some tests - ECG, blood sampling, and others. If necessary, she issues a referral for various types of examinations agreed upon with the doctor in advance, draws up an electronic record of an outpatient and makes a scheduled appointment with a day care physician. The work of the nurse is almost completely regulated by the developed standard operating procedures.

Along with the organization of the workplace, the proposed structural and functional model includes local (within the day inpatient facility) advanced training for health care personnel by a day care physician and a senior nurse.

The work of a nurse at a self-admission needs to be organized internally. It is carried out in order to exclude a decrease in the quality of medical care and to increase patient's satisfaction with the medical care provided.

Thus, at the stage of interaction between a nurse and a patient, control is organized, which is carried out on the basis of the order of the chief physician of the medical organization, the head nurse of the department or the head nurse of the medical organization, using the developed criteria for evaluation (Appendix 7).

In addition to the organization of an independent nurse's admission in the day inpatient facility under the new structural and functional model, in order to reduce the level of causeless admissions to round-the-clock inpatient facilities, doctors have implemented:

- algorithm for referring patients to a day inpatient facility (Appendix 4);
- criteria for determining the appropriateness of referral for hospital admission in a round-the-clock inpatient facility (Appendix 5);

According to the algorithm for referring patients to a day inpatient facility, the doctor evaluates the patient's condition for the absence or presence of complications of the underlying disease, the need for round-the-clock observation, the risk of surgical interventions, the non-typical course of the disease or lack of response to previous treatment. Also important in assessing the patient's condition is the presence or absence of epidemic indications that require isolation of the patient. The equipment of the medical organization, its diagnostic and treatment capabilities also directly affect the decision on the tactics of further treatment of the patient.

These measures are primarily aimed at reducing the number of causeless admissions and redistributing the load between the round-the-clock and day inpatient facilities.

Particular attention should be paid to the fact that simultaneous interventions were organized within the framework of the new model of organization of the day inpatient facility. Simultaneous interventions in the conditions of a day inpatient facility are aimed mostly at reducing the risk factors that contribute to the emergence of new diseases, exacerbations and relapses of chronic diseases. These activities were organized in the outpatient clinics of the Frunzensky district of St. Petersburg through the organization of prophylactic and preventive medical examinations when patients were treated in a day inpatient facility. Vaccination as part of the national calendar of prophylactic vaccinations was also organized, in the absence of contraindications (Table 3.7).

Table 3.7 – Coverage of preventive measures before and after the introduction of a new structural and functional model

Preventive measure	Analyzed medical records of patients treated in a day hospital	Coverage of preventive measures, %			
		before the introduction of the new model		after the introduction of the new model	
		passed	not passed	passed	not passed
prophylactic and preventive medical examinations	200	61,5	38,5	84,5	15,5
vaccination of the national calendar	200	47,5	52,5	54,0	46,0

The organization of simultaneous interventions in a day inpatient facility is aimed at increasing the coverage of the population with preventive and prophylactic medical examinations as well as preventive vaccinations.

In view of the above, the proposed structural and functional model not only performs a regulatory role, but also allows, among other things, to assess and analyze the quality of medical care provided in a day inpatient facility to patients, to eliminate the identified violations and prevent possible errors.

Within the framework of the proposed structural and functional model, management decisions that most accurately meet the objectives of improving the system of medical care in a day inpatient facility were implemented. In order to evaluate management decisions, we conducted a comparative characterization of the implemented measures of the new structural and functional model and the previously existing model of medical care in a day inpatient facility.

The comparative characteristics of the current and developed new structural and functional model of day inpatient facilities are presented in Table 3.8.

Table 3.8 – Comparative characteristics of the current and developed structural and functional models of day inpatient facilities

Disadvantages of the existing model	Management decisions within the framework of the new model
High workload of a day care physician	Redistribution of duties between a physician and a day care nurse, organization of an independent nurse's admission post.
Low quality level of medical care according to patients, low patient satisfaction with the medical care provided by nurses	Internal control of the quality of medical care provided to patients by a day care nurse at a self-admission.
Impossibility of simultaneous treatment and prevention of etiologically unrelated diseases	Organization of simultaneous interventions in a day inpatient facility.
Causeless admissions	Decision support system for hospital admission: "Algorithm of referral of patients for admission to a day inpatient facility".

In the process of implementing new principles of day care, a clear tendency to improve the quality and accessibility of medical care with the application of modernized scheme of doctor and nurses' activity was revealed. The doctor has a significant reduction in the amount of routine work to fill out documentation, organize patient routing and other activities. This frees up time for better communication with the patient, which in turn leads to fewer diagnostic examination errors. This approach increases patient satisfaction with the care they receive.

Given the above, the improvement of the system of medical care in a day inpatient facility includes the development of new approaches that optimize patients' routing, improve the quality and efficiency of medical care, increase patients' satisfaction, and reduce the percentage of causeless admissions to a round-the-clock inpatient facility.

3.6 Assessment of implementation efficiency of a new structural and functional model of primary health care in a day inpatient facility

Improving the efficiency of the health care system, improving the quality of medical care, ensuring its accessibility, including the organization of day inpatient facilities, is one of the urgent tasks of the health care system.

In order to evaluate the efficiency of the new structural and functional model of primary health care in a day inpatient facility within the Frunzensky (administrative) district of St. Petersburg in 2020-2021 an organizational experiment was conducted, which allowed to implement the developed model.

The evaluation and results of the implementation of the new structural and functional model were carried out according to its medical and social efficiency. The main criteria were:

- the patient's time in the day inpatient facility;
- the level of causeless admissions;
- the number of patients hospitalized in round-the-clock and day inpatient facilities;
- treatment results;
- patients' satisfaction with the medical care provided;
- satisfaction of the health care personnel of the day inpatient facility.

The productive use of patients' time in the outpatient clinic is currently one of the important criteria for evaluating the results of the implementation of the modified model. This result was achieved so far in the course of redistribution of functions between the physician and the day care nurse.

The introduction of a new structural and functional model has significantly changed the waiting time for patients with chronic diseases outside of the exacerbation for primary admission (Table 3.9).

Table 3.9 – Timing of the primary admission of a patient with chronic diseases without exacerbation before and after the implementation of a new structural and functional model

Indicator	Monitoring group	
	before the introduction of the new model	after the introduction of the new model
	t, min. *	t, min. *
Waiting time for a primary admission of a day care doctor	6±0.2	1±0.7
Length of appointment by a day care physician at the primary admission	21±0.4	15±0.6
Length of appointment by a day care physician at re-admission	12±0.8	12±0.2

* p<0.05

The data obtained as a result of the redistribution of functions between the doctor and the nurse showed a significant reduction in the waiting time for primary admissions by patients. Its value decreased from 6±0.2 to 1±0.7 minutes. The duration of a day care physician's appointment at the primary admission decreased from 21±0.4 to 15±0.6 minutes.

The redistribution of functions in the work of the physician and day care nurse contributed to a significant increase in the time spent working with the dispensary group. Thus, the proportion of patients admitted for planned preventive treatment in a day inpatient facility has increased.

Table 3.10 – Distribution of patients by type of hospital admission in a day inpatient facility

Hospital admission in a day inpatient facility	2018-2019		2020-2021	
	Number of patients	%	Number of patients	%
Planned hospital admission for a chronic disease without exacerbation	87	43.5	112	56.0
Hospital admission due to exacerbation of a chronic disease	67	33.5	45	22.5
Hospital admission due to newly diagnosed disease	46	23.0	43	21.5
Total	200	100.0	200	100.0

Active work with patients with chronic diseases contributed to a decrease in the proportion of patients admitted with exacerbations of chronic diseases (from 33.5% to 22.5%). Hospital admission of patients with chronic diseases in order to prevent

exacerbations and reduce relapses also had a favorable effect on the level of hospital admissions to a round-the-clock inpatient facility (Figure 3.10).

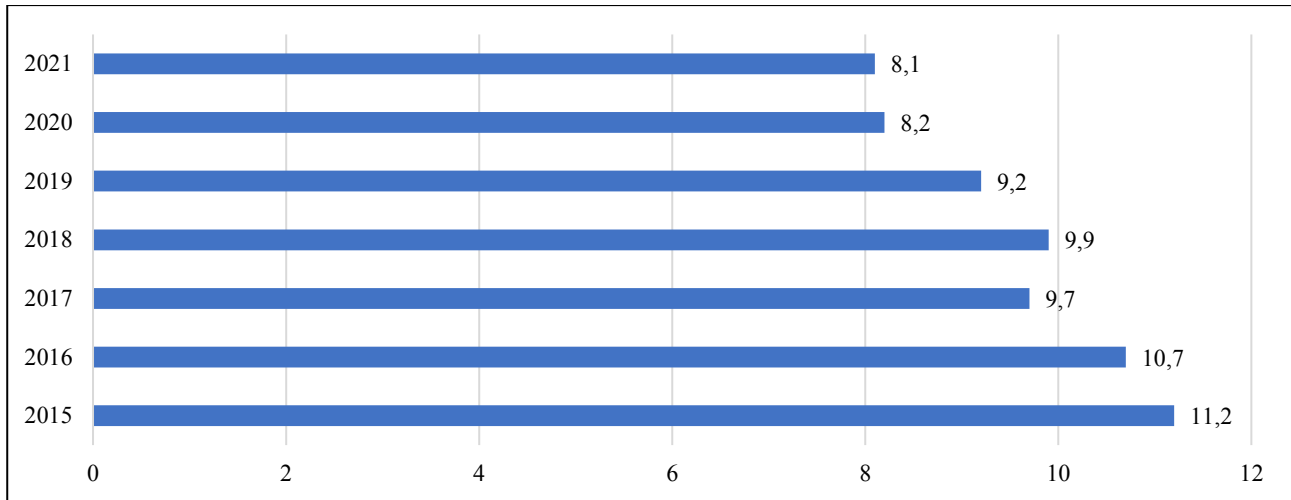


Figure 3.10 – Planned hospital admission in round-the-clock inpatient facilities in the Frunzensky district of St. Petersburg (2015-2021), ‰

As a result of the implementation of the new structural and functional model, there is a significant reduction in planned admissions to round-the-clock inpatient facilities in 2020-2021 to a level of 8.1-8.2‰.

A decrease in scheduled hospital admissions, simultaneous interventions in the day inpatient facility and a set of measures aimed at increasing the proportion of patients with chronic diseases treated without exacerbation indicate effective use of day bed stock and redistribution of load between day and round-the-clock inpatient facilities. This had a positive impact on the level of causeless admissions to round-the-clock inpatient facilities and the efficiency of the medical organization as a whole (Figure 3.11).

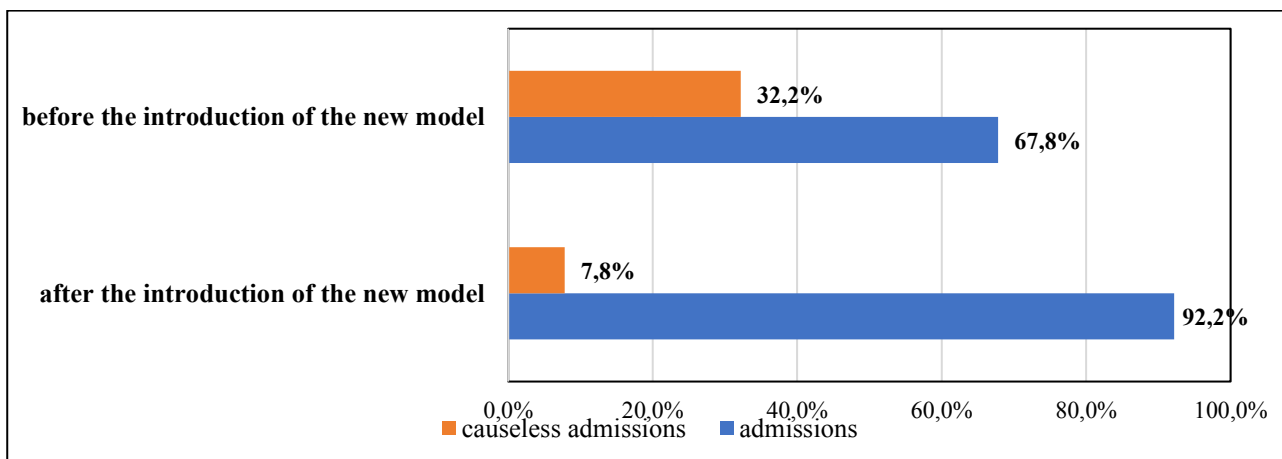


Figure 3.11 - Hospital admission to a round-the-clock inpatient facility before and after the implementation of the new structural and functional model

Significant factors influencing the level of hospital admission, including causeless admissions, were changes in the work of physicians when making decisions about hospitalization of patients, namely:

- implementation of the "Algorithm for referring patients to a day inpatient facility";
- implementation of the "Criteria for determining the appropriateness of referral for hospital admission in a round-the-clock inpatient facility",
- regular monitoring of compliance with the algorithm and checklist by the head of the department.

Noteworthy is the fact that within the framework of our research, the redistribution of functionality between a doctor and a nurse led to the following results:

- increasing the doctor-patient communication time, which is especially important during the primary admission;
- more active interventions for patients belonging to the dispensary groups;
- more efficient use of the patient's time while staying in the day inpatient facility;
- increasing the availability of medical care in the day inpatient facility;
- reduction in the rate of causeless admissions.

Thus, after the implementation of the new structural and functional model, a nurse received the status of a partner of a physician, acting independently within the framework of his competence, the professional attractiveness and prestige of the profession of nurse has increased.

In order to assess the social efficiency and the results of its implementation, a survey of patients was conducted within the framework of our scientific research.

The patients who took the survey met the following parameters:

- had chronic diseases and were registered at the dispensary;
- were treated in day inpatient facilities of the Frunzensky district polyclinics;
- were treated in day inpatient facilities before and after the implementation of the new structural and functional model.

The sociological study involved 200 patients treated in day inpatient facilities of the Frunzensky district polyclinics for the period from 01.01.2015 to 31.12.2021. The questionnaires contained information about the underlying disease for which patients were treated in the day inpatient facility. Based on the results of the survey, patients were classified into disease classes (Table 3.11).

Table 3.11 - Distribution of patients treated in day inpatient facilities by disease classes

Age	Classes of diseases					Q-ty, abs.
	diseases of the musculoskeletal system	respiratory diseases	circulatory diseases	diseases of the nervous system	endocrine system diseases	
up to 30 years old	0	1	0	1	2	4
31-49 years old	2	1	1	1	1	6
50-59 years old	14	6	8	4	4	36
60-69 years old	36	8	54	18	14	130
70 years and older	8	4	8	2	2	24
Total	60	20	71	26	23	200

According to the data presented, circulatory diseases and diseases of the musculoskeletal system accounted for a large proportion of the patients treated in the day inpatient facility. The results obtained correlate with the analysis of incidence among patients treated in the day inpatient facilities of the Frunzensky district of St. Petersburg in 2015-2019.

The patient survey also evaluated subjective results of treatment and satisfaction with the implementation of the new structural and functional model of day care. The ratio of respondents was as follows: 56 men (28.0%) and 144 women (72.0%).

The survey results revealed a subjective change in the condition of patients after the implementation of a new form of organization of day inpatient facility (Table 3.12).

Table 3.12 – Evaluation of treatment results

Result	Monitoring groups			
	2018-2019		2020-2021	
	number	%	number	%
Subjective increase in the frequency of exacerbations of chronic disease	114	57.0	81	40.5
Subjective improvement of the course of a chronic disease	71	35.5	102	51.0
Subjective lack of dynamics in the course of the disease	15	7.5	17	8.5
Total	200	100.0	200	100.0

When comparing groups of patients before and after the implementation of the new structural and functional model, we found that the proportion of patients who noted improvement in health status increased by 15.5%, while frequent exacerbations were noted by 16.5% fewer respondents. The dynamics of the index of no change in the course of the disease had no statistical significance in both models.

The survey results also revealed an increase in patient satisfaction with the work of nurses (Figure 3.12).

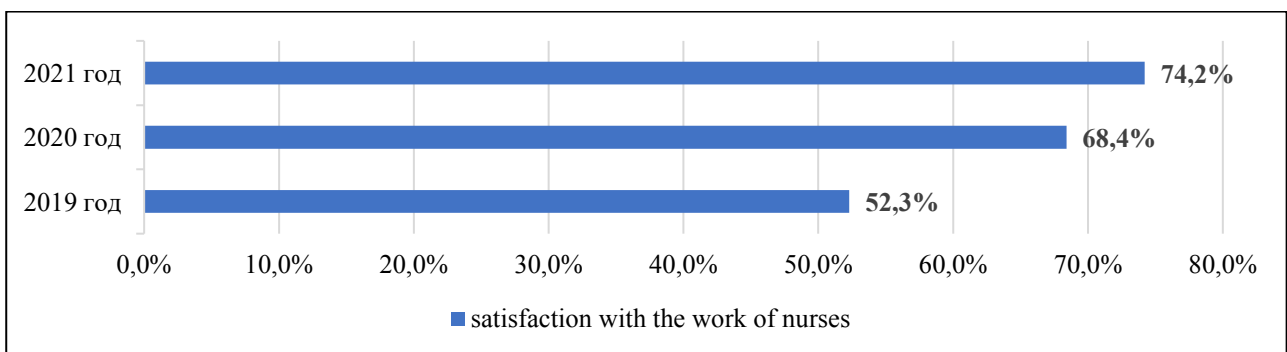


Figure 3.12 – Patients' satisfaction with the work of nurses

Patients' satisfaction with nurses' work increased by 21.9% over two years. In 2019 it amounted to 52.3%, and in 2021 – 74.2%.

The level of patients' satisfaction determines the social efficiency of the measures and the implementation of the new structural and functional model. To evaluate it, we conducted a survey of patients in day inpatient facilities of polyclinics of the Frunzensky district of St. Petersburg. For this purpose, we developed a "Patient Questionnaire on the results of medical care in a day inpatient facility". Respondents were asked to choose one answer, and for the purpose of objectivity the questionnaires were filled out anonymously.

Based on the results, the social efficiency coefficient (K_{se}) of the implementation of the new model of organization of the day inpatient facility activity according to the formula was calculated:

$$K_{se} = \frac{C_y}{C_o} \quad (2)$$

where C_y – number of cases of patients satisfaction with medical care;

C_o – number of evaluated cases.

The maximum degree of achievement of a social result can be equal to 1.0.

The results of the survey before and after the implementation of the new structural and functional model of day care are presented in Tables 3.13, 3.14 and Figure 3.13.

Table 3.13 - Results of satisfaction (K_{se}) with the quality of treatment before the implementation of the new structural-functional model of the organization of medical care in a day inpatient facility

Indicator	Satisfied			Not satisfied			I find it difficult to answer
	total	yes, completely	more yes than no	total	not satisfied	more no than yes	
Level of patient satisfaction with the organization of treatment in the day inpatient facility	0.702	0.273	0.439	0.272	0.178	0.094	0.026
Level of patient satisfaction with the organization of laboratory and instrumental examinations (ultrasound, ECG)	0.704	0.361	0.343	0.261	0.171	0.090	0.035
Level of satisfaction with the organization of appointments with specialist doctors	0.622	0.368	0.304	0.329	0.203	0.126	0.049
Awareness of patients about their health status	0.704	0.318	0.416	0.254	0.143	0, 111	0.042
Level of readiness to recommend the clinic to friends and acquaintances	0.680	0.222	0.458	0.242	0.144	0.103	0.073

Table 3.14 - Results of satisfaction (K_{se}) with the quality of treatment after the implementation of the new structural-functional model of the organization of medical care in a day inpatient facility

Indicator	Satisfied			Not satisfied			I find it difficult to answer
	total	yes, completely	more yes than no	total	not satisfied	more no than yes	
Level of patient satisfaction with the organization of treatment in the day inpatient facility	0.871	0.682	0.189	0.104	0.032	0.072	0.025
Level of patient satisfaction with the organization of laboratory and instrumental examinations (ultrasound, ECG)	0.854	0.686	0.168	0.124	0.037	0.087	0.022
Level of satisfaction with the organization of appointments with specialist doctors	0.812	0.688	0.124	0.165	0.069	0.096	0.023
Awareness of patients about their health status	0.887	0.723	0.164	0.102	0.021	0.081	0.011
Level of readiness to recommend the clinic to friends and acquaintances	0.795	0.627	0.168	0.123	0.054	0.069	0.082

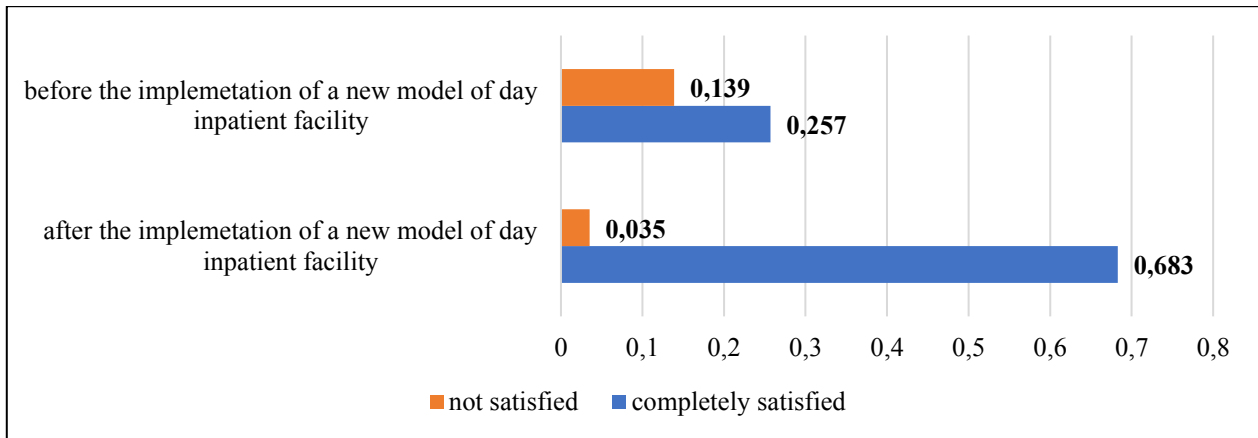


Figure 3.13 - Social efficiency of the implementation of the new structural and functional model of the day inpatient facility, K_{se} .

The data obtained showed that, in general, the degree of achieving social outcome after the implementation of the new structural and functional model of day care has increased. Before the introduction of the new day hospital model $K_{se} = 0.257$, and after the implementation $K_{se} = 0.683$.

It is important to note that maintaining a sufficiently high indicator of social efficiency is possible only with the organization and implementation of activities specified in Tables 3.13 and 3.14. They should be carried out at a sufficiently high level with the organization of their constant monitoring and control.

The results of this stage allowed us to substantiate the choice of a structural and functional model of medical care in a day inpatient facility, the requirements and basic principles of its organization.

Since 2020, the process of implementation new principles of work in the day inpatient facility was initiated. This process coincided with the beginning of the pandemic of the new coronavirus infection COVID-19. Many departments of round-the-clock hospitals and they themselves have generally switched to the infectious mode. Planned hospital admission has become sharply limited, with the exception of medical care for exacerbation of chronic diseases that can lead to life-threatening conditions. Taking into account this fact, day inpatient facilities in 2020-2021 assumed the burden of providing planned medical care to patients with chronic pathology.

In December 2020, the start of vaccination against the new coronavirus infection COVID-19 was announced.

If a patient with a chronic disease was admitted to the day inpatient facility and there were no contraindications, the day care physician would issue an admission for vaccination and send the patient to the vaccination site.

It should be noted that COVID-19 is a high danger for people suffering from diabetes mellitus, chronic diseases of the cardiovascular system, bronchial asthma. In the presence of these diseases, the likelihood of severe complications of COVID-19 increases. The combination of diabetes, overweight and high blood pressure increases the risks of complications. Given such high risks, vaccination against a new coronavirus infection in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus, bronchial asthma, hypertension, and chronic diseases of the cardiovascular system is mandatory.

Vaccination of patients in day inpatient facilities of polyclinics from coronavirus infection and from other infections within the framework of the national vaccination calendar helps to increase the protection of patients from infectious diseases and increases the immunological layer among the population attached to polyclinics.

The implementation of a new structural and functional model requires an assessment of its efficiency and convenience by the day health care personnel, in connection with which we conducted a survey of 120 day hospital employees before and after the introduction of the new model.

The new structural and functional model of the organization of the day inpatient facility allowed to qualitatively diagnose patients' health status, actively identify risk factors and underlying pathology. Combined actions in the work of day care physicians and subspecialties created conditions for effective successive treatment of patients in the day inpatient facility and a more rational use of available resources.

Such an integrated approach has made it possible to increase patient satisfaction in providing medical care and eliminate repeated admissions due to concomitant pathology.

The introduction of a modified new structural and functional model of day inpatient facility operation ensures the productive use of patients' stay in the polyclinic,

reduces the time of diagnostic procedures, and helps to reduce cases of causeless hospital admissions to round-the-clock inpatient facilities.

Chapter 4 KEY PROPOSALS FOR IMPROVING THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM IN A DAY INPATIENT FACILITY

4.1 The main directions of improving the organization of medical care in a day inpatient facility

The modern concept of improving the organization of the day inpatient facility is based on provisions that take into account the peculiarities of the development of the health care system and medical science in general. One of the main provisions is the active introduction of hospital-substituting forms of organization and provision of medical care. Medical care in a day inpatient facility should meet the following principles:

- carrying out complex preventive measures, including various medical technologies;
- selection of adequate therapy for patients with newly diagnosed disease;
- conducting rehabilitation treatment;
- use of all material and technical resources of the medical organization.

The analysis of the currently used model of organization of medical care in a day inpatient facility revealed partial compliance of the existing system with modern needs of the population in obtaining fast and high-quality primary health care. This required a search for a more effective set of measures to provide this type of medical care to patients.

In the course of our research, we have identified a number of significant shortcomings in the availability and quality of primary health care in a day inpatient facility. These include the patient's time spent receiving medical care in a day inpatient facility, as well as waiting for instrumental and laboratory tests and their results.

The shortcomings of day hospitals identified in the course of the research make it possible to assert that for more effective provision of primary health care in a day inpatient facility, it is necessary to organize a new structural and functional model (Figure 4.1).

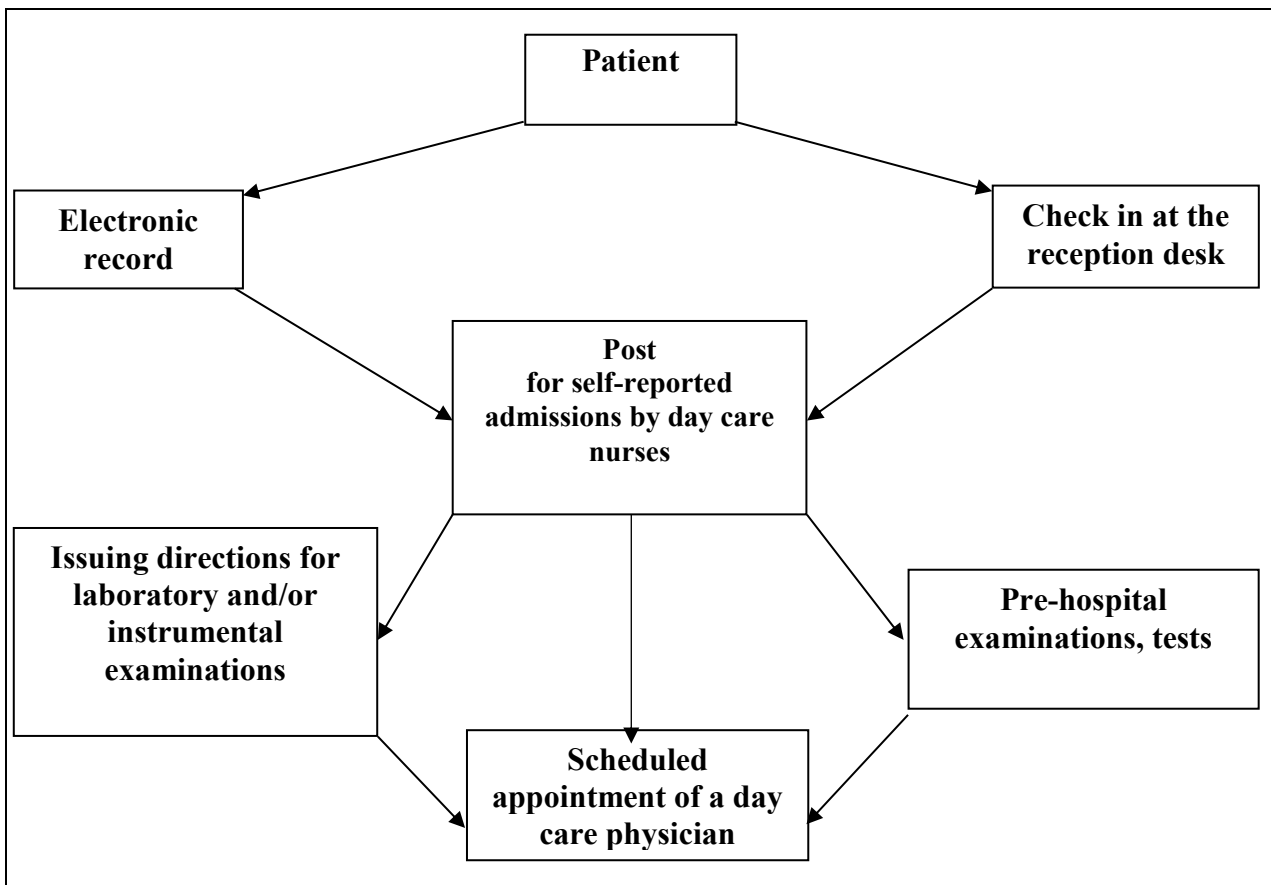


Figure 4.1 - Structural and functional model of the organization of medical care for day care patients

The proposed system of organizing work in a day inpatient facility represents successive stages from the moment the patient applies to a medical organization to receiving the necessary amount of medical care:

1. patient appointment;

2. Pre-hospital examination of a patient at the self-admission post by a nurse:

2.1 in the case of a patient with a chronic pathology within the framework of dispensary observation - registration of referrals for laboratory and instrumental examinations agreed with the doctor;

2.2 in the case of a patient with an exacerbation of chronic pathology - pre-hospital examination, conducting the necessary diagnostic tests before an appointment with a doctor of the day inpatient facility;

2.3 in the case of a patient with a newly diagnosed disease by other doctors of a medical organization - a referral to a day care physician;

2.4 if a patient goes to the day inpatient facility without an appointment, the

nurse accepts such a patient upon the actual visit;

3. day care doctor's appointment.

The main element of the structural and functional model of the organization of medical care for patients proposed is a nurse's self-admission post. The functions of the post are pre-hospital assessment of the patient's health and determination of the urgency of providing him with medical care.

At this stage, in the process of providing medical care, three algorithms of the nurse's action have been identified, which differ depending on the patient's state. These algorithms are regulated by standard operating procedures developed by day hospital specialist doctors and approved by the head of the organization.

In general, this allowed us to significantly reduce the patient's waiting time for an appointment with a day care physician. This scheme also simplified the referral of patients for instrumental and laboratory examinations and accelerated the receipt of their results.

The work of the new structural and functional model of the day inpatient facility is provided by a team consisting of a doctor and two nurses. The distribution of functionality, work schedule is carried out and regulated by the head of the day hospital.

During the implementation of the new structural and functional model of the organization of medical care for patients in a day inpatient facility in 2020-2021, the following activities were carried out:

1. Medical and nursing teams have been created taking into account the professional qualifications of employees.

2. The work of the office for the independent admission of a nurse and its technical support was organized.

3. Internal orders regulating the organization of independent admission of patients by day hospital nurses have been developed and approved (Appendix 7).

4. Standard operating procedures of a nurse used at an independent pre-hospital appointment have been developed.

In order to accelerate and simplify the implementation of the new model, patients

registered at the dispensary and subject to planned treatment were informed about the need for an appointment with a day care nurse.

It should be noted that, using the method of analysis of the functioning of the new structural and functional model, it was possible to substantiate the development of the following most important areas in the organization of the day inpatient facility:

- reduction of waiting time for laboratory and functional tests;
- reduction of waiting time for admission by a day care physician;
- increase in public satisfaction with the organization of medical care and the work of health care personnel;
- increase in the capacity of the day inpatient facility (bed stock turnover);
- reduction of the number of causeless hospital admissions.

4.2 The main directions of optimization of personnel potential

Improvement of day inpatient facilities depends largely on the quality of education, qualifications and training of health care personnel. Within the framework of our proposed new structural and functional model of organization of day inpatient facility work, the level of training of secondary health care personnel is especially important. The average health care personnel is the most significant part of the human resource of a medical organization. The efficiency of the work of all parts of the medical organization depends on its correct and rational use.

In domestic healthcare, the following conditions are available for the training of secondary health care personnel:

- state medical educational institutions;
- state order for the training of specialists of secondary health care personnel;
- regular improvement by educational institutions of training profiles, their structure and volume in accordance with the demands of practical health care;
- increasing the share of practical training in the educational process of secondary health care personnel.

According to Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated

August 3, 2012 No. 66n "On approval of the procedure and terms for improving professional knowledge and skills of medical and pharmaceutical employees by training under additional professional educational programs in educational and scientific organizations" professional development of nursing personnel is carried out by mastering additional professional educational programs once every 5 years [186].

In accordance with the order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated November 21, 2017 No. 926 "On approval of the concept of development of continuous medical and pharmaceutical education in the Russian Federation for the period until 2021", a multilevel system of continuing professional education, including nursing personnel, was formed [188]. It implies, among other things, a high proportion of self-training of health care personnel with further monitoring using the methods offered by the continuous medical education (CME) system.

Despite the ongoing activities, the problem of shortage of secondary health care personnel persists. There are many reasons for such a personnel shortage, including the low prestige of the profession, low wages, and high levels of stress while working with patients.

Under such conditions, it is quite difficult to satisfy the need for practical healthcare in experienced, qualified mid-level health care personnel.

As part of our research, we encountered the problem of insufficient qualifications of nurses during the implementation of the new structural and functional model of day inpatient facility. Not all nurses were ready to accept the expansion of functional responsibilities. Therefore, additional training of nurses was required to organize the post of independent admission in our conditions.

In preparation for the new structural and functional model, we interviewed nurses who were planning to work in this structure. Based on the results of the interview, nurses were selected for work in a day inpatient facility. However, even for them, additional professional training was required.

Practical training has been developed for the personnel involved in the new structural and functional model of the day inpatient facility. An example of one of the practical exercises is given in Appendix 9. These trainings necessarily include a review

of the shortcomings identified in the provision of medical care to day care patients.

The training is conducted on-the-job, and upon its completion quality control of training (testing) is carried out. The results of testing nurses are the basis for increasing the volume of nurses' functionality within the framework of the new structural and functional model.

A monthly series of lectures was organized for all nursing personnel who plan to work in the day inpatient facility, touching on current problems and issues in the organization of the day inpatient facilities.

This experience allowed us to determine the directions of development in terms of advanced training of secondary health care personnel:

- improving the necessary level of competence of nurses;
- ensuring continuity of skills and qualifications development;
- continuity of experience of the nursing personnel.

The experience gained with the use of a new structural and functional model of a day inpatient facility allowed us to propose some changes in the organization of the educational process of secondary health care personnel. We identified the need for interaction between educational institutions and medical organizations in order to develop educational programs for secondary health care personnel, considering the needs of practical health care, including the use of medical organizations as training and practical bases.

An important aspect in improving the efficiency of health care personnel is not only their professional development, but also the prevention of "professional burnout".

Professional burnout is a symptom complex that develops as a result of chronic stress while performing professional duties. It leads to emotional, mental and physical exhaustion. The reasons for professional burnout are often high workloads, an unfavorable psychological climate at work, and a lack of structure of work responsibilities.

Professional burnout leads to a decrease in work motivation, the development of indifference to the work performed. The listed consequences have a significant impact on the decrease in work productivity, decrease in patient satisfaction, deterioration in

the quality of medical care and an increase in the number of medical errors.

For the prevention of such conditions, it is important to exclude the development of conditions affecting their health from employees in the process of organizing their work. The deterioration of their physical and mental health will affect the productivity and motivation of health care personnel. To this end, it is important to create a healthy psychological climate in the workplace and eliminate the causes of professional burnout and other psychological disorders.

In the process of implementing a new structural and functional model in a day inpatient facility, we faced the following tasks:

- assessment of the working environment, its impact on the mental state of employees;
- motivation of employees involved in the implementation of a new organizational model;
- studying the needs of employees in the workplace;
- organization of psychological assistance and support for employees;
- monitoring the health of employees through preventive medical examinations and organizing medical care when necessary;
- active involvement of employees and formation of their sense of belonging to the organization of a new organizational process, leading to an increase in the prestige of the medical organization;
- development and implementation of employee career development plans.

Our goal was also to reduce the number of employees with a high and average degree of professional burnout among doctors and nurses, as a factor that affects the quality of medical care in general.

In order to achieve these objectives, a survey of 120 people among health care personnel (34 physicians and 86 nurses) was conducted to identify existing issues and needs in the workplace.

The survey results were evaluated before and after the introduction of the new structural and functional model (Appendix 2).

Table 4.1 – Results of the survey of day hospital health care personnel before the implementation of a new structural and functional model

Indicator	Satisfied (%)	Not satisfied (%)
Operating mode	68.3	31.7
Independence in work	43.4	56.6
Compliance of the work with the qualification level	59.2	40.8
Career opportunities	25.9	74.1
Moral and psychological climate	47.5	52.5
Workplace comfort	37.5	62.5
Level of technical equipment of the workplace	47.2	52.8
Overall job satisfaction	47.3	52.7

The results of the survey of day care health care personnel before the implementation of the new structural and functional model showed low satisfaction with the possibility of career development - 25.9%, the comfort of the workplace - 37.5% and autonomy in work - 43.4%. Also, the indicator of overall job satisfaction was at the level of 47.3%, which is a rather low indicator that does not ensure the involvement of health care personnel in the activities of a medical organization and high efficiency of their work.

A survey of health care personnel was also conducted regarding the factors affecting their motivation. The questionnaire is provided in Appendix 2.

Table 4.2 – Results of the survey of day hospital health care personnel before the implementation of a new structural and functional model

Factor	Doesn't affect (%)	Affect	
		Reduces (%)	Increases (%)
Financial incentives	25.6	15.8	58.6
Moral stimulation	34.6	11.9	53.5
Administrative measures	27.6	28.2	44.2
The team's work ethic	15.7	13.8	70.5
General socio-economic situation in the country	42.4	31.4	26.2

According to the survey results, the following factors that significantly affect employee motivation were identified:

- the internal working atmosphere and the working mood of the team was noted by 70.5% of respondents as a factor significantly affecting motivation;
- material incentives (bonuses, penalties, etc.) were noted by 58.6% of respondents;

– moral incentives (commendations, certificates of merit, reprimands, etc.) - 53.5% of respondents.

According to the results of the survey of medical personnel, the following activities were carried out:

- comfortable workplaces are organized;
- recreation areas with the places for meal were organized;
- a system of notification of important events among employees of the organization (general informational chats) was implemented;
- systems of encouragement and motivation of employees (commendations, bonuses for extra workload and high performance) have been developed within the organization;
- a system of rotation of secondary health care personnel has been created;
- training seminars on interaction with patients have been organized, including conflictology and training in stress management and relaxation techniques.

Based on the results of the implementation of these measures, a survey of day hospital health care personnel showed the following results (Table 4.3).

Table 4.3 – Results of the survey of day hospital health care personnel after the implementation of a new structural and functional model

Indicator	Satisfied (%)	Not satisfied (%)
Operating mode	71.2	28.8
Independence in work	69.4	30.6
Compliance of the work with the qualification level	74.1	25.9
Career opportunities	47.4	52.6
Moral and psychological climate	87.5	12.5
Workplace comfort	57.5	42.5
Level of technical equipment of the workplace	67.8	32.2
Overall job satisfaction	67.3	32.7

Employee satisfaction indicators have significantly increased:

- employee satisfaction with career opportunities increased from 25.9 to 47.4%;
- satisfaction with workplace comfort increased from 37.5 to 57.5%;
- independence in work increased from 43.4 to 69.4%.

Overall job satisfaction also increased from 47.3 to 67.3%.

The activities carried out led to a decrease in the number of employees with high

and medium burnout. Their interest in work and the quality of their medical care has increased.

Optimization of work in the day inpatient facility was achieved through the following activities:

- significant reduction of personnel shortages;
- reducing the volume of non-core activities of health care personnel (some issues of maintaining medical records);
- rational use of digital technologies and electronic document flow, which ensured optimization of health care personnel activities.

An important personnel issue is also the regular active renewal of the nursing personnel, which occurs as a result of the disinterest of new employees in their positions.

The data obtained indicate a decrease in the activity of movement (renewal) of the nursing personnel, which had quite high rates before the implementation of the new organizational model (Figure 4.2).

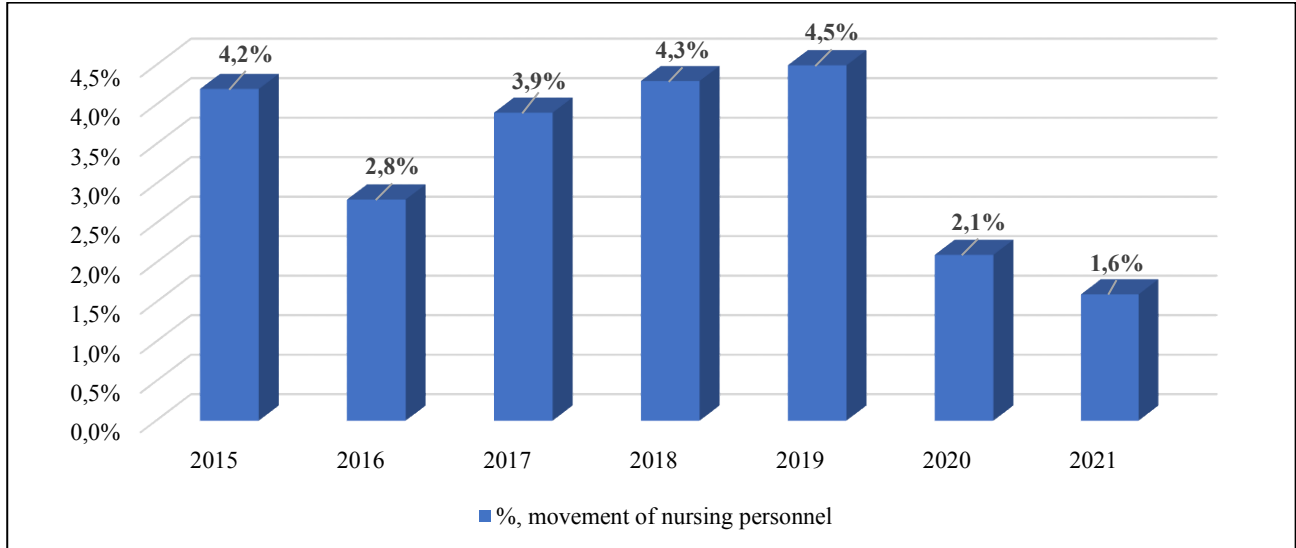


Figure 4.2 – Dynamics of the movement of secondary health care personnel 2015-2021.

Active personnel renewal causes significant economic losses, as well as creates organizational and psychological difficulties. The movement of nursing personnel was calculated as follows:

$$D = \frac{K}{S} \times 100 \quad (3)$$

where K – number of dismissals during the year;

S – average number of employees during the year.

The movement of nursing personnel in 2021 was reduced to 1.6%. In our opinion, this is due to the following reasons:

- more comfortable working conditions are provided;
- the psychological climate in the workplace has been improved;
- career growth is provided;
- availability of a professional development program;
- reduction of professional burnout.

Professional development of secondary health care personnel, prevention of professional burnout has led to an increase in work motivation, interest in the work performed and, as a result, an increase in the quality of medical care provided in a day inpatient facility.

4.3 The main directions of improving the efficiency of day inpatient facilities

In 2016, a pilot project "Lean Polyclinic" was launched in the Russian Federation to improve primary health care by implementing a patient-oriented system of medical care, ensuring its safety and quality, as well as aimed at reducing financial costs, into the activities of medical organizations. Not all medical organizations have participated in this project so far. The implementation of the project "Lean Polyclinic" is planned for 2019-2024.

Lean manufacturing in medicine is a management principle based on the elimination of temporary losses, improving quality and availability by increasing the efficiency of the medical organization, as well as reducing the burden on health care personnel by switching to electronic document management and reducing the volume of paper documentation.

The following tasks are the basis for the improvement of primary health care in a day inpatient facility:

- optimization of logistics processes;
- standardization of diagnostic and therapeutic processes;
- improvement of the patient's stay conditions;
- improving doctor appointments;
- health care personnel development.

Improving the efficiency of day inpatient facilities is also based on the introduction of a more rational use of human resources, the redistribution of functions and the intensification of the work process of health care personnel.

Thus, a new structural and functional model aimed at optimization of local processes of medical organization functioning with the use of lean manufacturing and IT-technologies has become a new vector of development of day inpatient facilities and medical organizations in general.

4.3.1 Implementation of lean technologies

As part of the implementation of the new structural and functional model of the day inpatient facility, the basic principles of lean manufacturing were used:

- careful consideration of patients' time resources through optimal routing;
- effective use of material and human resources of the medical organization;
- improving patient satisfaction by increasing the availability and quality of medical care, as well as the comfort of its provision;
- reducing the workload of health care personnel by redistributing functions between the doctor and the nurse.

Lean technologies implemented in the day inpatient facility are based on the elimination of time and financial losses. They capture all the processes of the day care organization and are constantly being improved through the direct participation of the employees.

An extremely important circumstance was the organization of technology implementation at all stages of medical care with the participation and involvement of heads of medical organizations.

The role of heads of medical organizations is to allocate the necessary resources, including human resources, to build positive personnel attitudes toward change, and to justify the importance of the process to both patients and personnel.

An important component of lean technologies is the implementation at all stages of the 5C system:

1. Sorting.
2. Maintaining order.
3. Systematic care.
4. Standardization of processes.
5. Improving discipline.

At the first stage of the implementation of lean technologies, priority areas were identified.

The analysis of cases of day inpatient facility helped us to form patient flows. The attributes that served as the basis for their determination were:

- the patient's state of health during treatment;
- the need for inpatient treatment in order to prevent a high risk of developing life-threatening conditions.

Thus, we identified three types of patients:

- patients with chronic diseases without exacerbation, subject to planned preventive treatment;
- patients with exacerbation of a chronic disease who do not need round-the-clock inpatient treatment;
- patients with acute, newly diagnosed disease who do not need round-the-clock inpatient treatment.

Given the division of patients, the functions of the nurse's self-admission post included determination of the severity of the patient's condition upon the admission, as well as the need to possess the skills to determine indications for urgent hospitalization in a round-the-clock inpatient facility.

We have also developed standard operating procedures for providing medical care, taking into account three conditionally identified patient flows. These standards

specify a list of laboratory and diagnostic manipulations necessary for admission in a day inpatient facility.

The implementation of standard operating procedures has led to the optimization of the work of health care personnel and a significantly reduced the time to obtain a referral for examination. This significantly increased patients' satisfaction with the organization of medical care provided.

An important component of the organization of primary health care in a day inpatient facility is the improvement of patient routing. To maximize its efficiency, we organized navigation with bright color cues. Three types of pointers were used in navigation:

1. direction indicators – guide the patient along the route;
2. location indicators – inform the patient where he is;
3. reference pointers – inform the patient.

The objectives set for each medical organization are to increase patients' satisfaction with the medical care provided, as well as to use resources efficiently and to the maximum extent. The lean manufacturing system is currently being actively implemented throughout the country.

The problem we faced in the process of implementation was the low professional training of health care personnel. Taking into account this circumstance, we decided on the need to develop technical specifications for training programs for advanced training of secondary health care personnel for educational organizations. Only close cooperation of medical and educational organizations can provide high-quality training of health care personnel.

We also organized on-the-job training for health care personnel, including not only competency training, but also active work with problems and errors in the organization and implementation of day care activities.

In order to monitor patient satisfaction with the quality of medical care in the day inpatient facility, we conducted a survey of patients who completed treatment in the day care facility on a regular basis (Appendix 1). This questionnaire includes questions to assess the accessibility and quality of medical care provided, concerning

the evaluation of health care personnel, conditions of stay, as well as suggestions for improving the quality of nursing care.

This innovation facilitated the analysis of the work of health care personnel and the day inpatient facility as a whole. The analysis of the questionnaires was conducted regularly by the head of the inpatient facility. The results of the survey were used in the organization of the following events:

1. Training of health care personnel to improve the quality of medical care in the day inpatient facility.
2. Improvement of the conditions of stay of patients in the day inpatient facility.
3. Development of advanced training programs for nurses in terms of ethics and deontology, as well as in the professional selection of nurses to work in the day inpatient facility.

It should be noted that the new structural and functional model of medical care in the day inpatient facility has influenced a more efficient use of medical organization resources.

4.3.2 Digital transformation of the medical information system

In order to implement the digital transformation of healthcare, the Government of the Russian Federation approved the Strategic direction (Order of the Government of the Russian Federation dated August 29, 2021 No. 3980-r), which consists in increasing the indicators for the implementation of federal projects, namely:

1. Project "Creation of a unified digital circuit in healthcare based on the unified state information system in the field of healthcare".
2. The project "Federal medical platform solutions".

So far, all issues of informatization in the healthcare system are solved within the framework of the Regional Medical Information System (RMIS) using the state information system "Regional fragment of the unified state information system in the field of healthcare". Through these systems, information exchange between medical organizations of St. Petersburg is implemented.

Since 2018, the implementation of federal projects of the Unified Digital Circuit (UDC) and the Vertically Integrated Medical Information System (VIMIS) has led to changes in the legal framework in terms of regulation of issues of information support of medical organizations, including day inpatient facilities.

The main principle of the implementation of the Unified State Health Information System (USHIS) and the implementation of UDC project is the standardized exchange of information between various information systems of medical and pharmaceutical organizations, which is ensured by the uniform maintenance of electronic medical records.

For this purpose, the Electronic Medical Document Registry (EMDR) subsystem was created to register, store, search and exchange electronic medical documents between medical and pharmaceutical organizations.

Since January 1, 2020, as part of the implementation of the requirements established by the Ministry of Health of the Russian Federation for state health information systems, medical records have been maintained in the form of electronic medical records.

However, maintaining an electronic medical record should provide for the exchange of medical information between the medical organization's MIS, the regional system, and the USHIS. A Structured Electronic Medical Document (SEMD) with a clear structure and a generally accepted format is the standard for information exchange.

In accordance with the new regulations and recommendations of the Ministry of Health of Russia, St. Petersburg should ensure the unification of the medical information system (MIS) of medical organizations and USHIS, including through the regional information system of St. Petersburg, including the connection to EMDR.

The envisaged connection of MIS of a medical organization to EMDR will ensure the completeness of formation, registration and access to electronic medical documents, which will provide continuity in treatment of patients receiving medical care in various outpatient and inpatient medical organizations.

Currently, the only direction for the successful implementation of these tasks

requires a unified digital system, which is a platform of domestic development "GosTech". Since 2024, the creation and development of state information systems will be carried out, which requires modernization of the existing regional unified state information system.

A comparative analysis of the current state of the Regional unified state health information system (RUSHIS) and the unified digital platform "GosTech" is presented in Table 4.4.

Table 4.4 - Comparative analysis of the Regional unified state information system and digital platform "GosTech"

Indicator	Platform of the current Regional unified state information system	GosTech digital medical platform
Critical information infrastructure	Large financial and time costs for the replacement of software, database management system and operating system.	Digital platform is certified by the Federal Service for Technical and Export Control as a means of protecting information, including database management system and operating system.
Standards of the unified state information system in the field of healthcare	Possible violation of Federal Law dated July 26, 2006 No. 135 "On Protection of Competition".	Non-discriminatory access of the medical information system to the regional unified state information system.
Functions of the medical information system	There is no medical information system in the current regional unified state information system.	Medical information system is built into the digital platform.
Conducting structured electronic medical document management	It is not supported in the regional unified state information system. Individual medical records are maintained without a structured electronic medical document management.	Integrated into the digital medical platform, maintaining an individual medical record according to the standards of the unified state information system.

In view of the above, it's necessary to conclude that the operation of the currently available information systems does not fully ensure the maintenance of electronic medical records. In addition, they do not post and access the information contained in the USHIS. Thus, the MIS of medical organizations require a full-scale digital transformation.

The direction of MIS transformation is determined by their needs, including the provision of medical care in day inpatient facilities, namely:

- provision of structured storage and access to patients' medical information

by a day care physician, regardless of the medical organization in which the medical care was provided;

- transition to electronic document management using MIS;
- ensuring the interaction of medical organizations using standards and protocols of information interaction in accordance with the requirements of the USHIS;
- ensuring continuity of patients' data and their health status between medical organizations;
- creation of a digital patient profile based on the unified register of insured persons for compulsory medical insurance;
- ensuring the possibility of conducting an examination of the quality of medical care on the basis of SEMD.

Thus, the current level of RMIS development does not fully meet the indicators envisioned by the strategic direction in the digital transformation of healthcare. With this in mind, it is necessary to develop existing MIS, ensuring the exchange of patient data between them.

4.4 Methodological recommendations for improving the organization of medical care in a day inpatient facility

For the purpose of successful development of national healthcare, the Government of the Russian Federation actively implements national projects and programs. The national projects "Healthcare" and "Demography" are aimed at preserving public health and reducing mortality.

The structure of the National Project "Healthcare" includes the following:

1. Federal project "Fight against cardiovascular diseases".
2. Federal project "Development of export of medical services".
3. Federal project "Development of children's health care, including the creation of modern infrastructure of medical care for children".
4. Federal project "Development of a network of national medical research centers and introduction of innovative medical technologies".

5. Federal project "Provision of medical organizations of the healthcare system with qualified personnel".

6. Federal project "Creation of a unified digital circuit in healthcare based on the unified state information system in the field of healthcare".

7. Federal project "Development of the primary health care system".

8. Federal project "Promoting public health".

9. Federal project "Development and implementation of the program of systematic support and improvement of the quality of life of older citizens "Senior Generation".

The national project "Demography" includes 5 federal projects:

1. "Financial Support for Families at Childbirth.

2. "Promoting Women's Employment - Creating Conditions for Pre-School Education for Children Under the Age of Three.

3. "Senior Generation".

4. "Promoting Public Health.

5. "Sports are the norm of life."

It should also be noted that in addition to the national projects, there is also the main state program "Development of Healthcare", approved by the Decree of the Government of the Russian Federation dated December 26, 2017 No. 1640, the implementation of which is provided until 2024.

The state program includes organizational and economic restructuring in medical organizations, ensuring increased availability of medical care and the provision of quality medical care that corresponds to the level of morbidity of the population.

The state program "Development of Healthcare" also includes the National Project "Healthcare". The project is planned for 2019-2024. In the implementation of the project, special attention is paid to the development of primary health care, the provision of medical organizations with qualified personnel, as well as the creation of UDC on the basis of USHIS.

It is important to note that in 2016 the "Lean Polyclinic" project was launched

to improve the primary health care system. This project includes a set of processes aimed at improving the availability and efficiency of medical care, patient satisfaction by reducing the time and financial costs, as well as providing employees with a safe and comfortable working environment.

In connection with the practical implementation of the federal projects "Creation of a unified digital circuit in healthcare based on a unified state information system in healthcare" and "Medical platform solutions of the federal level", since 2018 changes are taking place in the Russian Federation regulating the information support of the healthcare system.

There is an active development in the field of improving information technologies and electronic document management, ensuring the availability of medical care and continuity in the treatment of patients. An important aspect of improving the provision of medical care, including in a day inpatient facility, is to ensure the quality of medical care.

The healthcare infrastructure is being actively developed, including the optimization of patient routing both within a single medical organization and between different healthcare units.

As a result of the scientific research, analysis of the needs and existing problems in the process of providing medical care in a day inpatient facility, we identified a list of recommendations for its improvement (Table 4.5).

We have divided the methodological recommendations into the following areas:

1. Regulatory and legal changes necessary to regulate the organization of primary health care in a day inpatient facility.
2. Material and technical support of day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care.
3. Implementation of IT technologies.
4. Optimization of the personnel potential of the day inpatient facility.
5. Development of competencies and advanced training of day hospital health care personnel.

6. Measures to implement and comply with clinical guidelines and protocols for the management of day care patients.

7. Measures for the organization of internal quality control of medical care.

8. A set of measures aimed at improving the organization of dispensary observation of patients undergoing treatment in a day inpatient facility.

Table 4.5 – Recommendations for improving primary health care in a day inpatient facility using a new structural and functional model.

Recommendation	Expected effect
1. Regulatory and legal changes necessary to regulate the organization of primary health care in a day inpatient facility	
1.1 Implementation of new structural and organizational measures that affect the efficiency of day care centers and medical organizations as a whole.	Changes in the structure of day inpatient facilities. Improvement of the quality and accessibility of medical care provided in a day inpatient facility.
1.2 Development of working algorithms for referral of patients for hospital admission to day inpatient facilities and checklists for day care physicians to determine the appropriateness of referral for admission to the round-the-clock inpatient facility.	Reducing the number of causeless hospital admissions. Improving the quality of medical care provided in the day inpatient facility.
1.3 Approval of a new routing scheme for patients requiring medical care in a day inpatient facility.	Reducing the waiting time for medical care and the results of laboratory and instrumental examinations. Reducing the number of exacerbations and relapses in patients with chronic diseases. Reducing the rate of hospital admission in a round-the-clock inpatient facility. Effective use of day care bed stock.
2. Material and technical support of day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care	
2.1 Equipment of day inpatient facilities in accordance with regulated requirements.	Improving the quality and accessibility of medical care in a day inpatient facility.
2.2 Equipping day health care personnel with computerized workplaces.	Creating more comfortable working environment for employees and, as a result, improving work efficiency.
2.3 Comprehensive adaptation of the medical organization for low-mobile and visually impaired patients (ramps, handrails, anti-slip coverings, tactile and visual signs).	Improving the accessibility of medical care and creating comfortable conditions for low-mobile and visually impaired patients.
3. Implementation of IT technologies	
3.1 Introduction of information technologies in the work of the day inpatient facility.	Increasing the availability of medical care. Reducing the waiting time for an appointment with a doctor and receiving referrals for laboratory and diagnostic examinations.
3.2 Development of existing MIS of medical organizations.	Ensuring the exchange of patient data between different MIS of medical organizations.

Continuation of Table 4.5

Recommendation	Expected effect
3.3 Implementation of electronic document management technologies in the work of the day inpatient facility using structured electronic medical records.	Ensuring continuity of the treatment process.
3.4 Creation and implementation of a centralized system "Central Archive of Medical Images" in day inpatient facilities.	Ensuring continuity of the treatment process.
4. Optimization of the personnel potential of the day inpatient facility.	
4.1 Conducting an annual calculation of the need for health care personnel involved in the provision of medical care to day care patients.	Elimination of the shortages of health care personnel in medical institutions providing medical care to day care patients.
4.2 Development and implementation of measures to conduct educational programs aimed at improving the professional skills of health care personnel involved in the provision of medical care in a day inpatient facility	Provision of medical organizations that specialize in medical care in a day inpatient facility, with specialist doctors of higher qualification.
4.3 Conducting seminars on conflictology and training in stress management skills	Creating more comfortable working conditions for health care personnel
5. Development of competencies and advanced training of day hospital health care personnel	
5.1 Development and holding of training seminars.	Professional development of employees and the quality of medical care provided.
5.2 Training of health care personnel to work with various information services of the State Information System in the provision of medical care.	Optimization of the workflow of medical personnel.
5.3 Identification and analysis of errors in the provision of medical care in a day inpatient facility	Improving the quality of medical care.
5.4 Conducting classes to improve the skills of nurses who provide independent pre-hospital care.	Advanced training of secondary health care personnel.
6. Measures to implement and comply with clinical guidelines and protocols for the management of day care patients	
6.1 Development and implementation of protocols for the management (treatment) of patients based on relevant profile clinical guidelines and procedures for medical care, taking into account the standards of medical care.	Improving the quality of medical care provided in a day inpatient facility.
6.2 Monitoring of the implementation of clinical guidelines and protocols for the management (treatment) of patients.	Reducing the number of patient complaints and appeals related to the provision of medical care.
6.3 Conducting educational seminars on clinical guidelines for various nosological forms of diseases in patients undergoing treatment in a day inpatient facility.	Professional development of health care personnel and the quality of medical care provided in a day inpatient facility.

Continuation of Table 4.5

Recommendation	Expected effect
7. Measures for the organization of internal quality control of medical care	
7.1 Implementation of internal quality control and safety of medical activities in a day inpatient facility.	Reducing risks that pose a threat to the life and health of citizens, and minimizing the consequences of their occurrence.
7.2 Development and realization of measures to implement a system of quality control of medical care for patients in the day inpatient facility based on the quality criteria of medical care and clinical guidelines.	Improving the efficiency of medical care for patients in the day inpatient facility. Development of standard operating procedures for providing medical care in a day inpatient facility.
7.3 Development and implementation of measures aimed at eliminating causeless and non-core hospital admissions.	Reducing the level of causeless admissions in round-the-clock inpatient facilities.
8. A set of measures aimed at improving the organization of dispensary observation of patients undergoing treatment in a day inpatient facility	
8.1 Development and implementation of measures to improve the quality of follow-up care for patients from high-risk groups.	Improving their health, improving their quality of life.
8.2 Conducting regular informational meetings with patients as part of health schools on various nosological areas.	Preservation and promotion of health in patients on the dispensary registry.

The development of the healthcare system should also be carried out in the direction of creating mechanisms for digital interaction of medical organizations on the basis of the USHIS. They are based on the implementation and development of MIS and electronic document flow between medical organizations. This is necessary due to the fact that at the moment in St. Petersburg medical organizations have various medical information systems at the stage of primary care, the number of which is about 30 types. This situation does not allow for interaction with the regional unified state information system and with each other, thereby not ensuring the continuity of medical care in the day inpatient facility.

Thus, by the example of St. Petersburg, domestic healthcare needs a modern approach in the field of automation of day inpatient facilities, organization of diagnosis, treatment, prevention and rehabilitation, as well as quality training of health care personnel, increasing the prestige and status of medical professionals.

The main directions of improving primary health care in a day hospital in order to ensure a qualitatively new level of medical care are:

1. Providing high-quality new conditions for the provision of medical care to patients, ensuring its availability and saving the time resource of patients (including the use of lean technologies).

2. Creation of comfortable, ergonomic and technically sound workplaces for health care personnel (including the use of lean technologies).

3. Ensuring timely training and advanced training of health care personnel.

4. Development and improvement of the medical information system in order to ensure the interaction of medical organizations on the basis of USHIS.

5. Ensuring the interaction of medical organizations of various forms of ownership.

An important direction in the development of modern healthcare is the Concept of predictive, preventive, participatory and personalized medicine, the order of approval of which was signed by the Minister of Health of the Russian Federation in 2018 (Order dated April 24, 2018 No. 186).

This Concept is based on four principles:

1. Personalized approach is an individual approach to the patient and his health, taking into account his physiological, genetic and biochemical characteristics.

2. Prediction is a creation of a prognosis for the development of the disease.

3. Prevention is precaution and reduction of the risk of disease development.

4. Participativeness is an active participation of the patient in the prevention and treatment of diseases.

A branch of medicine that incorporates all of the above principles is called "4P Medicine" (Figure 4.3).

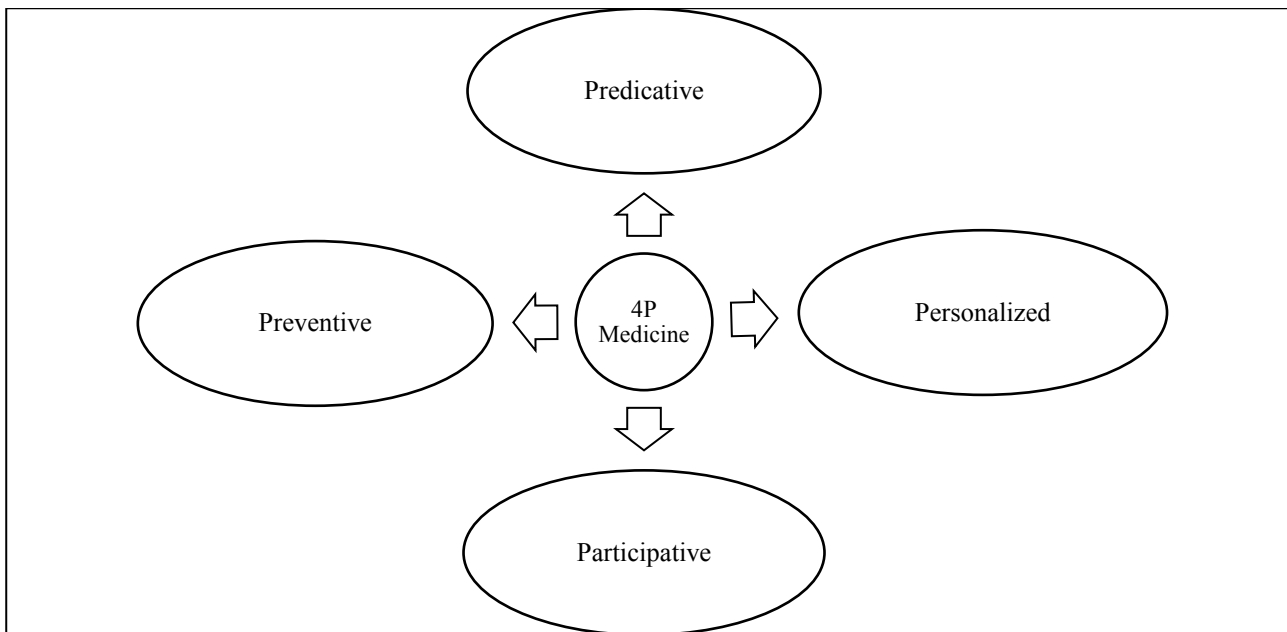


Figure 4.3 – 4P Medicine

Thus, according to the approved Concept, the state policy in the field of healthcare should be aimed at developing individual approaches to the patient. An individual, personalized approach consists in the analysis of pathological, physiological processes and pharmacological responses to the patient's therapy. In addition, it includes pre-symptomatic prediction of disease development and its prevention.

4P Medicine, according to the Concept, is based on:

1. On the detection of biomarkers and their combination with factors such as: risk of disease onset, the efficiency of the drug and others.
2. On technological development, which can provide the ability to identify meaningful biomarkers.

Active identification of disease predispositions and the identification of individual risk factors that lead to their development is an important focus in shaping public health and the basis of 4P Medicine. However, the principles of 4P Medicine can only be realized if the patient is interested in the prevention and treatment of the disease.

Thus, the promotion of a responsible attitude to one's health and patient compliance (strict adherence to recommendations and prescriptions) should form the basis of the joint work of the doctor and the patient.

In modern conditions, the development and organization of treatment of patients according to the principles of 4P Medicine in a day inpatient facility is a very progressive direction. Its implementation will lead to an improvement in the quality of medical care and a reduction in the number of medical resources spent. This will lead to a more economical use of the available resources of day inpatient facilities.

Currently, in practical healthcare, 4P Medicine is being actively implemented, examples of which include:

- neonatal screening for a number of monogenic hereditary diseases;
- selection of targeted drugs for the treatment of cancer, taking into account the molecular characteristics of the tumor;
- assessment of the risk of tumorigenesis;
- determination of tumor sensitivity to chemotherapeutic agents.

The development of 4P Medicine leads to a change in the overall health care system model from a therapeutic-diagnostic approach to an individualized approach based on prognosis and disease prevention.

This direction is progressive and is aimed primarily at preserving the health of the population - the most important state resource of our country. Human health is a value and needs to be maintained at an appropriate level in order to ensure the material, psychological and social well-being of the nation as a whole.

CONCLUSION

Improvement of the system of organization of primary health care in a day inpatient facility is one of the priority directions of development of national health care and is aimed at meeting the modern needs of the population in quality and affordable medical care. The improvement of primary health care, including day care, is carried out in accordance with the State Programs of the Russian Federation, the main of which is the "Healthcare Development" program.

A review of domestic and foreign literature has shown that many scientific researchers highlight problems in terms of the organization of medical care in a day inpatient facility, its accessibility and quality. In their opinion, patient-centered practice, continuity of medical care, qualification of health care personnel, and efficient use of resources of medical organizations are important areas.

In recent years, in accordance with the Program of state guarantees of provision of free medical care to citizens, the share of primary health care is increasing, its funding is growing, the fund of day inpatient facilities and their capacity is increasing. At the same time, the bed stock of round-the-clock inpatient facilities and its demand is decreasing.

The modern concept of providing primary health care in a day inpatient facility is based on the features of its organization. The peculiarities of the organization of medical care in a day inpatient facility predetermine its principles from the moment the patient applies to discharge from the day inpatient facility, namely: minimization of terms, continuity and succession of medical care, optimal staffing and logistical support.

The conducted research includes three main stages, which are aimed at assessing the organization of day inpatient facilities, the development of a new structural and functional model of day care, its implementation and evaluation of medical and social efficiency.

The analysis of the existing system of organization of primary health care in a day inpatient facility made it possible to determine the directions for its improvement.

Also, at the first stage of the research we proposed an addition to the conceptual apparatus of primary health care in the form of a new concept - "simultaneous interventions in a day inpatient facility". This concept is defined as a set of simultaneous preventive and curative interventions aimed at the treatment and prevention of etiologically unrelated existing chronic and newly diagnosed diseases in patients admitted to a day inpatient facility.

It is important to note that the majority of patients treated in the day inpatient facility are elderly patients. This group of patients most often has comorbid pathology, which determines the use of complex preventive and curative interventions. Thus, conducting preventive and prophylactic medical examinations as part of simultaneous interventions in a day inpatient facility has a positive effect on the health of patients, which ensures the implementation of National Projects.

It should be noted that the introduction and use of simultaneous interventions in a day inpatient facility is possible only in health care organizations providing primary health care, while round-the-clock inpatient facilities, due to the lack of appropriate resources, are not designed for simultaneous organization of preventive and curative interventions.

The main stage of scientific work is the development and implementation of a new structural and functional model for the organization of primary health care in a day inpatient facility. Improving the organization of medical care in a day inpatient facility will ensure the satisfaction of modern needs of the population for quality and affordable medical care. The organization of a nurse post and the redistribution of functions between the physician and nurse under the new structural and functional model of day inpatient facility has significantly increased the efficiency of day care, reduced the level of planned admissions to round-the-clock inpatient facilities, increased the level of admissions to day inpatient facilities, significantly reduced the waiting time for the patient to start the primary appointment by a day care physician.

These activities involve the rational use of resources of medical organizations, including human and technical, as well as the active use of information systems and elements of lean manufacturing.

Based on the results of the implementation of a new structural and functional model, a survey of health care personnel and patients was conducted, which allowed to determine the factors affecting social efficiency. The survey showed the greatest satisfaction of both patients and health care personnel after the implementation of this model.

A comparative analysis of the waiting time for admission, the time of primary admission by a day care physician, the level of admissions in round-the-clock inpatient facilities, and the level of causeless admissions in round-the-clock inpatient facilities determined the medical efficiency of the implemented new structural and functional model.

The results obtained testify to the achievement of the goal of research on the scientific substantiation and implementation of a new structural and functional model for the organization of primary health care in a day inpatient facility. The achieved increase in the availability and quality of primary health care in a day inpatient facility allowed to increase the efficiency of the targeted use of medical organization resources, to ensure the continuity and patient-centered practice of medical care.

Based on the results of the scientific research, proposals for improving the primary health care organization in a day inpatient facility were developed. The developed proposals will contribute to the achievement of the goals of state programs for the development of healthcare and a qualitatively new level of medical care in a day inpatient facility.

FINDINGS

1. Analysis of the incidence rate in day inpatient facilities of medical organizations of Frunzensky district of St. Petersburg providing primary health care, in dynamics for the study period (2015-2019) showed an increase in circulatory diseases by 3.7‰ (in 2015 - 18.6‰, in 2019 - 22.3‰), musculoskeletal system and connective tissue by 7.4‰ (in 2015 - 12.4‰, in 2019 - 19.8‰), which is due to the strengthening of diagnostic capabilities of medical organizations and the annual high coverage of patients with prophylactic and preventive medical examinations.

2. The analysis of primary medical records revealed up to 21.5% of cases of causeless planned hospitalization to round-the-clock inpatient facilities in St. Petersburg for all classes of diseases studied, while treatment was possible in a day inpatient facility.

3. In modern terminology of primary health care, a new concept of "simultaneous interventions in a day inpatient facility" implies a set of simultaneous preventive and curative interventions aimed at the treatment and prevention of etiologically unrelated existing chronic and newly diagnosed diseases in patients admitted to a day inpatient facility. The use of this concept makes it possible to increase the volume of therapeutic, diagnostic and preventive interventions in the conditions of the day inpatient facility according to the National Project "Healthcare".

4. The new structural and functional model of organization of medical care in day inpatient facility offered and implemented in practice allowed to optimize the activities of day inpatient facilities, improve the availability and quality of medical care by reducing the waiting time and duration of medical appointments, reducing the rates of planned admissions in a round-the-clock inpatient facility and increasing the proportion of patients admitted to the day inpatient facility for preventive purposes.

5. The study of the medical efficiency of the new structural and functional model of day care has proved the reduction of patients' waiting time for an appointment with a doctor (from 6 ± 0.5 to 0 min); the duration of primary care (from 21 ± 0.5 to 12 ± 0.5 min); increase in the proportion of patients admitted to the day inpatient facility

for preventive purposes (from 43.5 to 56%); decrease in scheduled admissions to round-the-clock inpatient facilities (from 9.2 to 8.1%).

6. The social efficiency of the implementation of a new structural and functional model of a day inpatient facility has been proved by conducting a survey of patients and health care personnel. The greatest satisfaction of patients was expressed by the organization, conditions and terms of medical care in the day inpatient facility. The satisfaction of the health care personnel consisted in creating a healthy psychological climate, comfortable working conditions with the possibility of professional growth.

7. The main proposals for improving the system of providing primary health care in the conditions of day care include rational routing of patients in the day inpatient facility, optimization of human resources, introduction of elements of lean technologies, digital transformation of MIS in order to rationalize the use of healthcare system resources.

8. The proposed new structural and functional model of day inpatient facilities and the developed methodological recommendations determine the ways of their further use in the system of primary health care as well as the possibilities of using the results of the study in the educational process.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS

1. For effective and high-quality organization of primary health care in a day inpatient facility, the implementation and use of the proposed new structural and functional model is recommended.
2. Within the framework of the newly developed regulatory and legal documents on the organization of primary health care, it is advisable to use the new terminology "simultaneous interventions in a day inpatient facility".
3. In order to objectively assess the activities of day inpatient facilities, it is necessary to conduct a study consisting in the development of standards for the provision of the population with a day hospital bed stock.
4. In order to reduce the load on round-the-clock inpatient facilities, it is necessary to implement an algorithm for referring patients to admission at the primary stage.
5. The results of the study should be used in the educational process of medical universities in the study of the discipline "Public health and healthcare organization".

PROSPECTS FOR FURTHER DEVELOPMENT OF THE SUBJECT

A promising direction for further scientific research devoted to improving the system of primary health care in day inpatient facility is the accumulation of experience of day care in the framework of the new structural and functional model, analysis of the performance of day care, development of proposals for changes in professional and educational standards for health care personnel. Joint development of curricula for postgraduate training of nurses with educational institutions will ensure the expansion of their skills and competencies.

The implementation of a new structural and functional model of the organization of day inpatient facility work entails the updating of existing algorithms for providing medical care with chronic diseases, including those who are registered at the dispensary.

In the course of the scientific research, the main categories of patients seeking medical care in day inpatient facilities were identified; from these conditional categories, patients are selected for the organization and conduct of simultaneous interventions.

The development of simultaneous interventions in a day inpatient facility will optimize its work and the medical organization as a whole. The participation of a day inpatient facility during preventive and dispensary examinations will significantly increase the coverage of the population with preventive measures.

LIST OF ABBREVIATIONS

VIMIS – Vertically integrated medical information system

WHO – World Health Organization

HD – Hypertensive disease

DDDD – Degenerative dystrophic disk disease

USHIS – Unified state health information system

EDC – Unified digital circuit

CHD – Coronary heart disease

TPT – Therapeutic physical training

MIS – Medical information system

ICD – International Classification of Diseases

CME – Continuous medical education

OALEV - Obliterating atherosclerosis of the vessels of the lower extremities

AMI – Acute myocardial infarction

ARVI – Acute respiratory viral infections

RUSIS (REGIS) – Regional unified state information system

RMIS – Regional medical information system

REMD – Registry of electronic medical documents

SEMD – Structured electronic medical document

CHF – Chronic heart failure

COPD – Chronic obstructive pulmonary disease

EMR – Electronic medical record

LIST OF REFERENCES

1. Abuladze, I.O. Surgical treatment of umbilical and inguinal hernias in a one-day inpatient facility / I.O. Abuladze, A.E. Klimov, V.S. Popov, N.Yu. Biteev // Doctor-graduate student. – 2018. – Vol. 88, No. 3. – P. 4-9. [In Russian]
2. Agalarova, L.S. Improving the relationship between general practitioners and doctors of narrow specialities / L.S. Agalarova // Healthcare of the Russian Federation. - 2008. – No. 3. – P. 18-19. [In Russian]
3. Azriliyan, A.N. Big Economic Dictionary [Electronic resource]. – Access mode: rus-big-economic-dict.slovaronline.com. [In Russian]
4. Akulin, I.M. General medical practice in the health care system of St. Petersburg: the author's abstract by a ... holder of post-doctoral degree in medicine: 14.00.33 / Akulin Igor Mikhailovich. – SPb., 1998. – 43 p. [In Russian]
5. Alvendova, L.R. Laparoscopic cholecystectomy in a one-day inpatient facility / L.R. Alvendova, M.A. Chinikov // Surgery. Journal named after N.I. Pirogov. - 2015. – No. 11. – P. 95-98. [In Russian]
6. Alikova, Z.R. Organizational and legal foundations of the development of day inpatient facilities in outpatient clinics / Z.R. Alikova, A.Z. Getigezheva, K.K. Fidarova, T.T. Alikova // Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the National Research Institute of Public Health. – 2013. – No. 1. – P. 12-14. [In Russian]
7. Alikova, Z.R. Analysis of the social efficiency of day inpatient facilities / Z.R. Alikova, T.T. Alikova, K.K. Fidarova, Z.M. Bgazhnokova, F.U. Kozyreva // Fundamental research. – 2013. – No. 7. – P. 500-503. [In Russian]
8. Altman, N.N. Financing of healthcare in the light of state guarantees of providing the population with free medical care / N.N. Altman // Healthcare. - 2012. – No. 2. – P. 34-41. [In Russian]
9. Artyukhov, I.P. Study of adult patients ' satisfaction with primary health care / I.P. Artyukhov, S.V. Smerdin, A.E. Lysov // Siberian Medical Review. – 2011. – Vol. 68, No 2. – P. 96-99. [In Russian]
10. Artyukhov, I.P. Economic analysis of medical institutions: textbook // I.P.

Artyukhov, T.D. Morozova, E.A. Yurieva. – Rostov-n/D.: Phoenix; Krasnoyarsk: Publishing Projects, 2012. – 112 p. [In Russian]

11. Arkhipov, V.V. Domestic healthcare at the turn of the century / V.V. Arkhipov // Firm Styx. – 2004. – 256 p. [In Russian]

12. Akhmetov, B.S. Medical and organizational aspects of providing the population with hospital-substituting care / B.S. Akhmetov // Clinical medicine of Kazakhstan. - 2012. – No. 2. – P. 149-152. [In Russian]

13. Babenko, A.A. Specifics of the organization of marketing activities in the field of paid medical services / A.A. Babenko // Chief Physician. – 2017. – No. 1. – P. 73-77. [In Russian]

14. Bakanev, O.Yu. The role of general medical practice in the development of primary health care on outpatient basis at the present stage / O.Yu. Bakanev, I.T. Rusev, M.G. Karailanov, G.A. Stepushkina // in the collection: Modern scientific and educational strategies in public health. Russian Scientific and Practical Conference. – 2018. – P. 8-17. [In Russian]

15. Balashov, P.Yu. Personnel processes in the healthcare system of the Russian Federation / P.Yu. Balashov, N.F. Plavunov, N.Yu. Trifonova, I.G. Gal // Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry. – 2014. – No.2. – P. 10-15. [In Russian]

16. Belyaeva, T.V. The regime of "partial hospital admission" in a psychiatric hospital / T.V. Belyaeva, M.M. Kabanov // Leningrad Research Institute of Psychoneurology – 1971. – 66 p. [In Russian]

17. Blank, I.A. Anti-crisis management of a sanatorium-resort organization / I.A. Blank // Chief Physician. – 2017. – No. 1. – P. 43-48. [In Russian]

18. Boev, V.S. Activities of paramedic and obstetric centers / V.S. Boev, L.V. Ushakova // Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2012. – No 3. – P. 41-44. [In Russian]

19. Boytsov, S.A. New clinical and organizational approaches to the prevention of cardiovascular diseases in the primary health care system / S.A. Boytsov, A.M. Kalinina, P.V. Ipatov // Therapeutic Archive. – 2013. – Vol. 85, No. 8. – P. 8-13. [In

Russian]

20. Boytsov, S.A. Prevention of chronic non-communicable diseases in the primary health care system: improving prophylactic medical examination of the population / S.A. Boytsov, P.V. Ipatov, A.M. Kalinina // Deputy Chief Physician. – 2013. – No 5. – P. 18-25. [In Russian]

21. Bondarev, V.A. Medical, social and economic aspects of partial hospital admission / V.A. Bondarev, L.R. Koretskaya // Chief physician: Economy and law. – 2012. – No. 3. – P. 33-38. [In Russian]

22. Burakova, T.S. Modern model of organization of day inpatient facility on the basis of the advisory department of the State healthcare institution "State Novosibirsk Regional Clinical Diagnostic Center" / T.S. Burakova, A.V. Chikineva, N.P. Anchugova // Modern scientific research. – 2013. – No. 16 (1). – 2 p. [In Russian]

23. Butareva, M.M. The main directions and changes in the course of reorganization of the system of medical care to the population of the Russian Federation / M.M. Butareva // Bulletin of Dermatology and Venereology. - 2012. – No. 1. – P. 13-20. [In Russian]

24. Butareva, M.M. The main directions of improving medical statistics in the framework of modernization of the healthcare system / M.M. Butareva, A.A. Martynov, L.E. Melekhina // Bulletin of Dermatology and Venereology. - 2012. – No. 4. – P. 4-8. [In Russian]

25. Butareva M.M. Hospital-substituting technologies in healthcare of the Russian Federation /M.M. Butareva // Bulletin of Dermatology and Venereology. - 2013. – No. 4. – P. 23-29. [In Russian]

26. Butsenko, S.A. Organization of the provision of primary health care in a megalopolis / S.A. Butsenko, M.G. Karailanov, I.T. Rusev et al. // Materials of the III annual conference with international participation dedicated to the memory of Polyakov Igor Vasilievich, Ph.D of Medical Sciences, academician of MANEB (International Academy of Ecology, Man and Nature Protection Sciences), Honored Scientist of the RF “Reforms of healthcare in the Russian Federation. Current state, development prospects”, St. Petersburg. – 2016. – P. 27-29. [In Russian]

27. Vazhenin, A.V. Hospital-substituting technologies of the dispensary / A.V. Vazhenin, N.V. Voroshina, E.S. Pavlenko, O.V. Prokopyeva // Ural Medical Journal. – 2015. – No 9 (132). – P. 65-67. [In Russian]
28. Vertkin, A.L. Day inpatient facility: "old" and "new" models / A.L. Vertkin, E.Yu. Tikhonovskaya, M.M. Alekseeva, S.V. Tselik, H.A. Shakhmanaev // Zemsky doctor. – 2013. – No. 1 (18). – P. 10-14. [In Russian]
29. Vertkin, A.L. Day inpatient facility: a new model / A.L. Vertkin, E.Yu. Tikhonovskaya, M.M. Alekseeva, S.V. Tselik // Effective pharmacotherapy. – 2014. – No. 8. – P. 20-23. [In Russian]
30. Vertkin, A.L. Day inpatient facility: is a reboot required? / A.L. Vertkin, S.V. Tselik, M.M. Alekseeva, E.Yu. Tikhonovskaya // Chief physician. – 2013. – No. 3. – P. 28-32. [In Russian]
31. Viktorova, I.A. Examination of temporary disability and sociomedical assessment in outpatient practice: textbook / I.A. Viktorova, I.A. Grishechkina. – M.: GEOTAR-Media, 2015. – 144 p. [In Russian]
32. Vlasov, V.V. Development and use of standards of medical care: the state of the problem in Russia and the possibilities of improving the quality of primary medical care / V.V. Vlasov // Healthcare. - 2013. – No. 5. – P. 66-72. [In Russian]
33. Vlasov, V.V. Standards of medical care: the state of the problem in Russia and the possibilities of improving the quality of primary medical care / V.V. Vlasov // Healthcare. - 2013. – No. 4. – P. 70-76. [In Russian]
34. WHO. Newsletter. November 2019. // Electronic scientific journal. Social aspects of Population Health. – 2019. – No. 65(6) Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1124/30/lang,ru/>. [In Russian]
35. Volnukhin, A.V. Hospital-substituting technologies in the work of a general practitioner (family doctor): organizational and economic aspects: abstract. dis. ... Candidate of Medical Sciences dated February 14, 2003 / A.V. Volnukhin. – M., 2010. – 26 p. [In Russian]
36. Vysotskaya, E.S. Experience of positive use of bed stock in a day inpatient facility / E.S. Vysotskaya, I.A. Butyrina, N.B. Davydova, M.Yu. Martyneva //

Healthcare of the Far East. – 2017. – No. 1 (71). – P. 34-37. [In Russian]

37. Getigezheva, A.Z. Analysis of the clinical efficiency of treatment of patients with arterial hypertension in a day inpatient facility // Modern problem of science and education. - 2015. – No. 2-1. – 16 p. [In Russian]

38. Gilmanov, A.A. Performance indicators and problems of day inpatient facilities / A.A. Gilmanov, D.I. Maranov, R.N. Fayzullina // Social problems of science and education. – 2017. – No. 4. P. 83-91. [In Russian]

39. Gridnev, O.V. Review of the main stages of the organization of outpatient care in Russia / O.V. Gridnev // Research and practice in medicine. – 2014, Vol.1, No.1. – P. 84-88. [In Russian]

40. Gulyaev, P.V. The role of the day inpatient facility in optimizing medical care for patients of the therapeutic department / P.V. Gulyaev, A.A. Stanke, T.V. Vikhrova, G.Yu. Ostrovskiyh // Therapeutic Archive. – 2012. – Vol. 84, No. 1. – P. 12-14. [In Russian]

41. Dashanimaeva, I.M. The use of day inpatient facilities in the treatment of elderly patients // in the collection: Forms and methods of social work in various spheres of life. Materials of the IV International scientific and practical Conference dedicated to the 10th anniversary of the opening of the first office of medical and social care in the polyclinic in Buryatia. East Siberian State University of Technology and Management. - 2015. – P. 114-115. [In Russian]

42. Demographic Yearbook of Russia (2015-2019) [Electronic resource]: Access from the official website of the Federal State Statistics Service of the Russian Federation. Access mode: <http://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207> .

43. Denisov, I.N. Features of the medical and social efficiency of medical care for the elderly in public and private healthcare institutions / I.N. Denisov, N.M. Kunitsyna, K.I. Proshaev et al. // Modern problems of science and education. - 2012. – No. 4. – 79 p. [In Russian]

44. Javadova, N.M. The use of hospital-substituting technologies in healthcare. / N.M. Javadova, E.V. Grigorieva // The state and prospects of development of innovative technologies in Russia and abroad. Materials of the VII International

Scientific and Practical Conference. - Cheboksary, 2022. – P. 77-86. [In Russian]

45. Dzugaev, A.K. General medical (family) practice as the main component of primary health care for the population / A.K. Dzugaev // Scientific Bulletin of Belgorod State University. – 2012. – No. 10-1 (129). – P. 121-124. [In Russian]

46. Dorofeev, A.L. On the influence of some factors on satisfaction with medical services / A.L. Dorofeev, T.V. Mogila, S.P. Pavlova et al. // Bulletin of Public Health and healthcare of the Russian Far East. - 2012. – No. 1. – P. 7-10. [In Russian]

47. Durneva, E.I. Hospital-substituting forms of medical care in a district polyclinic / E.I. Durneva, I.S. Dobrynina // Scientific and medical Bulletin of the Central Chernozem region. - 2016. – No. 66. – P. 129-134. [In Russian]

48. Dyachenko, V.G. Quality management of medical care: textbook / V.G. Dyachenko, L.V. Solokhina, S.V. Dyachenko. – Khabarovsk, 2012. – 655 p. [In Russian]

49. Evdakov, V.A. The role of day inpatient facilities in the development of hospital-substituting forms of medical care // V.A. Evdakov, Yu.Yu. Melnikov, A.V. Smyshlyaev / Chief Physician. – 2017. – No.1. – P. 3-10. [In Russian]

50. Evstropov, A.V. Organization of surgical care in day inpatient facilities of non-governmental healthcare institutions of railway transport in 2002-2011 / A.V. Evstropov, L.Yu. Kuznetsova // Kazan Medical Journal. – 2014. – Vol. 95, No. 3. – P. 415-421. [In Russian]

51. Elmanova, T.V. Organization of primary health care in accordance with the fundamentals of public health protection in the Russian Federation / T.V. Elmanova // Handbook of a general practitioner. - 2013. – No. 1. – P. 9-14. [In Russian]

52. Eloev, M.S. Experience of implementing a medical information system in a multidisciplinary outpatient clinic // M.S. Eloev, V.M. Klipak, O.A. Zherebko, D.V. Belyshev, D.N. Borisov / Military Medical Journal. – 2014. – No. 9. – P. 4-13. [In Russian]

53. Ermukhanova, L.S. Development of hospital-substituting technologies in the provision of medical care / L.S. Ermukhanova, D.N. Katasheva // Bulletin of the Kazakh National Medical University. - 2015. – No. 1. – P. 453-455. [In Russian]

54. Zhaparov, K.A. Evaluation of the work of an outpatient surgeon in providing specialized medical care at the primary level / K.A. Zhaparov // Science, new technologies and innovations of Kyrgyzstan. - 2016. – No. 3. – P. 33-36. [In Russian]

55. Zhukova, T.V. Ways to optimize the assessment of the health level of healthy individuals in the primary health care system in connection with social and hygienic monitoring of public health / T.V. Zhukova, G.A. Virgasova, O.A. Svintukhovskiy // Hygiene and sanitation. - 2012. – No. 6. – P. 21-26. [In Russian]

56. Zashimova, L.S. Introduction of new technologies in medical institutions: foreign experience and Russian practice. – M., 2013. – 271 p. [In Russian]

57. Zakharov, Yu.M. Prospects of using modern information technologies in processing medical information about the wounded and sick based on the experience of the Great Patriotic War and combat operations in Afghanistan // Yu.M. Zakharov, V.N. Tsygan, V.V. Tyrenko, N.S. Galomzik, D.N. Borisov / Bulletin of the Russian Military Medical Academy. – 2015. – No. 2. – P. 210-216. [In Russian]

58. Healthcare and public health: textbook / edited by G.N. Tsarik. – M.: GEOTAR-Media, 2018. – 912 p. [In Russian]

59. Zorina, E.V. Evaluation of the effectiveness and social significance of the work of a day therapeutic hospital / E.V. Zorina, L.A. Mudrova, D.S. Kaskayeva et al. // International Journal of Applied and Fundamental Research. - 2015. – No. 12-7. – P. 1233-1236. [In Russian]

60. Ivanov, I.V., Topical issues of day inpatient facilities: foreign and domestic experience / I.V. Ivanov, I.B. Minulin, D.F. Taut // Quality management in medicine. – 2019. – No. 1. – P. 38-44. [In Russian]

61. Ivanov, V.V. Topical issues of the use of information technologies in medical support of troops // V.V. Ivanov, A.A. Korneenkov, V.D. Bogomolov, D.N. Borisov, M.V. Rezvantssev / Military Medical Journal. – 2013. – No. 6. – P. 8-13. [In Russian]

62. Kalachev, O.V. Issues and prospects for the development of information and telecommunication technologies in the medical service of the Armed Forces // O.V. Kalachev, I.V. Pershin, D.N. Borisov, A.A. Korneenkov / Military Medical Journal. -

2014. – No. 12. – P. 4-11. [In Russian]

63. Kalinina, A.M. Long-term economic efficiency of the program of multifactorial prevention of cardiovascular diseases in primary health care / A.M. Kalinina, A.V. Kontsevaya, A.D. Deev // Cardiovascular therapy and prevention. - 2013. – Vol. 12, No. 1. – P. 60-66. [In Russian]

64. Kalininskaya, A.A. Day inpatient facilities as preventive admission of patients of working age / A.A. Kalininskaya, O.E. Konovalov, M.D. Merekina, L.A. Balzamova, T.V. Chizhikova // Issues of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2021. – Vol. 29, No. 4. – P. 957-962. [In Russian]

65. Kalininskaya, A.A. Hospital-substituting technologies: the state and strategic objectives of development / A.A. Kalininskaya, O.E. Konovalov, M.D. Merekina, S.I. Shlyifer, F.A. Sulkina // Issues of social hygiene, healthcare and the history of medicine. – 2020. – Vol. 28, No. 3. – P. 438-443. [In Russian]

66. Kalinichenko, V.I. Increasing citizens' satisfaction with the availability and quality of medical care based on a new day inpatient facility model / V.I. Kalinichenko, O.V. Kulikov, V.S. Davydova, I.R. Mansurov // Quality management in medicine. – 2021. – No. 2. – P. 56-62. [In Russian]

67. Kaprin, A. D. Improvement of personnel processes as a condition for modernization of personnel policy in the health care system // A.D. Kaprin, A.A. Kostin, B.T. Ponomarenko, O.V. Gridnev, Yu.V. Samsonov / Research and Practice in Medicine. – 2015. – T. 2, No.2. – P. 92-96. [In Russian]

68. Karaeva, O.S. Ideas of equity and efficiency in health care systems of different countries (according to ISSP) / O.S. Karaeva // Public Opinion Bulletin. – 2014. – No.1-2 (117). – P. 50-65. [In Russian]

69. Karailanov, M.G. Aspects of reforming primary health care in Russia / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, G.A. Stepushkina et al. // in the collection: Modern scientific and educational strategies in public health. Russian Scientific and Practical Conference. – 2018. – P. 82-90. [In Russian]

70. Karailanov, M.G. The importance of hospital-substituting technologies in the provision of primary health care / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, G.A. Stepushkina

et al. // in the collection: Modern scientific and educational strategies in public health. Russian Scientific and Practical Conference. – 2018. – P. 90-103. [In Russian]

71. Karailanov, M.G. Implementation of lean manufacturing in medical organizations providing primary health care / M.G. Karailanov // Internauka: scientific journal. – 2018. – No. 1 (35). – P. 7-9. [In Russian]

72. Karailanov, M.G. Availability of medical care in outpatient clinics of St. Petersburg at the present stage / M.G. Karailanov, I.T. Rusev // Research and practice in medicine. – M., 2016. – Vol. 3, No.2. – P. 84-87. [In Russian]

73. Karailanov, M.G. Historical aspects of reforming primary health care in Russia / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, S.A. Fedotkina, I.G. Prokin // Social aspects of population health (electronic scientific journal). – 2016. – No.3 (49). Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/752/27/lang,ru/>. [In Russian]

74. Karailanov, M.G. The history of development and modern aspects of the organization of primary health care in outpatient settings // Trends and innovations in fundamental and applied sciences: a collective monograph. – Stavropol: Logos. - 2016. – Book 3, chapter 2. – P. 23-42. [In Russian]

75. Karailanov, M.G. Medical accounting and reporting in medical organizations: a textbook for cadets and students of all faculties of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov / M.G. Karailanov, A.A. Agapitov, O.Y. Bakanev. – St. Petersburg: VMedA, 2016. – 113 p. [In Russian]

76. Karailanov, M.G. Methodological foundations of the organization of hospital-substituting technologies / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, D.N. Borisov, O.Yu. Bakanev, I.G. Prokin // Izvestia of the Russian Military Medical Academy. – 2016. – Vol. 35, No. 4. – P. 12-18. [In Russian]

77. Karailanov, M.G. Methodological approach to evaluating the efficiency of a medical organization providing outpatient care / M.G. Karailanov, S.A. Fedotkina, I.T. Rusev, I.G. Prokin // Clinical pathophysiology. – St. Petersburg, 2016. – Vol. 22, No. 4. – P. 134-140. [In Russian]

78. Karailanov, M.G. Methodological approach to assessing the effectiveness of primary health care in outpatient settings / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, S.A.

Butsenko, A.V. Novitsky, I.G. Prokin, V.V. Gopeenko, I.M. Ponomarev // Biomedical Journal Medline.ru. – 2015. – Vol. 16, art. 82. – P. 934-938. [In Russian]

79. Karailanov, M.G. Methodological approach to the effectiveness of primary health care / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, D.N. Borisov, O.Yu. Bakanev, I.G. Prokin // Clinical pathophysiology. – St. Petersburg, 2017. – Vol. 23, No. 3. – P. 101-106. [In Russian]

80. Karailanov, M.G. Scientific substantiation of the efficiency of hospital-substituting technologies in the provision of primary health care: dis. ... Doctor of Medical Sciences: 3.2.3. / M.G. Karailanov. – St. Petersburg, 2021. – 654 p. [In Russian]

81. Karailanov, M.G. A new concept – complementary ambulatory technologies / M.G. Karailanov, I.G. Prokin, G.A. Petrova, I.V. Miroshnichenko / in the book: VI week of education in the Elizabeth Hospital. Collection of abstracts of the multidisciplinary medical forum. – Moscow, 2022. – P. 11-13. [In Russian]

82. Karailanov, M.G. Organizational and methodological approach to assessing the efficiency of primary health care at the present stage / M.G. Karailanov, S.A. Fedotkina, E.A. Malikova // In the world of scientific discoveries. – No.8 (80). – Krasnoyarsk, 2016. – P. 63-80. [In Russian]

83. Karailanov, M.G. Organization of outpatient care in a large city / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, A.V. Novitsky, S.A. Butsenko, I.G. Prokin, V.V. Gopeenko, I.M. Ponomarev // Biomedical Journal Medline.ru. – 2015. – Vol. 16, Art. 86. – P. 969-975. [In Russian]

84. Karailanov, M.G. Organization of primary health care: a textbook for cadets and students of the Military Medical Academy named after S. M. Kirov / M.G. Karailanov, I.G. Prokin, S.A. Butsenko, O.Y. Bakanev: edited by Prof. I.T. Ruseva. – St. Petersburg: VMedA, 2018. – 188 p. [In Russian]

85. Karailanov, M.G. Evaluation of the efficiency of primary health care in outpatient settings for the elderly / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, G.A. Stepushkina, I.G. Prokin // Healthcare specialist. – 2018. – No. 1 (15). – P. 28-29. [In Russian]

86. Karailanov, M.G. Primary health care for the elderly at the present stage of

health care development / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, G.A. Stepushkina, I.G. Prokin // Healthcare specialist. – 2018. – No. 1 (15). – P. 27-28. [In Russian]

87. Karailanov, M.G. Improving the efficiency of medical organizations providing primary health care through the introduction of lean manufacturing / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, G.A. Stepushkina, S.A. Fedotkina, D.N. Borisov, I.G. Prokin, O.Yu. Bakanev // in the collection: Modern scientific and educational strategies in public health. Russian scientific and practical conference. – 2018. – P. 70-82. [In Russian]

88. Karailanov, M.G. Rational use of hospital-replacing technologies in the provision of primary health care / M.G. Karailanov, G.A. Stepushkina, D.N. Borisov, O.Yu Bakanev // Medicine and healthcare organization. – SPb., 2018. – Vol. 3, No.2. – P. 31-38. [In Russian]

89. Karailanov, M.G. The role of hospital-substituting technologies in medical practice / M.G. Karailanov // Successes of modern science and education. – Belgorod, 2016. – Vol. 3, No.6. – P. 43-45. [In Russian]

90. Karailanov, M.G. Hospital-substituting technologies in the practice of outpatient clinics / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, I.G. Prokin, S.V. Rudikov // in the collection: Water conservation, land reclamation and hydraulic structures as the basis for the formation of agricultural clusters in Russia in the XXI century. Collection of reports of the XVIII International Scientific and Practical Conference: in 3 volumes. - 2016. – P. 157-161. [In Russian]

91. Karailanov, M.G. Hospital-substituting technologies and forms of medical care (literature review) / M.G. Karailanov, I.T. Rusev, S.A. Fedotkina, I.G. Prokin // Social aspects of population health (electronic scientific journal). – 2016. – No.4 (50). – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/763/30/lang,ru>. [In Russian]

92. Karailanov, M.G. Hospital-substituting technologies in the provision of primary health care M.G. Karailanov, I.T. Rusev, G.A. Stepushkina, I.G. Prokin // Orgzdrav: news, opinions, training. Bulletin of the High School of Organization and Management of Health Care. – 2019. – Vol. 5. No. 3 (17). – P. 45-46. [In Russian]

93. Karailanov, M.G. The concept of "hospital-substituting technologies" in the

primary health care system / M.G. Karailanov, G.A. Petrova, I.V. Miroshnichenko // International Scientific Research Journal. - 2022. – No. 9 – 123 p. [In Russian]

94. Karailanov, M.G. The efficiency of use of hospital-substituting technologies in outpatient practice / M.G. Karailanov, I. T. Rusev, A.V. Novitsky et al. // Biomedical Journal Medline.ru. – 2015. – Vol. 16, Art. 86. – P. 998-1006. [In Russian]

95. Karailanov, M.G. Efficiency of hospital-substituting technologies in modern conditions // Forcipe. – 2022. – Vol. 5, No. 2. – P. 246-247. [In Russian]

96. Kozlova, O.A. Conceptual approaches to change management in healthcare organizations / O.A. Kozlova, N.V. Krivenko // Economic sciences. – 2013. – No. 5 (46). – P. 41-46. [In Russian]

97. Komarov, Yu.M. Medical insurance: experience of foreign healthcare // Bulletin of the State Social Insurance – 2005 – 75 p. [In Russian]

98. Kornilova, G.I. Efficiency and prospects of day hospital work in conditions of traumatological and orthopedic institution / G.I. Kornilova // Traumatology and orthopedics of Russia. - 2006 – 163 p. [In Russian]

99. Kostin, A.A. State personnel policy in the field of healthcare: scientific publication // A.A. Kostin, B.T. Ponomarenko, Yu.V. Samsonov – M.: Ethnosocium, 2015. – 96 p. [In Russian]

100. Kotova, N.V. Dispensary supervision and long-term care of children with chronic pathology at the level of primary health care / N.V. Kotova// Modern pediatrics. - 2012. – No. 6. – P. 28-34. [In Russian]

101. Kochkorov, M. Determination of the need for medical care in day inpatient facilities / M. Kochkorov // Proceedings of Kyrgyz Universities. - 2016. – No. 2. – P. 17-18. [In Russian]

102. Krukovich, E.V. Organizational and legal bases of medical activity: textbook / E.V. Krukovich. – Vladivostok, 2013. – 224 p. [In Russian]

103. Kuzenko, P.I. The health of the population of the city of Perm and the needs for outpatient primary health care / P.I. Kuzenko // Perm Medical Journal. – 2012. – Vol. 29, No. 6. – P. 80-84. [In Russian]

104. Kuzenko, P.I. Medical and social characteristics of patients of the

outpatient emergency primary health care service / P.I. Kuzenko, T.M. Lebedeva, T.N. Govyazina // Family health – 21st century. – 2012. – Vol. 4, No. 4. – 8 p. [In Russian]

105. Kuznetsova, T.V. Analysis of the work of a day inpatient facility on the basis of a district polyclinic // in the collection: Topical issues of pediatrics. Materials of the interregional scientific and practical conference with international participation. – 2017. – P. 131-133. [In Russian]

106. Kutuzova, E.A. Day inpatient facility — a resource-saving form of hospital-substituting technologies / E.A. Kutuzova, E.V. Antipova // Chief Physician. – 2010. – No. 2 (21). – P. 35-38. [In Russian]

107. Kutuzova, E.A. Criteria for the efficiency of day inpatient facilities / E.A. Kutuzova, E.V. Antipova // Chief Physician. – 2015. – No. 2 (43). – P. 5-7. [In Russian]

108. Korop, O.A. Application of hospital-substituting technologies of medical care for surgical patients in the conditions of functioning of general practice - family medicine / O.A. Korop // Hospital-substituting technologies: Outpatient surgery. - 2012. – No. 4. – P. 12-15. [In Russian]

109. Kalininskaya, A.A. Day inpatient facilities: organization of work and scope of activity / A.A. Kalininskaya, L.M. Aliyeva, A.N. Zlobin, S.V. Antipenkov // Health, demography, ecology of Finno-Ugric peoples. - 2014. – No. 2. – P. 8-14. [In Russian]

110. Kalininskaya, A. A. Analysis of the activity of a multidisciplinary day hospital in a city / A.A. Kalininskaya, M.D. Merekina // Health care manager. – 2020. – No. 5. – P. 18-23. [In Russian]

111. Lavrishcheva, G.A. Management process of modernization of primary health care // Materials of conferences of SIC. – M. : Sociosphere, 2012. – No. 28. – P. 87-90. [In Russian]

112. Lazarev, S.V. Reforming state control and supervision in 2015 / S.V. Lazarev // Chief physician: economy and law. – 2015. – No. 1. – P. 11-16. [In Russian]

113. Lebedev, N.N. Hospital-substituting technologies in a multidisciplinary clinical diagnostic center / N.N. Lebedev, S.V. Reshetnikov, A.N. Shikhmetov, V.N. Reshetnikov // Hospital-substituting technologies: Outpatient surgery. – 2017. – No. 1-2. – P. 9-14. [In Russian]

114. Leontyev, O.V. Russian legislation on healthcare: a textbook in tables and diagrams / O.V. Leontyev, S.L. Plavinsky, E.V. Bratchikov, I.Zh. Iskakov. – St. Petersburg: InformMed, 2012. – 80 p. [In Russian]

115. Lisitsyn, Yu.P. Public health and healthcare: textbook // Yu.P. Lisitsyn, G.E. Ulumbekova. – GEOTAR-Med, 2015. – 644 p. [In Russian]

116. Logunov, D.L. Hospital-substituting technologies for patients of older age groups at the medical site / D.L. Logunov, A.S. Vintovkin, V.S. Luchkevich // in the collection: Public health and quality of life. Electronic collection of materials of the VII All-Russian Correspondence Scientific and Practical Conference with international participation. – 2020. – P. 208-214. [In Russian]

117. Masova, T.A. Medical insurance of citizens. Innovations, possibilities of choice. – M.: Publishing House of the Library of the Russian State University, 2014. – 192 p. [In Russian]

118. Medik, V.A. Public health and healthcare / V.A. Medik, V.K. Yuriev // GEOTAR-Media. - 2013. – 608 p. [In Russian]

119. Melnikov, Yu.Yu. Indicators of the activity of the bed stock in day inpatient facility in the Russian Federation / Yu.Yu. Melnikov, M.N. Bantyeva, A.V. Smyshlyaev/ Health care manager. – 2020. – No. 7. – P. 32-35. [In Russian]

120. Melnikov, Yu.Yu. Indicators of day hospitals in the Russian Federation, federal districts and regions in dynamics for 2010-2019 / Yu.Yu. Melnikov, M.N. Bantyeva // Health care manager. – 2021. – No. 6. – P. 11-20. [In Russian]

121. Merekina, M.D. Hospital-substituting forms of work as a health-saving reserve / M.D. Merekina, A.A. Kalininskaya, A.V. Lazarev, A.M. Allenov, L.A. Balsamova // Health care manager. – 2021. – No. 7. – P. 57-65. [In Russian]

122. Mirzabayeva, S.A. Continuity of training and assessment of knowledge of chief nurses of urban experimental institutions of primary health care / S.A. Mirzabayeva // Doctor-postgraduate student. – 2012. – Vol. 53, No. 4. – P. 163-167. [In Russian]

123. Mirov, A.I. Quality management system of diagnostic care / A.I. Mirov // Chief physician. – 2017. – No. 5-6. – P. 56-59. [In Russian]

124. Mokhov, A.A. Fundamentals of medical law of the Russian Federation. Legal bases of medical and pharmaceutical activity in the Russian Federation: textbook. – M.: Prospect, 2015. – 376 p. [In Russian]

125. Musalchieva, M.I. Day hospital of the Republican diagnostic center / M.I. Musalchieva// Topical issues of medicine. Materials of the VI Republican Scientific and Practical conference dedicated to the 80th anniversary of the birth of Professor S.A. Abusuev / edited by M.G. Ataev – 2019. – P. 159-160. [In Russian]

126. Muller, N.V. Health Economics: a textbook. - 2012. – 117 p. [In Russian]

127. Myasnikov, A.O. Primary health care as a basic element of the healthcare system at the present stage (basic principles and key tasks) / A.O. Myasnikov, A.Yu. Novikov, M.A. Sadovskaya // The scientific heritage. – 2020. – No. 43. – P. 43-48. [In Russian]

128. Nemstsveridze, E.Ya Day hospital – as a new approach in the organization of surgical care to the population in outpatient clinics in a large city / E.Ya. Nemstsveridze, K.I. Kasapov, S.H. Bisekov // Social aspects of public health. – 2013. – No. 6 (34). – 6 p. [In Russian]

129. Niyazov, B.S. Assessment of the quality of medical care to the population at the level of day hospitals and emergency medical stations / B.S. Niyazov, S.B. Niyazova // Bulletin of Science and Practice. – 2022. – Vol. 8, No. 1. – P. 114-121. [In Russian]

130. Noskova, L.M. Evaluation of the efficiency of complex treatment of patients with osteoarthritis of large joints in a day hospital polyclinic / L.M. Noskova, L.N. Goryachkina, E.M. Zaguzina, N.E. Senkina, E.N. Skvortsova, A.N. Kalyagin //Modern problems of rheumatology. - 2002. – No. 1. – P. 73-75. [In Russian]

131. Oborin, M.S. Issues and trends in the development of medical services in the consumer market / M.S. Oborin// Bulletin of the Trans-Baikal State University. – 2019. – No. 5. – P. 123-131. [In Russian]

132. Ogneva, E.Yu. Application of a software package for analyzing the efficiency of new management in the work of polyclinics and identifying the causes of patients' dissatisfaction with primary health care / E.Y. Ogneva, A.N. Plutnitsky, A.N.

Gurov, I.V. Davronov // Doctor and scientific technologies. – 2018. – P. 6-17. [In Russian]

133. Obukhova, O.V. Conditions for the implementation of per capita primary financing / O.V. Obukhova // Chief physician. – 2012. – No. 2. – P. 61-64. [In Russian]

134. Public health and healthcare, health economics: textbook in 2 vols. / edited by V.Z. Kucherenko. – GEOTAR-Media, 2013. – Vol. 1. – 688 p. [In Russian]

135. Ozhegov, S.I. Explanatory dictionary of the Russian language: 72500 words and 7500 phraseological expressions / S.I. Ozhegov, N.Yu. Shvedova // Russian Academy of Sciences, Russian Cultural Foundation. – 2nd ed., ed. and amnd. – Moscow – 1994. [In Russian]

136. Pavlov, K.V. The impact on the quality of primary health care of new forms of remuneration of medical personnel / K.V. Pavlov, M.A. Stepchuk, T.M. Pinkus, E.M. Gospodinko // National interests: priorities and security. - 2012. – No. 5. – P. 48-51. [In Russian]

137. Pavlov, K.V. The impact of new forms of financing on the efficiency of primary health care / K.V. Pavlov, M.A. Stepchuk, T.M. Pinkus, E.M. Gospodynko // National interests: priorities and security. - 2012. – No. 7. – P. 61-64. [In Russian]

138. Pankov, D.A. Analysis of economic activity of budgetary organizations: textbook / D. A. Pankov, E.A. Golovkova, L. V. Pashkovskaya et al. // New knowledge. - 2014. – 631 p. [In Russian]

139. Penyugina, E.N. Conceptual approaches to optimizing the network of hospitals and the organization of inpatient medical care, considering urban planning policy and the main directions of social and economic development of a large city: abstract of the dissertation of Doctor of Medical Sciences: 14.00.33 / E.N. Penyugina. - 2008. – 39 p. [In Russian]

140. Pirogov, M.V. Economic aspects of primary health care financing in modern conditions / M.V. Pirogov // Handbook of a general practitioner. - 2012. – No. 5. – P. 17-22. [In Russian]

141. Pitenin, Yu.I. Foreign experience in providing outpatient surgical care / Yu.I. Pitenin, D.V. Ovchinnikov, E.G. Karpushchenko // Hospital-substituting

technologies: Outpatient surgery. - 2013. – No. 3-4. – P. 19-22. [In Russian]

142. Plavinsky, S.L. Indicators of the quality of outpatient care based on hospital admission data / S.L. Plavinsky, M.R. Andreeva, O.Yu. Kuznetsova, V.E. Zholobov // Russian family doctor. – 2009. – No. 4. – P. 17-25. [In Russian]

143. Plutnitsky, A.N. The primary link of medical care – the basis of the healthcare system / A.N. Plutnitsky, Yu.N. Ognev // Quality management in medicine – 2021. – P. 4-7. [In Russian]

144. The elderly population of Russia: issues and prospects: Social Bulletin – 2016. – [Electronic resource] // Analytical Center under the Government of the Russian Federation: Electronic website. – Access mode: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/8485/>. [In Russian]

145. Resolution of the Government of the Russian Federation dated April 15, 2014 No. 294 "On approval of the State program of the Russian Federation "Development of healthcare" (with amendments and additions) [Electronic resource]. – Access mode: <http://government.ru/docs/all/91295/>.

146. Resolution of the Government of St. Petersburg dated June 30, 2014 No. 553 "On the state program of St. Petersburg "Development of healthcare in St. Petersburg" for 2015-2020" (with amendments and additions) [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.gov.spb.ru/static/writable/ckeditor/uploads/2014/08/04/553/>.

147. Resolution of the Government of the Russian Federation dated March 29, 2019 No. 380 "On Amendments to the State Program of the Russian Federation "Development of Healthcare" [Electronic resource] – Access mode: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201904040013?ysclid=le9lbcxt5b103213441>.

148. Pranovich, A.A. Analysis of the performance indicators of day hospitals in the Russian Federation / A.A. Pranovich, S.M. Pikalov, A.Zh. Stepanyan, S.V. Korolev // Bulletin of the All-Russian Society of specialists in medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry. - 2014. – No. 1. – P. 52-56. [In Russian]

149. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian

Federation dated May 11, 2007 No. 325 "On approval of criteria for evaluating the efficiency of a general practitioner (family doctor)" [Electronic resource] – Access mode: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-11052007-n-325/?ysclid=le9le1wd4y840718288>.

150. Order of the Ministry of Health and Social Development dated May 15, 2012 No. 543n "On approval of the regulation on the organization of primary health care for the adult population" [Electronic resource]. - Access mode: <https://base.garant.ru/70195856/?ysclid=le9lg0i4i7366565726>.

151. Order of the Ministry of Health of Russia dated December 9, 1999 No. 438 "On the organization of the activities of day inpatient facilities in medical institutions" – Access mode: <https://base.garant.ru/4176421/?ysclid=le9lj0o57j747488885>.

152. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated April 26, 2012 No. 406n "On approval of the procedure for a citizen to choose a medical organization when receiving medical care under the program of state guarantees of free medical care for citizens" [Electronic resource]. – Access mode: <https://base.garant.ru/70179998/?ysclid=le9ljrx5qg938729453>.

153. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated December 15, 2014 No. 834n "On approval of unified forms of medical documentation used in medical organizations providing medical care in outpatient settings, and procedures for their completion" [Electronic resource]. – Access mode: <https://base.garant.ru/70877304/?ysclid=le9lm00awi195700371>.

154. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated November 20, 2002 No. 350 "On improvement of outpatient and polyclinic care in the Russian Federation" [Electronic resource]. – Access mode: <https://docs.cntd.ru/document/894314019?ysclid=le9lo253nx951137586>.

155. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated August 26, 1992 No. 237 "On the gradual transition to the organization of primary health care on the principle of general practitioner (family physician)" [Electronic resource]. – Access mode: <https://base.garant.ru/4101396/?ysclid=le9lp76chm472679398>.

156. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated February

27, 2016 No. 132n "On the requirements for the location of medical organizations of the state health care system and municipal health care system based on the needs of the population" [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71260614/?ysclid=le9lqi08g5459202770>.

157. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated October 31, 2013 No. 810n "On the organization of work on the formation of an independent system of evaluation of the quality of state (municipal) institutions providing services in the field of health care" [Electronic resource]. – Access mode: <https://minzdrav.midural.ru/uploads/document/1303/prikaz-minzdrava-rossii-ot-31-oktyabrya-2013>.

158. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated August 6, 2013 No. 529n "On approval of the nomenclature of medical organizations" [Electronic resource]. – Access mode: <https://base.garant.ru/70453400/?ysclid=le9luo5lrk922680069>.

159. Order of the Ministry of Health of Russia dated December 16, 1999 No. 438 "On the organization of the activities of day inpatient facilities in medical institutions" [Electronic resource]. – Access mode: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=10101&ysclid=le9lwg1mig994312994>.

160. Prokin I.G. Organization of medical care to the population: an electronic textbook for masters of the faculty of senior health care personnel and students of the cycle of professional retraining "Public health and healthcare" / I.G. Prokin, M.G. Karaylanov, O.Y. Bakanev. – St. Petersburg: VMedA, 2016. – 101 p. [In Russian]

161. Prytova, E.B. Analysis of the efficiency of hospital-substituting forms of care in the structure of a neuropsychiatric dispensary / E.B. Prytova, R.V. Kostenko, N.V. Pravdina // *Psychiatry*. – 2018. – No. 3 (79). – P. 87-94. [In Russian]

162. Revskaya, I.A. Management technologization of professional development of personnel of medical organizations / I.A. Revskaya // *Research and practice in medicine*. - 2016. – Vol. 3, No. 1. – P. 79-83. [In Russian]

163. Roik, V.D. Compulsory medical insurance: theory and practice / V.D. Roik. // *Business and service*. – 2013. – 203 p. [In Russian]

164. Roik, V.D. Social insurance: textbook and practicum / V.D. Roik // Yurayt. – 2015. – 520 p. [In Russian]
165. Romanov, S.V. Ways to Increase Patient Satisfaction with Services at the Registration Desk of a Polyclinic of a Medical Organization of the Federal Medical and Biological Agency of Russia / S.V. Romanov, S.A. Dzyubak // Training manual Medicine of extreme situations. – P. 47-50. [In Russian]
166. Romanova, L.E. Analysis of economic activity. / L.E. Romanova// Yurayt-Izdat. – 2013. – 220 p. [In Russian]
167. Rudnev, V.A. Features of functioning of the neurological department of the city hospital and the neurological center for specialized course outpatient treatment (SCOT) / V.A. Rudnev M.Ya. Berdichevsky, N.N. Chirva // Neurological Bulletin named after V.M. Bekhterev. – Kazan, 1998. – No. 2. – P. 34-37. [In Russian]
168. Rusev, I.T. Day hospital in a multidisciplinary clinic as a hospital-substituting technology / I.T. Rusev, M.G. Karailanov, S.A. Butsenko, I.G. Prokin // Materials of the XII All-Russian scientific and practical conference on "Topical issues of the clinic, diagnosis and treatment in a multidisciplinary medical institution". – St. Petersburg, 2016. – P. 351-352. [In Russian]
169. Rusev, I.T. Methodological foundations of the efficiency of primary health care in outpatient settings / I.T. Rusev, M.G. Karailanov, I.G. Prokin // Materials of the V Congress of outpatient surgeons of the Russian Federation. – St. Petersburg, 2016. – P. 103-104. [In Russian]
170. Rusev, I.T. Organization of primary health care in outpatient settings on the example of a megapolis / I.T. Rusev, M.G. Karailanov, I.G. Prokin, S.G. Kuzmin // Bulletin of the Russian Military Medical Academy. – 2016. – No. 3 (55). – P. 144-147. [In Russian]
171. Rusev, I.T. Evaluation of the efficiency of military medical organizations providing primary health care / I.T. Rusev, M.G. Karailanov, S.A. Fedotkina, I.G. Prokin, D.N. Borisov // Military Medical Journal. – 2018. – No. 2. – P. 4-10. [In Russian]
172. Rusev, I.T. Evaluation of the efficiency of a medical organization providing

primary health care / I.T. Rusev, M.G. Karailanov // Proceedings of the XLVII International Scientific and Practical Conference "Scientific discussion: questions of medicine". – Internauka. – 2016. – No. 3 (34). – P. 96-100. [In Russian]

173. Rusev, I.T. Hospital-substituting technologies in military medical organizations / I.T. Rusev, M.G. Karailanov, S.A. Fedotkina, I.G. Prokin, D.N. Borisov, V.V. Zakurdaev, G.A. Stepushkina // Military Medical Journal. - 2019. – Vol. 340 – No. 10 – P. 14-21. [In Russian]

174. Rusev, I.T. Hospital-substituting forms of medical care in a multidisciplinary hospital / I.T. Rusev, M.G. Karailanov, S.A. Butsenko, I.G. Prokin // Materials of the XII All-Russian scientific and practical conference on "Topical issues of clinic, diagnosis and treatment in a multidisciplinary medical institution". – St. Petersburg, 2016. – P. 353-354. [In Russian]

175. Rusev, I.T. Hospital-substituting forms in the provision of primary health care in outpatient settings / I.T. Rusev, M.G. Karailanov // Issues of modern science: a collective monograph. – M.: Internauka, 2016. – Vol. 5., ch. 2. – P. 28-44. [In Russian]

176. Rusev, I.T. The efficiency of hospital-substituting technologies in the provision of primary health care / I.T. Rusev, M.G. Karailanov, I.G. Prokin, O.Yu. Bakanev, E.S. Goleva // Effective management and control in healthcare. Materials of the All-Russian Scientific and practical conference. /Edited by I.T. Ruseva, A.H. Akhmineeva – St. Petersburg, 2022. – P. 87-91. [In Russian]

177. Ostrovsky, D.A. The social significance of the work of inpatient medical care institutions / D.A. Ostrovsky, S.V. Ishutin, A.Yu. Subbotin, P.V. Babenko // in the collection: Public health as the basis of Russia's prosperity. Materials of the X Anniversary All-Russian Scientific and Practical Conference with international participation. The branch of the RSSU in Anapa. - 2016. – P. 233-237. [In Russian]

178. Savitskaya, G.V. Methodology of complex analysis of economic activity / G.V. Savitskaya – M.: INFRA-M, 2012. – 288 p. [In Russian]

179. Savchenko, A.P. Public health and the healthcare system in the context of social policy of Russia / A.P. Savchenko. – M.: Media, 2014. – 350 p. [In Russian]

180. Saperov, V.N. Difficulties of primary care physicians. What to do? / V.N.

Saperov // New St. Petersburg medical records – 2012. – No. 1. – P. 12-13. [In Russian]

181. Semenov, V.V. Simultaneous interventions on the abdominal organs: controversial and obvious aspects of the problem / V.V. Semenov, A.A. Kurygin // Bulletin of Surgery – 2014 – pp. 96-99. [In Russian]

182. Senchenko, I.K. Organizational and functional model of medical care for the elderly and senile in outpatient clinics / I.K. Senchenko, I.G. Novokreschenova // Doctor-postgraduate student. – 2013. – Vol. 60, No. 5. – 3. 65-75. [In Russian]

183. Seryakova, E.E. Organization of work of the day inpatient facility for elderly citizens in Tver / E.E. Seryakova, O.E. Barsukova // in the collection: Forms and methods of social work in various spheres of life. Materials of the XI International Scientific and Practical Conference dedicated to the 60th anniversary of the East Siberian State University of Technology and Management / edited by Yu.Yu. Shurygina – Ulan-Ude, 2022. – P. 248-251. [In Russian]

184. Sidiyakina, E.S. Day inpatient facility as a leading link of outpatient care / E.S. Sidiyakina, E.S., F.B. Sherkunov, T.B. Arsyutova // in the collection: Choosing the optimal strategy in patients with vascular diseases. Regional Vascular Center 2019: results of the decade. Materials of the Interdisciplinary scientific and practical conference / edited by E.I. Busalaeva – 2019. – P. 217-220. [In Russian]

185. Skvirskaya, G.P. Relevant problems of modernization of outpatient care to the population of the Russian Federation / G.P. Skvirskaya // Deputy Chief Physician. - 2012. – No. 8. – P. 16-26. [In Russian]

186. Skvirskaya, G.P. Problems and tasks of medical employees with secondary education during the modernization of the primary medical care system / G.P. Skvirskaya // Chief medical nurse. - 2013. – No. 7. – P. 52-76. [In Russian]

187. Sklyanova, M.V. Primary health care for patients with gout / M.V. Sklyanova, A.N. Kalyagin // Modern rheumatology. - 2012. – No. 3. – P. 52-55. [In Russian]

188. Sklyar, T.M. Organizational and managerial innovations in medical organizations / T.M. Sklyar // Healthcare. - 2014. – No. 1. – P. 42-48. [In Russian]

189. Smagulova, A.B. Evaluation of the results of rehabilitation and treatment

in a day hospital and a hospital at home / A.B. Smagulova, I.Z. Mambetova, S.M. Madiyarova, A. Zulkhazhi, A.Zh. Zhadykova, A.B. Kabanbayeva // Bulletin of the Kazakh National Medical University. - 2012. – No. 4. – P. 127-130. [In Russian]

190. Smirnova, E.V. On the issue of the organization of drug provision in the provision of primary health care at city polyclinics / E.V. Smirnova, O.A. Volkova // Problems of standardization in healthcare. – 2020.– No. 3-4. – P. 54-62. [In Russian]

191. Sobolev, K.E. Planning of specialized medical care using clinical and statistical groups of diseases / K.E. Sobolev // Problems of standardization in healthcare. - 2022. – No. 5-6. – P. 3-10. [In Russian]

192. Solovyova, E.A. Experience in organizing surgical care in outpatient settings for women with reproductive system diseases/ E.A. Solovyova, O.D. Konstantinova, M.A. Trishina, O.V. Muzychenko // Ural Medical Journal. – 2015. – No. 5 (128). – P. 59-63. [In Russian]

193. Solovyova, I.V. Analysis of the efficiency of hospital-substituting technologies for medical care / I.V. Solovyova, E.V. Efanova // in the collection: Modeling and management of processes in healthcare. Intercollegiate collection of scientific papers. V. I. Vernadsky Russian Academy of Natural Sciences / edited by O.V. Rodionova – Voronezh, 2009. – P. 74-81. [In Russian]

194. Son, I.M. Activity of day hospitals in the Russian Federation in 2000-2014 / I.M. Son, V.A. Evdakov, S.I. Shlyifer, A.Sh. Senenko, Yu.Yu. Melnikov // Health care manager. - 2016. – No. 7. – P. 6-19. [In Russian]

195. Starodubov, V.I. Public health and healthcare. National Leadership / edited by V.I. Starodubov, O.P. Shchepina. – M.: GEOTAR-Media, 2013. – 624 p. [In Russian]

196. Starodubov, V.I. Primary medical care: state and prospects of development: monograph / V.I. Starodubov, A.A. Kalininskaya, S.I. Shlyifer – Medicine, 2007. – 264 p. [In Russian]

197. Stasevich, N.Yu. The role of medical-organizational and economic technologies in assessing the quality of medical care and improving health / N.Yu. Stasevich, I.A. Lassky // Social aspects of public health [electronic scientific journal].

– 2015; 45 (5). – Access mode: http://vestnik.mednet.ru/content/view/708/30/lang_ru.
[In Russian]

198. Stepushkina, G.A. On organizational and methodological approaches to evaluating the efficiency of medical organizations providing primary health care / G.A. Stepushkina, I.T. Rusev, M.G. Karailanov, I.G. Prokin, O.Yu. Bakanev // in the collection: Modern scientific and educational strategies in public health. Russian Scientific and Practical Conference. – 2018. – P. 165-176. [In Russian]

199. Stepchuk, M.A. Stages of development of primary health care in Russia / M.A. Stepchuk, T.M. Pinkus, D.P. Bozhenko // Scientific Bulletin of Belgorod State University. - 2012. – Vol. 18, No. 10. – P. 140-147. [In Russian]

200. Stozharov, V.V. Modern Problems of Organizing Emergency Hospitalization of Patients in St. Petersburg Hospitals / V.V. Stozharov, E.N. Penyugina, N.V. Razumny et al. // Emergency medical care. - 2013. – No. 1. – P. 28-33. [In Russian]

201. Tainitskaya, E.V. The role of performance rating of the district pediatrician in improving the quality and efficiency of primary health care / E.V. Tainitskaya // Deputy Chief physician. - 2012. – No. 12. – P. 57-67. [In Russian]

202. Taut, D.F. Analysis of the activities and prospects for the development of modern hospital-substituting technologies from the standpoint of quality management in the Russian Federation / D.F. Taut, O.R. Shvabsky, I.B. Minulin, A.A. Shcheblykina // Bulletin of Roszdravnadzor. – 2020. – No. 5-1. – P. 60-65. [In Russian]

203. Tikhonovskaya, E.Yu. A new look at the routine work of a day inpatient facility / E.Yu. Tikhonovskaya, N.P. Sharina // Chief physician. – 2016. – No. 1. – P. 39-45. [In Russian]

204. Toleu, A.T. History of the development of day inpatient facilities / A.T. Toleu // Bulletin of the Medical Center of the Office of the President of the Republic of Kazakhstan. - 2011. – No. 1. – P. 112-114. [In Russian]

205. Toleubaev, E.A. Simultaneous interventions in surgery of abdominal organs / E.A. Toleubaev, A.E. Alibekov, A.M. Balykbaeva // Medicine and ecology. – 2021. – No. 1 – P. 47-52. [In Russian]

206. Trifonova, N.Yu. Organization of medical care in modern conditions in the aspect of health of health care personnel / N.Yu. Trifonova, S.N. Petrosov, V.V. Solovyov // Social aspects of public health [electronic scientific journal]. – 2014; 38(4). – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/582/30/lang ,ru>. [In Russian]

207. Uiba, V.V. Economic methods of healthcare management / Novosibirsk, 2012. – 314 p. [In Russian]

208. Decree of the President of the Russian Federation dated June 6, 2019 No. 254 "On the strategy for the development of healthcare in the Russian Federation for the period up to 2025" [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326>.

209. Decree of the President of the Russian Federation dated May 7, 2012 No. 597 "On measures for the implementation of state social policy" [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/35261>.

210. Decree of the President of the Russian Federation dated June 28, 2007 No. 825 "On the evaluation of the efficiency of the executive authorities of the subjects of the Russian Federation" [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/25729>.

211. Ulumbekova, G.E. Healthcare of Russia. What to do / G.E. Ulumbekova. – M. : GEOTAR-Media, 2015. – 706 p. [In Russian]

212. Ulumbekova, G.E. Healthcare of Russia. What to do: scientific justification of the "Strategy for the development of healthcare in the Russian Federation until 2020" / G.E. Ulumbekova. – M.: GEOTAR-Media, 2010. – 592 p. [In Russian]

213. Ulumbekova, G.E. The healthcare system of the Russian Federation: results, challenges and solutions / G.E. Ulumbekova // Bulletin of Roszdravnadzor. - 2012. – No. 2. – P. 33-38. [In Russian]

214. Fayzullina, R.N. Activity of day hospitals and directions of their development / R.N. Fayzullina, A.A. Gilmanov, I.R. Iskandarov // Ural Medical Journal. – 2020. – No. 3 (186). – P. 169-173. [In Russian]

215. Fayzullina, R.N. Bed stock of day inpatient facilities and the organization of its work / R.N. Fayzullina, A.A. Gilmanov, I.R. Iskandarov // Social aspects of

public health. – 2021. – Vol. 67. No. 4. Access mode: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1286/30/lang.ru_RU.CP1251/. [In Russian]

216. Fayzullina, R.N. Assessment of issues in the organization of day inpatient facilities/ R.N. Fayzullina, A.A. Gilmanov, I.R. Iskandarov // *Remedium*. – 2022. – Vol. 26. No. 1. – P. 30-34. [In Russian]

217. Federal Law dated November 29, 2010 No. 326-FZ "On Compulsory medical insurance in the Russian Federation" [Electronic resource]. – Access mode: <http://base.garant.ru/12180688/?ysclid=le9m4ke98k294942118>.

218. Federal Law dated November 21, 2011 No. 323-FZ "On fundamental healthcare principles in the Russian Federation" [Electronic resource]. – Access mode: <http://base.garant.ru/12191967/?ysclid=le9m5hu9pf957883388>.

219. Fedotkina, S.A. Rational use of hospital-substituting technologies and forms of medical care / S.A. Fedotkina, M.G. Karailanov, I.T. Rusev // *Bulletin of St. Petersburg University. Medicine*. – 2017. – Vol. 12. No. 2. – P. 179-189. [In Russian]

220. Fedotkina, S.A. Participation of a nurse in the promotion of a healthy lifestyle among young people / S.A. Fedotkina, M.G. Karailanov, O.G. Shinkareva, E.A. Malikova, A.M. Polskaya // *Materials of the All-Russian International Scientific and Practical conference "Health as the basis of human potential: problems and ways to solve them"*. – St. Petersburg, 2016. – Vol. II, part 1. – P. 333-335. [In Russian]

221. Khetagurova, A.K. Features of evaluation of the activity of day hospital nurses / A.K. Khetagurova, G.S. Shestakov, G.V. Khokhlova // *Problems of standardization in healthcare*. – 2018. – No. 1-2. – P. 44-55. [In Russian]

222. Cherniyenko, E.I. Advantages and shortcomings of hospital-substituting technologies / E.I. Cherniyenko, G.A. Lavrishcheva, V.P. Sazhin, A.V. Volnukhin – M.: 2010. – 135 p. [In Russian]

223. Chirikova, A.E. Doctors as a professional group: reproduction and maintenance of medical professionalism // *Journal of Social Policy Research*. – 2013. – Vol. 11, No. 13. – Access mode: <https://socionet.ru/publication.xml?h=spz:cyberleninka:29272:15696310>. [In Russian]

224. Chirkov, V.A. A comprehensive socio-hygienic study of the satisfaction of

the urban population with the organization and quality of primary health care / V.A. Chirkov, A.V. Breusov, R.A. Breusov // Modern studies of social problems. - 2012. – No. 9. – 89 p. [In Russian]

225. Sharapieva, A.M. Analysis of the results of interviews with the heads of medical organizations of primary health care in Semey on the organization of nursing care at home / A.M. Sharapieva, A.O. Mysaev, R.A. Abzalova, Ken Inouye // Bulletin of KazNMU – No. 3 – P. 372-375. [In Russian]

226. Shevsky, V.I. Integration of efforts of medical organizations in providing medical care to patients: opinion of doctors / V.I. Shevsky, I.M. Sheiman, A.R. Akhmetzyanov, I.V. Zarochintseva // Healthcare. - 2013. – No. 6. – P. 42-59. [In Russian]

227. Shevchenko, V.V. The standard of costs for the implementation of the state (municipal) task as a tool for improving the financial efficiency of healthcare institutions / V.V. Shevchenko // Health care manager. - 2014. – No. 1. – P. 37-41. [In Russian]

228. Sheiman, I.M. Priority of primary health care - declaration or reality? / I.M. Sheiman, V.I. Shevsky, S.V. Sazhina // Social aspects of public health. – 2019. – 65(1) – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/27/lang.ru/>. [In Russian]

229. Shestakov, G.S. Some features of the assessment of the activities of day hospitals / G.S. Shestakov, G.V. Khokhlova. // Problems of standardization in healthcare. – 2015. – No. 5-6. – P. 16-21. [In Russian]

230. Shiltsova, T.A. Analysis of the use of the bed stock of the healthcare system of the region / T.A. Shiltsova, S.K. Akhedzhak-Naguse, A.A. Naguse, V.V. Pilshchikova // Bulletin of the Academy of Knowledge. – 2022. – No. 50 (3). – P. 376-382. [In Russian]

231. Shlyafer, S.I. Analysis of the activities of emergency medical care in the Russian Federation [Electronic resource] / S.I. Shlyafer // Social aspects of public health: electronic scientific publication (scientific and practical journal). – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/396/30/lang.ru/>. [In Russian]

232. Shlyafer, S.I. Analysis of the work of day inpatient facilities of various

types of medical organizations providing outpatient care / S.I. Shlyafer // Modern problems of healthcare and medical statistics. – 2017. – No. 3. – P. 14-22. [In Russian]

233. Shlyafer, S.I. Diagnostic work in day inpatient facilities in Russia / S.I. Shlyafer // Medicine. - 2018. – Vol. 6. No. 3 (23). – P. 1-18. [In Russian]

234. Shlyafer, S.I. Evaluation of the work of day inpatient facilities and inpatient facilities at home in the Russian Federation. Analysis of statistical reporting / S.I. Shlyafer // Medicine. – 2019. – Vol. 7, No. 2 (26). – P. 9-23. [In Russian]

235. Shlyafer, S.I. Performance indicators of hospital-substituting forms of organization of medical care in the Russian Federation and the results of receiving annual statistical reports for 2008. Social aspects of public health: electron. journal. – 2009. – Access mode: <http://vestnik.ru/content/view/123/30/>. [In Russian]

236. Shlyafer, S.I. Composition of adult patients discharged from round-the-clock hospitals and day care clinics of hospital organizations in Russia / S.I. Shlyafer // Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. - 2016. – No. 4. – P. 168-177. [In Russian]

237. Shlyafer, S.I. Composition of patients treated in day inpatient facilities and inpatient facilities at home in the Russian Federation / S.I. Shlyafer // Chief physician. – 2015. – No. 11-12. – P. 27-33. [In Russian]

238. Shlyafer, S.I. Comparative analysis of the composition of patients in day inpatient facilities and inpatient facilities / S.I. Shlyafer // Medicine. – 2020. – Vol. 8, No. 4 (32). – P. 1-12. [In Russian]

239. Shlyafer, S.I. Surgical work of medical organizations providing outpatient care in the Russian Federation / S.I. Shlyafer // Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine. – 2022. – Vol. 30, No. 2. – P. 264-269. [In Russian]

240. Shulanbayeva, A.Zh. Peculiarities of the activity of day inpatient facilities / A.Zh. Shulanbayeva, A.U. Baltayeva, Zh.M. Raykhanova, N.K. Kozhakhmetova, A.B. Sydykova // Bulletin of the Kazakh National Medical University. – 2019. – No. 1. – P. 518-522. [In Russian]

241. Shchepin, V.O. On the issue of providing primary specialized health care abroad / V.O. Shchepin, A. S. Dyachkova // Bulletin of the National Research Institute

of Public Health. - 2013. – No. 2. – P. 296-300. [In Russian]

242. Shchepin, V.O. On the issue of perspective directions of healthcare development in the Russian Federation / V.O. Shchepin, T.I. Rastorgueva, T.N. Proklova // Bulletin of the National Research Institute of Public Health. - 2012. – No. 1. – P. 147-152. [In Russian]

243. Shchepin, O.P. Public health and healthcare: textbook / O.P. Shchepin, V.A. Physician. – M.: GEOTAR-Media, 2012. – 592 p. [In Russian]

244. Shchepin, V.O. Volume and structure of outpatient visits to doctors in the Russian Federation in 2009-2011 / V.O. Shchepin, O.V. Mirgorodskaya // Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine. - 2013. – No. 3. – P. 9-14. [In Russian]

245. Shchepin, V.O. Structural analysis of the network of outpatient care institutions in the Russian Federation // V.O. Shchepin, O.V. Mirgorodskaya / Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine. - 2012. – Vol. 6. – pp. 26-31. [In Russian]

246. Shchepin, V.O. Structural and functional analysis of the activities of day hospitals in the Russian Federation / V. O. Shchepin, O.V. Mirgorodskaya // Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine. – 2012. – No. 2. – P. 20-23. [In Russian]

247. Economic analysis: textbook for universities / edited by L.T. Gilyarovskaya. – M.: UNITY-DANA, 2013. – 615 p. [In Russian]

248. Abbott, L.S. Eliminating Health Disparities through Action on the Social Determinants of Health: A Systematic Review of Home Visiting in the United States, 2005-2015 [Electronic resource] / Laurie S. Abbott, Lynn T. Elliott // Wiley online library. Public health nursing – 2016. – Access mode: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/phn.12268>.

249. Akkus, Y. Improving the quality of life for multiple sclerosis patients using the nurse-based home visiting model. / Y. Akkus, N. Akdemir // Scand J Caring Sci. – 2012. – 26 (2). – P. 295-303.

250. Aksoy, H. Physicians' attitudes toward home healthcare services in Turkey:

A qualitative study. / H. Aksoy, R. Kahveci, P. Doner, I. Aksoy, D. Ayhan, A. Ozkara // *European Journal of General Practice*. – 2015. – 21 (4). – P. 246-252.

251. Anderson, C. Stroke rehabilitation services to accelerate hospital discharge and provide home-based care: an overview and cost analysis. *Pharmacoeconomics*. / C. Anderson, Ni Mhurchu C, P. M. Brown, K. Carter –2002. – 20 (8). – P. 537-552.

252. Anderson, C. Home or hospital for stroke Rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: II: cost minimization analysis at 6 months. / C. Anderson, C.N. Mhurchu, S. Rubenach, M. Clark, C. Spencer, A. Winsor // *Stroke*. – 2000. – 31 (5). – P. 1032-10377.

253. Arah, O. A. Conceptual frame works for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement / O. A. Arah // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2003. – Vol. 15, No. 5. – P. 377-398.

254. Brugha, R. Stakeholder analysis: a review. / R. Brugha, Z. Varvasovszky // *Health Policy Plan*. – 2000. – 15 (3). – P. 239-246.

255. Board, N. A randomized trial of the costs of hospital as compared with hospital in the home for acute medical patients / N. Board, N. Brennan, G. Caplan // *Aust NZ J Public Health*. – 2000. – Vol. 24. – P. 305-311.

256. Burns, T. Home treatment for mental health problems: a systematic review. / T. Burns, M. Knapp, J. Catty, A. Healey, J. Henderson, H. Watt, C. Wright // *Health Technol Assess*. – 2001. – 5 (15). – P. 139.

257. Buse, K. Making Health Policy / K. Buse, N. Mays, G. Walt // Oxford: Open University Press, – 2005. – 206 p.

258. Caplan, G.A. Evaluation of hospital at home scheme. Another study found that patients prefer home care to hospital care / G.A. Caplan // *BMJ*. – 2000. – Vol. 320. – P. 1077.

259. Chen, L. Quasi-experimental evaluation of a home care model for patients with stroke in China. / L. Chen, J.W. Sit, X. Shen // *Disabil Rehabil*. – 2016. – 38 (23). – P. 2271.

260. Cheung, C.K. Improving Older Adults' Functional Ability Through Service Use in a Home Care Program in Hong Kong / C.K. Cheung, M.H.N. Raymond //

Research on Social Work Practice. – 2005. – Vol. 15. – P. 154-164.

261. Chiu, L. Comparisons of the cost-effectiveness among hospital chronic care, nursing home placement, home nursing care and family care for severe stroke patients / L. Chiu, W.C. Shyu, Y.H. Liu // *J Adv Nurs*. – 2001. – 33 (3). – P. 380-386.

262. Curral, R. Forty years of a psychiatric day hospital. / R. Curral, C. Silveira, R. Lopes, A. Norton, I. Domingues, A. Roma-Torres, F. Lopes, E. Ramos // *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. – 2014. – Vol. 36, No. 1. – P. 52-58.

263. Dahl, U. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients – a retrospective comparative cohort study. / U. Dahl, R. Johnsen, R. Satre, A. Steinsbekk // *BMC Health Serv Res*. – 2015. – 15. – P. 48.

264. De Vos, P. The functioning of the Cuban home hospitalization programme: a descriptive analysis / P. De Vos, I. Barosso, A. Rodrigues et al. // *BMC Health Serv Res*. – 2007. – Vol. 7. – P. 76.

265. Diderichsen, F. Resource allocation to health authorities: the quest for an equitable formula in Britain and Sweden. / F. Diderichsen, E. Varde, M. Whitehead // *British Medical Journal*. – 1997. – 315. – P. 875-878.

266. Donald, I.P. Hospital-at-home: a randomized controlled trial / I.P. Donald R.N. Baldwin, M. Bannerjee Gloucester // *Age and Ageing*. 1995. – Vol. 24. – P. 434-439.

267. Dosal, A. Use of intravenous iron infusion in a gastroenterology day hospital: indications, dosage and adverse effects / A. Dosal, L. Moreno, M. López, X. Calvet, A. Figuerola., M. Miquel, A. Villoria, E. Gené, M.T. Ruíz, D. Suárez // *Gastroenterologia y Hepatologia*. – 2010. – Vol. 33, No. 7. – P. 479-483.

268. Dionne, S. Building primary care in a changing Europe: case studies/ S. Dionne, Kringos Wienke G. W. Boerma, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman // *WHO Regional Office for Europe / European Observatory for Health Systems and Policies*. – 2015 – P. 304.

269. Eng, C.E. Programme of all-inclusive care of the elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing / C.E. Eng, J. Pedulla, J.P. Eleaser et al. // *J Am Geriatr Soc*. 1997. – Vol. 45. – P. 223-232.

270. Ettelt, S. Fundamentals of politics. Medical care planning: an overview of international experience. /S. Ettelt // European Observatory on Health Systems and Policies – M. – 2009. – P. 62.

271. Figueras, J. The road to reform / J. Figueras, N. Mehabde, R. Basse // British Medical Journal. – 2005. – P. 169-170.

272. Forster, A. Systematic review of day hospital care for elderly people / A. Forster, J. Young, P. Langhome // BMJ. 1999. – Vol. 318. – P.837-841.

273. Gilson, L. Trust and the development of health care as a social institution / L. Gilson // Social Science and Medicine. – 2003. – P. 1453-1468.

274. Glaesmer, H. Improvement of functional deficits, physical mobility and cognitive function by treatment in geriatric day hospital / H. Glaesmer, J. Kunstler, W. Reuter // Z Gerontol Geriatr. – 2003. – Vol. 36. – P. 475-483.

275. Groenvold, M. On the Front Lines of Care: Primary Care Doctor's Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries / M. Groenvold, A.T. Johansen, M. Stromgren // Hosteter et al. – November. – 2006. – Vol.57. – P. 35.

276. Hanks, C.A. Implementing Nurse Home Visitation Programs / C.A. Hanks, J. Smith // Public Health Nurs. – 1999. – 16(4). – P. 235-45.

277. Hill, J.D. A randomised trial of home-versus-hospital management for patients with suspected myocardial infarction. / J.D. Hill, J.R. Hampton, J.R. Mitchell // Lancet. – 1999. – Vol. 1. – P. 837-841.

278. Iliffe, S. What do we know about hospital at home? Lessons from international experience / S. Iliffe, S. Shepperd // Appl. Health Econ. Health Policy. – 2002. – Vol. 1. – P. 141-147.

279. Interprofessional Collaborative Practice in Primary Health Care: Nursing and Midwifery Perspectives / World Health Organization. – Geneva, 2013 – P. 24.

280. Jacobs, P. The Economics of Health and Medical Care. / P. Jacobs, J. Rapoport // – Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. – 2004. – P. 438.

281. Karailanov, M. Evaluating the effectiveness of primary health care in outpatient settings / M. Karailanov, I. Rusev // XIII International scientific and practical conference «International scientific review of the problems and prospects of

modern science and education». – Chicago, 2016. – No. 5 (15). – P. 99-100.

282. Lammers, W. Demographic analysis of emergency department patients at the Ruijin hospital, Shanghai / W. Lammers, W. Folmer, E.M. Van Lieshout, T. Mulligan, J.C. Christiaanse, D. Den Hartog, J. Tong, Y. Lu, P. Patka // *Emerg. Med. Int.* – 2011. – P. 1-5.

283. Lang, T. European protocol. *Int J Technol Asses Health Care* / Lang, T., Liberati A., Tampieri A. //– 1999. – 15(1) – P. 197.

284. Lopes, R Day hospital in community psychiatry: is it still an alternative to mental health care? / R. Lopes, R. Curral // *Arquivos de Medicina.* – 2012. – Vol. 26, No. 5. – P. 218-223.

285. Mierzecki, A. The family doctors and health promotions. / A. Mierzecki, J. Gasiorowski, H. Pilavska // *European J of general Pract.* – 2000. – Vol. 6. – P. 57-61.

286. Nicols, R.L. Surgical antibiotic prophylaxis / R.L. Nicols // *Med. Clin North Am.* – 1995. – Vol.79 – P. 509-522.

287. Rainer, T.H. Emergency medicine — the specialty / T.H. Rainer // *HKMJ.* – 2000. – No. 6. – P. 269-275.

288. Rusev, I.T. Effectiveness of outpatient-and-polyclinic institutions activity / I.T. Rusev, M.G. Karailanov // «Science and Education»: materials of the XI International research and practice conference. – Munich, Germany, 2016. – 190 p.

289. Safran, D.G. Defining Primary Care / D.G. Safran // Paper prepared for the Committee on the Future of Primary Care. – Institute of Medicine. – 2004. – P. 3-8.

290. Saltman, R.B. Decentralization in Health Care / R.B. Saltman, V. Bankauskaite, K. Vrangbaek // *Strategies and outcomes.* – Oxford: Open University Press, 2007. – 298 p.

291. Smith, P.C. Evaluation of the effectiveness of healthcare system reform: experience, problem and prospects / P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolaou // Background paper (WHO European Ministerial Conference on Health Systems «Health Systems-Health-Well-being», Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008). – Copenhagen, 2008. – 22 p.

292. Thomson, S. Healthcare financing in the European Union. Problems and

strategic solutions. /S. Thomson, Th. Foubistar, E. Mossialos// Observatory research on Health systems and Policies. – 2010. – No. 17. [http://www. Euro who int./data/fssets/pdf_file/0016/126025/](http://www.euro.who.int/data/fssets/pdf_file/0016/126025/).

293. Willard, K. Committee. Meeting the Challenge of family Practice / K. Willard // Amer. Med. Ass. – 2006. – P. 26-28.

APPENDICES

Appendix 1

**Patient questionnaire
on the quality of medical care in the day inpatient facility**

Dear Patients,

Please, read the questions below carefully and give your answers by ticking the appropriate boxes. This questionnaire is anonymous, you do not need to provide your last name.

Thank you!

Gender:

male

female

Age _____ (full years)

Your work activity:

working

not working

retired

Do you have chronic diseases?

yes

no

Are you under dispensary supervision?

yes

no

Frequency of relapses and exacerbations of chronic disease:

Continuation of Appendix 1

Evaluation criteria	satisfied	rather not satisfied than satisfied	rather not satisfied than satisfied	not satisfied	I find it difficult to answer
1. How satisfied are you with the organization of treatment in a day inpatient facility?					
1.1 Technical condition, room renovation					
1.2 Availability of modern medical equipment					
1.3 Availability of medicines and consumables					
1.4 Auxiliary services (X-ray, laboratory, physiotherapy room, physical therapy room)					
2. How satisfied are you with the organization of laboratory and instrumental studies (ultrasound, ECG)?					
3. How satisfied are you with the work of a day care physician?					
4. How satisfied are you with the work of a day care nurse?					
5. How satisfied are you with being informed about your health status?					
6. Would you recommend your clinic to friends and acquaintances?					

Your comments and suggestions for improving the organization of medical care in a day hospital: _____

THANKS FOR PARTICIPATING!

Health care personnel questionnaire on the satisfaction with working conditions

Dear employees!

Please, read the questions below carefully and give your answers by ticking the appropriate boxes.

This questionnaire is anonymous, you do not need to provide your last name.

Thank you!

1. Gender: male, female.

2. Age _____ (full years)

3. Your qualification:

physician

secondary health care personnel

4. Are you satisfied with your work schedule?

satisfied

not satisfied

5. Are you satisfied with your independence in work?

satisfied

not satisfied

6. Does the job match your qualification?

yes

no

7. Does your job offer opportunities for career advancement?

yes

no

8. Are you satisfied with the moral and psychological climate in the team?

satisfied

not satisfied

9. Are you satisfied with your workplace?

satisfied

not satisfied

10. Are you satisfied with the level of technical equipment of the workplace?

satisfied

not satisfied

11. How do you rate your overall satisfaction with your job at this organization?

satisfied

not satisfied

12. What factors influence your motivation?

Factors	Doesn't affect	Affects	
		Reduces	Increases
Does financial incentives (bonuses, withdrawal of incentive payments) affect your activity?			
Do moral incentive measures (commendations, certificates of honor, remarks, reprimands) have an impact on your activity?			
Can administrative measures have an impact on the efficiency of your work?			
Does the atmosphere in the team affect the efficiency of your work?			

THANKS FOR PARTICIPATING!

**Medical care timing record
in a day inpatient facility**

No.	Feature name	Value
1.	Medical record No.	
2.	Full name	
3.	Gender (male, female)	
4.	Age	
5.	Address	
6.	Date and time of admission	
7.	Patient's condition upon admission	
8.	Diagnosis	
9.	ICD-10 code	
10.	Nosological profile	
11.	Duration of treatment, days	
12.	Treatment outcome	

List of actions and timing		
Name	Start time	End time

List of actions:

Main activity

Day care physician:

- patient survey;
- examination of the patient;
- appointment of diagnostic instrumental and laboratory tests;
- talking over the treatment plan with the patient

Nurse:

- patient survey;
- blood pressure measurement;
- measurement of respiratory rate;
- measurement of heart rate;
- ECG;
- blood sampling;
- intravenous infusion;
- intramuscular injection.

Documentation work

- registration of the patient's electronic card;
- registration of directions.

**Algorithm of referral of patients
for admission to a day inpatient facility
within the framework of new structural and functional model**

1. Referral for treatment in a day inpatient facility is carried out by the attending physician providing primary medical and sanitary care, including specialist doctors of medical institutions.

2. Referral for treatment in a day inpatient facility is carried out in accordance with the referral form No. 057/-04, approved by the Order of the Russian Ministry of Health dated November 22, 2004 No. 255, certified by the seal of the organization and the attending physician.

3. Indications for the provision of medical care in a day inpatient facility are:

- patient's condition, which does not require round-the-clock monitoring, absence of life-threatening complications of the underlying disease;
- no need for isolation due to epidemic indications;
- no need for treatment methods performed in a round-the-clock inpatient facility;
- absence of high risk of surgical treatment due to complications of the course of the underlying disease or comorbid diseases;
- in case of exacerbation of an existing chronic disease, the absence of its atypical manifestation and (or) the presence of the effect of previously conducted therapy.

4. When referring a patient for treatment in a day inpatient facility, laboratory diagnostic and instrumental examinations necessary to substantiate the diagnosis are performed.

5. When undergoing treatment in a day inpatient facility medical organization providing primary health care:

- provide the patient with consultations by specialists in accordance with the profile of concomitant pathologies;
- conduct the necessary follow-up examination of patients;
- determine simultaneous measures in relation to the main and concomitant diseases;
- determine the terms of treatment in a inpatient facility (with a waiting period of more than 14 days - commission) according to the order of priority;
- in case of a change in the start date of treatment, the patient is informed about the reasons for the change and the new start date of treatment.

**Criteria for determining the appropriateness of a referral
to a round-the-clock inpatient facility**

No.	Symptoms and syndromes	Yes/No
1.	Complication of the underlying disease	
2.	Infectious disease	
3.	Need for surgical treatment	
4.	Adverse reactions to day hospital therapy	
5.	Atypical course of the disease	
6.	The need for complex diagnostic and laboratory tests (lack of resources of the medical organization)	
7.	Risk of complications	

**Conclusion of the Commission
on the unreasonable referral of a patient for planned admission and/or defects in
the management of the patient at the outpatient stage**

No. _____

(Medical record of an outpatient patient)

Date of referral to the medical organization _____

Patient's full name _____

Age _____

Patient's address _____

Disability _____

Ability to self-care and mobility _____
(yes/no/limited)

Doctor's full name _____

Diagnosis of referral for hospitalization in a round-the-clock inpatient facility

Purpose of admission _____

Identified diagnosis _____ defects _____ in _____ patient

(Defects in diagnosis, treatment)

Unreasonable referral for planned hospital admission
revealed _____

Specialist doctor _____

CMP medical examiner

(Full name, signature)

Head of the outpatient department _____

(Full name, signature)

seal

(For certificates and medical documents)

**Draft order
on the organization of a self-admission post
by day care nurses in a day inpatient facility**



GOVERNMENT OF SAINT PETERSBURG
ADMINISTRATION OF THE FRUNZENSKY DISTRICT OF ST. PETERSBURG
St. Petersburg State Budgetary Healthcare Institution
"Municipal Polyclinic No. XXX"

ORDER

No. _____

On the organization of a self-admission post
by day care nurses
in a day inpatient facility

In order to organize the post of independent admission of patients by day care nurses, to increase the availability and quality of medical care to the attached population,

ORDER:

1. The heads of the outpatient departments:
 - to organize the work of the nurse's post in the day inpatient facility;
 - to organize control over the work of the self-admission day care nurse in accordance with the approved Rules and Criteria (Appendix 1, 2)
2. The chief nurse, senior nurses:
 - to ensure the implementation of the attached Rules in the organization of independent work of day care nurses;
 - to familiarize day care nurses with the order provisions;
 - use in the developed Criteria for evaluating the quality of work.
3. The head of the day inpatient facility:
to provide an assessment of the quality of self-admission of patients by day care nurses in accordance with the evaluation criteria.
4. The deputy chief physician shall personally supervise the implementation of the order.

Chief physician

Full name

Appendix 1 to the Order of the chief physician

Internal quality control rules of medical care to patients
provided to patients by a day care nurse at a self-admission

1. Duties of a nurse who performs self-admission in a day hospital:
 - provision of pre-hospital care to day hospital patients, including emergency conditions;
 - implementation of patient routing;
 - conducting a pre-hospital examination at the reception in a day hospital, including preventive, dispensary;
 - filling out and maintaining electronic documentation;
 - diagnostic manipulations (in accordance with the standards of medical care, independently, as prescribed by a doctor);
 - conducting hygienic training of the population;
 - implementation, within the qualification, of the identification and solution of the patient's psychological problems.
2. Quality control of independent admission of patients by a day care nurse is carried out according to the following criteria:
 - control of the volume and quality of medical care provided by analyzing the data from the information system, compliance with the plan of visits, recording of functional studies and manipulations;
 - assessment of the qualification of a day care nurse performing an independent admission;
 - determination of the causes of errors in the provision of medical care,
 - questioning of patients based on the results of received medical care.
3. Accounting for the results of internal control of self-admission of patients by a day care nurse includes:
 - drawing up an act based on the results of internal control;
 - analysis of the results obtained;
 - analysis of patient survey data.
4. Internal control of self-admission of patients by a day hospital nurse is carried out monthly by a senior nurse:
 - selection of 10 cards of patients treated in a day hospital,
 - their analysis in accordance with the criteria for evaluating the quality of work (Appendix No. 2);
 - providing a report to the head of the day care facility;
 - taking measures to prevent identified comments.
5. The result of internal control is recorded in the journal of quality assessment of medical care provided by day care nurses at the self-admission (Appendix No. 3);
6. The results of internal review are discussed as part of the training sessions for advanced training of secondary health care personnel.

Appendix 2 to the Order of the chief physician

Evaluation criteria
for self-reported admissions by day care nurses

Nurse's full name		
Patient's card number		
No.		Indicator
1.	Purpose of admission	
2.	Collecting anamnesis	
3.	Dynamics of the patient's health status	
4.	Conducting instrumental examinations (ECG, BP)	
5.	Referral to instrumental and laboratory studies	
6.	Preventive conversations	
7.	Patient routing	
8.	Making a referral decision	
Total score		

9. Clarity in establishing the purpose of the patient's visit - 1 point.
10. Correctness of anamnesis collection - 1 point.
11. Recording the dynamics of the patient's state of health in the medical record - 1 point.
12. Determination of compliance of the instrumental methods of examination performed with the standard of medical care - 1 point.
13. Determination of compliance of the issuance of referrals for instrumental and laboratory tests with the standard of care - 1 point.
14. Preventive conversations within the health schools - 1 point.
15. Providing further routing of the patient
16. Correctness of decision on a planned or emergency referral to a day care physician - 1 point.

**Draft labor function (professional standard) -
Provision of pre-hospital care
in a day inpatient facility when organizing
a day care nurse's post**

Name	Provision of pre-hospital care in a day inpatient facility when organizing a nurse's post
Work activities	Pre-hospital consultation with a nurse to decide on the need for referral to a physician, including as part of follow-up care for patients with chronic diseases
	Referral for laboratory and other tests of patients who do not need a doctor's appointment on the day of referral, including as part of dispensary observation of patients with chronic diseases
	Pre-hospital reception by a nurse, assessment of the functional state of the patient's body
	Conducting a brief individual preventive consultation
	Pre-hospital reception by a nurse when providing emergency care to patients in the event of sudden acute conditions without obvious signs of a threat to the patient's life
Necessary skills	Conduct pre-hospital examinations of patients by a nurse: <ul style="list-style-type: none"> – collection of life and medical anamnesis; – questioning patients about complaints; – examination of the patient (assessment of consciousness, examination of the skin, mucous membranes, measurement of blood pressure, pulse, saturation, respiratory rate, anthropometric indicators); – performing examinations (ECG); – collection of biological material (blood); – assessment of examination results and referral to a day care physician; – recommendations (preventive counseling);
Necessary knowledge	Rules for the nurse's appointment to decide the urgency of a referral
	Rules for conducting a patient survey to collect complaints, anamnesis of life and disease
	Technologies of functional examination of patients (anthropometry, measurement of blood pressure, heart rate, respiratory rate, spirometry, body temperature, visual and hearing acuity, eye pressure)
	Diagnostic methods for diseases (conditions) requiring urgent treatment
	Diagnostic techniques for sudden acute diseases, conditions, exacerbations of chronic diseases with no obvious signs of life-threatening consequences that require urgent medical care
	Rules of emergency medical care

Methodological development for the practical training

Kirov Military Medical Academy

Department of Public Health and Military Health Economics

APPROVED BY

Head of the Department

(Full name)

« ____ » _____ 20 ____

METHODOLOGICAL DEVELOPMENT

for the practical training

on the topic: Purpose, tasks, organizational structure and organization of the day inpatient facility in medical organizations providing primary health care

Discussed and approved at the meeting of the department Protocol No. _____

« ____ » _____ 20 ____

Clarified (supplemented):

« ____ » _____

(Signature, full name)

Contingent of trainees: doctors and nursing personnel

As a result of studying the topic: "Purpose, tasks, organizational structure and organization of the day inpatient facility in medical organizations providing primary health care", the listener must master universal, general professional knowledge on the subject, namely:

1. Know the functions of the day inpatient facility;
2. Know the procedure for referring patients to a day inpatient facility;
3. Know and be able to use basic day care records;
4. Know the procedure for filling in accounting and medical records.

1. General purpose of the lesson: to study and improve knowledge of the purpose, tasks, organizational structure and organization of the day inpatient facilities of medical organizations providing primary health care

2. Particular objectives of the lesson (study tasks):

- students learn the basic provisions, principles, and organizational foundations of the day inpatient facility, its main tasks, and structure;
- students develop their knowledge of the organization of medical care to the population in the conditions of a day hospital, understand of its system;
- students develop abilities and skills for practical application of the acquired knowledge.

The listener should be able to:

- fill out accounting and medical documentation;
- use accounting and reporting documentation to analyze the activities of the day inpatient facility;
- competently interact with patients.

As a result of studying the topic, the listener should master:

1. knowledge about the preventive work of the day inpatient facility;
2. the algorithm of performing medical and nursing activities from the standpoint of ethics and deontology;
3. skills of registration of medical documentation;

3. Study time: 6 hours (270 minutes); 2 classes.

4. Educational and material support:

- educational and material base of a medical organization using computer technology, computer software systems, and other technical means of training.
- literature:
 - *mandatory literature:*

Healthcare and public health: textbook / edited by G.N. Tsarik. – M.: GEOTAR-Media, 2018. – 912 p.

- *additional literature:*

1. Karailanov M.G. Medical accounting and reporting in medical organizations / M.G. Karailanov, A.A. Agapitov, O.Yu. Bakanev // Textbook for cadets and students of all faculties of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov. – St. Petersburg, 2016. – 113 p.

2. Karailanov M.G. Organization of primary health care / M.G. Karailanov, I.G. Prokin, S.A. Butsenko, O.Yu. Bakanev // Textbook for cadets and students of the Military Medical Academy named after S.M. Kirov. Edited by Prof. Ruseva I.T. – St. Petersburg, 2018 – 188 p.

3. Kutuzova E.A. Day inpatient facility — a resource-saving form of hospital-substituting technologies / E.A. Kutuzova, E.V. Antipova // Chief Physician. – 2010. – No. 2 (21). – P. 35-38.

4. Prokin I.G. Organization of medical care to the population / I.G. Prokin, M.G. Karailanov, O.Yu. Bakanev // Textbook for masters of the Faculty of senior health care personnel and students of the cycle of professional retraining "Public health and healthcare". – St. Petersburg, 2016. – 101 p.

5. Sidiyakina, E.S. Day inpatient facility as a leading link of outpatient care / E.S. Sidiyakina, E.S., F.B. Sherkunov, T.B. Arsyutova //in the collection: Choosing the optimal strategy in patients with vascular diseases. Regional Vascular Center 2019: results of the decade. Materials of the Interdisciplinary scientific and practical conference / edited by E.I. Busalaeva – 2019. – P. 217-220.

6. Rusev I.T. Evaluation of the efficiency of a medical organization providing primary health care / I.T. Rusev, M.G. Karailanov // Scientific discussion: questions of medicine: collection of articles based on the materials of the XLVII International Scientific and Practical Conference – No. 3 (34). M., Publishing House "Internauka", 2016. – P. 96-100.

7. Starodubov V.N. Primary medical care: state and prospects of development / V.N. Starodubov, A.A. Kalininskaya, S.I. Shlyfer – M.: Medicine, 2007. – 261 p.

- *regulatory and legal literature:*

1. On fundamental healthcare principles in the Russian Federation [Electronic resource]: Federal Law dated November 21, 2011 No. 323-FZ Access from the reference system "Consultant Plus".

2. On compulsory medical insurance in the Russian Federation [Electronic resource]: Federal Law No. 326-FZ of 29.11.2010. Access from the reference system "Consultant Plus".

– technical training tools: personal computer, video projector, PowerPoint for Windows, presentation file.

Plan for preparing and conducting the lesson

No.	Training activities and questions	Time (min)
I	<i>Independent work on preparation for the lesson</i>	60
	Practical lesson	270
II	<i>Introductory part</i>	65
	1. Checking the readiness of students for the lesson (control of attendance, compliance with the uniform of students).	15
	2. Control of the initial level of knowledge on the topic: "Purpose, tasks, organizational structure and organization of the day inpatient facility in medical organizations providing primary health care"	20
	3. Introduction (announcement of the topic, objectives, teaching questions and literature on the topic of the lesson).	2
	4. Introduction (relevance of the topic, its connection with professional activity).	20
III	<i>The main part</i>	195
	Control questions	195
IV	<i>The final part</i>	10
	1. Assignment for self-preparation.	10
	2. Answers to questions.	

Content and methodology for preparing and conducting the practical lesson

Independent work on preparation for the lesson

According to the task (on paper or electronic media) in compliance with the recommended literature employees independently study theoretical issues, solve situational problems; study problematic issues; improve knowledge, skills and abilities while working with regulatory documents.

Introductory part

The instructor points out the importance of practical study of the system of organization of medical care in a day inpatient facility, the assigned tasks and its advantages. He also gives a brief description of the types of day inpatient facilities. Introduces the problems that arise as a consequence of providing medical care in a day inpatient facility.

Control of the initial level of knowledge on the topic "Purpose, tasks, organizational structure and organization of the day inpatient facility in medical organizations providing primary health care" is carried out by an oral survey

The main part

Control questions

1. The main tasks of the day inpatient facility;
2. Advantages of providing medical care in a day inpatient facility;
3. The main functions of the day inpatient facility.
4. Contraindications for admission to a day inpatient facility.
5. Structure of a day inpatient facility.
6. Mode of operation of a day inpatient facility.

The final part

After answering the control questions, the instructor answers their questions and summarizes the lesson. At the same time, the preparedness and the degree of assimilation of the material by employees are evaluated.

At the end of the lesson, the instructor announces the topic of the next lesson and gives an assignment for independent work to prepare for. Assignments may be given orally, in writing, electronically, using printed individual assignments, workshops, teaching aids.