

Утверждаю  
Первый заместитель  
Министра здравоохранения  
Российской Федерации  
А.И.ВЯЛКОВ  
4 ноября 2002 г.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ N 2002/106

В методических рекомендациях проанализированы основные показатели деятельности стационарозамещающих форм (СЗФ) медицинской помощи в Российской Федерации за 1990-2001 г.г. Даны ориентировочные нормативы потребности в койках СЗФ.

Представлен положительный опыт работы дневных стационаров (ДС) и стационаров на дому (СД).

Даны технологии лечения больных в ДС на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, нормы нагрузки врача, экономический эффект от организации ДС и СД.

Представлены рекомендации по организации работы СЗФ.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения, практических врачей и преподавателей ВУЗов.

Методические рекомендации подготовили в ЦНИИОИЗ МЗ РФ:

д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН В.И.Стародубов, д.м.н., проф. Р.А.Хальфин, д.м.н., проф. Ю.В.Михайлова, д.м.н., проф. А.А.Калининская, д.м.н. Ю.А.Коротков, к.м.н. С.И.Шляфер, к.м.н. Э.К.Матвеев, к.м.н. А.В.Гречко, Р.И.Девишев, к.м.н. Т.А.Сибурин, Г.Н.Барскова, к.м.н. Е.В.Днепров, В.К.Дзугаев, д.м.н. Н.А.Кравченко, к.м.н. Т.В.Кузнецова, к.м.н. О.В.Андрева (г. Москва).

При участии: к.м.н. А.Н.Злобина (г. Тверь), к.м.н. С.И.Кузнецова, Л.А.Бальзамовой, Т.Н.Тарасовой (г. Самара), к.м.н. И.Г.Глотовой, к.м.н. В.В.Кривецкого (г. Белгород), В.К.Попович, В.И.Назарова (Республика Саха (Якутия)).

### ВВЕДЕНИЕ

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.1997 г. N 1387, одним из основных направлений повышения эффективности использования коечного фонда определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

Программой государственных гарантий предусматривалось уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планировался рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Анализ реализации Программы государственных гарантий показал, что диспропорции объемов медицинской помощи на разных этапах ее оказания сохраняются, а развитие

стационарозамещающих форм организации медицинской помощи осуществляется очень медленно. Система здравоохранения продолжает развиваться по экстенсивному пути.

При разработке территориальных программ государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью во многих субъектах Российской Федерации не планируется проведение эффективных мер по установлению оптимальных пропорций между объемами оказываемой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапе, установлению баланса между уровнями потребления населением ресурсов здравоохранения и имеющимися ограниченными экономическими возможностями.

Одним из путей повышения экономической эффективности системы здравоохранения и более экономичного использования больничных ресурсов является развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи (дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, стационаров на дому).

Однако слабая управленческая и финансовая интеграция медицинских учреждений, отсутствие стратегического анализа и координации в деятельности амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, слабость системы анализа эффективности использования ресурсов, экономических стимулов создают неблагоприятную почву для развития ресурсосберегающих технологий.

Руководители органов и учреждений здравоохранения не заинтересованы в сокращении мощности возглавляемых ими больниц или поликлиник, так как от этого зависит категория учреждения, а соответственно, и величина заработной платы главного врача и его заместителей, что определено приказом МЗ РФ N 377 от 15 октября 1999 г.

Необходимо отказаться также от определения уровня заработной платы руководителей медицинских учреждений в зависимости от их мощности, а перейти к его установлению в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи или от численности обслуживаемого учреждением населения.

Изменения экономической и политической ситуации в стране на рубеже 90-х годов привели к тому, что система здравоохранения стала испытывать огромные трудности. Принятие закона Российской Федерации "Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ", регулирующих деятельность системы здравоохранения в целом, способствовало тому, что на территориальном уровне стали складываться системы здравоохранения, учитывающие лишь местные интересы.

В конечном итоге каждый регион стал создавать свою замкнутую систему здравоохранения, что привело к повышению ресурсоемкости отрасли и к резкой дифференциации объемов оказания медицинской помощи в различных субъектах Российской Федерации.

Ослабление влияния федеральных органов управления здравоохранением на функционирование регионального здравоохранения, а региональных властных структур на муниципальные учреждения здравоохранения в период системной децентрализации отрасли привело к тому, что в одних субъектах Российской Федерации (г.г. Москва, Санкт-Петербург, Самарская, Тверская области) стационарозамещающие технологии успешно внедрялись, в других же субъектах (Тамбовская, Курганская, Рязанская, Читинская и многие другие) ресурсосберегающие технологии практически не развивались. Важными задачами в этом направлении являются формирование общей стратегии и тактики рационального использования ресурсов в здравоохранении; планирование объемов медицинских услуг с целью оптимизации сети учреждений здравоохранения на разных этапах оказания медицинской помощи; разработка современных методов управления использованием ресурсов и качеством медицинской помощи. Основным направлением деятельности вновь созданных интегрированных систем является выработка общих для всех звеньев здравоохранения экономических стимулов, обеспечивающих функционирование системы.

Интегрирование системы здравоохранения и медицинского страхования создает предпосылки для более эффективного управления его ресурсами. Одним из основных мероприятий по повышению эффективности использования ресурсов является

стимулирование развития ресурсосберегающих медико-организационных и клинических технологий, в их числе развитие стационарозамещающих технологий.

## ОПИСАНИЕ МЕТОДА (ФОРМУЛА МЕТОДА)

Предлагаются рекомендации по развитию стационарозамещающих форм организации медицинской помощи населению, которые включают организационные формы работы дневных стационаров и стационаров на дому, анализ объемов и характера их деятельности, а также ориентировочные нормативы потребности в СЗФ разных профилей, нормирование труда врачей дневного стационара и стационара на дому.

### НОВИЗНА

В методических рекомендациях впервые:

- представлен анализ развития СЗФ в РФ в динамике за 12 лет;
- представлен положительный опыт работы СЗФ;
- рассчитан экономический эффект от их деятельности;
- дана нормативная база СЗФ (нормирование труда врача и ориентировочные нормативы потребности в койках СЗФ).

1. Анализ состояния и динамики развития стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в России и в субъектах Российской Федерации (в динамике за 1990-2001 г.)

1.1. Показатели деятельности стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в России и в ее субъектах

Анализ отчетных данных Минздрава РФ показал, что в 2001 г. в ЛПУ РФ было организовано и функционировало 8336 дневных стационаров (ДС) на базе АПУ и больничных учреждений и стационаров на дому (СД) в которых развернуто почти 130 тысяч коек, в них получили медицинскую помощь 3,6 млн. человек.

Признавая важность проблемы более рационального использования средств в больничных учреждениях, следует констатировать, что реализация основных положений Концепции здравоохранения по развитию стационарозамещающих форм (СЗФ) (ДС и СД) медицинской помощи в стране проводится еще крайне медленно.

За последние 12 лет (1990-2001 г.г.) возросло число коек в ДС на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений - с 1,2 до 9,0 на 10 тысяч населения, а число больных, пролеченных в учреждениях этого типа выросло с 4,1 до 24,9 на 1000 населения и составило 11,7% всех случаев госпитализации в больничные учреждения (таблица 1).

В целом за эти годы в Российской Федерации число ДС на базе АПУ увеличилось в 3,8 раза, ДС на базе больничных учреждений - в 12,4 раза, а число стационаров на дому увеличилось в 4,4 раза. При этом число пролеченных больных возросло в ДС на базе АПУ в 4,4 раза, а в ДС на базе больничных учреждений - в 17,3 раза и в СД - в 3,3 раза.

В числе территорий, имеющих наибольшую численность стационарозамещающих форм (ДС на базе больничных учреждений и АПУ, а также СД), в 2001 г. следует отметить: Воронежскую (383), Саратовскую (380), Пермскую (287) области, Республику Бурятия (269), Краснодарский край (261), Московскую область (258), Республику Башкортостан (249), Нижегородскую (257), Ростовскую (235) области, Республику Татарстан (219), Омскую (213), Кемеровскую (211) области, Ставропольский край (205), Владимирскую (190), Самарскую (187), Тульскую (180) области и др.

Мало стационарозамещающих форм организации медицинской помощи создано в 2001 г. в Чукотском автономном округе (1), Карачаево-Черкесской Республике (10), Кабардино-Балкарской Республике (11), Камчатской области (17), Республике Алтай (21), Калининградской области (22).

Таблица 1

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ФОРМ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РФ В 1990-2001 Г.Г.  
ПО ОТЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 47 МИНЗДРАВА РФ

Показатели	Годы											
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Дневные стационары: при амбулаторно-поликлинических учреждениях (ДС):												
- число учреждений	804	960	1136	1180	1216	1330	1443	1622	1865	2105	2659	3076
- число коек	11726	15272	18652	21779	21394	23325	25837	29817	35299	39783	48542	55823
- обеспеченность койками ДС на 10 тысяч населения	0,8	1,0	1,2	1,4	1,4	1,6	1,8	2,0	2,4	2,7	3,3	3,9
- число пролеченных больных	386223	499613	629693	628955	749561	754510	824274	866934	1038255	1191819	1418737	1706507
- число госпитализированных в ДС на 1000 населения	2,6	3,4	4,2	4,2	5,1	5,1	5,6	5,9	7,1	8,2	9,8	11,8
Дневные												

стационары: в больнице (ДС):												
- число учреждений	281	310	379	372	370	400	497	838	862	1227	2788	3474
- число коек	7028	8165	8255	8497	9947	10087	12099	18317	17775	25855	60660	74132
- обеспеченность койками ДС на 10 тысяч населения	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	1,3	1,2	1,8	4,2	5,1
- число пролеченных больных	84473	106707	145575	154185	180070	195780	209659	288069	286919	435600	1119834	1465971
- число госпитализированных в ДС на 1000 населения	0,6	0,7	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	2,0	1,9	3,0	7,7	10,1
Стационары на дому (СД):												
- число учреждений	404	512	553	548	552	561	1215	708	886	1259	1645	1786
- число пролеченных больных	129331	150342	173605	191486	189100	205844	208860	227233	290500	347623	405318	428115
- число госпитализированных в СД на 1000 населения	0,9	1,0	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	2,0	2,4	2,8	3,0

Обеспеченность койками ДС на 10 тысяч населения	1,2	1,6	1,8	2,0	2,1	2,3	2,6	3,3	3,6	4,5	7,5	9,0
Число госпитализированных в ДС и СД на 1000 населения	4,1	5,1	6,4	6,6	7,6	7,8	8,4	9,4	11,0	13,6	20,3	24,9

## 1.2. Дневные стационары на базе амбулаторно - поликлинических учреждений

Дневные стационары на базе амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) являются самой массовой формой организации, в числе всех стационарозамещающих технологий.

За последние 12 лет (1990-2001 г.г.) число ДС на базе АПУ возросло в 3,8 раза и составило 3076 (таблица 1).

В числе территорий с наибольшей численностью ДС (в 2001 г.) на базе АПУ можно назвать Кемеровскую (131), Саратовскую (130) области, Краснодарский край (128), Свердловскую область (99), Республику Бурятия и г. Москву (по 96), Воронежскую (93), Ростовскую и Ульяновскую области (по 82), г. Санкт-Петербург (80), Нижегородскую область (78), Республику Башкортостан (76), Самарскую область (75) и др.

В 2001 г. не работали ДС на базе АПУ в Чукотском автономном округе и Республике Ингушетии. В ряде территорий их численность очень мала: Карачаево-Черкесская Республика (4), Республики Хакасия, Алтай и Магаданская область (по 7).

В РФ обеспеченность населения койками ДС на базе АПУ составило 3,9 на 10 тысяч населения.

Наиболее высокие показатели были в Ульяновской области - 16,57 койки на 10 тысяч населения, Пензенской области - 13,04; в Самарской области - 11,4; Республике Калмыкия - 10,8; Томской области - 10,29; Кемеровской области - 8,39; в Республике Коми - 7,24; Свердловской области - 7,07 и др.

Очень низкая обеспеченность койками ДС на базе АПУ в Республике Дагестан - 0,34 на 10 тысяч населения; в Читинской области - 0,61; Карачаево - Черкесской Республике - 0,79; в Московской области - 1,16; в Курганской области - 1,27; в Орловской области - 1,39 и др.

Важным показателем деятельности ДС на базе АПУ является число пролеченных больных, которое в 2001 г. в РФ составило 11,8 на 1000 населения.

В числе территорий с наибольшим количеством пролеченных в ДС на базе АПУ больных на 1000 населения можно указать Кемеровскую (49,46), Ульяновскую (39,79), Пензенскую (29,68), Самарскую (26,93). области, Республики Бурятию (25,83), Адыгея (25,59), Коми (23,33), Томскую область (22,25), Республику Калмыкию (20,65) и др. Наименьшее число больных, пролеченных в ДС на базе АПУ (на 1000 населения) было в Республике Дагестан - 0,97, а также в Кировской - 2,84, Московской - 2,87, Ивановской - 3,1, Курганской - 3,21, Ярославской - 3,26 областях и др.

## 1.3. Дневные стационары на базе больничных учреждений

За период с 1990-2001 г.г. в целом ряде территорий проведена большая работа по организации ДС на базе больничных учреждений, что особо важно, так как эта форма работы позволяет высвободить дорогостоящий коечный фонд стационаров. Очень активно была проведена эта работа во многих территориях РФ особенно после выхода приказа Минздрава РФ N 438 от 09.12.1999 г. регламентирующего деятельность ДС.

В большинстве территорий РФ работа по организации ДС на базе больничных учреждений проводится крайне медленно. Так, в одном субъекте РФ из 89, ДС на базе больничных учреждений за период исследования не были организованы совсем, это Республика Ингушетия. К 2001 г. перестали работать ДС на базе больничных учреждений в Пензенской области и Красноярском крае.



Следует отметить территории, в которых в 2001 г. функционировали только единицы ДС на базе больничных учреждений - это Кабардино-Балкарская Республика (1), Камчатская, Новосибирская и Калининградская области (по 5), Карачаево-Черкесская Республика (6), Республика Северная Осетия-Алания (7). Проведенное изучение свидетельствует о том, что организация ДС на базе больничных учреждений в отдельных территориях, идет крайне низкими темпами.

Число коек в учреждениях этого типа за период изучения возросло с 0,4 до 5,1 на 10 тысяч населения, что составило 5,2% от общего числа коек в больничных учреждениях (таблица 1).

Относительно хорошо организована работа в этом направлении в Тульской области, где число коек в ДС на базе больничных учреждений в 2001 г. составило 19,76 на 10 тысяч населения, в Республике Хакасии (14,62), Республике Мордовии (13,23), в Саратовской (12,58), Магаданской (12,61) областях, в Республике Саха (Якутия) (11,67), Костромской (11,59), Астраханской (11,41), Белгородской (10,15) областях, в Республике Татарстан (9,94) и др.

В целом ряде территорий число коек в ДС на базе больничных учреждений крайне мало в Кабардино-Балкарской Республике (0,25 койки на 10 тысяч населения), Новосибирской области (0,34), в г. Москве (0,42), в г. Санкт-Петербурге (0,56), в Чукотском автономном округе (0,68), в Кемеровской (0,73), в Вологодской (0,76), в Калининградской (0,85) областях, в Республике Дагестан (0,96).

Число госпитализированных в ДС на базе больниц в целом по РФ за 12-летний период возросло с 0,6 до 10,1 на 1000 населения, что составило 4,8% от общего числа госпитализированных в больничные учреждения (таблица 1).

Наибольшая частота госпитализации в ДС на базе больничных учреждений была отмечена в Республиках Мордовии (34,28 на 1000 населения), Хакасии (32,67), в Тульской (29,26), Сахалинской (27,45), Саратовской (26,84), Владимирской (25,85), Магаданской (24,66), Белгородской (23,74) областях и др.

Наименьшие показатели были в Кабардино-Балкарской Республике (0,15 на 1000 населения), в Чукотском автономном округе (0,67), в г. Москве (0,86), в г. Санкт-Петербурге (0,89), в Республике Дагестан (0,93), в Вологодской области (1,02) и др.

#### 1.4. Стационары на дому (СД)

Анализ отчетных данных, касающихся деятельности СД в Российской Федерации за период 1990-2001 г.г. показал, что абсолютное число стационаров на дому в 1996 г. резко увеличилось с 404 (1990) до 1215 (1996), то есть в 3 раза. Это произошло за счет неправильного заполнения отчетных форм в Ленинградской области. Однако в 1997 г. за счет исправления отчетности их число снизилось до 708, а с 1998 г. стало вновь увеличиваться и к 2000 г. составило 1786.

При этом наибольшее число СД было создано в Воронежской области (174), в Республике Бурятия (119), в Пермской (114), Саратовской (108), Нижегородской (84), Московской (78), Кемеровской (71) областях, во Владимирской области и Республике Башкортостан (по 69), в Хабаровском крае (62), Самарской области (55) и др.

В целом ряде территорий в 2001 г. стационары на дому не были созданы: Мурманская, Новгородская, Камчатская, Брянская области, Чукотский автономный округ, Республики Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская, Алтай.

К 1999-2001 г.г. были впервые созданы СД в Республиках Тыва, Удмуртия, Марий Эл, Мордовии, Северной Осетии-Алании, Дагестан, Саха (Якутия), в Красноярском крае, в Курганской, Иркутской, Сахалинской, Волгоградской областях.

Число пролеченных больных в СД в целом по РФ составило 3,0 на 1000 населения.

Наибольшее число пролеченных больных (на 1000 населения) в СД в 2001 г. было в Воронежской области (21,73), в Хабаровском крае (18,37), в Пермской (12,53), в Самарской (9,37), в Оренбургской (9,33), Костромской (8,67) областях, в Республике Адыгея (8,43), Вологодской области (8,23) и др.

Определенный опыт внедрения стационарозамещающих форм организации медицинской помощи накоплен в сельской местности.

Так, в 2001 г. в РФ ДС и СД созданы были на базе 2237 участковых больниц и на базе 2091 центральных районных и районных больниц. За последние 6 лет (1996-2001 г.г.) в РФ число учреждений в сельской местности, имеющих дневные стационары и стационары на дому возросло в 3,13 раза и составило 4328, а число коек в ДС увеличилось в 6,4 раза и составило 51636. Число пролеченных больных в ДС и СД возросло в 6,27 раза, составив 1203549 человек.

Активно в 2001 г. работали стационарозамещающие формы организации медицинской помощи в сельской местности в Воронежской, Саратовской областях, в Республике Бурятия, в Краснодарском, Ставропольском краях, в Пермской, Омской, Нижегородской областях, в Республиках Башкортостане, Татарстане, Ростовской области, в Чувашской Республике и др.

Вместе с тем, внедрение стационарозамещающих технологий, как в городе, так и на селе требует разработки и внедрения рычагов экономического стимулирования их деятельности.

Следует признать важность и эффективность внедрения стационарозамещающих форм организации медицинской помощи на базе сельских учреждений (сельских врачебных амбулаторий, участковых, районных и центральных районных больниц), что позволяет более рационально использовать материально-техническую базу и медицинские кадры лечебно-профилактических учреждений, повысить доступность медицинской помощи населению. Социологические опросы показали, что основное большинство госпитализированных больных положительно оценили эти формы работы.

Однако в настоящее время перераспределение объемов оказания медицинской помощи с дорогостоящей и ресурсоемкой стационарной на догоспитальные формы осуществляется крайне медленно.

Проведенный анализ показал, что за последние годы (1990-2001 г.г.) стационарозамещающие формы медицинской помощи на селе получили определенное развитие в РФ и в отдельных ее территориях. За изучаемый период обеспеченность койками ДС на базе больничных учреждений и АПУ возросло в 7,5 раза, а число госпитализированных больных в ДС и СД увеличилось в 6,1 раз. Однако такое увеличение далеко не достаточно, обеспеченность населения койками ДС на базе больничных учреждений в 2001 г. составила 5,1 на 10 тысяч населения, ДС на базе АПУ - 3,9, что составило 9,2% от всего коечного фонда в РФ.

Анализ состояния динамики развития стационарозамещающих форм в субъектах РФ показал, что темпы их развития не соответствуют Концепции развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации и Программы государственных гарантий. Проведенное изучение показало большие колебания показателей обеспеченности населения койками ДС в территориях. Не во всех субъектах Российской Федерации органами и учреждениями здравоохранения принимаются действенные меры по внедрению и совершенствованию стационарозамещающих форм организации медицинской помощи населению.

## 2. Анализ работы стационарозамещающих форм организации медицинской помощи в Российской Федерации

Положительный опыт работы ДС на базе амбулаторно-поликлинических учреждений накоплен в Самарской области. Здравоохранение Самарской области работает с 1988 г. в условиях нового хозяйственного механизма, который и позволил перейти на подушевой принцип финансирования, что в свою очередь стимулировало развитие дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических учреждений.

Обеспеченность населения Самарской области койками ДС на базе больниц и поликлиник в 2001 г. составила почти 15,95 на 10 тысяч населения, в том числе койками ДС на базе поликлинических учреждений - 11,4 и на базе больниц - в 2,5 раза меньше (4,55).

Дневные стационары в Самарской области организованы по 20 специальностям.

Наиболее активно развита сеть ДС терапевтического профиля. Койки ДС терапевтического профиля составили 58% от общего числа коек этого профиля в больничных учреждениях. Койки психиатрического профиля составили 30%; педиатрического - 36%; акушерско-гинекологического - 23,0%; дермато-венерологического - 22% и др. Важно, что в области хорошо развиты специализированные койки ДС для детей. В педиатрии ДС организованы по 5 специальностям (общая, эндокринология, онкология, гастроэнтерология, неврология).

Активная работа Самарской области по организации ДС позволила значительно улучшить показатели использования коечного фонда. Так, обеспеченность населения койками составила в области 84,2 (в РФ - 108,0) на 10 тысяч населения, при средней длительности лечения - 13,3 дней (РФ - 15,2).

Следует отметить, что на практике организационные формы работы дневных стационаров на базе больничных учреждений строятся по-разному. В основном это койки долечивания в профильных отделениях стационаров. Организация ДС, как коек долечивания на базе больниц не дает большого экономического эффекта. В лучшем случае это только экономия затрат на питание больных. Реже ДС организуются как самостоятельные структурные подразделения на базе больничного учреждения с выделением помещения и штатов. Режим работы таких ДС должен строиться в одну смену.

Базой организационного эксперимента ЦНИИОИЗ МЗ РФ определен дневной стационар, как самостоятельное структурное подразделение, на базе городской больницы N 1 г. Твери на 30 коек (24 - терапевтические, 3 - неврологические и 3 - хирургические). В условиях эксперимента были отработаны организационные формы его работы. В составе ДС имелись кабинеты врача и старшей медицинской сестры, процедурная, 5 палат по 6 коек и другие подсобные помещения.

Штаты ДС включали 3,5 ставки врачей, 7,5 ставки средних медицинских работников и 7,0 ставок младшего медицинского персонала. Заведующий ДС (1,0 ставка) и врачи (2,0 ставки) являлись врачами общей практики, которые прошли специальное обучение и имели сертификаты. Кроме того, в ДС работали врач хирург и невропатолог по 1/4 ставки каждый. Штатная численность медицинского персонала ДС на 30 коек в условиях работы в 2 смены в 2 раза меньше, чем в одноименном терапевтическом отделении на 60 коек.

На год исследования в ДС закончили лечение 1232 больных. Структура госпитализированных больных в ДС - в основном больные с сердечно-сосудистой патологией, с болезнями органов пищеварения, с болезнями органов дыхания и др. Из числа закончивших лечение 38% составили больные с сердечно-сосудистой патологией; 22,5% - с болезнями органов пищеварения; 11,1% больных с болезнями органов дыхания; 9,7% - проходили лечение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; 5,7% - лечились по поводу психических расстройств, а также с болезнями мочеполовой системы; болезнями крови и кроветворных органов и др. На каждые 100 лечившихся больных - 84 получили внутривенные капельные инфузии и инъекции.

В ДС лечился более легкий контингент больных, чем в больнице круглосуточного пребывания, однако здесь больные получали более интенсивное лечение. Эффективность лечения больных в ДС подтверждается тем, что 96% больных были выписаны с улучшением, 3% - с выздоровлением и только у 1% больных состояние не изменилось. Средняя длительность лечения в дневном стационаре составила 15,1 день, что несколько ниже сроков лечения в терапевтическом отделении стационара (16,1 дня).

Организация ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больничного или амбулаторно-поликлинического учреждения с выделением штатов и помещения позволяет более экономно расходовать финансы больниц. Стоимость лечения больных в таком ДС почти в 2 раза меньше, чем в одноименном отделении стационара за счет: сокращения штатной численности медицинского персонала (дежурного врача и круглосуточных постов среднего и младшего медицинского персонала), а также сокращения штатной должности буфетчицы и расходов на питание больных.

Экономический эффект от их организации может быть достигнут только в условиях работы ДС в 2 смены с выделением специальных штатов и помещения.

В процессе исследования было проведено нормирование труда врача ДС с целью спроектировать норматив должности врача ДС по специальности "врач общей практики". Результаты исследования показали, что нагрузка на одного врача ДС составит 25 больных в койко-смену.

Разработанная и апробированная в ходе эксперимента организационно-функциональная модель дневного стационара, как самостоятельного структурного подразделения на базе городской больницы, может быть рекомендована для внедрения в практику здравоохранения.

Результаты исследования послужили основой для расчета потребности в коечном фонде ДС, которая осуществлялась отдельно для ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе стационара, так и потребность в отдельных койках в структуре больничных отделений (терапевтического, неврологического, хирургического и эндокринологического).

Расчетный показатель потребности взрослого населения в койках ДС 4-х вышеназванных профилей составил 5,2 на 10 тысяч населения (в их числе в ДС как самостоятельного структурного подразделения 4,9 и ДС долечивания 0,3 коек на 10 тысяч населения).

Развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи предопределяется региональными особенностями: инфраструктурой расселения, развитием транспортных путей сообщения и др., в связи с чем необходима корректировка показателей результатами социологических опросов больных.

Особого внимания заслуживает организация стационаров на дому (СД). На современном этапе с учетом продолжающегося старения населения и ростом хронических заболеваний особое внимание должно быть уделено медицинской помощи на дому. Результаты проведенных исследований показывают, что среди всех лиц, обратившихся в поликлинику за помощью на дому, доля лиц старше 60 лет составляет 60%, а среди вызовов скорой помощи - более 65%. Более 45% всех заболеваний начинаются с вызова врача на дом, а в осенне-зимний период на это приходится почти 90%. В общем объеме помощи, оказываемой населению городскими поликлиниками, почти 30% занимает медицинская помощь на дому.

Из года в год увеличивается число обращений за скорой и неотложной медицинской помощью, при этом более 80% больных после оказания им помощи остаются дома. Около 70% умерших в стране встречает смертный час вне стационара. Многие из них годами прикованы к постели. В связи с чем весьма значима и востребована такая форма работы, как

стационар на дому. Эта форма находит все большее признание на практике. В настоящее время она широко используется во многих территориях РФ.

Организация СД при поликлиниках может быть построена по принципу централизации, децентрализации и смешанному:

- Централизованная форма работы предусматривает специальное выделение штатов (врача и медицинской сестры). Медицинской сестрой делаются все необходимые заборы анализов, процедуры и инъекции 1-2 раза в день. Дополнительные инъекции больным делаются участковой медсестрой. При такой форме врач и медицинская сестра СД обслуживают в день 12-14 больных. СД обеспечивается транспортом.

- Децентрализованная форма предполагает обслуживание участковым врачом и медицинской сестрой 2-3 больных своего участка. Эти формы работы требуют четкого определения показаний к лечению больных в СД, чтобы не заменять посещения участкового врача на дому стационаром на дому.

Обслуживание больных может осуществляться по децентрализованному типу. Но при этом также выделяются 1-2 выездные процедурные медицинские сестры для проведения больным процедур: инъекций (1-2 раза), заборов крови, мочи и др. Выездная процедурная медицинская сестра обслуживает 12-14 больных близлежащих участков, при этом она обеспечивается автотранспортом. Участок работы может включать около 20 тыс. населения.

СД может быть организован для инвалидов и хронических больных, а также для лиц трудоспособного возраста, для детей, для профильных больных и др.

Так, на базе городской поликлиники N 1 г. Самары СД работает по централизованному типу. Численность обслуживаемого населения в СД 50 тысяч взрослого населения. Средний радиус обслуживания СД - 5 км. За год в нем было пролечено 250 больных, основное большинство составили лица старше трудоспособного возраста (76,4%).

В числе закончивших лечение в СД в основном хронические больные с сердечно-сосудистой патологией, с болезнями органов дыхания, органов пищеварения и др. При этом 72,9% составили больные с сердечно-сосудистой патологией; 13,9% - с болезнями органов дыхания; 4,4% - с болезнями органов пищеварения; 3,6% - проходили лечение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани; 2,0% - по поводу мочеполовой системы; 1,6% - страдали болезнями нервной системы; 1,2% - с болезнями кожи и подкожной клетчатки; 0,4% - с болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ. Средние сроки лечения в СД 10 дней.

Проведенное нормирование труда врача СД показало, что при централизованной форме работы его ежедневная нагрузка составляет 14 больных, а работающая с ним медицинская сестра обслуживает 15 больных.

Проведенные расчеты показали, что стоимость лечения больных в СД в 3,6 раза меньше, чем в стационаре круглосуточного пребывания.

### 3. Рекомендации по организации работы стационарозамещающих форм медицинской помощи населению

Необходимо отметить, что функционирующие стационарозамещающие формы организации и оказания медицинской помощи порой не отвечают требованиям, предъявляемым к их деятельности. Вопреки ожиданиям, дневные стационары могут усиливать затратные тенденции в системе. Дело в том, что эта форма медицинской помощи нередко замещает не столько стационарную, сколько амбулаторно-поликлиническую помощь. Между тем, недостаток ресурсов не позволяет иметь дневной стационар как замещение поликлинического звена. Главное предназначение стационарозамещающих форм - замещение стационарной помощи.

Что касается стационаров на дому, то зачастую стационаром на дому подменяются вызовы участковых врачей на дом.

Организация стационарозамещающих форм работы требует четкой регламентации их деятельности и разработки экономических механизмов, стимулирующих внедрение этих форм в учреждениях здравоохранения.

Целью организации ДС на базе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования больных в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных. ДС на базе больничных учреждений могут быть организованы в структуре профильных отделений городских больниц, ЦРБ, диспансеров, клиник, НИИ, МСЧ.

Функции ДС могут включать:

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

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

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

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

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

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

- апробация совместно с кафедрами вузов и НИИ новых методик лечения и обследования больных.

Профиль ДС должен определяться исходя из приоритетных задач, стоящих перед здравоохранением каждой конкретной территорией (район, город, область). Контингенты больных, направляемых в ДС различны: дети, взрослые, женщины, лица старших возрастов. В своей деятельности ДС используют диагностическую, лечебную базу и консультации специалистов того учреждения, на базе которого они развернуты. Ответственность за деятельность дневного стационара несет главный врач поликлиники или больницы.

Направление больных на лечение и обследование в дневном стационаре осуществляется в соответствии с показаниями лечащим врачом поликлиники или стационара, отбор больных в ДС осуществляет заведующий ДС или заведующий профильным отделением, на базе которого создан ДС.

Отбор и лечение больных в дневной стационар следует осуществлять в соответствии с разработанными нами в процессе исследования показаниями и противопоказаниями.

Лечение больных в ДС следует осуществлять с использованием современных технологий лечения больных (приложение 1).

Штатные должности врачей, среднего и младшего медицинского персонала ДС устанавливаются главным врачом учреждения, на базе которого он создан, с учетом мощности ДС, профиля и режима его работы, а также регламентируется приказом Минздрава РФ N 438 от 09.12.1999 г.

Режим работы ДС определяется руководителем медицинского учреждения, на базе которого расположен ДС, и зависит от профиля ДС и характера патологии. Как правило, ДС должен работать в 2-3 смены. В исключительных случаях, когда этого требует характер заболевания, возможно лечение больных в одну смену.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Питание больных в дневном стационаре решается индивидуально в зависимости от режима его работы и профиля.

Кочная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

Койки дневного пребывания в стационарах являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты). Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

Организация ДС в больничных учреждениях не должна нарушать лечебно-охранительного и санитарно-гигиенического режима медицинского учреждения. Поэтому нецелесообразно разворачивать койки ДС в структуре круглосуточного отделения больничного учреждения.

ДС может быть многопрофильный (1-2 и более отделений) при этом лечебный процесс должен осуществляться специалистами соответствующего профиля.

Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляется в установленном порядке.

При организации и планировании работы дневных стационаров и стационаров на дому рекомендуется пользоваться предложенной организационной структурой, режимом работы ДС и СД, нормами нагрузки врача, а также расчетными показателями потребности населения в койках ДС.

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно-профилактическому учреждению, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. ДС могут также финансироваться из других источников, не запрещенных законодательством. В них могут оказываться медицинские и оздоровительные услуги за счет средств добровольного медицинского страхования и средств граждан.

Необходимо изменить порядок финансирования ДС. С этой целью должны быть разработаны тарифы на медицинские услуги в ДС, включающие в себя все осуществляемые затраты по соответствующим статьям бюджетной классификации.

Расчет может быть проведен либо по сумме оказываемых медицинских услуг в соответствии с утвержденным "Классификатором простых медицинских услуг", либо из расчета 1 койко - дня, либо из расчета стоимости лечения больных при определенных заболеваниях.

Немаловажным моментом является заинтересованность медицинских учреждений и специалистов в развитии и внедрении ресурсосберегающих технологий. Без разработанной экономической мотивации невозможно ускорить ход структурных преобразований.

Прогрессивными формами оплаты медицинских услуг в данном случае из всего их многообразия являются следующие: применение в поликлиниках метода частичного фондодержания, финансирование стационарного и амбулаторного секторов по сметам расходов (или по подушевым нормативам) под оговоренные объемы деятельности с обязательным наличием резервного фонда для стимулирования медицинских работников.

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

Снижение затрат на лечебно-диагностический процесс должно привести к экономии денежных средств с учетом подушевого финансирования. Эти средства могут быть использованы на внедрение новых современных медицинских технологий, подготовку специалистов и внедрение экономических методов стимуляции их труда.

Необходимо изменение экономических механизмов финансирования отрасли, включив в работу резервный фонд. Подушевое финансирование пролеченных больных в ДС на базе больничного учреждения на начальном этапе следует осуществлять в размере стоимости койко-дня одноименного отделения стационара круглосуточного пребывания. Разница стоимости лечения больных в стационаре круглосуточного пребывания и ДС должна оставаться в бюджете больничного учреждения. Образованный резервный фонд должен быть направлен на улучшение материально-технического оснащения больничных учреждений, повышение технологии обследования и лечения больных, а также на материальное поощрение медицинского персонала.

Подлежит пересмотру оплата труда медицинских работников стационаров, так как организация ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больниц разделяет коечный фонд по интенсивности лечебно-диагностического процесса, оставляя на койках круглосуточного пребывания более тяжелый контингент больных, требующих больших трудовых затрат медицинского персонала.

На основе научно-исследовательских работ, проведенных в ряде территорий РФ (Самарская, Тверская, Московская, Брянская, Саратовская, Белгородская области, Ставропольский край, Республика Саха (Якутия) и др.) были рассчитаны ориентировочные нормативы потребности в коечном фонде СЗФ дифференцированно по профилю коек (таблица 2).

Таблица 2

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ НОРМАТИВЫ ПОТРЕБНОСТИ В КОЕЧНОМ  
ФОНДЕ СЗФ (ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ НА БАЗЕ АМБУЛАТОРНО  
- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ И БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ)

Профиль коек	Число коек на 10 тысяч населения
Терапия	3,95
Педиатрия	1,2
Кардиология	0,16



Гастроэнтерология	0,27
Эндокринология	0,1
Нефрология	0,1
Хирургия	0,43
Травматология	0,15
Урология	0,09
Нейрохирургия	0,009
Акушерство-гинекология	2,08
Отоларингология	0,22
Офтальмология	0,16
Неврология	0,51
Психиатрия	2,28
Наркология	0,05
Фтизиатрия	0,18
Дермато-венерология	0,31
Онкология	0,2
Челюстно-лицевая хирургия	0,012
Инфекция	0,03

При организации и планировании работы дневных стационаров на базе больничных учреждений рекомендуется пользоваться предложенной организационной структурой построения ДС, а также расчетными показателями потребности населения в койках ДС, как самостоятельного структурного подразделения на базе больничных учреждений, так и коек ДС в структуре профильных отделений больницы.

Отбор и лечение больных в ДС следует осуществлять в соответствии с показаниями и противопоказаниями, а также с использованием современных технологий лечения больных (приложение 1).

С целью улучшения организации и использования коечного фонда больничных учреждений следует усилить контроль за сроками и качеством лечения больных в стационаре круглосуточного пребывания, используя коечный фонд стационаров для тяжелого контингента больных, требующих интенсивного лечения и сложных диагностических обследований.

Следует легализовать платные услуги за сервисное обеспечение отдельных видов медицинской помощи, в частности, в дневных стационарах (за счет использования восстановительного и нетрадиционных методов лечения).

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Представлены рекомендации по организации СЗФ, а также их нормативная база. На основе научно-исследовательских работ, проведенных в базовых территориях, с использованием современных методов сбора и обработки статистического материала, рассчитаны ориентировочные нормативы потребности в коечном фонде СЗФ.

Проведено нормирование труда врачей ДС и СД, позволившее определить нормативы их нагрузки. Рассчитанная в процессе исследовательских работ стоимость лечения больных в ДС позволяет заключить об их высокой экономической эффективности и определить СЗФ, как ресурсосберегающие технологии в деятельности больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений.

## Приложение N 1

### ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ НА БАЗЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ И БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ БАЗОВЫХ ТЕРРИТОРИЙ)

Нозологическая форма	Рекомендуемый набор лекарственных средств и процедур для лечения в ДС на базе больничных учреждений	Рекомендуемый набор лекарственных средств и процедур для лечения в ДС на базе амбулаторно - поликлинических учреждений
1. Атеросклероз (диабетическая ангиопатия)	1. Трентал 5,0 (10,0) в/в N 10 кап. 2. Солкосерил (актовегин) 6,0 (8,0) в/в N 10-15 кап. 3. Реополиглюкин 200 (400) в/в N 5 капельно 4. Гемодез 200 (400) в/в N 5 капельно. 5. Ксантинол - никотинат 2,0 в/м N 15-20 6. Вит. Е, В2, С в/м N 10 7. Лазеротерапия N 10 8. ГБО N 10 9. Массаж N 10 10. Иглорефлексотерапия	1. Пентоксифиллин 5,0 (10,0) в/в N 10-15 кап. 200,0 на физ. р-ре 2. Пентоксифиллин 0,4 по 1 таб. 3 раза 3. Никотиновая кислота или ксантинола никотинат 2,0 в/м N 15-20 4. Вит. Е, В1, В6 в/м N 10 или таб. 5. Физиолечение ДДТ <1>, токи Бернара, магнитное поле, электрофорез с р-ром MgSO4 6. Массаж N 10 7. Иглорефлексотерапия
Примерная стоимость	1930	290

<2>		
2. Артерииты и эндартерииты, облитерирующий тромбангит (болезнь Бюргера), б-нь Рейно	то же 11. Вазопростан в/в N 10 - 15 12. Гормонотерапия 5-15 мг/сут. (преднизолон) 13. Иммунотерапия: Т-активин, тимолин, интерферон, интерлейкин 14. Гели (лиотон, эссавен, гемотромбин) 2-3 раза наружно 15. Тиклид 0,25 по 1 таб. 2 раза	то же 8. Ацетилсалициловая к-та 0,255 x 2 раза 9. Гормоны (преднизолон) по показанию 5-15 мг/сут. 10. Гепариновая мазь 2-3 раза наружно 11. Троксевазин 0,3 по 1 капс. x 3 раза
Примерная стоимость	1100	420
3. Флебит и тромбофлебит, варикозное расширение вен, нижних конечностей, хроническая венозная и хроническая лимфовенозная недостаточность	1. Трентал 400 5,0 в/в N 10 кап. на 200,0 физ. р-ра 2. Реополиглюкин 200 (400) в/в N 3 капельно 3. Гемодез 200 (400) в/в N 3 кап. 4. Солкосерил (актовегин) 6,0 в/в N 5 капельно 5. Детралекс по 1 таб. x 2 раза 6. Гели (лиотон, гепатромбин, эссавен) 2-3 раза наружно 7. Эластичное бинтование 8. Антибиотикотерапия по показаниям 9. Тиклид 0,25 по 1 таб. x 2 раза 10. ГБО N 10 11. Лазеротерапия N 10	1. Пентоксифиллин 5,0 (10,0) в/в N 10 кап. на 200,0 физ. р-ра 2. Троксевазин 0,3 по 1 капс. x 3 раза 3. Эскузан по 1 драже x 3 раза 4. Гепариновая мазь 2-3 раза наружно 5. Аспирин 0,5 x 3 раза 6. Эластичное бинтование 7. Антибиотикотерапия по показаниям (пенициллин 1,0 x 4 раза, ампициллин 0,5x 4 раза, доксициклин 0,1 x 1 раз, линкомицин 0,25 x 3 раза) 8. Физиотерапия УВЧ, электрофорез
Примерная стоимость	1975	440

4. Артропатии (артрозы, воспалительные полиартропатии, приобретенные деформации конечностей)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. НПВС &lt;3&gt; (вольтарен, реопирин 3,0 в/м N 10, ортофен 0,025 по 1 таб. x 2 раза), сургам 0,1 по 1 таб. x 2 раза</li> <li>2. Никотиновая к-та (ксантинола никотинат) 2,0 в/м N 10</li> <li>3. Гели наружно</li> <li>4. Румалон 1,0 N 25 в/м (по схеме)</li> <li>5. ЛФК, массаж</li> <li>6. Иглорефлексотерапия</li> <li>7. Вит. B12 400 мкг в/м N 10</li> <li>8. Лазеротерапия</li> <li>9. НПВС с миорелаксирующим действием</li> <li>10. Внутрисуставные инъекции</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. НПВС (ортофен 3,0 в/м N 5-10, диклофенак 3,0 в/м N 5-10, индометацин 0,025 по 1 таб. x 3 раза)</li> <li>2. Никотиновая к-та (ксантинола никотинат) 2,0 в/м N 10-15</li> <li>3. Мазь индометациновая, меновазин 2 x 3 раза наружно</li> <li>4. Вит. B12 400 мкг в/м N 10</li> <li>5. ЛФК, массаж</li> <li>6. Физиотерапия (электрофорез р-ром калия йодистого, димексид N 10, фонофорез с гидрокортизоном N 10, УВЧ N 6, токи Бернара)</li> </ol>
Примерная стоимость	640	120
5. Рассеянный склероз 21-25 дней	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Церебролизин 5,0 в/в N 10</li> <li>2. Вит. Е в/м 2,0 N 10</li> <li>3. Ретаболил 1,0 в/м 1 раз в неделю N 5-7</li> <li>4. Т-активин 1,0 в/м N 7</li> <li>5. Декарис 0,15 x 3 раза в неделю</li> <li>6. Сирдалуд 0,02 по 1 таб. x 2 раза 10-15 дней</li> <li>7. Преднизолон 0,005 в табл. (по схеме)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пирацетам 20% р-р 5,0 в/в N 10</li> <li>2. Вит. Е в/м 2,0 N 10</li> <li>3. Тимолин 10 мг N 10</li> <li>4. Преднизолон 0,005 в табл. (по схеме)</li> </ol>
Примерная стоимость	4965	410

6. Цереброваскулярные болезни 15-21 день	1. Кавинтон 2,0 в/в N 5-10 кап. на 200,0 физ. р-ра 2. Трентал 400 5,0 (10,0) в/в N 5 кап. 3. Актовегин 5,0 в/в N 10 кап. 4. Ноотропил 20% 5,0 в/в N 10 кап. 5. Церебролизин 5,0 в/в N 10 6. Тиклид 0,25 по 1 таб. х 4 раза 7. Инстенон по 1 таб. х 3 раза	1. Эуфиллин 5,0 -10,0 в/в N 10 кап. на физ. р-ре 2. Пирацетам 20% р-р 5,0 в/в N 10 3. Никотиновая к-та 2,0 в/м N 10 4. Вит. В1,В6 2,0 в/м N 10 5. Циннаризин 0,025 по 1 таб. х 3 раза
Примерная стоимость	4074	510
7. Церебральный атеросклероз, ХНМК I-II ст. 15-20 дней	1. Липостабил 10,0 N 15 (липонор, липостат) 2. Сермион 0,004 N 15 в/в инфузии (ницерголин) 3. Токоферол 0.5 по 1 таб. х 3 раза или 10% р-р 1,0 N 10 4. Курантил 0,025 по 1 таб. х 3 раза 5. Продектин 0,25 по 1 таб. х 3 раза	1. Ксантинола никотинат 2,0 в/м N 15 2. Аскорбиновая к-та 5% 2,0 в/м N 10 3. Пикоминон 2,0 N 10-15 в/м 4. К-та липоевая 0,025 N 50 таб. 5. Метионин 0,25 N 50 таб.
Примерная стоимость	1067	326
8. Остеохондроз пояснично-грудного отдела позвоночника с ВБН 15-20 дней	1. Кавинтон 4,0 N 10-15 в/в 2. Румалон 1,0 N 20 в/м 3. Ноотропил 20% р-р 5,0 N 10 в/в кап. 4. Винпоцетин 0,005 по 1 таб. х 3 раза 5. Баклофен 0,25 по 1 таб. х 2 раза 6. Массаж воротниковой зоны 7. Фонофорез лекарственных препаратов	1. Фонофорез лекарственных препаратов 2. Компламин 2,0 N 15 в/м 3. Плазмол 1,0 N 20 или стекловидное тело 2,0 N 20 в/м 4. Вит. В6 1,0 N 15 в/м 5. Циннаризин 0,025 по 1 таб. х 3 раза 6. Аэровит по 1 др. х 3 раза 7. Электрофорез лекарственных средств

		на воротниковую зону 8. ЛФК
Примерная стоимость	1700	114
9. Неврологические осложнения остеохондроза позвоночника 13-17 дней	1. Диклофенак (вольтарен) 3,0 в/м N 5-10 2. Месулид 0,1 по 1 таб. х 2 раза 5 дней 3. Сирдалуд 0,02 по 1 таб. х 2 раза 5-7 дней 4. Румалон 1,0 в/м N 25 5. Фастум - гель наружно 6. ИРТ 10 сеансов 7. Мануальная терапия 4-5 сеансов	1. Ортофен 3,0 в/м N 5-10 2. Индометацин 0,025 по 1 таб. х 3 раза 3. Вит. В12 400 мкг в/м N 10 4. Меновазин наружно 5. ДДТ N 5-7
Примерная стоимость	1106	52
10. Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы 15-24 дня	1. Трентал 5,0 в/в капельно N 5-10 2. Солкосерил 5,0 в/в N 10-15 3. Убретид 500 мкг в/м N 7-10 4. Вит. В1 3,0-4,0 в/м N 10 5. Электростимуляция, массаж N 10	1. Никотиновая к-та 2,0 в/м N 10 2. Вит. В1 3,0 в/м N 10 3. Прозерин 0,05 р-р 1,0 в/м N 10
Примерная стоимость	1004	90

11. Остаточные явления нейроинфекции 15-21 день	1. Ноотропил 20% 5,0 в/в N 10-12 2. Лидаза 64 ед. 5,0 в/м N 10 3. Церебролизин 5,0 в/в N 10 4. АТФ 2.0 в/м N10-15 5. ККБ <4> 0,05 в/м N 10-15	1. Пирацетам 20% р-р 5,0 в/в N 10 2. Стекловидное тело 2,0 в/м N 10 3. Вит. В6 1,0 в/м N 10
Примерная стоимость	2074	190
12. ИБС: стенокардия напряжения I-II ст. НКО 18 дней	1. Изосорбид динитрат рет. 0,04 по 1 таб. утром 2. Молсидомин 0,02 по 1 таб. вечером 3. Верапамил 0,08 по 1 драже. x 2 раза 4. Аспирин 0,5 по 1/2 таб. 5. Милдронат 5,0 + глюкоза 5% 200,0 в/в кап. N 10 или ГИК <5> + вит. В6 2,0 + MgSO4 5,0 в/в кап. N 10	1. Нитросорбид 0,01 по 1 таб. x 4 раза 2. Коринфар ретард по 1 драже в день 3. Аспирин 0,5 по 1/4 таб. в день 4. ККБ 0,05 или АТФ 1,0 в/м N 15 5. ГИК в/в кап. N 5 через день
Примерная стоимость	603	356
13. ИБС: постинфарктный кардиосклероз НК I-II ст. 15 дней	1. Изосорбид динитрат рет. 40 мг/день или 2. Молсидомин 10 мг/день 3. Гидрохлордиазид 12,5 мг/день 4. Панангин по 1 драже x 3 раза 5. ГИК в/в кап. N 10 6. АТФ 1,0 в/м N 10	1. Нитросорбид 0,01 по 1 таб. x 3 раза 2. Гидрохлортиазид 12,5 мг/день 3. Аспаркам по 1 таб. x 3 раза 4. Дилтиазем ретард 0,09 по 1 таб. x 2 раза день 5. ГИК в/в кап. N 10
Примерная стоимость	555	329

14. ИБС: аритмическая форма 18 дней	1. Кордарон по 1 таб. х 3 раза или этацизин 1-3 раза 2. Соталол 0,08 мг по 1 таб. х 2 раза или метопролол 100 мг х 1 раз 2. Фуросемид 0,04 по 1 таб. х 2 раза в неделю 4. Панангин по 1 драже х 3 раза 5. ГИК + рибоксин 5,0 в/в кап. через день N 5	1. Кордарон по 1 таб. х 3 раза 2. Обзидан (пропранолол) 0,04 по 1 таб. х 3 раза 3. ГИД + дигоксин 0,5 в/в кап. через день N 5 4. Фуросемид 0,04 по 1 таб. х 2 раза в неделю 5. Аспирин 0,5 по 1/2 таб. утром
Примерная стоимость	685	467
15. Гипертоническая болезнь I-II ст. 12 дней	1. Ницерголин 5,0 + глюкоза 5% 200,0 в/в кап. через день N 5 2. Ноотропил 20% р-р 5,0 в/в N 10 3. Магния сульфат 25% р-р 5,0 в/м N 10 4. Атеносан 0,05 по 1/2 таб. х 2 раза или / и нифедипин 0,05 по 1 таб. х 1 раз 5. Ренитек 0,01 по 1 таб. х 2 раза 6. Фуросемид 0,04 по 1 таб. х 2 раза в неделю	1. Эуфиллин 5,0 + глюкоза 5% 200,0 в/в кап. через день N 5 2. Пирацетам 5,0 в/м N 10 3. Эналаприл 0,01 по 1 таб. х 2 раза 4. Обзидан 0,04 по 1 таб. х 2 раза и / или нифедипин 0,05 х 1 раз 5. Фуросемид 0,04 по 1 таб. х 2 раза в неделю
Примерная стоимость	718	280
16. Хронические ревматические болезни сердца НК I-II ст. 18 дней	1. Дигоксин по 1 таб. х 2 раза 2. Триампур компонитум по 1 таб. в день 3. Анаприлин 0,01 по 1 таб. х 2 раза 4. Милдронат 5,0 в/м N 10 5. Панангин 10,0 + рибоксин 5,0 + глюкоза 5% 200,0 в/в кап. N 5 через день	1. Дигоксин по 1 таб. х 2 раза 2. Фуросемид 0,04 по 1 таб. х 3 раза в неделю 3. ГИК в/в кап. через день N 5 4. ККБ 50,0 или АТФ 2,0 в/м N 15 5. Аспирин 0,5 по 1/2 таб. в день



	6. Тиклид 0,25 по 1 таб. х 1 раз	
Примерная стоимость	1125	233
17. Язва желудка и 12-ти-перстной кишки 18 дней	1. Кларитид 0,25 по 1 таб. х 2 раза 5 дней 2. Омез 0,02 по 1 капс. х 2 раза 3. Метронидазол 0,5 по 1 таб. х 2 раза 10 дней или 1. Де-нол 120 мг х 4 раза 2. Омез 0,02 по 1 капс. х 2 раза 3. Метронидазол 0,25 по 1 таб. х 4 раза 10 дней 4. Амоксициллин 0,5 по 1 таб. х 4 раза 7 дней 5. Но-шпа 2,0 в/м N 5	1. Фамотидин 0,4 по 2 таб. х 2 раза 2. Ампициллин 0.5 по 1 таб. х 4 раза 7 дней 3. Метронидазол 0,5 по 1 таб. х 2 раза 10 дней 4. Викалин по 1 таб. х 4 раза 5. Папаверин гидрохлорид 2% р-р 2,0 в/м N 5
Примерная стоимость	814	195
18. Хр. гастрит, дуоденит 12-14 дней	1. Пилорид (ранитидин) 0,4 по 1 таб. х 2 раза 2. Панзинорм форте по 1 драже. х 3 раза 3. Трихопол 0,25 по 2 таб. х 2 раза 4. Алмагель 1 д.л. х 3 раза 5. Но-шпа 2,0 в/м N 5	1. Викалин по 1 таб. х 3 раза 2. Метронидазол 0,5 по 1 таб. х 2 раза 3. Дигестал 1 х 3 раза 4. Папаверин гидрохлорид 2% р-р 2,0 в/м N 5
Примерная стоимость	230	112

19. Хр. панкреатит в стадии обострения 18 дней	1. Фамотидин 0,04 по 1 таб. х 2 раза 2. Фосфалюгель по 1 пакету геля х 4 раза 3. Гордокс 20,0 + глюкоза 5% р-р 400,0 в/в кап. N 5 или котрикал 20 тыс. + глюкоза 5% 400,0 в/в кап. N 5 4. Баралгин 5,0 в/в N 5 5. Новокаин 0,25% 100,0 в/в кап. N 3 6. Панзинорм форте по 1 драже х 3 раза	1. Ранитидин 0,3 по 1 таб. х 2 раза 2. Алмагель 1 д.л. х 4 раза 3. Фестал по 1 драже х 3 раза 4. Новокаин 0,25% р-р 100,0 в/в кап. N 3 5. Глюкоза 5% р-р 400,0 + баралгин 5,0 + димедрол 1,0 + сульфат магния 25% р-р 5,0 в/в кап. N 5
Примерная стоимость	947	347
20. Хр. холецистит в стадии обострения, ЖКБ 15-18 дней	1. Ампиокс - натрий 0,5 х 4 раза в/м N 7 2. Мотилиум по 1 таб. х 3 раза 3. Фуразолидон 0,05 по 1 таб. х 3 раза 4. Панзинорм форте по 1 драже х 3 раза 5. Маалокс суспензия для приема внутрь по 15 мл х 4 раза 6. Баралгин 5,0 в/м N 3	1. Ампициллин или тетрациклин 0,5 х 4 раза в/м N 7 2. Церукал 2,0 в/м N 5 3. Никодин 0,05 по 1 таб. х 3 раза 4. Трихопол 0,25 по 1 таб. х 3 раза 5. Фестал по 1 драже х 3 раза 6. Папаверина гидрохлорид 2% р-р 2,0 в/м N 5
Примерная стоимость	914	350
21. Хр. гепатит 15-18 дней	1. Легалон по 1 таб. х 3 раза 2. Глюкоза 5% р-р 400,0 + рибоксин 5,0 + аскорбиновая к-та 5,0 в/в кап. N 5 3. Гемодез 400,0 в/в кап. N 2-3 4. Вит. В1 и В6 по 2,0 в/м N 10 5. Креон по 1 капс. х 3 раза	1. Липамид по 2 таб. х 3 раза 2. Карсил по 2 таб. х 3 раза или Лив-52 по 1 таб. х 3 раза 3. Вит. В1 и В6 по 2,0 в/м N 10 4. Глюкоза 5% р-р 400,0 + ККБ 0,05 + аскорбиновая к-та 5,0 в/в кап. N 5
Примерная стоимость	706	295

22. Фиброз и цирроз печени 20 дней	1. Нормазе 60 мл сиропа в сут. 2. Фуросемид 0,04 по 2 таб. х 2 раза в неделю 3. Верошпирон 100 мг/день 4. Глюкоза 5% 400,0 + эссенциале 10,0 + Вит. В6 2,0 + Вит. В1 2,0 в/в кап. через день N 5 5. Гемодез 200,0 в/в кап. через день N 3 6. Фолиевая к-та 5 мг/сут. 7. Диазолин по 1 драже х 2 раза	1. Фестал по 1 драже х 3 раза 2. Фуросемид 0,04 по 2 таб. х 2 раза в неделю 3. Верошпирон 0,025 по 1 таб. 4 раза в день 4. Глюкоза 5% 400,0 + рибоксин 5,0 + аскорбиновая к-та 3,0 в/в кап. N 7 5. Димедрол 0,05 по 1 таб. х 2 раза
Примерная стоимость	643	520
23. Постхолицисто-эктомический синдром 10-12 дней	1. Фестал по 1 драже х 4 раза 2. Маалокс суспензия для приема внутрь по 15 мл х 4 раза 3. Баралгин 5,0 в/м N 5 4. Дебридат 0,1 по 1 таб. х 3 раза	1. Папаверин гидрохлорид 2% р-р 2,0 в/м N 5 2. Дигестал по 1 драже х 3 раза 3. Аллохол по 1 таб. х 3 раза 4. Алмагель по 1 д.л. х 3 раза
Примерная стоимость	550	118
24. Синдром оперированного желудка 15-17 дней	1. Эглонил 2,0 в/м N 5 или мотилиум по 10 мг х 4 раза 2. Имодиум 0,002 по 2 капсулы х 3 раза 3. Креон по 1 капсуле х 4 раза 4. Вентер 0,5 по 1 таб. х 4 раза 5. Аскорбиновая к-та 5,0 в/м N 10	1. Сульпирид 900 мг/сутки 2. Мезим - форте по 1 таб. х 3 раза 3. Маалокс суспензия для приема внутрь по 15 мл. х 4 раза 4. Олиговит по 1 драже х 2 раза
Примерная стоимость	1524	450

25. Хр. тубулоинтерстициальный нефрит в стадии обострения, мочекаменная болезнь. ХПН 18-20 дней	1. Ципрофлоксацин 500 мг x 2 раза в/м 7 дней 2. Фуразолидон 0,1 по 1 таб. x 4 раза 3. Но-шпа 2,0 в/м N 5 4. Метрагил 100,0 в/в кап. N 3 5. Фитолизин по 1 ч.л. x 3 раза	1. Пенициллин 1 млн. ЕД. x 2 раза в/м N 7-10 2. Нитроксолин 0,05 по 1 таб. x 3 раза 3. Папаверина гидрохлорид 2% р-р 2,0 в/м N 5 4. Уросептический сбор
Примерная стоимость	315	140
26. Хр. гломерулонефрит (гипертоническая форма) ХПН 21 день	1. Индометацин 0,025 по 1 капсуле x 3 раза 2. Трентал 400,0 5,0 + физ. р-ра 0,9% 200,0 в/в кап. через день N 5 3. Каптоприл по 1 таб. x 2 раза 4. Но-шпа 2,0 в/м N 5	1. Ибупрофен 0.2 по 1 таб. x 3 раза 2. Курантил 0,025 по 1 драже x 3 раза 3. Эналаприл 0,005 по 1 таб. x 2 раза 4. Фуросемид 0,04 по 1 таб. x 3 раза в неделю 5. Верошпирон 0,025 по 1 таб. x 2 раза
Примерная стоимость	402	270
27. Сахарный диабет I-II тип - с поражением почек - с поражением глаз - с поражением периферич. нервн. системы 15 дней	1. Антидиабетические препараты (инсулин или по схеме) 2. Трентал 400,0 5,0 + физ. р-р 0,9% 200,0 в/в кап. N 10 3. Сулодексид 600 ед. в/м N 15 4. ККБ 0,05 в/м N 15 5. Ренитек 0,02 по 1 таб. x 2 раза	1. Антидиабетические препараты (инсулин или по схеме) 2. Пентоксифиллин 5,0 + физ. р-р 0,9% 200,0 в/в кап. N 10 3. Пирацетам 5,0 в/в N 10 4. Никотиновая к-та 2,0 в/м N 10 5. Энап 0,005 по 1 таб. x 2 раза
Примерная стоимость	500	470
28. Острый бронхит 10-12 дней	1. Антибиотики (соответственно флоре) + гентамицин 2,0 x 2 раза в/м N 7 2. Трихопол 0,25 по 1 таб. x 3 раза 3. Эуфиллин 0,25 по 1 таб. x 3 раза 4. АЦЦ <6> гранулят 2	1. Пенициллин 1 млн. ЕД. x 4 раза в/м N 7 2. Эуфиллин 0,25 по 1 таб. x 3 раза 3. Диазолин по 1 драже x 2 раза 4. Мукалтин по 1 таб. x 4 раза

	раза 5. Тавегил по 1 таб. x 2 раза	
Примерная стоимость	261	120
29. Хр. бронхит в стадии обострения 12-14дней	1. Цефамезин для инъекций 1,0 x 2 раза N 7 2. Эуфиллин 2,4% 5,0 + физ. р-р 0.9% 100,0 в/в кап. N 5 3. Метронидазол 0,5 по 1 таб. x 2 раза N 10 4. Супрастин 0,025 по 1 таб. x 2 раза 5. Кленбутерол (сироп) по 1 ч.л. x 1 раза	1. Ампиокс - натрий 0,5 x 3 раза в/м N 7 2. Папаверина гидрохлорид 2% р-р 2% 2,0 в/м N 10 3. Метронидазол 0,5 по 1 таб. x 2 раза N 10 4. Бромгексин 0,008 по 1 таб. x 3 раза 5. Диазолин по 1 драже x 2 раза
Примерная стоимость	950	136
30. Острая пневмония 14 дней	1. Клацид 0,25 по 1 таб. x 2 раза 5-7 дней 2. Метрагил 100,0 в/в кап. N 3 3. Кларитин по 1 таб. x 2 раза 4. АЦЦ гранулят 2 раза 5. Триовит по 1 капсуле x 2 раза	1. Ампиокс - натрий 0,5 x 4 раза в/м N 7 2. Трихопол 0,25 по 1 таб. x 4 раза 3. Бромгексин 0,008 по 1 таб. x 3 раза 4. Диазолин по 1 драже x 2 раза 5. Эуфиллин по 1 таб. x 2 раза
Примерная стоимость	730	160

31. Бронхиальная астма, средней степени тяжести, приступный период, ДН I-II ст. 16 дней	1. Дитэк аэрозоль для ингаляции 4 раза 2. Дексазон 5 мг + физ. р-ра 9% 400,0 в/в кап. 2-3 раза (при гормонозависимости) 3. Бекотид аэрозоль для ингаляции 6 раз 4. Эуфиллин 2,4% 10,0 + физ. р-р 9% 400,0 в/в кап. N 10 5. Кетотифен по 1 таб. х 2 раза 6. Папаверина гидрохлорид 2% р-р 2,0 в/м N 10 7. Массаж грудной клетки N 10	1. Эуфиллин 2,4% 10,0 + физ. р-р 9% 400,0 в/в кап. N 10 2. Преднизолон 2,0 в/в N 3 3. Сальбутамол аэрозоль для ингаляции 4 раза 4. Сальбутамол 0,04 по 1 таб. х 2 раза 5. Диазолин по 1 драже х 2 раза 6. Папаверина гидрохлорид 2% р-р 2,0 в/м N 10
Примерная стоимость	950	443
32. Железодефицитная анемия 18 дней	1. Фенюльс по 1 капсуле х 2 раза 2. Глюкоза 5% 200,0 + аскорбиновая к-та 5,0 + вит. В1 2,0 + вит. В6 2,0 в/в кап. N 7	1. Ферроплекс по 2 драже х 3 раза 2. Аскорбиновая к-та 3,0 в/м N 10
Примерная стоимость	238	85
33. Ревматоидный артрит 14-16 дней	1. Кеторол р-р для инъекций 1,0 N 5 2. Месулид 1 х 2 раза 5 дней 3. Вит. В12 800 мкг в/м N 10 4. Супрастин 0,025 по 1 таб. х 2 раза 5. Электрофорез с димексидом N 7	1. Ортофен 3,0 в/м N 10 2. Диазолин по 1 драже х 2 раза 3. Вит. В12 800 мкг в/м N 10
Примерная стоимость	164	95

<1> ДДТ - диадинамический ток

<2> Примерная стоимость курса лечения дана в рублях на 1999 г.

<3> НВПС - нестероидные противовоспалительные средства

<4> ККБ - кокарбаксилазы гидрохлорид

<5> ГИК - глюкоза 5% 200,0 + калия хлорид 3% р-р 20,0 + инсулин 4 ЕД. + магния сульфат 25% р-р 5,0

<6> АЦЦ - ацетилцитеин