УДК 614.2:617-089-082:330.131.5
DOI: https://doi.org/10.17816/brmma642441

Организация работы и оценка эффективности деятельности дневного хирургического стационара

В.В. Воробьев, В.Л. Белевич, Д.В. Овчинников

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

АННОТАЦИЯ

Введение. Одной из ключевых задач развития системы здравоохранения России является модернизация первичной медико-социальной помощи, переход на ресурсосберегающие технологии и формы без ущерба качеству ее оказания. Стационарозамещающие формы оказания хирургической помощи активно развиваются с XX в., однако применяемые к таким формам показатели эффективности деятельности (в том числе экономические) не позволяют адекватно проводить сравнение с круглосуточными стационарами.

Материалы и методы. Анализируется лечение 35 тыс. пациентов на кафедре амбулаторно-поликлинической помощи Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в 2005–2024 гг., а также статистические данные, опубликованные в сборнике «Здравоохранение в России» за 2023 г., материалы 6 съездов амбулаторных хирургов, научных трудов и статей. Рассмотрены особенности организации работы, профилизации и статистические показатели деятельности дневных хирургических стационаров в их динамике в XXI в.

Результаты. Показано, что за 2010–2019 гг. количество коек в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, увеличилось на 14,4 %, а в амбулаторных условиях — на 17,1 %. Однако средняя занятость койки в дневных стационарах больниц сократилась с 293 дней до 287, а в дневных стационарах поликлиник — с 322 до 309. При этом среднее число занятости коек в круглосуточных стационарах больниц составляло от 310 до 319 дней. Эти данные свидетельствуют о слабой ресурсосберегающей работе коек дневных стационаров вследствие их недозагруженности и, как следствие, низкой экономической эффективности.

Заключение. Выявлено, что основной проблемой лечебного процесса в дневных хирургических стационарах является невозможность оценки определения его эффективности. С этой целью требуется установить нормативные показатели его работы, определить статус койки и значительно увеличить ее оборот. Целесообразно ввести непосредственное финансирование всех дневных стационаров, оценивать стоимость законченного случая лечения по единому базовому тарифу независимо от типа медицинской организации, проводившей лечение.

Ключевые слова: стационарозамещающая форма оказания хирургической помощи; дневной хирургический стационар; показатели деятельности дневного стационара; оборот койки; среднее число занятости койки; эффективность использования дневного хирургического стационара.

Как цитировать

Воробьев В.В., Белевич В.Л., Овчинников Д.В. Организация работы и оценка эффективности деятельности дневного хирургического стационара // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2025. Т. 27, № 1. С. 51–57. DOI: https://doi.org/10.17816/brmma642441

Рукопись получена: 01.12.2024 **Рукопись одобрена:** 03.02.2025 **Опубликована online:** 28.03.2025

ЭКО • ВЕКТОР

Лицензия CC BY-NC-ND 4.0
© Эко-Вектор, 2025

DOI: https://doi.org/10.17816/brmma642441

Organization and efficiency assessment of day surgery units

V.V. Vorobyov, V.L. Belevich, D.V. Ovchinnikov

Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: A key priority in the development of Russia's healthcare system is primary medical and social care modernization, transitioning to resource-efficient technologies and care models without compromising service quality. Since the 20th century, ambulatory surgical care has been progressing. However, existing efficiency indicators, including economic metrics, do not provide an adequate basis for comparison with 24-hour inpatient facilities.

MATERIALS AND METHODS: This study analyzed the treatment of 35,000 patients at the Department of Ambulatory and Polyclinic Care of the S.M. Kirov Military Medical Academy (2005–2024), alongside statistical data from the annual 2023 Health Care in Russia report, materials from six congresses of ambulatory surgeons, and scientific publications. The organizational structure, specialization, and statistical performance indicators of day surgery units throughout the 21st century were examined.

RESULTS: The number of beds in hospital-based day surgery units between 2010 and 2019 increased by 14.4%, whereas those in outpatient clinics increased by 17.1%. However, the average bed occupancy rate in hospital-based day surgery units decreased from 293 to 287 days and from 322 to 309 days in outpatient-based day hospitals. The average occupancy of 24-hour inpatient hospital beds was 310–319 days. These data indicate the inefficient utilization of day hospital beds due to their underuse, resulting in low economic efficiency.

CONCLUSIONS: The inability to accurately assess the efficiency of day surgery units is a crucial issue. Establishing standardized performance indicators, defining the status of day hospital beds, and increasing their turnover rate are required to address this challenge. Direct funding for all day hospitals should be implemented, and the cost of completed treatment cases should be assessed based on a unified base tariff, regardless of the type of medical institution providing care.

Keywords: ambulatory surgical care; day surgery unit; performance indicators of day hospitals; bed turnover rate; average bed occupancy; efficiency of day surgery units.

To cite this article

Vorobyov VV, Belevich VL, Ovchinnikov DV. Organization and efficiency assessment of day surgery units. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy.* 2025;27(1):51–57. DOI: https://doi.org/10.17816/brmma642441

Received: 01.12.2024 **Accepted:** 03.02.2025 **Published online:** 28.03.2025

ECO•VECTOR

The article can be used under the CC BY-NC-ND 4.0 license
© Eco-Vector, 2025

ВВЕДЕНИЕ

Актуальной задачей совершенствования системы здравоохранения, происходящей в настоящее время в России, является модернизация первичного звена. Одно из наиболее перспективных направлений — расширение рамок внебольничной медицинской помощи, в том числе и хирургической, за счет внедрения новых организационных форм и прогрессивных технологий [1–3]. Формирование самостоятельной формы оказания медицинской помощи — стационарозамещающей — характеризуется расширением перечня заболеваний, помощь при которых оказывается вне круглосуточных стационаров, с одновременным увеличением числа оперативных вмешательств, выполняемых в оказывающих первичную медико-санитарную помощь медицинских организациях [4].

Объективными предпосылками развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи стали:
- изменение нормативно-правовой базы деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь;
- постоянное совершенствование хозяйственно-экономических аспектов работы медицинских организаций догоспитального этапа;
- развитие медицинских технологий с внедрением миниинвазивных и щадящих методик оперативного и консервативного лечения;
- накопление опыта оказания медицинской помощи больным хирургического профиля в условиях сокращенного пребывания в лечебных учреждениях;
- положительная субъективная оценка больными новых форм оказания хирургической помощи, не меняющих образ жизни пациентов [5].

Несмотря на распространенность в настоящее время ресурсосберегающих технологий и их широкое применение в практической работе, система функционирования стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации (РФ) до сих пор работает недостаточно эффективно. Этому препятствует, прежде всего, невозможность сравнительной оценки качества и эффективности функционирования работы дневных стационаров вследствие отсутствия «нормативных показателей» их работы [6, 7]. Определение статуса койки дневного стационара представляет собой актуальную задачу, позволяющую оценить эффективность работы всех ресурсосберегающих технологий.

Цель исследования — оценить особенности организации работы и эффективность деятельности дневного хирургического стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования стали сведения о лечении свыше 35 тыс. пациентов в дневном хирургическом стационаре (ДХС) клиники амбулаторной хирургии (с 2011 г. — амбулаторно-поликлинической помощи — АПП) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) за период 2005–2024 гг., а также статистических данных на основании федерального статистического наблюдения (форма № 14ДС), опубликованных в статистическом сборнике «Здравоохранение в России» за 2023 г., материалов 6 съездов амбулаторных хирургов РФ, научных трудов и публикаций статей в периодической печати наиболее авторитетных в области изучения вопросов развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи (ДХС) представителей отечественной медицины. Проанализированы следующие показатели работы дневных стационаров начиная с 2005 г.: число выполненных оперативных вмешательств, число больничных и медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, оборот койки, среднее число занятости койки. Показатели работы за 2021 и 2022 гг. не анализировали вследствие перепрофилирования многих медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, для лечения пациентов, инфицированных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основное подразделение на догоспитальном этапе, где применяются стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи больным хирургического профиля, — ДХС. В настоящее время его деятельность регламентируется приказами Министерства здравоохранения (МЗ) РФ от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях»[1] и от 15.11.2012 № 922н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „хирургия“»[2]. Кроме того, оказание медицинской помощи в дневных стационарах законодательно закреплено в федеральном законе от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В этом же законе дано определение дневного стационара: «Дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации (ее структурного подразделения), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и организуется для осуществления лечебных и диагностических мероприятий при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения».

Более чем 30-летний опыт работы клиники АПП ВМА, дневных хирургических стационаров Москвы,

[1] Приказ Минздрава России от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях». Режим доступа: https://docs.cntd.ru/document/901754138 Дата обращения: 24.02.2025.

[2] Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 922н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „хирургия“» Режим доступа: https://minzdrav.gov.ru/documents/9124 Дата обращения: 24.02.2025.

Санкт-Петербурга, Ставрополя и других городов убедительно показал эффективность успешного санирования на догоспитальном этапе, в дневных хирургических стационарах, больных с такими распространенными заболеваниями, как варикозное расширение вен нижних конечностей, наружных грыж живота, заболеваний наружных мужских половых органов и др. [8]. Формы организации ДХС могут быть разными. Они создаются в качестве функциональных подразделений лечебных учреждений как госпитального, так и поликлинического типов.

Как показала практика, ДХС поликлиник предназначены главным образом для диагностики, оперативного и консервативного лечения, послеоперационного ведения больных.

ДХС стационарных медицинских организаций предназначены для предоперационного обследования с выполнением сложных диагностических методик исследования, недоступных в амбулаторной сети, долечивания пациентов после перенесенных оперативных вмешательств, проведения химиотерапии у онкологических больных и др. Кроме того, возможен вариант формирования ДХС в качестве самостоятельных учреждений, имеющих собственное помещение, подразделения и службы обеспечения их деятельности, в этом случае они становятся центрами амбулаторной хирургии.

Профиль ДХС определяется в соответствии с запросами и потребностями практического здравоохранения. Так, например, могут быть сформированы общехирургические ДХС, специализированные (флебологический, герниологический, офтальмологический и др.), многопрофильные со специалистами нескольких категорий хирургического профиля (травматолог, уролог, гинеколог и др.).

Результаты лечения больных в дневных стационарах во многом зависят от организации лечебного процесса и качественного исполнения медицинским персоналом своих обязанностей. В связи с этим большое значение в работе дневного стационара имеет подбор медицинского персонала, так как от профессионализма врачебного и среднего медицинского состава в конечном итоге зависит успех деятельности ДХС.

Возглавлять ДХС должен высококвалифицированный хирург, имеющий достаточный опыт работы в больничном стационаре. Все сотрудники ДХС должны осознавать, что дневной стационар является особым учреждением и в нем требуется такое высокое качество исполнения обязанностей, которое, возможно не достигалось на предыдущей работе. ДХС необходимо размещать в изолированном блоке или в отдельно выделенном здании. Нельзя допускать, чтобы потоки больных находящихся на лечении в дневном стационаре и в больничном круглосуточном стационаре, пересекались.

Отбор пациентов для лечения в условиях ДХС является первым и потому безусловно важным этапом во всем лечебно-диагностическом процессе. При определении возможности лечения в ДХС необходимо учитывать и принципиально новое требование: социально бытовой фактор имеющегося жилого помещения пациента или противопоказания социально-бытового характера (неблагоустроенное жилье, отсутствие телефона, проживание пациента без родственников и др.). Отбор больных на лечение осуществляется специалистами ДХС при консультативном приеме пациентов направляемых из поликлиник, медико-санитарных частей, амбулаторий и др. Определяется возможность лечения пациента в условиях дневного стационара, целесообразность оперативного вмешательства, объем операции и особенности предоперационной подготовки, оценивается состояние больного, выясняются сопутствующие заболевания, оценивается аллергологический анамнез и др. Предоперационное обследование больных должно соответствовать стандартам и клиническим рекомендациям, установленным для конкретных нозологических форм.

Повторный осмотр пациента проводится после получения результатов предоперационного обследования. Медицинскими работниками ДХС оцениваются результаты обследования, назначается срок оперативного вмешательства, предоперационная подготовка и необходимая медикаментозная терапия. В день операции, после прибытия больного в ДХС, оформляется медицинская документация, пациент поступает в отделение, переодевается и размещается в палате. Больного осматривают оперирующий хирург и анестезиолог. Для оценки состояния ему измеряют артериальное давление, пульс, температуру тела и выполняют премедикацию.

Оперативное лечение в условиях ДХС имеет свои особенности. Это связано с тем, что пациент в ближайшие часы после операции выходит из-под постоянного наблюдения медицинского персонала. Хотя степень риска при оперативных вмешательствах одинаковой сложности как в круглосуточном хирургическом стационаре, так и в ДХС практически равнозначна, требования к качеству и надежности амбулаторных операций существенно выше (профилактика послеоперационных осложнений, прежде всего кровотечения, предупреждение выраженного болевого синдрома, оценка витальных функций пациента перед его эвакуации домой и др.), что, в свою очередь, подчеркивает определяющее значение профессиональной подготовленности хирургов ДХС и всего медицинского персонала.

После завершения операции больного переводят для наблюдения в палату ДХС, где он находится (в зависимости от объема перенесенного вмешательства и состояния) от 3 до 5 ч. Общее время пребывания пациента в дневном хирургическом стационаре в операционный день составляет от 3 до 8 ч. Важное значение в ДХС имеет активное ведение послеоперационного периода и ранняя активизация больного после операции (герниопластика, удаление варикозных вен конечностей и др.).

Через 1 час после завершения оперативного вмешательства лечащий врач или постовая медицинская сестра

на протяжении 10 мин проводят с лежащим в постели больным комплекс легких физических упражнений, включающих повороты туловища с боку на бок, движения (сгибание и разгибание) конечностями и повороты головы. Затем, в течение 1 ч после операции пациент самостоятельно выполняет показанные ему движения на протяжении 5–6 мин с интервалами покоя по 10 мин. После этого пациент поднимается с постели (вначале под контролем врача), ходит по палате и коридорам ДХС. Соматическое состояние больного все это время оценивается и контролируется по показателям пульса, артериального давления и сатурации.

После активного наблюдения за больным в палате и определения лечащим врачом возможности перевода пациента домой (обычно через 3–4 ч после операции) осуществляется его эвакуация домой приданным ДХС или личным автотранспортом. Вечером в день операции оперировавший хирург ДХС контролирует состояние больного по телефону.

На следующий день больной прибывает в ДХС для осмотра, смены повязки, контроля послеоперационной раны, при необходимости проведения инфузионной терапии и др. Порядок и частоту последующих осмотров назначает лечащий врач в зависимости от течения послеоперационного периода, состояния пациента и особенностей терапии.

Среднее время пребывания и лечения пациента в ДХС после оперативного вмешательства, консервативного лечения или обследования составляет 2–3 ч. После убытия больного из ДХС постельное белье снимают с койки, упаковывают в пакет, на котором указывают данные пациента. Пакеты складывают в специальном шкафу, находящемся в палате. На койке располагается очередной пациент.

В связи с тем, что в течение дня на койке дневного стационара должны получить лечение несколько пациентов, медицинскому персоналу необходимо четко планировать и распределять время посещения больными ДХС, чтобы пациенты не приходили одновременно и не создавали очереди. От решения этого вопроса зависит не только комфорт пребывания, но и качество оказания помощи пациентам в дневном стационаре.

Благодаря предпринятым государством мерам (введение в номенклатуру лечебных подразделений МЗ РФ дневных стационаров, разработка штатного расписания, оснащения и др.) количество коек в дневных стационарах за последние годы значительно увеличилось. Так, за период с 2010 по 2019 г. количество коек в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, увеличилось на 14,4 % (с 84 206 до 96 334 коек), а в амбулаторных условиях – на 17,1 % (с 135 484 до 158 690 коек). Однако за этот же период (2010–2019 гг.) средняя занятость койки в дневных стационарах больниц сократилась с 293 дней до 287, а в дневных стационарах поликлиник — с 322 до 309 [9]. При этом среднее число занятости коек в круглосуточных стационарах больниц в 2010–2019 гг. составляло от 310 до 319 дней [10]. Эти данные свидетельствуют о слабой ресурсосберегающей работе коек дневных стационаров вследствие их недозагруженности и в результате этого низкой экономической эффективности.

В настоящее время в России отсутствуют нормативные показатели работы дневных стационаров, не определен статус койки дневного стационара, отмечается низкий ее оборот и занятость. Все это тормозит развитие эффективной системы стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи.

Анализ загрузки койки ДХС клиники АПП ВМА за последние 15 лет показал, что число получивших лечение пациентов на 1 койке многократно превышает загрузку койки в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь МЗ РФ (табл. 1).

Это связано с тем, что в клинике АПП на 1 койке дневного стационара лечение получают не менее 3 пациентов, а в дневных хирургических стационарах МЗ РФ — около 1 [11]. Такая низкая загрузка койки дневных стационаров МЗ РФ свидетельствует о их простое и недозагруженности и вследствие этого низкой эффективности и слабых экономических результатах работы [9, 12]. В связи с этим большое значение приобретают мероприятия, направленные на повышение эффективности использования существующего коечного фонда дневных стационаров.

Ни в одном правоустанавливающем документе не учитывается оборот койки, не разработаны нормы ее загрузки, не предусмотрено изменение штата дневного стационара в зависимости от количества поступающих на лечение пациентов. При оценке работы дневных стационаров не осуществляется подсчет сэкономленных при лечении больных средств. Экономическая работа дневного стационара оценивается только по заработанным средствам.

Непосредственное финансирование дневных стационаров отдельной строкой из федерального или местного бюджетов в нашей стране не осуществляется. По линии территориального фонда обязательного медицинского

Таблица 1. Сравнительная оценка эффективности коечного фонда дневного хирургического стационара
Table 1. Comparative assessment of bed space efficiency in day surgery units

Показатель	ДХС клиники АПП ВМА	ДХС МЗ РФ
Оборот койки	137	37–50
Среднее число занятости койки	1386	309–322

страхования существует диспропорция в финансовой оценке экономического случая лечения, что делает невыгодным развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи.

Стоимость законченного случая лечения, проведенного согласно принятым стандартам должна быть эквивалентна единому базовому тарифу с соответствующей нозологической формой независимо от типа учреждения, проводящего лечение. При таком подходе, разница между единым базовым тарифом и фактическими затратами на лечение будет стимулировать развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи. Одновременно появятся средства на материальное стимулирование работы медицинского персонала дневных стационаров.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты лечения пациентов в дневных стационарах во многом зависят от организации лечебно-диагностического процесса и качественного исполнения своих обязанностей медицинским персоналом. При этом отбор пациентов для лечения в условиях ДХС является важным этапом лечебно-диагностического процесса. При выполнении оперативного вмешательства в ДХС нужно учитывать, что в ближайшие часы после операции пациент выходит из-под постоянного контроля медицинского персонала. В связи с этим требования к качеству и надежности амбулаторных операций существенно выше, чем к стационарным.

Основной проблемой лечебного процесса в ДХС является невозможность оценки определения его эффективности. С этой целью требуется установить нормативные показатели работы ДХС, определить статус койки ДХС и значительно увеличить ее оборот. Необходимо, чтобы на койке ДХС в течение дня получали лечение не менее 2–3 пациентов.

Целесообразно ввести непосредственное финансирование всех дневных стационаров, оценивать стоимость законченного случая лечения по единому базовому тарифу независимо от типа лечебного учреждения, проводившего лечение. Необходимо осуществлять подсчет экономии финансовых средств в дневных стационарах и возвращать их в бюджет дневных стационаров. Решение всех этих вопросов придаст новый импульс дальнейшему развитию ДХС, что позволит оправдать их основное предназначение — обеспечивать высокое качество лечения при ресурсосберегающей эффективности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Вклад каждого автора. Д.В. Овчинников — анализ данных, написание статьи; В.В. Воробьев — разработка общей концепции, написание статьи; В.Л. Белевич — дизайн исследования, написание статьи.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Authors' contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

The contribution of each author. D.V. Ovchinnikov, data analysis, writing an article; V.V. Vorobyov, general concept development, writing an article; V.L. Belevich, research design, writing an article.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Sigua BV, Zemlyanoy VP, Gubkov II, et al. Peculiarities of surgical tactics in non-metastatic cancer of the stomach, complicated by bleeding. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2016(4):19–22. EDN: XHUBFN

2. Belevitin AB, Vorob'ev VV, Bezuglyĭ AV, et al. Possibilities of outpatient surgery. *Pirogov Russian Journal of Surgery.* 2010;(3): 49–53. EDN: NDZRDX

3. Bocharova MO, Podchernina AM. Analysis of the main performance indicators of day hospitals in Moscow in 2017–2022. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2023;31(S2):1237–1242. EDN: EWYPNK doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1237-1242

4. Popov AP, Astakhova TP, Rogov YuV. On the problem of development of hospital-replacing surgical care in the armed

forces. *Military Medical Journal*. 2022;343(5):21–26. EDN: GPNQZZ doi: 10.52424/00269050_2022_343_5_21

5. Belskikh AB, Vorobieva VV, editors. *Ambulatory surgery*. Saint Petersburg: Hippocrates; 2016. 836 p. (In Russ.)

6. Karailanov MG, Mikheev AV, Prokin IG, et al. Ambulatory complementary technologies in primary care for domestic healthcare. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2023;25(2): 269–274. EDN: MRXHWJ doi: 10.17816/brmma192514

7. Vorobyov VV, Novikov KV, Ovchinnikov DV. Problematic issues of the development of hospital-replacing technologies in surgery at the prehospital stage and ways to solve them. *Public health*. 2024;4(4): 43–51. EDN: VEHFGF doi: 10.21045/2782-1676-2023-4-4-43-51

8. Oleinikov PN, editor. *Guide to outpatient surgical care*. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. 904 p. (In Russ.)

9. Melnikov YY, Banteva MN. Activity indicators of daily stay hospitals in the Russian Federation, federal districts and regions for 2010–2019 years. *Healthcare Manager*. 2021;(6):11–20. EDN: PEQJYF doi: 10.21045/1811-0185-2021-6-11-20

10. *Healthcare in Russia. 2023: Statistical collection*. Moscow; 2023. 179 p. (In Russ.)

11. Vorobyov VV, Davydov DV. Organization of surgical aid delivery under condition of the day surgery. *Military Medical Journal*. 2016;337(8):11–15. EDN: SLHTQT

12. Gilmanov AA, Marapov DI, Fayzullina RN. Indicators of activity and problems of work of day stationary. *Modern problems of science and education*. 2017;(4):83. EDN: YTHNVK

ОБ АВТОРАХ

***Дмитрий Валерьевич Овчинников,** канд. мед. наук, доцент; ORCID: 0000-0001-8408-5301; eLibrary SPIN: 5437-3457; e-mail: vmeda-nio@mil.ru

Владимир Владимирович Воробьев, д-р мед. наук, профессор; ORCID: 0000-0002-4006-440X; eLibrary SPIN: 4029-4500

Валерий Леонтьевич Белевич, д-р мед. наук; ORCID: 0000-0002-7339-1220; eLibrary SPIN: 9583-8993

AUTHORS INFO

***Dmitrii V. Ovchinnikov,** MD, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor; ORCID: 0000-0001-8408-5301; eLibrary SPIN: 5437-3457; e-mail: vmeda-nio@mil.ru

Vladimir V. Vorobyov, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor; ORCID: 0000-0002-4006-440X; eLibrary SPIN: 4029-4500

Valeriy L. Belevich, MD, Dr. Sci. (Medicine); ORCID: 0000-0002-7339-1220; eLibrary SPIN: 9583-8993

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author