

На правах рукописи

КОРБАНОВА ТАТЬЯНА НИКОЛАЕВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно -исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
профессор

Царик Галина Николаевна

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры общественного здоровья и
здравоохранения им. Н.А.Семашко ФГАОУ ВО
«Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова»,
заслуженный врач Российской Федерации

Сквирская Галина Петровна

Доктор медицинских наук, начальник отдела научно-практического обеспечения центра санаторно-курортного дела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Прилипко Нина Станиславовна**

Ведущая организация:

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «15» марта 2019 года в 10:00 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГБУ «Центральный научно -исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения » Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России адресу: 127254, Россия, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11 и на сайте института: http://mednet.ru/images/stories/files/replay/Korbanova_text.pdf

Автореферат разослан « ____ » _____ 2019 года

Ученый секретарь Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Тамара Павловна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Увеличение доли лиц старших возрастных групп в структуре населения, рост инвалидности, высокая преждевременная смертность и обусловленный этим огромный экономический ущерб народному хозяйству страны ставят проблему организации мероприятий по эффективной медицинской реабилитации больных в разряд приоритетных проблем современного российского здравоохранения (В.И. Стародубов, И.М. Сон, 2016). Проблемы снижения первичной инвалидности, медицинской и социальной реабилитации становятся все более актуальными и требуют разработки комплексных мероприятий не только на уровне системы здравоохранения и социальной защиты, но и на уровне Правительства Российской Федерации, соответствующих министерств и ведомств (Н.В. Данилова, 2012).

В 2015 г. в 13 субъектах Российской Федерации стартовал пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 г. К старту проекта в основном была сформирована нормативная база для организации и проведения медицинской реабилитации (Г.Е. Иванова, 2016). Результаты анализа деятельности медицинских организаций и специалистов, оказывающих помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, свидетельствует об отсутствии организационных и правовых форм, регулирующих поток пациентов от активного лечения к восстановительному, что ведет к неудовлетворению потребности населения в данном виде медицинской помощи (В.И. Стародубов, И.М. Сон, 2016). В перспективе важнейшей задачей снижения длительности нетрудоспособности, инвалидизации в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи является организация процесса медицинской реабилитации в соответствии с современными требованиями (Г.Е. Иванова, 2016).

С целью реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан и улучшения демографической ситуации необходимо осуществить системное, максимально индивидуализированное развитие восстановительного

лечения, разработку и внедрение новых организационных моделей медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (А.И. Бабенко, 2012).

Степень разработанности темы исследования. Тенденции показателей общественного здоровья многих стран мира, в том числе и России, свидетельствуют об увеличении потребности населения в медицинской реабилитации. С 2011 года Федеральным законом Российской Федерации № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» вводится понятие медицинской реабилитации. Оценка состояния организации системы медицинской реабилитации в Российской Федерации показала, что до настоящего времени служба в отдельных регионах еще не создана, отсутствует системный подход в ее организации и проведении. Учитывая современное состояние медицинской реабилитации в России, необходимо системное развитие данного направления медицины, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования – повышение результативности и эффективности медицинской реабилитации на основе внедрения организационных мероприятий с разработкой организационных технологий.

Задачи исследования:

1. Сформировать методiku, позволяющую определить потребность населения в медицинской реабилитации, разработать эффективные организационные мероприятия медицинской реабилитации;
2. Проанализировать показатели здоровья населения Кемеровской области с последующим определением потребности в медицинской реабилитации, оценить динамику показателей здоровья;
3. Разработать и реализовать организационные технологии, повышающие результативность медицинской реабилитации;
4. Оценить показатели медицинской реабилитации с оценкой результативности и эффективности организационных мероприятий.

Научная новизна работы:

- представлен анализ организации медицинской помощи с определением потребности населения в медицинской реабилитации;
- проведена реструктуризация коечного фонда с увеличением коек медицинской реабилитации;

- созданы отделения медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях, кабинеты реабилитации в поликлиниках; сформированы выездные реабилитационные бригады для оказания услуг немобильным пациентам;
- организована и внедрена этапность в проведении медицинской реабилитации: I этап в условиях оказания интенсивной (в том числе реанимационной медицинской помощи), специализированная стационарная медицинская реабилитация (II этап), амбулаторный этап и санаторно-курортное лечение (III этап);
- разработана и обеспечена маршрутизация пациента с созданием геокарт на основе оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, облегчающих доступность медицинской реабилитации;
- разработаны и внедрены на базе 4 служб технологии организации медицинской реабилитации;
- организовано взаимодействие между государственными и медицинскими организациями различных ведомств, создана система медицинской реабилитации в Кузбассе;
- при создании индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов выработан, опробован и внедрен механизм взаимодействия между врачами и пациентами посредством мобильных информационных устройств в электронной форме;
- определена результативность и эффективность внедрения организационных мероприятий медицинской реабилитации в динамике на основе разработанных критериев для конкретных этапов медицинской реабилитации.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты исследования нашли применение в деятельности медицинских и страховых организаций, органов управления здравоохранением, в преподавании дисциплины общественного здоровья и здравоохранения на основе:

1. формирования организационных технологий медицинской реабилитации, осуществляемых с учетом показателей, характеризующих общественное здоровье населения и определения фактической потребности в медицинской реабилитации;
2. использования научно обоснованных данных потребности населения в

медицинской реабилитации с применением технологии планирования развития сети медицинских организаций, проведения их медицинской специализации, рационализации использования коечного фонда, медицинских кадров, немедикаментозных методов лечения;

3. мониторинга показателей, отражающих динамику распространенности и структуру заболеваний хронического характера в целях повышения качества жизни населения, обеспечения доступности медицинской помощи, увеличения трудоспособности населения, сокращения показателей инвалидности и смертности от управляемых причин;

4. установления потребности населения в медицинской реабилитации по этапам ее оказания с целью выработки региональной стратегии по выполнению задач государственной программы по развитию медицинской реабилитации.

Положения, выносимые на защиту:

1. Сформированная методика комплексного социально-гигиенического исследования позволила разработать организационные технологии медицинской реабилитации;

2. Изучение состояния общественного здоровья и организации медицинских услуг населению способствовало определению потребности в медицинской реабилитации;

3. Определение потребности населения в медицинской реабилитации послужило научным обоснованием разработки мероприятий ее организации;

4. Посредством апробации, оценки эффективности и результативности организационных мероприятий медицинской реабилитации доказана целесообразность внедрения их в практическое здравоохранение.

Методология и методы исследования: монографический; статистический; непосредственного наблюдения; сравнительного анализа; экономико-математический; картографический; экспертных оценок. На примере анализа общественного здоровья Кемеровской области рассчитана потребность в технологиях медицинской реабилитации. Проведены анкетирование пациентов, находящихся на этапах медицинской реабилитации, экспертиза медицинской документации, что позволило оценить качество, доступность и

удовлетворенность населения. Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием критерия χ^2 Пирсона.

Внедрение результатов исследования в практику. Материалы диссертации применялись при разработке методических и нормативно-правовых актов:

- Территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2012-2018 гг., законы приняты Советом народных депутатов Кемеровской области №140-ОЗ от 20.12.2011, № 122-ОЗ от 27.12.2012 г.; № 137-ОЗ от 26.12.2013 г.; № 146-ОЗ от 29.12.2014 г.; № 137-ОЗ от 29.12.2015 г.; № 109-ОЗ от 28.12.2016; № 115-ОЗ от 25.12.2017. Акты внедрения департамента охраны здоровья населения от 15.03.2018 г., Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области от 14.03.2018 г.;
- Медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации, утвержденных постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 18 июля 2011 г. № 326. Акты внедрения департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 15.03.2018 г., Территориального фонда обязательного медицинского страхования от 14.03.2018 г.;
- «Комплексной программы развития здравоохранения до 2020 года», утвержденной постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 19.09.2013 г. № 385. Акты внедрения департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 15.03.2018 г.;
- Методических рекомендаций по организации восстановительного лечения (медицинской реабилитации). (В.К. Цой, Г.Н. Царик, Т.Н. Корбанова и др. – Кемерово, 2014. – 58 с.) Акты внедрения Кемеровского института социально-экономических проблем здравоохранения 12.03.2018 г. и Кемеровского государственного медицинского университета от 12.03.2018 г.;
- Методических рекомендаций по управлению обеспечением качества медицинской помощи (Г. Н. Царик, В. М. Ивойлов, Т. Н. Корбанова и др. – Кемерово, 2013. – 325 с.). Акты внедрения Кемеровского государственного

медицинского университета от 15.03.2018 г. и Кемеровского института социально-экономических проблем здравоохранения 14.03.2018 г.;

- Постановления Губернатора Кемеровской области от 10.03.2017 №16-пг «Об областном совете по медицинской реабилитации». Акт внедрения департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 15.03.2018 г.;
- Приказа ДОЗН КО №324 от 14.03.2017 «Об организации медицинской реабилитации на территории Кемеровской области». Акт внедрения департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 15.03.2018 г.;
- Карты экспертной оценки обоснованности пребывания пациента на этапах амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации. Акты внедрения департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 15.12.2017 г. и Территориального фонда обязательного медицинского страхования от 12.03.2018 г.

Личный вклад автора обеспечил формирование рабочей гипотезы, определение темы исследования, разработку программы и плана его выполнения, сбор и анализ информации, расчет потребности населения в медицинской реабилитации, способствовал внедрению организационных технологий. Соискателем лично разработана анкета пациента медицинской реабилитации, проведено анкетирование и оценка результатов; разработана экспертная карта и проведена экспертиза медицинской документации пациентов медицинской реабилитации. Доля участия в сборе материала составляет 100%, в обобщении и анализе материала 90%.

Степень достоверности исследования основывается на анализе:

- данных государственной статистики по Российской Федерации, Кемеровской области, законодательных и нормативных документов федерального и регионального уровня, касающихся организации медицинской реабилитации, специально разработанных карт экспертной оценки, анкет;
- применения в исследовании комплекса социально-гигиенических методов сбора и обработки первичного материала: непосредственное наблюдение (обсервационный), контент-анализ, монографический, картографический, экспертной оценки с разработкой плана корректирующих действий и анализом результатов, социологическое анкетирование;

- статистической обработки полученных результатов с помощью специализированных статистических приложений IBM SPSS Statistics Base Campus Edition Campus Value Unit License v. 24 (лицензионный договор № 20160805-1 от 30.08.2016 с ЗАО «Predictive Solutions»). Все данные представлены как $M \pm m$, проведен расчет сопряженности показателей по методу χ^2 Пирсона.

Результаты исследования апробированы и одобрены: Международной научно-практической конференцией «Современные проблемы реабилитации в неврологии» – Кемерово, 2013 г.; Медицинским советом Кемеровской области «О деятельности здравоохранения области в 2013 году и задачах на 2014 год» – Кемерово, 2014 г.; XVIII Всероссийской научно-практической конференцией «Многопрофильная больница: интеграция специальностей» – Ленинск-Кузнецкий, 2014 г.; Межрегиональной конференцией «Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях» – Кемерово, 2014 г.; Межрегиональной конференцией «Проблемы амбулаторной реабилитации на современном этапе развития наркологической службы в Российской Федерации» – Светлогорск, 2014 г.; IX Международной научно-практической конференцией «Современные тенденции развития науки и технологий» с докладом «Медицинская реабилитация пациентов с новообразованиями в Кузбассе» – Белгород, 2015 г.; Международной научно-практической конференцией «Доступная среда на 2011-2020 годы. Теоретические и прикладные аспекты совершенствования организации и методов реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функции опоры и движения» – Новокузнецк, 2016 г.; Региональной научно-практической конференцией «Современные тенденции организации медицинской помощи» – Прокопьевск, 2016 г.; Региональной научно-практической конференцией «Актуальные вопросы медицинской реабилитации» – Кемерово, 2016 г.; Медицинским советом Кемеровской области «Итоги деятельности здравоохранения Кузбасса в 2016 году и задачи на 2017 год» – Кемерово, 2017 г.

Публикации материалов исследования: опубликовано 6 печатных работ, в том числе 3 в изданиях, рекомендованных высшей аттестационной

комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации, монография. Кроме того, изданы 2 методических рекомендаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация включает введение, 5 глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, приложения. Научно-исследовательская работа изложена на 188 страницах, содержит 35 рисунков и 29 таблиц. Список литературы состоит из 311 источников (в том числе 55 иностранных).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность и обозначена степень разработанности темы проведенного исследования, определены цель и задачи, представлены научная новизна, практическая значимость, основные положения, выносимые на защиту.

Первая глава посвящена рассмотрению актуальных вопросов и проблем, связанных со здоровьем. Изучены основные тенденции медицинской науки и практики, определены основные задачи развития здравоохранения Российской Федерации. Особое внимание уделено становлению медицинской реабилитации в России и за рубежом. В главе дана социально-гигиеническая характеристика здоровья и показана важность повышения качества оказания медицинской помощи и эффективности системы здравоохранения. Представленные материалы позволили научно обосновать необходимость повышения обеспеченности населения помощью по медицинской реабилитации.

Во **второй главе** диссертации описан механизм проведения научно-исследовательской работы: программа, материал и методы проведения.

Предметом исследования явились медико-демографические характеристики, заболеваемость по обращаемости, инвалидность населения, организация и объемы помощи по медицинской реабилитации в медицинских организациях (стационар, поликлиника, санаторий), потребность населения в медицинской реабилитации по этапам ее оказания, результаты экспертных оценок.

Объект исследования: население Кемеровской области, медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных, амбулаторных, санаторных условиях, медицинские работники.

Единицы наблюдения: 111 территориальных медицинских организаций (развернуто 21719 коек, из них в 11 с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи), житель области, случай заболеваемости, посещаемости, инвалидности.

Апробация технологий медицинской реабилитации и мониторинг показателей реализованы в базовых медицинских организациях Кемеровской области: при заболеваниях центральной нервной системы и органов чувств – в двух отделениях (при ГАУЗ КО «Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева, ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1»), с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы – в отделении ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1» и – на реабилитационных койках в ГБУЗ КО «Кемеровская городская клиническая больница № 1 имени М.Н. Горбуновой», с заболеваниями сердечно-сосудистой системы: ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. Л.С. Барбараша», ГБУЗ КО «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1», ПАО «Санаторий Прокопьевский». Организация и проведение медицинской реабилитации пациентам со злокачественными новообразованиями осуществлялась в онкологическом отделении на базе ГАУЗ КО «Анжеро-Судженская городская больница», а также в условиях онкологического отделения ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 8».

Изучаемое явление представлено общественным здоровьем Кемеровской области в условиях разработки, внедрения и использования технологий медицинской реабилитации пациентов. Мониторинг изменений параметров здоровья проводился с учетом показателей заболеваемости, инвалидности и смертности с выделением двух периодов наблюдения (2009-2011 и 2012-2017 гг.).

Базой исследования стала Кемеровская область с численностью населения 2279,4 тыс. взрослого и 521,9 тыс. детского населения.

Сформирована и описана методика фактического расчета потребности в медицинской реабилитации. Изучение влияния организационных технологий медицинской реабилитации на эффективность регионального здравоохранения проводилось на основании программы и плана ее реализации (таблица1).

Программа исследования

Задачи этапов исследования	Методы исследования	Источники информации и их объем
1. Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов;	Аналитический	311 источников литературы
2. Формирование методики, позволяющей определить потребность и разработать эффективные организационные технологии медицинской реабилитации, оценить динамику показателей здоровья;	Аналитический Статистический	Данные заболеваемости населения (первичная документация; официальная статистическая информация за 2009-2017 годы: ф.12, ф.14, ф.14-дс, 16-ВН, ф. 30, ф. 35, ф.47, ф. 57; данные по онкологии за 2009-2015 гг. – ф.35, ф.7 (2016-2017 гг.))
3. Анализ здоровья населения с последующим определением потребности в медицинской реабилитации;		Данные заболеваемости населения (первичная документация; официальная статистическая информация за 2009-2017 годы: ф.12, ф.14, ф.14-дс, ф. 16-ВН, ф. 30, ф. 35, ф.47, ф. 57); данные по онкологии за 2009-2015гг. – ф.35, ф.7 (2016-2017гг.))
4. Изучение системы организации медицинской реабилитации;	Аналитический	Нормативно-правовые акты Кемеровской области 2009-2011годы (6)
5. Разработка и реализация организационных мероприятий, повышающих эффективность медицинской реабилитации;	Статистический	Методические материалы (2), нормативно-правовые акты (8): 15 актов внедрения (2014-2018) годы.
6. Мониторинг показателей медицинской реабилитации с оценкой результативности организационных технологий;		Статьи, научно-информационные материалы
7. Анкетирование респондентов с целью изучения удовлетворенности населения услугами по медицинской реабилитации;	Аналитический	Анонимная анкета (834)
8. Экспертиза медицинской документации с целью изучения качества оказания услуг по медицинской реабилитации	Непосредственное наблюдение Аналитический Непосредственное наблюдение	Первичная документация (290): (учетная форма №025/у: (82); 193 медицинских карт стационарного больного (учетная форма №003/у); 15 медицинских карт больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного

	Картографический Аналитический Экономико-математический Статистический Социологическое анкетирование Аналитический Аналитический Экспертных оценок Сравнительного анализа	пребывания в больнице (учетная форма №003-2/у-88). Карты экспертной оценки медицинской реабилитации (290).
--	---	--

Оценка эффективности технологий организации медицинской реабилитации проведена с выделением двух периодов наблюдения 2009-2011 и 2012-2017 гг. посредством определения показателей медицинской, социальной и экономической эффективности.

В третьей главе диссертации рассмотрены социально-гигиенические аспекты общественного здоровья. Приведен расчет фактической потребности в медицинской реабилитации по этапам (стационарное лечение, амбулаторная медицинская реабилитация, санаторно-курортный этап) на основании заболеваемости с учетом показаний и противопоказаний.

В исследуемый период произошло уменьшение численности населения на 60,5 тыс. человек с 2821,8 тыс. в 2009 году до 2761,3 тыс. в 2011 г. Величина темпа снижения за трехлетний период наблюдения равна 2,1%.

Уровень рождаемости в Кузбассе в исследуемый период (2009-2011 гг.) соответствовал 13,4-12,7; смертности – 15,9-15,5 на 1000 населения. Темп снижения рождаемости за три года составил 5,2%, темп снижения смертности в период 2009-2011 гг. равен 2,5%, в результате чего естественная убыль населения возросла с - 2,5 в 2009 г. до - 2,8 в 2011 г. в расчете на 1000 населения.

Уровень смертности населения трудоспособного возраста от всех причин в 2009-2011 гг. в Кемеровской области соответствовал 853,2-803,5 на 100 000 трудоспособных лиц, темп снижения показателя за трехлетний период составил 5,8%.

Уровень общей заболеваемости по данным обращаемости всего населения в Кемеровской области в 2011 году составил 1573 на 1000 населения (у взрослых – 1388, в возрасте 0-14 лет – 2362, в возрасте 15-17 лет – 2244 на 1000 населения соответствующего возраста). Показатель общей заболеваемости в 2009 году соответствовал 1572 на 1000 населения. Уровень общей заболеваемости по обращаемости в Сибирском федеральном округе, а также – в Российской Федерации за тот же период был выше среднего уровня Кемеровской области (1594-1607 – в Российской Федерации, 1691,5-1727,8 на 1000 населения – в Сибирском федеральном округе). В структуре общей заболеваемости по обращаемости всего населения Кемеровской области в 2009-2011 гг. преобладали болезни органов дыхания 995056 случаев (23%), кровообращения 601381 случаев (14%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани 422765 случаев (9,8%), травмы и отравления 359992 случая (8,4%), болезни глаза и его придаточного аппарата 303343 случая (7%).

Первичный выход на инвалидность взрослого населения в 2009-2011 гг. имел тенденцию к снижению со 119,7 до 88,4 на 10 000 населения, с темпом снижения показателя за трехлетний период – 26,1%. Первичная инвалидность среди населения в трудоспособном возрасте за исследуемый период также имела тенденцию к снижению: с 73,8 до 60,7 на 10000 населения в 2009-2011 гг. Темп снижения показателя за трехлетний период равен 17,8%.

Среди заболеваний взрослого населения Кемеровской области в возрасте от 18 лет по потребности в медицинской реабилитации в 2009-2011 гг. первое место заняли болезни системы кровообращения: 601386 случаев – 25695,0 (25020-26436) на 100 тыс. населения (18,9%), второе – болезни органов дыхания: 402108 случаев, что составляет 17641,0 (16340-18520) на 100 тыс. населения (12,9%), третье – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 367956 случаев, равное 16142,7 (15744-16524) на 100 тыс. населения, составив 11,8%.

В четвертой главе диссертации дана сравнительная оценка организации медицинской реабилитации на примере Кемеровской области в 2009-2011 гг. и в период организации системной этапной медицинской реабилитации в период 2012-2017 годов.

В регионе на этапе реабилитации в круглосуточных стационарах медицинских организаций в 2009-2011 гг. функционировало 320 специализированных стационарных коек медицинской реабилитации, обеспеченность ими на 10 тыс. населения составляла 1,1 (2011 г.). В 2009 году медицинскую реабилитацию в условиях санаторно-курортных организаций получили более 3500 граждан. Основную долю составляли пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями – 72%, на втором месте находились беременные групп риска (21%), медицинская реабилитация по поводу сахарного диабета предоставлена 4% больных, по остальным нозологиям – 3% пациентов.

С 2010 года осуществлялось размещение государственного заказа Кемеровской области на организацию медицинской реабилитации в соответствии с законодательством о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд.

Медицинской реабилитации подлежали пациенты с сердечно-сосудистой патологией: перенесшие острый инфаркт миокарда, нестабильную стенокардию, операции на сердце и крупных магистральных сосудах, имеющие последствия острого нарушения мозгового кровообращения. Годовая потребность в путевках на медицинскую реабилитацию только для работающих граждан в 2009-2011 гг. составляла не менее 4000, в том числе 2500 – по сердечно-сосудистой патологии. Остро стоял вопрос о необходимости проведения медицинской реабилитации неработающим гражданам и расширении программы для населения области. В рассматриваемый период служба медицинской реабилитации в амбулаторных условиях практически не функционировала.

Изучение состояния помощи по медицинской реабилитации в Кемеровской области позволило определить задачи и приступить к разработке усовершенствованных организационных технологий.

Четвертая глава диссертации содержит информацию о разработанных организационных мероприятиях и технологиях медицинской реабилитации.

Развитие медицинской реабилитации в Кемеровской области осуществлялось в соответствии с Комплексной программой развития здравоохранения Кемеровской области до 2020 года, утвержденной постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 19.09.2013 № 385, рекомендациями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации».

Организация медицинской помощи по медицинской реабилитации сохраняет этапность ее реализации. Поэтапные маршруты пациентов уточняются после определения и при наличии реабилитационного потенциала на основании шкалы Рэнкина.

В Кемеровской области на основе данных исследования разработан клинико-организационный алгоритм медицинской реабилитации при заболеваниях нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата в медицинских организациях. Регламентированы условия маршрутизации взрослых и детей с указанной патологией, утвержденные

приказом ДОЗН КО №324 от 14.03.2017 «Об организации медицинской реабилитации на территории Кемеровской области». В приказе перечислены все медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию, с учетом показаний и противопоказаний для пребывания на этапе, наличия реабилитационного потенциала на принципах этапности, непрерывности и преемственности. Медицинская реабилитация больных осуществляется по основным классам заболеваний и отдельным нозологическим формам в рамках специализированной и амбулаторной медицинской помощи, в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Для повышения качества и доступности медицинской реабилитации для населения области организовано межведомственное взаимодействие по вопросам медицинской реабилитации на уровне администрации Кемеровской области и утвержден областной совет (Постановление Губернатора Кемеровской области от 10.03.2017 №16-пг «Об областном совете по медицинской реабилитации»).

Стационарная медицинская помощь в Кемеровской области осуществляется в 111 медицинских организациях, где развернуто 21719 коек. В 10 медицинских организациях оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. В стационарах области развернуто 273 физиотерапевтических отделения (кабинета), 118 отделений (кабинетов) лечебной физкультуры. В переводе больных на II этап медицинской реабилитации нуждаются взрослые пациенты, получающие лечение на 7130 коек 11 профилей.

Специализированная медицинская реабилитация II-го этапа осуществляется в регионе в 11 многопрофильных медицинских организациях (2014 год – 9) по профилям заболеваний, определяющих потери населения от смертности, инвалидности и заболеваний (травмы, болезни центральной нервной системы, болезни органов кровообращения, злокачественные новообразования, болезни перинатального периода), сосредоточенных в г. Кемерово, г. Прокопьевск и г. Новокузнецк.

В 2017 году специализированная помощь II этапа медицинской реабилитации осуществлялась на 491 стационарной койке, в том числе на 287 койках региональной системы здравоохранения (2015 год – 247 коек) и на 204

койках (2015 год – 175 коек) федеральных и частных медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда Российской Федерации, ФКУЗ «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по Кемеровской области», ПАО Санаторий «Прокопьевский»). Число коек медицинской реабилитации к 2020 году увеличится до 803, обеспеченность реабилитационными койками возрастет до 3,0 на 10 тыс. населения.

Третий (III) этап медицинской реабилитации осуществляется в амбулаторных условиях медицинских организаций, санаторно-курортных организациях. В рамках развития III этапа медицинской реабилитации в амбулаторных условиях открыты с 2013 по 2017 годы 6 кабинетов и 10 отделений амбулаторной медицинской реабилитации (в том числе 6 детских). Количество отделений реабилитации в стационарных организациях – 15. На койках дневных стационаров пролечено 4684 пациентов (2015 год – 3315).

Для оказания услуг по медицинской реабилитации немобильным пациентам на дому организована выездная бригада специалистов.

Издан приказ департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.02.2016 № 190 «О порядке информационного взаимодействия при разработке и реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Кемеровской области в электронном виде». Создана информационная система для взаимодействия Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Кемеровской области», департамента охраны здоровья населения Кемеровской области и медицинских организаций по реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов. Разработку индивидуальной программы реабилитации и абилитации осуществляют 270 поликлиник.

По данным Федеральной службы государственной статистики на территории Кемеровской области расположено 53 санаторно-курортных организаций различной ведомственной подчиненности.

Охват взрослого населения амбулаторной помощью по медицинской реабилитации в 2013 году составил 13% (к 2020 году составит 25% от числа нуждающихся в рамках целевой региональной программы «Развитие медицинской реабилитации в Кемеровской области на 2013 – 2020 годы»). В амбулаторных условиях услуги по медицинской реабилитации получают более 500 тыс. пациентов.

В четвертой главе представлено развитие медицинской реабилитации на примере 4 служб: кардиологической, неврологической, онкологической и травматологической.

Таким образом, при реструктуризации коечной сети произошел рост коек специализированной медицинской реабилитации, увеличение профилей реабилитации, началось использование амбулаторной медицинской реабилитации, в том числе в условиях дневных стационаров, развитие бригадно-выездных форм оказания медицинской реабилитации.

Изучение общественного здоровья, разработка методик, позволяющей определить потребность в технологиях медицинской реабилитации на основании общей заболеваемости, способствовали формированию системной этапной медицинской реабилитации в Кемеровской области.

Важное место отводилось реализации мероприятий, обеспечивающих доступность медицинской реабилитации, повышение качества жизни и здоровья населения. Результаты анкетирования (834 анкеты) населения Кемеровской области, находившихся на этапе медицинской реабилитации в амбулаторных (в поликлинике опрошены 227 респондентов) и стационарных условиях выявили достаточно высокий уровень удовлетворенности населения оказанными услугами, свидетельствуя об эффективности и результативности медицинской реабилитации. Удовлетворены своевременностью направления на медицинскую реабилитацию 91,2% респондентов, не удовлетворены – 8,8%.

По результатам опроса в структуре причин неудовлетворенности выявлено, что на первом месте – длительность очередности на медицинскую реабилитацию 8,8%; на втором – длительное ожидание консультаций или отсутствие врачей-специалистов (8,4% в структуре); далее – 6 респондентов отметили отказы в направлении на госпитализацию или длительное ожидание

плановой госпитализации в стационар и дневной стационар для проведения медицинской реабилитации (2,6%).

Анкета пациента стационара по оценке доступности и качества медицинской реабилитации была предложена 607 пациентам (243 мужчинам (40,1) и 364 женщинам (59,9%). Удовлетворенность работой медицинской организации в целом составила 86,8%, 13,2% оказались не удовлетворены.

Наиболее высокая удовлетворенность населения на этапе специализированной медицинской реабилитации, практически достигает 100% в условиях санаторно-курортных организаций.

Проведенная экспертиза медицинской документации пациентов (290 медицинских карт пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях) показала, что все пациенты обоснованно находились на этапах медицинской реабилитации, имели реабилитационный потенциал.

В 63,2% случаев в медицинских организациях при осуществлении кардио и нейрореабилитации, медицинской реабилитации при заболеваниях опорно-двигательной системы используется ингаляционное лечение для уменьшения застойно-воспалительных процессов; осуществляется ранняя физическая реабилитация пациентов согласно соответствующему режиму, начиная с блока интенсивной терапии в 183 картах (94,8%).

В процесс лечения включается врач-физиотерапевт – 169 случаев (88,0%), проводятся мероприятия по профилактике пролежней, тромбозов и застойных явлений в легких: УФО на область лопаток, ягодиц, пяток в 8,3% случаев (16 карт); перемежающаяся пневмокомпрессия нижних конечностей (после проведения дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей для исключения флотирующих тромбов) – 21,8% случаев (42 карты).

В медицинской документации отражены повторные консультации врачей ЛФК – 103 случая (79,8%) и физиотерапевта с рекомендациями в выписке 166 случаев (86,0%). Используются неврологические шкалы, отображаются изменения в них в историях болезней, и в последующем в выписных эпикризах, что облегчает работу реабилитологов на втором этапе медицинской реабилитации (137 карт; 70,9%).

Во всех (193) медицинских картах стационарного больного имеются этапные эпикризы с оценкой изменения состояния пациента, коррекции проводимого лечения. В 100% карт зафиксирован первичный обход мультидисциплинарной бригады и повторный протокол заседания мультидисциплинарной бригады осуществлен с указанием динамики по шкале Рэнкин в 86,5% случаев (167 учетных форм №003/у).

В амбулаторных условиях в поликлиниках (90,0%) назначается медикаментозная терапия в рамках III этапа медицинской реабилитации.

В пятой главе диссертации представлена оценка эффективности и результативности внедренных технологий медицинской реабилитации в Кемеровской области с использованием двух периодов наблюдения (2009-2011 гг. и 2012-2017 гг.). Оценка результативности медицинской реабилитации строилась на основе достижения целевых индикаторов. Оценка результативности внедренных технологий медицинской реабилитации в Кемеровской области показала, что обеспеченность населения специализированными больничными койками в целях реализации технологий медицинской реабилитации увеличилась с 0,023 (0,022-0,024) койко-дней на одного жителя в 2009-2011 гг. до 0,039 (0,038-0,040) в 2012-2017 гг. ($p = 0,001$), т.е. возросла в 1,7 раз и достигла норматива объема бесплатной медицинской помощи территориальной программы государственных гарантий на 2014-2017 годы (0,03 в 2014 году; 0,033 в 2015 году; 0,039 в 2016 и 2017 годах).

Увеличилось число лиц с улучшением состояния здоровья после стационарного лечения на I этапе медицинской реабилитации с 95,1% (94,6-95,6) в 2009-2011 гг. до 97,0% (96,5-97,5) в 2012-2017 гг. ($p = 0,0001$), что доказывает наличие медицинской эффективности процесса реабилитации.

Реструктуризация медицинских организаций способствовала сокращению числа стационаров, при этом обеспеченность населения больничными койками уменьшилась с 84,0 (83,9-84,1) до 81,6 (81,1-82,1) на 10 000 населения ($p = 0,004$) и увеличению числа коек медицинской реабилитации с 35 (30,0-47,0) в 2009-2011 гг. до 358,0 (129,0-491,0) в 2012-2017 гг. ($p = 0,004$).

В период внедрения технологий медицинской реабилитации среднегодовая занятость койки, средняя длительность пребывания на койке и оборот больничной койки достигли норматива объема бесплатной медицинской помощи территориальной программы государственных гарантий на 2015-2017 годы. Возросла обеспеченность койками санаторно-курортного лечения с 14,8 (14,7-14,9) в 2009-2011 гг. до 18,5 (17,6-19,0) в 2012-2017 гг. ($p = 0,004$).

Численность населения Кемеровской области в сопоставляемые периоды (2009-2011 гг. и 2012-2017 гг.) статистически незначимо уменьшилась с 2801,3 тыс. до 2733,9 тыс. человек. Рождаемость населения снизилась и составила 13,1 в 2009-2011 гг. и 13,0 в 2012-2017 гг.; отмечается статистически значимое снижение общего показателя смертности. С -2,7 до -1,5 на 1000 жителей области снизилась естественная убыль населения. Установлено снижение смертности изучаемого контингента населения от заболеваний органов кровообращения с 198,9 до 192,8 ($p = 0,0001$), внешних причин с 281,1 до 262,5 ($p = 0,0001$). Исследованием смертности лиц в возрасте до 65 лет на дому выявлено, что количество умерших в этом возрасте от инфаркта миокарда снизилось на статистически значимую величину с 1,96 до 1,8 ($p = 0,0001$); от инсульта с 7,8 до 4,9 на 100 000 соответствующего возраста ($p = 0,0001$), что доказывает результативность внедренных мероприятий по медицинской реабилитации. Количество дней утраты трудоспособности уменьшилось с 683,1 в 2009-2011 гг. и составило 519,9 на 100 работающих в 2012-2017 гг. ($p = 0,0001$). Средняя продолжительность одного случая утраты трудоспособности снизилась с 15,0 до 14,7 дней ($p = 0,0001$). Аналогичной закономерностью характеризуется заболеваемость с временной утратой трудоспособности. В сравниваемые периоды уровень рассматриваемой заболеваемости сократился с 48,5 до 35,1 ($p = 0,0001$), что доказывает наличие социальной эффективности организационных технологий медицинской реабилитации.

Исследованием установлено, что во втором периоде наблюдения (2012-2017 гг.) по сравнению с первым периодом (2009-2011 гг.) отмечалось снижение частоты заболеваний органов дыхания с 368,4 до 346,6 ($p = 0,004$) и системы кровообращения с 256,9 до 251,2 ($p = 0,0001$).

В заключении в обобщенном виде представлено краткое обсуждение результатов проведенного исследования, свидетельствующих о решении поставленных задач и достижении цели исследования.

ВЫВОДЫ

1. Изучение и обобщение исходных данных (2009-2011 гг.), характеризующих состояние и тенденции здоровья жителей Кемеровской области (снижение численности, рост естественной убыли населения, сохранение повышенных уровней заболеваемости по обращаемости взрослых и детей, инвалидизации по основным классам болезней) обеспечили основу для определения направления и механизмов формирования региональной системы медицинской реабилитации.

2. Расчет и анализ показателей потребности населения Кемеровской области в медицинской реабилитации выявил, что потребность среди изученных основных классов болезней составила: в стационаре, в среднем, 50288,0 случаев, в условиях санатория – 34070,0 случаев на 100 000 населения, для проведения лечения в амбулаторных условиях - 5028,0 случаев обращений на 10000 населения. Наибольшая потребность в услугах по медицинской реабилитации в ранние, от начала болезни, сроки, в условиях стационара при болезнях системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, травмах (14132,3; 6634,6 и 5721,9 случаев на 100 000 населения соответственно), на амбулаторном этапе – 22097,7; 15174,1 и 11253,6 случаев на 100 тыс. населения соответственно. Санаторно-курортная помощь требуется преимущественно при последствиях травм, болезней органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани –14034,0 случая на 100 тыс. населения.

3. Результаты рассчитанной потребности взрослых и детей в медицинской реабилитации, основанные на медицинских показаниях к ее проведению и данных заболеваемости населения, позволили планомерно реструктурировать сеть и коечный фонд стационарных и санаторных медицинских организаций, создать и, включая амбулаторные условия, последовательно обеспечить этапную систему оказания помощи. Число коек медицинской реабилитации

возросло более чем в 10 раз в сравнении с отчетным периодом и достигло 491 в 2017 году (47 коек медицинской реабилитации в 2011 году). Обеспеченность койками санаторно-курортного лечения на 10 тыс. населения возросла на 25% с 14,8 (2009-2011 гг.) до 18,5 в 2012-2017 гг.

4. По результатам картографирования районов базового субъекта, георасположения медицинских организаций и возможностей оказания услуг по медицинской реабилитации, определены оптимальные поэтапные маршруты для взрослых пациентов и детей, проживающих в зонах обслуживания, при болезнях органов кровообращения, костно-мышечной и соединительной ткани, нервной системы, новообразованиях. Построенные на этой основе рабочие блок-схемы используются в качестве алгоритма последовательности принятия решений при нуждаемости в реабилитационных мерах.

5. Сравнительный анализ технологий организации медицинской реабилитации с использованием двух периодов наблюдения (2009-2011 и 2012-2017 гг.) подтвердил необходимость фокусирования внимания на создании региональной системы медицинской реабилитации, целесообразности выделения и дифференциации реабилитационных коек, обеспечения взрослых и детей медицинской реабилитацией амбулаторно и в санаторно-курортных условиях. Реализация задачи способствовала увеличению числа пациентов с улучшением состояния здоровья и доказала наличие медицинской эффективности при совершенствовании услуг по медицинской реабилитации.

6. По результатам исследования, проведенного в 2012-2017 гг. смертность населения трудоспособного возраста сократилась с 831,0 (2009-2011гг.) до 761,5 на 100 тыс. населения ($p=0,0001$), заболеваемость с временной утратой трудоспособности снизилась с 48,5 до 35,1 случаев на 100 работающих ($p=0,0001$). Первичная инвалидность снизилась от 101,4 до 75,4 на 10 тыс. трудоспособного населения ($p=0,004$), уровень детской инвалидности уменьшился от 26,2 до 24,7 на 10 тыс. детей ($p=0,004$), что доказало наличие социальной эффективности организационных технологий медицинской реабилитации. Экономический эффект за пятилетний срок реализации реабилитационного направления с учетом вложений в развитие системы медицинской реабилитации составил 304 862,3 тыс. руб.

7. Разработанные и внедренные меры по становлению и совершенствованию медицинской реабилитации способствовали повышению удовлетворенности населения сроками и качеством ее оказания (с 62,2 до 65,5%, $p=0,006$). Снизилось в 4 раза (с 47,8 до 11,5, $p=0,001$) количество жалоб и обращений по поводу организации процесса медицинской реабилитации.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

- регламентировать специальность «медицинская реабилитация» в приказе Минздрава России от 07.10.2015 № 700н (ред. от 11.10.2016);
- внести дополнение в приказ, регламентирующий утверждение статистического инструментария для организации Минздравом России федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья по заполнению строк амбулаторных посещений врача (форма ГСН №30 Сведения о медицинской организации) по медицинской реабилитации (а также – посещений врачей реабилитационных бригад: физиотерапевта, рефлексотерапевта, мануальной терапии, по лечебной физкультуре). Это даст возможность уточнить объемы оказания услуг по медицинской реабилитации, оказываемой в субъектах Российской Федерации и федеральных округах.

На региональном уровне:

- методику расчета потребности в медицинской реабилитации взрослого и детского населения следует использовать с учетом территориальных особенностей заболеваемости населения, медицинских показаний и противопоказаний к назначению реабилитационных услуг.
- оценку результативности медицинской реабилитации проводить с обязательным использованием повторного тестирования при различных нозологических формах болезней.

На уровне медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных, стационарных, санаторно-курортных условиях:

- опробованные нами, на примере базовой территории, технологии организации медицинской реабилитации рекомендуется внедрять и совершенствовать в максимально ранние, от начала болезни, сроки при

сохранении реабилитационной необходимости и потенциала по установленным принципам этапности.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Корбанова, Т.Н. Инновационная модель реабилитации в Кемеровской области /Т.Н. Корбанова //Политравма. – 2014. – № 3. – С. 80-82. (0,21 п.л., автора – 0,21 п.л.).

2. Корбанова, Т. Н. Перспективы развития реабилитации в Кемеровской области /Т.Н. Корбанова //Политравма. – 2014. – № 4. – С. 54-56. (0,21 п.л., автора – 0,21 п.л.).

3. Царик, Г.Н. Инновационная модель медицинской реабилитации на примере кардиологической службы Кузбасса /Г.Н. Царик, Т.Н. Корбанова //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/120-16850> (дата обращения: 15.01.2015). (0,25 п.л., автора – 0,20 п.л.).

4. Царик, Г.Н. Организационные технологии медицинской реабилитации в травматологии /Г.Н. Царик, Т.Н. Корбанова //Политравма. – 2016. – № 3. – С. 62-67. (0,25 п.л., автора – 0,20 п.л.).

5. Оценка доступности и качества медицинской реабилитации в Кемеровской области /Г.Н. Царик, Т.Н. Корбанова, О.Е. Абросова и др. //Политравма. – 2017. – № 3. – С. 55-63. (0,54 п.л., автора – 0,35 п.л.)

6. Царик Г.Н. Организация системы восстановительного лечения / Г.Н. Царик, Т.Н. Корбанова //Монография. – Кемерово: ИнСЭПЗ, 2014. – 124 с. (7,44 п.л., автора – 6,35 п.л.).