

На правах рукописи

Прилипко Нина Станиславовна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва – 2015

Работа выполнена в ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор

Сон Ирина Михайловна

Официальные оппоненты:

Семенов Владимир Юрьевич - доктор медицинских наук, профессор, главный врач института коронарной и сосудистой хирургии ФГБУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Российской академии медицинских наук.

Самородская Ирина Владимировна - доктор медицинских наук, профессор, руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Крошнин Сергей Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, директор ГАУЗ Московской области «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации».

Ведущая организация:

ФГБМУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко».

Защита диссертации состоится « 26 » июня 2015 года в 10 часов на заседании Диссертационного совета Д.208.110.01 при ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте института: <http://www.mednet.ru/ru/dissertacionnyj-o-predstoyashhix-zashhitax.html>

Автореферат разослан «___» _____ 2015 г.

Ученый секретарь Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Сабгайда Т.П.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на доказанную эффективность медицинской реабилитации в преодолении последствий различных заболеваний, снижении инвалидности и повышении качества жизни пациентов (Крошнин С.М., 2003; Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., 2009; Айрапетова Н.С. и соавт., 2009; Горбунов Ф.Е. и соавт., 2010; Князева Т.А. и соавт., 2011; Жернов В.А. и соавт., 2011; Шакула А.В. и соавт., 2012), ее доступность населению РФ остается недостаточной (Иванова Г.Е., 2012; Скворцова В.И., 2013).

Принципиально новые предпосылки для развития медицинской реабилитации создаются совершенствованием нормативно-правовой базы. В частности, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ вводит определение медицинской реабилитации, Порядок организации медицинской реабилитации (утвержден приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н) содержит правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы профильных медицинских организаций и структурных подразделений, Номенклатура коечного фонда по профилям медицинской помощи (утверждена приказом Минздрава России от 17.05.2012 № 555н) включает койки по медицинской реабилитации, что создает условия для разработки новых подходов к оценке обеспеченности населения медицинской реабилитацией и требований к ее организации в разных условиях проведения (амбулаторные, стационарные).

Однако в настоящее время организация медицинской реабилитации, как и объективная оценка обеспеченности ею населения, представляют определенные трудности, в том числе, в связи со сложившейся ситуацией в нормативно-правовом регулировании и статистическом наблюдении. В частности, продолжают действовать отраслевые приказы по организации медицинской помощи по восстановительной медицине, входящие в противоречие с Порядком организации медицинской реабилитации, существующие формы федерального статистического наблюдения не отражают вопросы медицинской реабилитации, что является основанием для изучения нормативно-правовой базы с целью оптимизации регулирования организации медицинской реабилитации, а также формирования предложений по

актуализации действующих и разработки новой формы статистического наблюдения.

Системное развитие медицинской реабилитации является значимым компонентом реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, о чем свидетельствует включение медицинской реабилитации в качестве отдельной подпрограммы в Государственную программу РФ «Развитие системы здравоохранения» (утверждена распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р). Ожидаемый результат реализации подпрограммы – достижение охвата медицинской реабилитационной помощью не менее 25 % пациентов. Однако потребность в медицинской реабилитации согласно заболеваемости населения остается до настоящего времени недостаточно изученной (Базиян Г. В., 1989; Роговой М.А., 1981; Ахметова Р.Г., 2005; Савельев Ж.В., 2007; Шмыкова М.В., 2008), поэтому ее определение является первоочередным мероприятием, предусмотренным в рамках выполнения указанной подпрограммы. Изучение нуждаемости в медицинской реабилитации различных возрастных групп взрослого населения РФ на основании показателей заболеваемости по обращаемости и госпитализации по поводу различных классов болезней, расчет нормативов обеспеченности взрослого населения в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации на основе показаний к ее проведению являются актуальными задачами, требующими решения на федеральном и региональном уровнях.

Все вышеизложенное позволяет подтвердить, что вопросы разработки организационно-методического обеспечения современной системы медицинской реабилитации в Российской Федерации являются в настоящее время весьма актуальными.

Цель исследования: научное обоснование и разработка мероприятий по совершенствованию организации и повышению доступности медицинской помощи по медицинской реабилитации.

Задачи исследования:

1. Определить проблемы нормативно-правового регулирования организации медицинской помощи по медицинской реабилитации в Российской Федерации на современном этапе развития системы здравоохранения.

2. Изучить соответствие данных, содержащихся в действующих формах федерального статистического наблюдения современным потребностям в оценке обеспечения населения медицинской реабилитацией на уровне Российской Федерации и ее субъектов и разработать предложения по их совершенствованию.

3. Рассчитать нуждаемость взрослого населения в амбулаторной и стационарной помощи по медицинской реабилитации на основе заболеваемости по обращаемости и госпитализации на койки круглосуточного пребывания при основных классах и группах болезней для разных возрастных групп.

4. Рассчитать нормативы обеспеченности взрослого населения в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от класса, группы и нозологической формы заболевания на основе показателей нуждаемости.

5. Обосновать и разработать предложения по совершенствованию организации медицинской реабилитации.

Научная новизна исследования

На основе изучения действующих нормативных правовых актов, регулирующих оказание медицинской помощи в РФ, выявлены коллизии в связи с упразднением профиля медицинской помощи «восстановительная медицина» и введением понятия «медицинская реабилитация». Установлены документы, требующие отмены и документы, которые должны быть разработаны и приняты в развитие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Государственной программы РФ «Развитие системы здравоохранения», постановления Правительства РФ о лицензировании медицинской деятельности. Обоснованы и актуализированы первоочередные задачи по совершенствованию нормативно-правового обеспечения организации медицинской реабилитации в РФ.

На основе углубленного анализа результатов данных федерального статистического наблюдения и оперативных данных органов управления здравоохранением дана комплексная оценка современного состояния ресурсного обеспечения медицинской реабилитации в целом по России и в федеральных округах (число и показатели деятельности профильных медицинских организаций, отделений и кабинетов лечебной физкультуры, физиотерапии, мануальной терапии и рефлексоте-

рапии, медицинские кадры, участвующие в оказании медицинской помощи по реабилитации). Показано, что существующие формы федерального статистического наблюдения не позволяют объективно оценить функционирование системы медицинской реабилитации. Установлено, что пациенты, нуждающиеся в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации, не в полной мере обеспечены данным видом медицинской помощи.

Впервые для взрослого населения РФ определены научно обоснованные показатели общей и по возрастной нуждаемости медицинской реабилитации, проводимой в амбулаторных и стационарных условиях, непосредственно после острых состояний, обострения хронических заболеваний, травм и операций; а также дифференцированные нормативы медицинской помощи по реабилитации по основным классам болезней на основе показаний и противопоказаний к ее проведению, оценки уровня и структуры заболеваемости по обращаемости и госпитализации.

Установлена средняя частота нуждаемости в медицинской реабилитации в амбулаторных (50,8% от всех пациентов, лечившихся амбулаторно) и стационарных (21,1% от всех пациентов, лечившихся в стационаре) условиях. Оценена зависимость нуждаемости в амбулаторной (по числу посещений к врачу по медицинской реабилитации) и стационарной (по числу случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации) медицинской реабилитации в зависимости от заболевания и возраста пациентов. Показано, что наибольшая нуждаемость в амбулаторной реабилитации характерна при болезнях системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов дыхания, а также в возрастной группе 70 лет и старше; наименьшая – при болезнях глаза и его придаточного аппарата, уха и сосцевидного отростка, и в возрастной группе 18-29 лет. Выявлено, что наибольшая нуждаемость в стационарной реабилитации отмечается при болезнях системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также в возрастной группе 70 лет и старше; наименьшая – при болезнях нервной системы, мочеполовой системы и в возрастной группе 18-29 лет.

Рассчитана потребность в реабилитационных койках на 10000 взрослого населения. Установлена наибольшая потребность коечного фонда для медицинской

реабилитации пациентов с болезнями системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Предложены показатели и их дефиниции для определения потребности в медицинской реабилитации.

Разработана методика расчета потребности взрослого населения в медицинской реабилитации, дифференцированного по условиям оказания медицинской помощи (амбулаторные и стационарные), с учетом уровня заболеваемости по классам болезней. Указанная методика предназначена для использования на любом уровне оказания медицинской помощи (отдельной медицинской организации, районном, муниципальном, межрайонном, областном, федеральном) на основании знаний о численном составе и заболеваемости населения исследуемой территории.

Практическая значимость исследования

Представлены предложения по совершенствованию нормативно-правовой базы в сфере медицинской реабилитации, внедрение которых позволит обеспечить решение первоочередных задач формирования современной системы медицинской реабилитации и создать условия для ее дальнейшего развития в РФ.

Предложены дополнения в существующие отчетные формы федерального статистического наблюдения №№ 12, 14, 17, 30 и 47 в части медицинской реабилитации. Разработана новая форма отраслевого статистического наблюдения № 14-МР «Сведения о деятельности учреждений здравоохранения по медицинской реабилитации», внедрение которой позволит улучшить статистическое обеспечение медицинской реабилитации.

Разработана «Информационно-аналитическая система определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями» (далее Программа). Практическое значение применения Программы позволяет проводить анализ нуждаемости населения в медицинской реабилитации на различных уровнях подчинения, что позволит рационально использовать мощность медицинских организаций в оказании амбулаторной и стационарной помощи и повысить эффективность лечения. В Программе реализованы алгоритмы расчета потребности населения в оказании им медицинской помощи по медицинской реабилитации, основанные на данных

о заболеваемости населения, в основном, по классам болезней, а также некоторым отдельным заболеваниям и экспертной оценке показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации. Алгоритмизация проводилась согласно разработанным методическим рекомендациям «Расчета потребностей взрослого населения в медицинской реабилитации».

Разработано методическое пособие для оценки качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации.

Рассчитаны коэффициенты нуждаемости взрослого населения в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях (в разрезе основных классов болезней согласно МКБ-10, отдельных групп болезней и нозологических форм), что позволяет определять соответствующие нормативы нуждаемости с учетом возрастной структуры и численности взрослого населения, структуры заболеваемости (по обращаемости, госпитализации) любого региона.

Разработаны нормативные показатели объемов реабилитационной помощи, применение которых будет способствовать планированию и нормированию амбулаторной и стационарной помощи по медицинской реабилитации в современных условиях. Рекомендуемые объемы амбулаторной и стационарной помощи по медицинской реабилитации могут быть использованы в Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Нормативно-правовое регулирование в сфере медицинской реабилитации требует корректировки и дальнейшего совершенствования в направлении организационного, материально-технического и кадрового обеспечения.

2. Существующие формы федерального статистического наблюдения не дают объективной информации о состоянии системы медицинской реабилитации и требуют актуализации в отношении данных ее ресурсного обеспечения. Оперативные данные органов управления здравоохранением субъектов РФ относительно профильных медицинских организаций свидетельствуют о недостаточном ресурсном обеспечении медицинской реабилитации.

3. Рассчитанные показатели нуждаемости и нормативы обеспеченности

взрослого населения РФ в медицинской реабилитации существенно различаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно), профиля (класса, группы болезней или отдельного заболевания), а также возрастной структуры населения.

4. Разработанная методика расчета нуждаемости населения в медицинской реабилитации позволяет повысить доступность медицинской реабилитации для различных возрастных групп населения, дифференцировано по классам болезней в субъектах РФ.

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены на федеральном уровне в виде предложений в «Номенклатуру работ и услуг в здравоохранении», «Реестр услуг ОМС г. Москвы», приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705 «О порядке организации медицинской реабилитации».

Предложения, обоснованные в результате исследования, включены в отчетные формы федерального статистического наблюдения №№ 14 и 30 в части показателей, характеризующих деятельность медицинских организаций по восстановительному лечению.

Разработаны «Методические рекомендации по определению потребности взрослого населения в медицинской реабилитации» (утверждены ФГБУ «РНЦ МРиК» Минздрава России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России 22.04.2013 № 54/13).

Разработана программа для ЭВМ «Информационно-аналитическая система определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2015613504 от 17.03.2015).

Разработано методическое пособие «Оценки качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации» (утверждены ФГБУ «ЦНИИ ОИЗ» Минздрава России 20.10.2014).

Материалы работы использованы при подготовке проектов: перечня показаний и 110 стандартов по медицинской реабилитации проводимой как в амбулаторных, так и стационарных условиях, приказа Минздрава России «Об утверждении положений о республиканской (краевой, областной, окружной)

больнице и о медицинском диагностическом центре» в части порядка деятельности отделения медицинской реабилитации; используются при обучении слушателей Учебно-методического центра ФГБУ «РНИЦ МРиК» Минздрава России и ординаторов и аспирантов ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России.

Объект исследования. Заболеваемость по обращаемости и госпитализации взрослого населения России, нуждаемость в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях, нормативы объемов медицинской помощи по медицинской реабилитации; нормативные документы по обеспечению населения медицинской реабилитацией.

Предмет исследования. Система медицинской реабилитации в России.

Личный вклад автора. Автором лично проведен аналитический обзор нормативно-правовых актов по изучаемой проблеме; выбор базы исследования на основе комплексного анализа; отбор форм федерального статистического наблюдения и позиций для последующего углубленного анализа показателей деятельности в области медицинской реабилитации; анализ показателей, характеризующих сеть, кадры и деятельность системы здравоохранения по формам статистического наблюдения и данным органов управления здравоохранением субъектов РФ; анализ показателей заболеваемости и госпитализации в РФ и субъектах РФ по данным официальной статистики в сравнительном аспекте; анализ по возрастной заболеваемости, госпитализации, нуждаемости взрослого населения в медицинской помощи по медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях; разработка формы статистического наблюдения по медицинской реабилитации; разработка методики определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации; определение нормативов нуждаемости населения в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях, разработка методики оценки качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации. Автор принял участие в разработке автоматизированной экспертно-консультативной системы определения нуждаемости взрослого населения в медицинской реабилитации и разработки программ по медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями (55%); проектов показаний (75%) и стандартов медицинской реабилитации в амбулаторных (60%) и стационарных (60%) условиях.

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследования были доложены на: заседании профильной комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздравсоцразвития России по специальности «Восстановительная медицина» (Москва, 2009); I Научном съезде Российского общества врачей восстановительной медицины (Москва, 2009); VI Международном конгрессе «Восстановительная медицина и реабилитация» (Москва, 2009); Всероссийском съезде врачей мануальной терапии «Актуальные вопросы мануальной терапии» (Москва, 2009); Всероссийском форуме «Здравница-2010» (Москва, 2010); Международном научном конгрессе «Здравница-2011» (Москва, 2011); научно-практической конференции, посвященной 90-летию Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии (Москва, 2012); VIII Межрегиональной научно-практической конференции «Современные направления и перспективы развития медицинской реабилитации» (Москва, 2012); Международном научном конгрессе «Здравница-2013» (Сочи, 2013); научно-методическом совете по медико-биологическим проблемам медицинской реабилитации, восстановительной медицины, спортивной медицины, лечебной физкультуры, курортологии и физиотерапии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России (ноябрь, 2014 г.); межотделенческой конференции ФГБУ «Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России (декабрь, 2014 г.).

Публикации. По теме диссертации опубликована 39 печатная работа, из них 20 публикаций в журналах, включенных в «Перечень периодических изданий», рекомендуемых ВАК России, получено свидетельство на программу для ЭВМ «Информационно-аналитическая система определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2015613504 от 17.03.2015).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной методике и организации исследования, шести глав собственных исследований, заключения, выводов, практических ре-

комендаций, списка литературы и 14 приложений. Список литературы содержит 376 источников, из них 317 отечественных и 59 зарубежных авторов. Диссертация изложена на 357 страницах, приложения на 250 страницах машинописного текста, содержит 10 рисунков и 47 таблиц, в том числе 37 в приложениях.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, сформулированы цель и задачи, определены научная новизна и практическая значимость, представлены основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе отражены история развития реабилитации в России и за рубежом, основные аспекты развития реабилитации и потребность в медицинской реабилитации в России и за рубежом. Показано что в настоящее время практически не изученными остаются вопросы нуждаемости населения и объемах необходимой помощи по медицинской реабилитации.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» представлена характеристика баз исследования, описание объекта исследования, используемых данных и их источников, а также методов обработки данных, описаны этапы исследования.

На первом этапе проведен поиск нормативно-правовых документов, регламентирующих медицинскую помощь в сфере восстановительного лечения и медицинской реабилитации, для чего использованы электронные платформы «Консультант Плюс» и «Гарант», «Электронный банк» Государственной медицинской библиотеки, «Банк данных» сайта Минздрава России. Определено 148 нормативно-правовых актов (федеральные законы, постановления Правительства РФ, приказы Минздрава СССР, Минздравсоцразвития России и Минздрава России), из которых в дальнейшем было проанализировано 82 документа.

На втором этапе проанализированы данные из отчетных форм федерального статистического наблюдения (ФСН), отражающие ресурсы и деятельность медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих помощь по медицинской реабилитации. Всего было проанализировано 420 отчетов.

Состояние медицинской реабилитации в стране оценивалось на основании сведений, представленных органами управления здравоохранением субъектов Рос-

сийской Федерации по специально разработанной анкете. Кроме того, были проанализировано 786 показателей, содержащихся или рассчитанных на основании отчетных форм ФСН №№ 17, 30, 47, и характеризующих материально-технические и кадровые ресурсы медицинской реабилитации.

На третьем этапе, на основании данных отчетных форм ФСН №№ 12, 14, 14ДС, 57, была изучена заболеваемость по обращаемости и госпитализация взрослого населения по России в целом и федеральным округам.

На четвертом этапе для определения нуждаемости взрослого населения РФ в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации, по возрастной заболеваемости и госпитализации в качестве баз исследования выбраны три муниципальных образования Московской области, равноудаленных от Москвы, с различной численностью населения (20, 50 и 170 тысяч жителей): г.о. Бронницы, г.о. Лыткарино, Мытищинский муниципальный район. Организация медицинской помощи в этих населенных пунктах характеризовалась хорошей обеспеченностью врачебными кадрами и доступностью амбулаторной и стационарной медицинской помощи для населения.

В выбранных муниципальных образованиях были изучены: общая заболеваемость и частота госпитализаций взрослого населения разных возрастных групп (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 и более лет); объемы обращений в медицинские организации (подразделения), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на основе анализа данных учетной формы 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» (4810 шт.); объемы госпитализации в стационары на основе изучения данных учетной формы 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, стационара на дому» (3040 шт.).

Методом экспертной оценки на базах исследования изучалась нуждаемость пациентов, получающих лечение в амбулаторных и стационарных условиях, в последующей медицинской реабилитации (после оказания им медицинской помощи по поводу острых или обострения хронических заболеваний и травм). При этом этапом для подтверждения необходимости проведения медицинской реабилитации в амбулаторных или стационарных условиях и оценки ее длительности являлись по-

казания для медицинской реабилитации пациентов разного профиля, разработанные специалистами ФГБУ «РНИЦ МРиК» Минздрава России. Экспертизе были подвергнуты предварительно выкопированные из учетных форм 025/-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» (2990 шт.) и 003/у «Медицинская карта стационарного больного» (2030 шт.) данные.

Выкопировка данных проводилась в специально разработанные карты экспертной оценки. Экспертиза позволила определить число лиц нуждающихся в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации и рассчитать долю пациентов нуждающихся в проведении медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от класса болезней и возраста или коэффициенты нуждаемости.

Данные о структуре общей заболеваемости на исследуемых территориях по возрасту, классам, группам болезней и отдельным заболеваниям были перенесены на общую заболеваемость взрослого населения Российской Федерации.

Далее нуждаемость в медицинской реабилитации населения России рассчитывалась на основании коэффициентов нуждаемости, полученных ранее по данным трех базовых муниципальных образований: было определено число лиц нуждающихся в реабилитации и интенсивные показатели нуждаемости с учетом возрастной структуры, заболеваемости и госпитализации населения по классам, группам болезней и отдельным нозологическим формам.

Этапы расчета нормативной обеспеченности медицинской реабилитацией в амбулаторных условиях представлены на схеме 1. Аналогичным образом было рассчитано нормативное обеспечение медицинской реабилитации, проводимой в стационарных условиях.

Зная число лиц, нуждающихся в проведении медицинской реабилитации в стационарных условиях, и длительность реабилитации была рассчитана потребность населения в реабилитационных койках.

На пятом этапе в целях оптимизации статистических показателей, касающихся медицинской реабилитации, были предложены дополнения в формы федерального статистического наблюдения №№ 14, 14 ДС, 17, 30 и 47; был разработан проект формы отраслевого статистического наблюдения – форма № 14МР «Сведе-

ния о деятельности медицинской организации, оказывающей помощь по медицинской реабилитации».

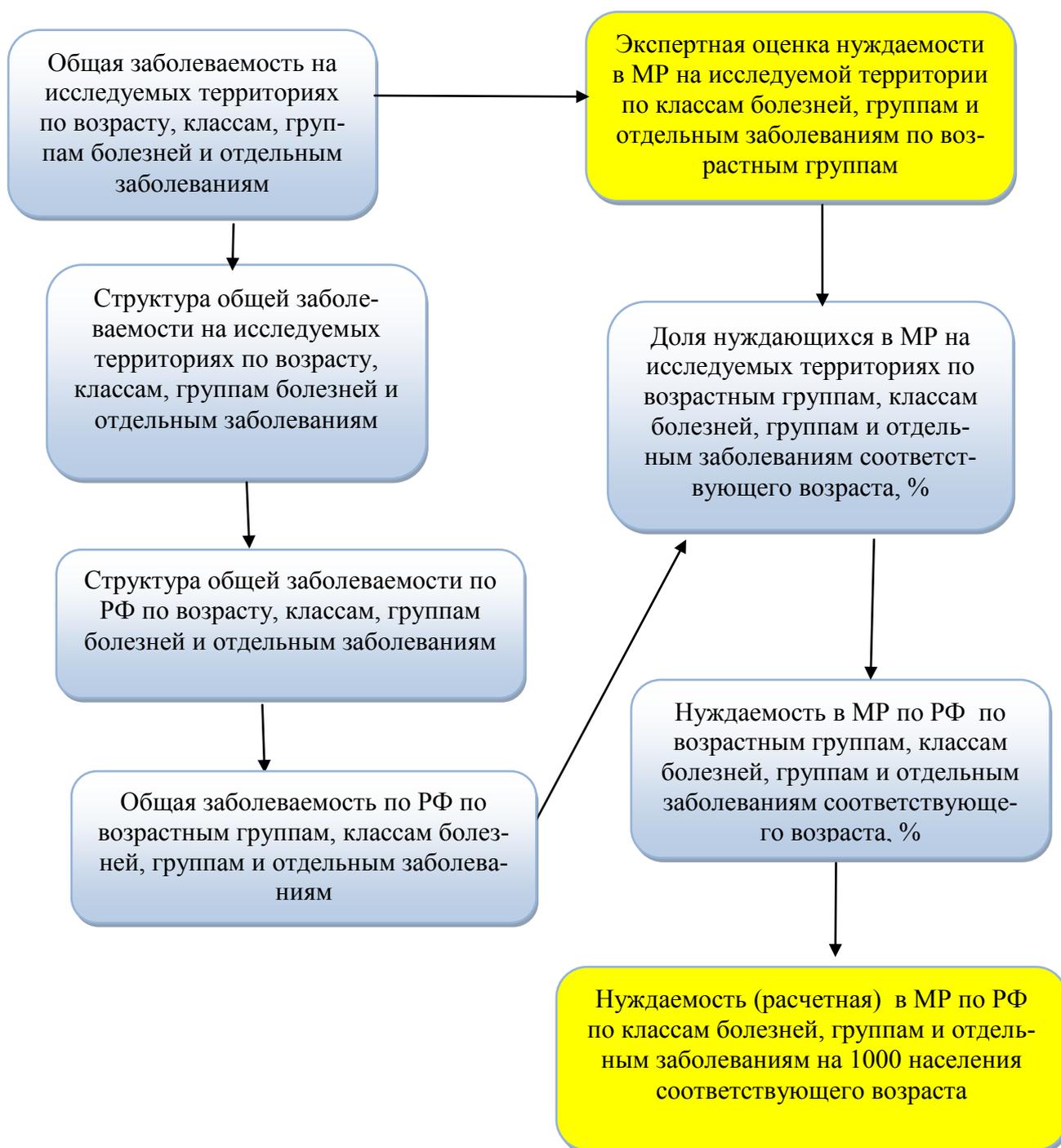


Схема 1. Этапы расчета нормативного обеспечения медицинской реабилитации, проводимой в амбулаторных условиях

На шестом этапе была разработана методика расчета нуждаемости населения в медицинской реабилитации в зависимости от нозологической формы и программа для ЭВМ «Информационно-аналитическая система определения по-

требности взрослого населения в медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями».

На седьмом этапе сформированы научно-обоснованные предложения по совершенствованию организации медицинской реабилитации в Российской Федерации.

В работе использованы методы исследования: библиографический, аналитический, статистический, экспертных оценок (табл. 1).

Таблица 1

Программа и этапы исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Объекты и объемы исследования, источники информации
<p>I этап. Анализ литературных данных отечественных и зарубежных авторов. Анализ нормативных правовых документов по вопросам организации восстановительного лечения и медицинской реабилитации в Российской Федерации.</p>	<p>Библиографический. Аналитический.</p>	<p>376 источников литературы. 148 правовых актов (федеральные законы, постановления Правительства Российской Федерации, постановления Президиума ВЦСПС, распоряжения ВЦСПС, приказы Минздрава СССР, приказы Минздрава России, приказы Минздравсоцразвития России, решения Коллегий Минздрава России</p>
<p>II этап Анализ современного состояния медицинской реабилитации в Российской Федерации и в разрезе субъектов Российской Федерации.</p>	<p>Аналитический Статистический.</p>	<p>Формы федерального статистического наблюдения №№ 12, 14, 14ДС, 17, 30, 47, 57 (786 позиций по 420 формам). Информационные материалы о сети медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации, предоставленные органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения по специальным запросам.</p>
<p>III этап. Сравнительный анализ, изучение в динамике заболеваемости (по обращаемости) и госпитализации взрослого населения в Российской Федерации, федеральных округах Российской Федерации.</p>	<p>Статистический.</p>	<p>Формы федерального статистического наблюдения №№ 12, 14, 30, 47, 57. Соответствующие данные Росстата по Российской Федерации, федеральным округам за 2000, 2002, 2004, 2005, 2006, 2008, 2010 годы.</p>

<p>IV этап Изучение общей заболеваемости и госпитализации взрослого населения в г.о. Бронницах, г.о.Лыткарино, Мытищинского муниципального района. Определение нуждаемости взрослого населения в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях с учетом уровня и структуры общей заболеваемости и госпитализации, с дифференциацией показателей для разных возрастных групп. Разработка нормативов помощи взрослому населению РФ по медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях для взрослого населения РФ.</p>	<p>Статистический. Экспертных оценок. «Эталона»</p>	<p>Медицинская документация: форма 025-12/у «Талон амбулаторного пациента» - 4810 штук, форма 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, стационара на дому» - 3040 штук. Экспертиза: форма 025/-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» - 2990, форма 003/у «Медицинская карта стационарного больного» - 2030. Данные ТФОМС Московской области.</p>
<p>V этап Оптимизация статистической отчетности медицинских организаций (их структурных подразделений), оказывающих помощь по медицинской реабилитации</p>	<p>Аналитический. Статистический.</p>	<p>Формы федерального статистического наблюдения №№ 12, 14, 14ДС, 17, 30, 47</p>
<p>VI этап Разработка методики расчета потребности населения в медицинской реабилитации в зависимости от нозологической формы заболевания и программы для ЭВМ «Информационно-аналитическая система определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями»</p>	<p>Аналитический. Статистический.</p>	<p>Данные по заболеваемости, нуждаемости в медицинской реабилитации, коэффициенты для расчета нуждаемости.</p>
<p>VII этап Формирование научно-обоснованных предложений по совершенствованию организации медицинской реабилитации в Российской Федерации.</p>	<p>Аналитический</p>	<p>Результаты предыдущих этапов.</p>

При разработке методики определения нуждаемости в медицинской реабилитации были использованы следующие показатели (табл. 2).

Таблица 2

Показатели, характеризующие нуждаемость населения в медицинской реабилитации

Показатель	Определение
Нуждаемость в амбулаторной медицинской реабилитации	число посещений к врачу по медицинской реабилитации больными, которым показана медицинская реабилитация в амбулаторных условиях, на 1000 взрослого населения
Число обращений для проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях	количество больных, которым показана медицинская реабилитация в амбулаторных условиях, на 1000 взрослого населения
Доля больных, нуждающихся в амбулаторной медицинской реабилитации от всех больных, лечившихся амбулаторно, по поводу болезнями из этого класса	количество обратившихся больных, нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, от всех обратившихся амбулаторных больных по поводу острых состояний, обострений хронических заболеваний, травм и их последствий, в %
Нуждаемость в стационарной медицинской реабилитации	количество госпитализированных больных для проведения медицинской реабилитации, которым показана медицинская реабилитация в стационарных условиях, на 1000 взрослого населения
Доля больных, нуждающихся в стационарной медицинской реабилитации	количество госпитализированных больных, нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях, от всех лечившихся стационарных больных по поводу острых состояний, обострений хронических заболеваний, травм и их последствий, в %
Обеспеченность реабилитационными койками круглосуточного пребывания (койки)	количество коек, требующихся для проведения медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям, на 10000 взрослого населения

В третьей главе «Анализ нормативно-правовой базы, регулирующей медицинскую помощь по медицинской реабилитации в Российской Федерации» приведены действующие в настоящее время нормативно-правовых документы, часть из которых не соответствует законодательству об охране здоровья граждан, лицензионным требованиям при осуществлении медицинской деятельности и современным требованиям к организации и выполнению работ (услуг) при оказании различных видов медицинской помощи. Несмотря на исключение медицинской помощи по профилю «восстановительная медицина» из перечня, а также отказ от использования таких понятий как «долечивание» и «восстановительное лечение», до сих пор не отменены отраслевые приказы, регулирующие организацию и оказание соответствующей медицинской помощи (табл. 3), что противоречит Порядку организации медицинской реабилитации, который утвержден приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н.

Задачи по совершенствованию нормативно-правового обеспечения организации медицинской реабилитации в РФ

Требуют отмены	Требуют разработки и принятия
Приказ Минздрава СССР от 06.08.1981 № 826 «О положении и штатных нормах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь, больниц (отделений) восстановительного лечения»	Показания и противопоказания для медицинской реабилитации на всех этапах ее проведения. Стандарты медицинской помощи по медицинской реабилитации.
Приказ Минздрава СССР от 23.09.1981 № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений» (вместе с положением об отделении восстановительного лечения городской поликлиники)	Клинические рекомендации (протоколы) медицинской реабилитации пациентов различного профиля. Критерии оценки эффективности реабилитационных мероприятий.
Приказ Минздрава СССР от 10.05.1983 № 548 «Об утверждении положения о больнице (отделении) долечивания»	Специальность «медицинская реабилитация» в Номенклатуре специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ
Приказ Минздрава России от 01.07.2003 № 296 «О совершенствовании организации восстановительного лечения в Российской Федерации»	
Приказ Минздравсоцразвития России от 09.03.2007 № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине»	Система подготовки специалистов по медицинской реабилитации. Квалификационные требования к врачу по медицинской реабилитации

Выявлено, что значение медицинской реабилитации в системе оказания медицинской помощи, несмотря на положительные изменения, происходящие с последние годы пока еще остается недооцененным, не решены многие юридические вопросы по организации и финансовому обеспечению медицинской реабилитации, что негативно влияет на дальнейшее развитие оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации в России.

В четвертой главе «Анализ современного состояния медицинской реабилитации в разрезе субъектов Российской Федерации» установлено, что в РФ в 2010 году, по данным органов управления здравоохранением, функционировали 541 профильная медицинская организация (структурные подразделения), из них 45 больниц восстановительного лечения, включая детские; 235 отделений восстановительного лечения и реабилитации в стационарах, из них 23 – в республиканских, краевых и областных уч-

реждениях здравоохранения и 212 – в городских и районных; 200 отделений восстановительного лечения и реабилитации в амбулаторно-поликлинических учреждениях, из них 25 – в республиканских, краевых и областных и 175 – в городских и районных; 6 поликлиник восстановительного лечения; 60 центров восстановительного лечения и реабилитации; более 50 других учреждений, в т.ч. центры реабилитации, работавшие в сфере социального обеспечения, и центры медицинской профилактики. В федеральных округах количество профильных медицинских организаций (отделений) в порядке убывания составило по ЦФО – 201, ПФО – 136, СЗФО – 72, СФО – 48, ЮФО – 35, СКФО – 22, УФО – 20, ДФО – 7; оно находилось в определенной зависимости от численности населения, в то же время практически не зависело от заболеваемости проживающего населения. В РФ на 1 профильную медицинскую организацию (структурное подразделение) приходилось в среднем 262318,9 человек (от 188198,0 человек в СЗФО до 898842,9 человек в ДФО). Помощь по медицинской реабилитации оказывалась в 34 из 83 субъектов РФ, то есть, медицинская реабилитация была доступна для населения менее половины (41%) субъектов Российской Федерации.

В 2013 году, по данным федерального статистического наблюдения, сеть медицинских организаций (структурных подразделений) восстановительного лечения и медицинской реабилитации была представлена 41 больницей восстановительного лечения и 16 центрами восстановительной терапии (табл. 4).

Из вышеизложенного следует, что далеко не во всех субъектах Российской Федерации формируется самостоятельная сеть медицинских организаций для оказания помощи по медицинской реабилитации. В основном медицинская реабилитация расширяется за счет организации профильных подразделений в функционирующих медицинских организациях.

Так, в 2013 году в составе больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений, диспансеров и центров уже имелось 876 отделений (кабинетов) восстановительного лечения, 12451 физиотерапевтических отделений, 3085 отделений лечебной физкультуры для взрослых и 1692 рефлексотерапии.

Более интенсивно в последние годы увеличивается число реабилитационных коек. В 2013 году их число увеличилось по сравнению с 2010 годом на 4531 койку, в основном за счет коек для взрослых - на 78%, и детей - на 22%. Но обеспеченность населения койками остаются все еще недостаточной (табл.5).

Таблица 4

**Работа учреждений, оказывающих помощь по восстановительному лечению и медицинской реабилитации
(кроме санаториев) в 2013 году (источник: формы ФСН №№ 47, 14, 14-ДС)**

Показатели	РФ	ЦФО	СЗФ О	ЮФ О	СКФ О	ПФО	УФО	СФО	ДФО
Число больниц восстановительного лечения:	41	8	-	3	5	9	8	6	2
из них: имеют поликлиники (амбулатории)	15	2	-	-	2	3	6	2	-
проведено всеми больными койко-дней (тыс.)	1676,7	225,7	-	84,9	205,1	351,5	473,4	247,3	88,9
число посещений, включая профилактические (тыс.)	446,7	16,6	-	7,6	15,6	62,1	316,3	28,5	-
Число центров восстановительной терапии	16	4	2	-	3	-	4	1	1
из них: имеют поликлиники (амбулатории)	23	22	1	-	-	-	-	-	-
проведено всеми больными койко-дней (тыс.)	896,3	41,1	-	52,8	4,4	-	113,1	45,2	11,0
число посещений, включая профилактические (тыс.)	2444,3	18,8	-	-	-	-	-	-	-
имеют дневные стационары больничных учреждений	6	3	-	-	3	-	-	-	-
в них число коек всего	160	30	-	-	130	-	-	-	-
имеют дневные стационары амбулаторно-поликлинических учреждений	12								
в них число мест всего	313	4	1	2	2	1	-	2	-
		155	7	50	49	5	-	47	-
Число реабилитационных коек для взрослых всего	9527	2409	1686	80	666	2006	774	970	611
Проведено всеми больными койко-дней, (тыс.) для взрослых	2987,2	771,5	534,8	19,0	203,3	647,8	222,6	319,0	180,1
Число реабилитационных коек для детей всего	3531	1007	154	60	140	1225	354	144	447
Проведено всеми больными койко-дней,(тыс.) всего для детей	989,1	264,6	50,1	19,3	39,8	310,3	112,2	45,0	147,0
Число коек восстановительного лечения дневного стационара больничных учреждений для взрослых	491	31	149	30	55	104	50	55	7
для детей	490	112	5	5	25	235	-	87	3

Примечание: *- в 2008 году территории СКФО входили в ЮФО.

Таблица 5

Показатели работы коечного фонда по восстановительному лечению (медицинской реабилитации) в РФ и федеральных округах в 2013 г.

Наименование показателя	РФ*	РФ	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДФО
Обеспеченность койками на 10 тыс. населения	81,0	0,91	0,88	1,34	0,10	0,84	1,09	0,92	0,58	1,69
Средняя занятость койки в году, дней	322,3	304,5	303,3	318,3	274,3	301,5	296,5	296,8	326,8	309,2
Средняя длительность пребывания больного на койке, дней	12,0	19,4	21,6	22,9	14,8	18,7	16,8	17,8	16,4	26,5
Оборот койки	26,5	15,7	14,0	13,9	18,6	16,1	17,6	16,6	19,9	11,7
Уровень госпитализации	21,5	0,14	0,12	0,19	0,02	0,14	0,19	0,15	0,12	0,18

РФ* - показатели работы коечного фонда всех профилей по РФ в целом.

Средняя занятость реабилитационной койки во всех федеральных округах (ФО), кроме Сибирского (СФО), Северо-западного (СЗФО) и Дальневосточного (ДФО), была ниже средней по РФ соответственно. Средняя длительность пребывания пациента на реабилитационной койке в стационарных условиях в федеральных округах существенно колеблется – от 14,8 дней в Южном ФО (ЮФО) до 26,5 дня в ДФО и превышает среднюю длительность стационарного лечения в медицинских организациях. В динамике по РФ и всем федеральным округам наблюдалось снижение оборота койки, что свидетельствует о нерациональном использовании коечного фонда.

В Российской Федерации в 2013 году медицинскую помощь в стационарах получили более 30 млн. человек. Из них в стационары восстановительного лечения было направлено всего 15548 (0,05%). В этот период число проведенных операций составило 9502577, из общего числа оперированных больных на восстановительное лечение было направлено 99976 (1,05%) пациентов.

Полученные данные подтверждают недостаточную обеспеченность нуждающихся пациентов медицинской реабилитацией в стационарных условиях.

Очень низким был уровень (частота) госпитализации в дневные стационары: для больничных учреждений восстановительного лечения (взрослые и дети) на 1000 населения он составил 0,12 случая. В расчете на 1 человека в год количество пациенто-дней в дневных стационарах для восстановительного лечения - 0,002.

В 2013 году в РФ число посещений на 1 жителя в год к врачам-физиотерапевтам составило 0,08 (по поводу заболеваний 0,08), к врачам по лечебной физкультуре – 0,06 (0,03), к врачам мануальной терапии – 0,004 (0,04), к врачам-рефлексотерапевтам – 0,007 (0,07). Динамика числа посещений в 2013 году по сравнению с 2010 годом к врачам физиотерапевтам, врачам лечебной физкультуры, врачам мануальной терапии и рефлексотерапевтам носит отрицательный характер, отмечается снижение числа посещений на 7%, 5%, 28% и 16%, соответственно.

Анализ структуры и показателей деятельности вспомогательных отделений (кабинетов) для медицинской реабилитации в динамике к 2013 году по сравнению с 2010 годом показал, что их количество по физиотерапии увеличилось на 544, по лечебной физкультуре уменьшилось на 81, по рефлексотерапии уменьшилось на 132, по восстановительному лечению уменьшилось на 24.

Укомплектованность медицинскими кадрами, оказывающими помощь по медицинской реабилитации, за последние 3 года имела тенденцию к снижению как в целом по РФ, так и по федеральным округам, особенно это касалось врачей по мануальной терапии, рефлексотерапии, инструкторов по лечебной физкультуре и медицинских сестер по массажу. Коэффициент совместительства врачами по РФ в 2013 году составил от 1,5 для врачей-физиотерапевтов до 1,8 – для врачей по лечебной физкультуре и спорту.

В пятой главе «Заболеваемость взрослого населения по данным обращаемости и госпитализации в РФ и федеральных округах» представлен уровень общей заболеваемости по обращаемости взрослого населения Российской Федерации.

В 2013г. общей заболеваемости по обращаемости взрослого населения России был равен 1397,5 на 1000 соответствующего населения. Первые три места занимали болезни системы кровообращения - 276,0 обращения на 1000 населения (19,7 % к общему числу заболеваний), болезни органов дыхания – 206,3 обращения (14,8 %) и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 142,5 обращения (10,2 %).

В структуре заболеваемости по обращаемости взрослого населения в различных федеральных округах и субъектах РФ в 2013 году преобладали в основном одни и те же классы болезней - болезни системы кровообращения (14,5-22,4%), болезни органов дыхания (11,5-17,5%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,6-13,9%) и болезни мочеполовой системы (7,8-10,6%).

По сравнению с другими федеральными округами в СЗФО регистрировался самый высокий уровень заболеваемости на 1000 населения новообразованиями (56,9), болезнями органов дыхания (245,2), болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (193,6); в Северо-кавказском ФО (СКФО) - болезнями крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм (26,7), болезнями нервной системы (68,1); в Приволжском ФО (ПФО) – болезнями системы кровообращения (313,2); в Уральском ФО (УФО) — осложнениями беременности, родов и послеродового периода (70,8) и инфекционными и паразитарными болезнями (53,7); в СФО – болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушения обмена веществ (86,3), болезнями глаза и его придаточного аппарата (127,7), болезнями пищеварения (142,9), травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями внешних причин (104,4); в ДФО – инфекционными и паразитарными болезнями (48,1).

В СЗФО, ПФО и СФО в 2013 году уровень общей заболеваемости был выше, чем в РФ, а в Центральном (ЦФО), ЮФО, УФО и ДФО – ниже; в СКФО общая заболеваемость была наименьшей.

Наблюдается рост распространенности хронических заболеваний у взрослого населения: за последние годы наблюдался рост как общей заболеваемости

по обращаемости, так и заболеваемости, установленной впервые в жизни, причем рост общей заболеваемости опережал рост заболеваемости, установленной впервые в жизни. Это обстоятельство предполагает повышение потребности в стационарной и амбулаторной медицинской реабилитации больных, внедрение современных реабилитационных технологий.

Уровень госпитализации взрослого населения РФ в 2013 был равен 201,3 на 1000 взрослого населения. Первые три места по уровню госпитализации занимали болезни системы кровообращения - 42,1 случаев (20,9 % к общему числу госпитализаций), беременность, роды и послеродовые осложнения – 35,2 случая (17,5 %), болезни мочеполовой системы – 18,1 случая (9,0 %) и болезни органов пищеварения – 18,1 случая (9,0%). Распределение классов болезней в структуре госпитализации отличалось от такового в структуре по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации.

Среди причин госпитализации пациентов в медицинские организации различных федеральных округов, первое и второе места делили болезни системы кровообращения (от 19,3% в УФО до 22 % в ПФО) и беременность, роды и послеродовый период (от 16 % в ЦФО до 21,9 % в ДФО), причем в шести федеральных округах болезни системы кровообращения занимали первое место; третье и четвертое места - болезни органов пищеварения (от 7,7 % в ДФО до 9,5 % в ПФО) и болезни мочеполовой системы (от 8,4 % в УФО и ДФО до 10 % в СКФО). Затем по убыванию регистрировались травмы, отравления и последствия внешних причин, новообразования, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни глаза и его придаточного аппарата, инфекции и паразитарные болезни. Остальные классы болезней имели в структуре госпитализации менее 4%.

В федеральных округах имелись отклонения показателя уровня госпитализации от среднего показателя по России по всем классам болезней и отдельным заболеваниям, отклонения варьировали от 0,91 в ЦФО до 1,05 в СФО. Частота госпитализации была выше среднероссийской в ЮФО, ПФО и СФО, ниже – в ЦФО, СЗФО, СКФО, УФО и ДФО.

Полученные данные указывают на необходимость адаптации федераль-

ных нормативов объемов помощи к уровням и структуре заболеваемости по обращаемости и госпитализации в регионах, т.е. разработки дифференцированных нормативов.

Шестая глава «Анализ заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости и госпитализации в Российской Федерации» посвящена изучению заболеваемости в различных возрастных группах взрослого населения. Наиболее высокий уровень заболеваемости по обращаемости отмечался в возрасте 70 лет и старше (2595,7 на 1000 взрослого населения). Наименьшая заболеваемость приходилась на группы 30-39 лет (843,6) и 18-29 лет (868,1) (рис. 1).

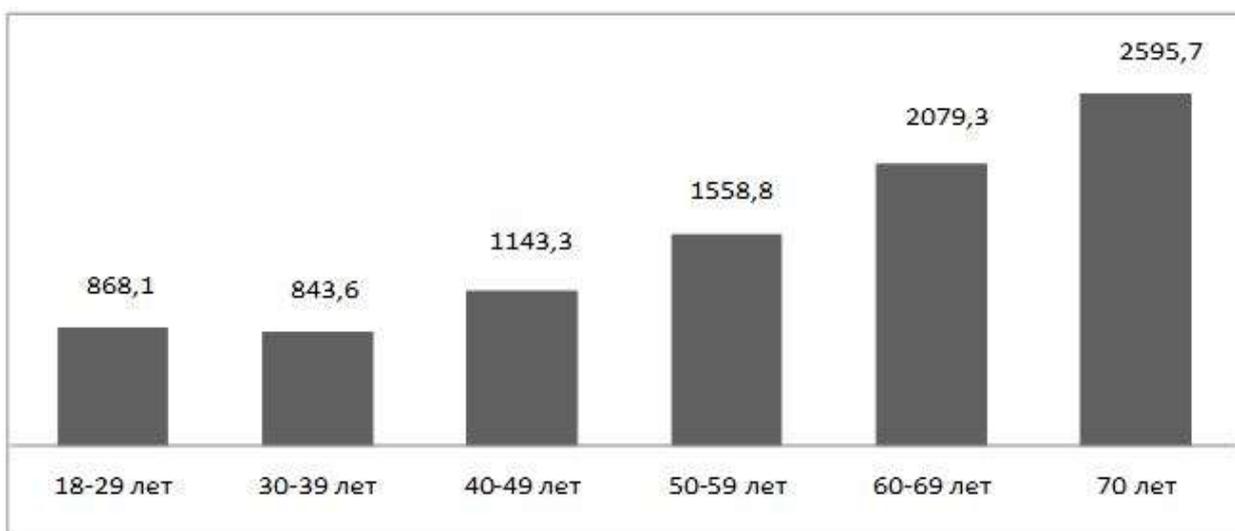


Рис. 1. Показатели заболеваемости по обращаемости взрослого населения РФ разных возрастных групп на 1000 соответствующего населения.

В классе новообразования в возрастных группах от 18 до 49 лет преобладали доброкачественные новообразования, а у лиц от 50 лет и старше – злокачественные. В классе болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ в возрастных группах до 50 лет болезни щитовидной железы преобладали над сахарным диабетом. В классе болезней нервной системы вторичный паркинсонизм чаще встречался у лиц старше 60 лет. Среди эпизодических расстройств в возрастных группах до 60 лет чаще наблюдались эпилепсия и эпилептический статус, а после 60 лет – проходящие транзиторные церебральные ишемические расстройства. Энцефалопатии преобладали у лиц в возрасте от 60 лет и старше. В классе болезней глаза и его придаточного аппара-

та в молодом возрасте преобладали болезни конъюнктивы, а в старших возрастных группах - болезни сосудистой оболочки и сетчатки, а также катаракта, глаукома и болезни зрительного нерва. В классе болезней системы кровообращения заболеваемость ишемической болезнью сердца и церебральными болезнями заметно нарастала в возрасте от 40 лет. Среди болезней органов дыхания с возрастом преобладали хронический ринит, назофарингит и фарингит, хроническая обструктивная болезнь легких, а частота хронических болезней миндалин и аденоидов, астмы уменьшалась. Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы встречались уже у лиц молодого возраста, но чаще после 30 лет. Дорсопатии были актуальны для взрослого населения в любом возрасте. Среди артропатий воспалительные артропатии были характерны для возрастных групп до 50 лет, а артрозы с 18 до 70 лет и старше увеличивались почти в 2 раза. В классе болезней мочеполовой системы гиперплазия предстательной железы преобладала у мужчин старше 60 лет, сальпингиты и оофориты практически не регистрировались у женщин к 50 годам, тогда как другие болезни влагалища и вульвы имели высокий процент во всех возрастных группах и с возрастом имели тенденцию к увеличению. Выпадение матки и влагалища были актуальны в возрасте от 50 лет, а эрозия и эктропион шейки матки после 40 лет практически отсутствовали. Среди травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних факторов с возрастом увеличивались переломы, но до 50 лет преобладали переломы нижних конечностей, а после 50 лет - переломы верхней конечности.

В целом было отмечено нарастание частоты госпитализации по мере увеличения возраста и связанных с этим изменений физиологических особенностей. Наибольшее число госпитализаций на тысячу взрослого населения регистрировалось в возрастной группе 70 лет и старше (413,8 на 1000 взрослого населения), наименьшее – в группах 30-39 (144,7) и 40-49 (143,6) лет (рис. 2).

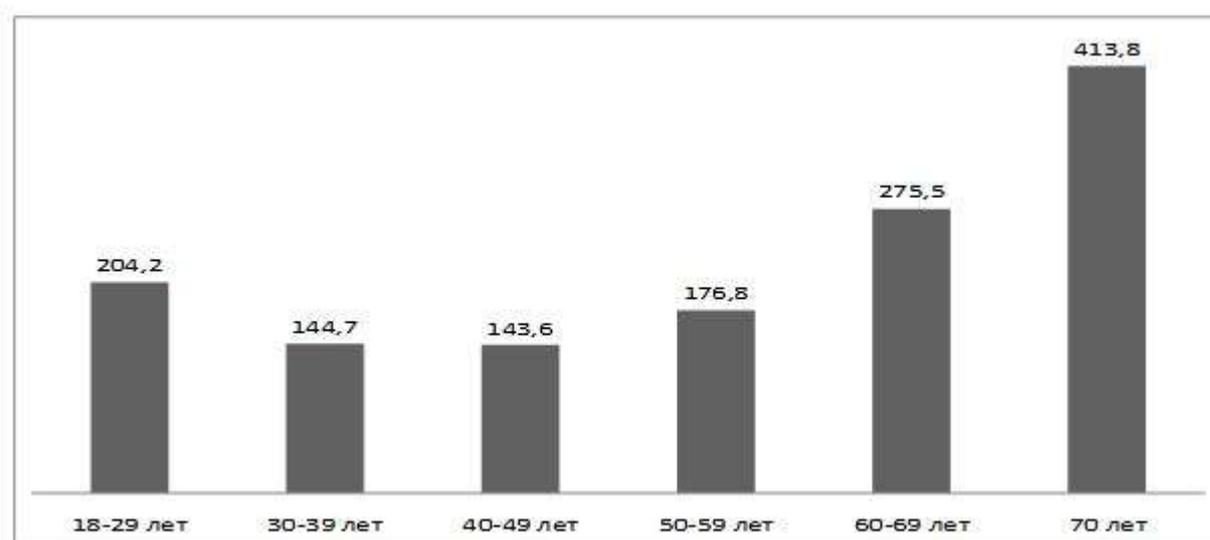


Рис. 2. Показатели госпитализация взрослого населения РФ разных возрастных групп на 1000 соответствующего населения.

В классе новообразования при госпитализации в возрастных группах от 18 до 49 лет преобладали доброкачественные новообразования, начиная с 50 лет - злокачественные. В классе болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ во всех возрастных группах по числу госпитализаций преобладал сахарный диабет, начиная с 40 лет – диабет 2 типа. В классе болезней нервной системы среди эпизодических расстройств в возрастных группах после 50 лет чаще госпитализировались больные с преходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами. Наибольший уровень госпитализаций по поводу расстройств вегетативной нервной системы отмечался в группе 18-29 лет. Госпитализация по поводу энцефалопатий была наибольшей в старших возрастных группах. Возрастной фактор имел решающее значение в формировании показателей госпитализации населения при всех заболеваниях глаза и его придаточного аппарата. В молодом возрасте превалировали болезни конъюнктивы, а в старших возрастных группах - болезни сосудистой оболочки и сетчатки, катаракта и глаукома. Уровень госпитализации по поводу болезней уха и сосцевидного отростка по отдельным нозологическим формам имел незначительные колебания среди лиц различного возраста. В классе болезней системы кровообращения наиболее частая госпитализация отмечалась у больных ишемической болезнью сердца, особенно с 50 лет, по сравнению с предыдущей возрастной группой она увеличивалась почти в 2 раза. Во всех возрас-

тных группах среди госпитализаций по поводу ИБС преобладала стенокардия, по поводу цереброваскулярных болезней - инсульты и гипертензивная энцефалопатия, которые появлялись в возрасте 30 лет и в последующих возрастных группах их частота увеличивалась. Среди болезней органов дыхания наиболее высокий уровень госпитализации по поводу хронических болезней миндалин и аденоидов, перитонзиллярного абсцесса отмечался в группе 18-29 лет, а по поводу хронического бронхита, эмфиземы и хронической обструктивной болезни легких частота госпитализации увеличивалась, начиная с 40 лет. У лиц молодого возраста наибольший уровень госпитализации по поводу болезней органов пищеварения был отмечен при болезнях пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, в то время как в старших возрастных группах при госпитализации чаще встречались болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. В классе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, начиная с 40 лет, наибольшая госпитализация отмечалась при дорсопатиях. Существенную возрастную динамику имела госпитализация при артрозах, показатель госпитализации появлялся в группе 40-49 лет и увеличивался в 2 раза в группе 70 лет и старше. По поводу болезней мочеполовой системы во всех возрастных группах высокий уровень госпитализации отмечался при тубулоинтерстициальных болезнях почек и мочекаменной болезни. Госпитализация по поводу гиперплазии предстательной железы нарастала после 50 лет и увеличивалась к 70 годам более чем в 8 раз. Воспалительные болезни женских тазовых органов преобладали в первых трех возрастных группах, госпитализация была обусловлена преимущественно сальпингитами и оофоритами. В группе 40-49 лет преобладала госпитализация по поводу невоспалительных болезней женских половых органов преимущественно за счет эндометриоза, нарушения менструальной функции, а в группе 50-59 лет – по поводу выпадения женских половых органов, нарушения менструальной функции и аномальных кровотечений из матки и влагалища. Наиболее высокий уровень госпитализации по поводу травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в первых трех возрастных группах отмечался у больных с внутричерепной травмой и ее последствиями, последствиями травмы спинного мозга, перифери-

ческих нервов. Госпитализация по поводу переломов отмечалась во всех возрастных группах, но чаще в 30-39 лет и после 60 лет.

Седьмая глава «Определение нуждемости взрослого населения в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях» посвящена изучению нуждемости взрослого населения в различных возрастных группах. Среди изученных десяти классов болезней наибольшая нуждемость в амбулаторной медицинской реабилитации (далее – нуждемость в АМР) установлена при болезнях системы кровообращения – 710,8 посещений на 1000 взрослого населения (34%). При болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани она составила 387,7 посещений (18%), болезнях органов дыхания – 196,6 (9%), болезнях мочеполовой системы – 183,9 (8,7%), болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ – 166,6 (8%), болезнях органов пищеварения - 133,1 (6,3%), травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин – 128,0 (6%), болезнях нервной системы – 76,1 (4%), болезнях уха и сосцевидного отростка – 66,4 (3%), болезнях глаза и его придаточного аппарата – 57,7 (2,7%) (рис. 3).

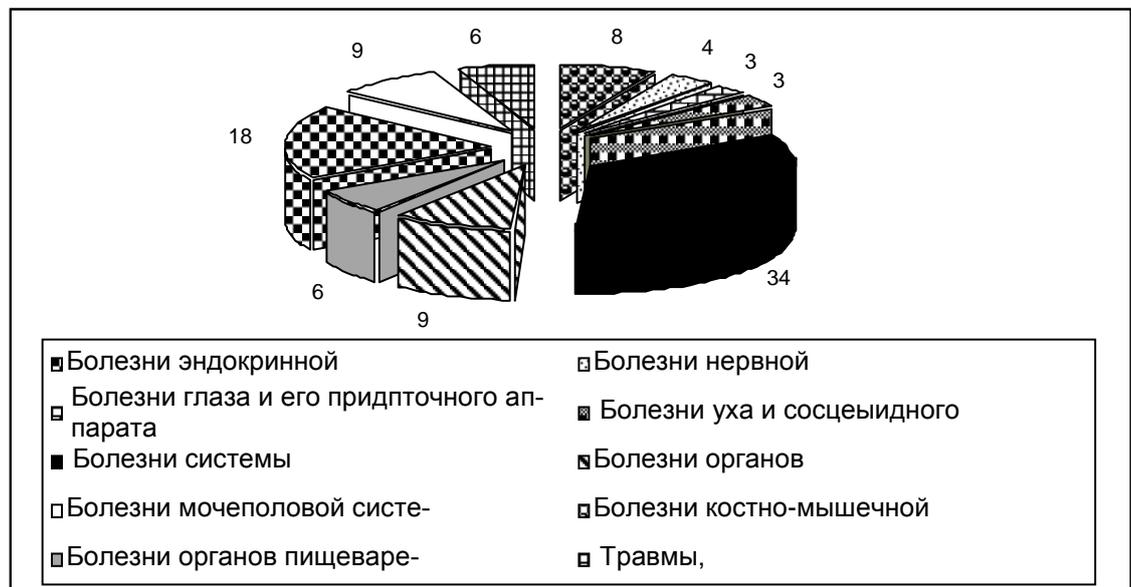


Рис. 3. Структура нуждемости (в %) взрослого населения РФ в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Изучение нуждемости в АМР пациентов разных возрастных групп по

классам, группам болезней и отдельным заболеваниям показало, что наибольшее число лиц, нуждавшихся в АМР, приходилось на старшие возрастные группы 60-69 лет (3917,5 посещений на 1000 населения) и 70 лет и старше (4716,9), наименьшее – на возрастную группу 18-29 лет (832,2). Подобная динамика была связана с тем, что в старших возрастных группах отмечалось увеличение числа заболеваний, требующих проведения медицинской реабилитации.

Анализ структуры нуждаемости в АМР в различных возрастных группах показал, что классы болезней и отдельные заболевания в них распределены неодинаково. В возрастных группах 18-29 и 30-39 лет первые три места занимали болезни органов дыхания, болезни мочеполовой системы и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. В возрастной группе 40-49 лет - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни системы кровообращения и болезни органов дыхания. В последующих трех возрастных группах на первом месте стояли болезни системы кровообращения, на втором - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на третьем месте – в группах 50-59 лет и 70 лет и старше - болезни мочеполовой системы, а в группе 60-69 лет - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Анализ показателей нуждаемости в АМР в зависимости от возраста дали возможность определить наиболее часто встречающиеся болезни и отдельные заболевания в каждой из возрастных групп и отметить общие тенденции нуждаемости в медицинской реабилитации. Так, в классе болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ в первых трех возрастных группах преобладала нуждаемость в АМР при болезнях щитовидной железы, а с 50 лет и старше – при сахарном диабете, особенно 2 типа. В классе болезней нервной системы во всех возрастных группах в АМР больше всего нуждались больные с расстройствами вегетативной нервной системы и поражениями отдельных нервов, нервных корешков и сплетений. В классе болезней глаза и его придаточного аппарата – с болезнями сосудистой оболочки, а с 60 лет и старше – с глаукомой. В классе болезней уха и сосцевидного отростка во

всех возрастных группах – с острыми и хроническими средними отитами, а с 50 лет нарастала нуждаемость больных с кондуктивной и нейросенсорной потерей слуха. В классе болезней системы кровообращения во всех возрастных группах нуждаемость в АМР была наибольшей при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением. В возрастных группах 40-49 и 50-59 лет среди больных ишемической болезнью сердца преобладала стенокардия. Среди цереброваскулярных болезней в двух старших возрастных группах чаще в АМР нуждались больные с гипертензивной энцефалопатией и церебральным атеросклерозом. Во всех возрастных группах в классе болезней органов дыхания нуждаемость в АМР была наибольшей при хронических болезнях нижних дыхательных путей, причем в группе 18-29 лет наибольшее значение имела астма, а в других возрастных группах – хронический и неуточненный бронхит, эмфизема и только в группе 70 лет и старше – другая хроническая обструктивная легочная, бронхоэктотическая болезнь. В классе болезней органов пищеварения в структуре нуждаемости в АМР во всех возрастных группах среди болезней желудка и двенадцатиперстной кишки преобладали гастрит и гастродуоденит. Во всех возрастных группах в классе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани в АМР чаще нуждались больные с деформирующей дорсопатией и артрозами. В классе болезней мочеполовой системы наибольшая нуждаемость отмечалась в группах 18-29 и 30-39 лет по поводу сальпингитов и оофоритов, в группе 40-49 лет - нарушений менструального цикла, в группе 50-59 лет - менопаузы и климактерического состояния, в группах 60-69 и 70 лет и старше – гиперплазии предстательной железы. В классе травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин во всех группах по нуждаемости в АМР ведущее место занимали переломы, среди которых в первых трех возрастных группах преобладали переломы нижних конечностей, а в последних трех возрастных группах – переломы верхней конечности.

Наибольшее число обращений для проведения АМР в РФ было установлено при болезнях системы кровообращения (236,2 обращений на 1000 взрослого населения). Затем по убывающей – при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (129,2), болезнях органов дыхания (65,5), болезнях мо-

чеполовой системы (61,2), болезнях эндокринной системы (55,5), болезнях органов пищеварения (44,6), травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин (36,4), болезнях нервной системы (25,4), болезнях уха и сосцевидного отростка (22,1), болезнях глаза и его придаточного аппарата (19,5).

Уровень и структура обращаемости для проведения медицинской реабилитации по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям в целом по РФ и во всех возрастных группах имели такие же закономерности, как и показатели нуждаемости в АМР. В большинстве возрастных групп высокая доля больных, нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, регистрировалась в классах болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, системы кровообращения.

Среди восьми изученных классов болезней установлено, что нуждаемость в стационарной медицинской реабилитации (далее – нуждаемость в СМР) наибольшая при болезнях кровообращения - 242,4 случая на 10000 взрослого населения (57%). Нуждаемость в СМР при других классах болезней составила: при болезнях органов дыхания - 54,2 (12%), болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани – 44,8 (10%), болезнях органов пищеварения – 27,2 (6%), травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин – 22,9 (5%), болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ – 20,3 (4,7%), болезнях нервной системы – 12,9 (3%), болезнях мочеполовой системы - 10,0 (2%) (рис. 4).

Оценка нуждаемости в СМР по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям с учетом возраста пациентов показала наличие определенных различий в разных возрастных группах. Наибольшее число лиц, нуждавшихся в СМР, приходилось на старшие возрастные группы 60-69 лет (874,7 случаев на 10000 взрослого населения) и 70 лет и старше (1346,3 случая), наименьшее – на возрастную группу 18-29 лет (106,2 случая). При этом в группе 18-29 лет первые три места занимали болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения и травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин.

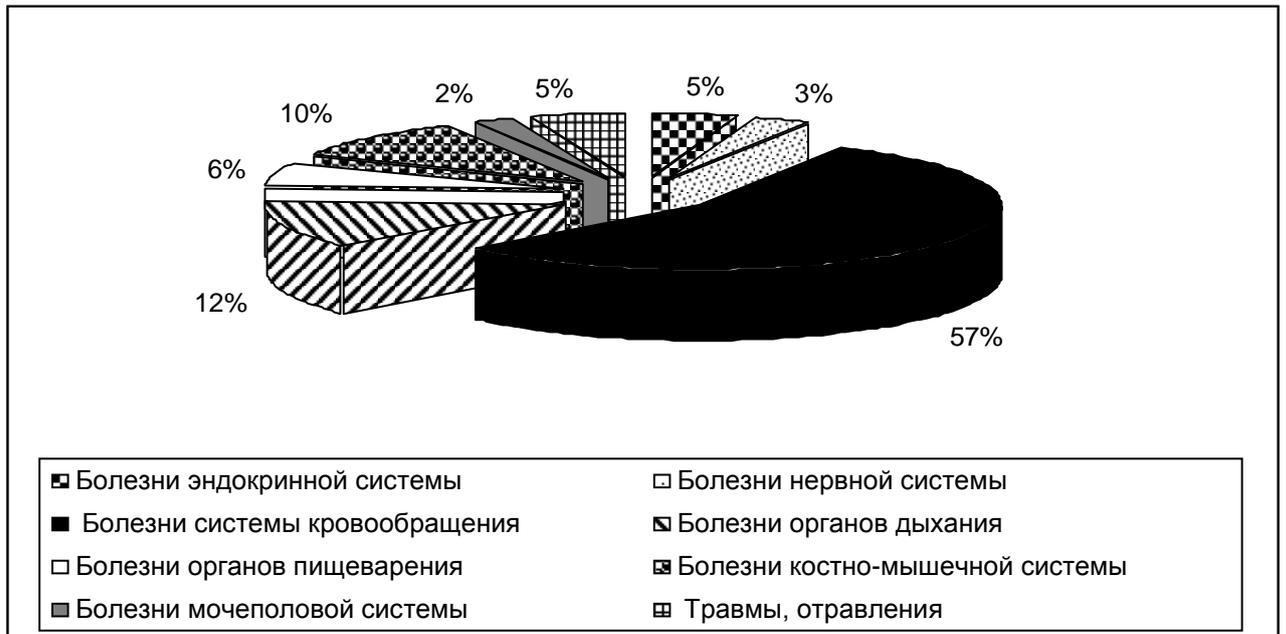


Рис. 4. Структура нуждаемости (госпитализация) взрослого населения РФ в медицинской реабилитации в стационарных условиях.

В группе 30-39 лет - болезни органов дыхания, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин и болезни органов кровообращения. В последующих четырех группах на первом месте стояли болезни системы кровообращения, второе и третье место делили болезни органов дыхания и болезни костно-мышечной системы, и лишь в группе 60-69 лет болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ вышли на третье место, а болезни костно-мышечной системы - на четвертое.

Во всех возрастных группах в классе болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ преобладала нуждаемость в СМР у больных с сахарным диабетом, среди которого ведущее место занимал сахарный диабет 2 типа. В классе болезней нервной системы в трех последних возрастных группах наибольшая нуждаемость в СМР отмечалась при эпизодических и пароксизмальных расстройствах нервной системы, среди которых преобладали преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы. Во всех возрастных группах, кроме первой, в классе болезней системы кровообращения преобладала нуждаемость в СМР у больных с ишемической болезнью сердца, особенно стенокардией.

Все больные с цереброваскулярной болезнью нуждались в СМР, среди них наибольший удельный вес приходился на больных с инсультами и гипертензивной энцефалопатией. Больные с болезнями органов дыхания во всех возрастных группах в большей степени нуждались в СМР при пневмонии и хронических болезнях нижних дыхательных путей, среди которых наибольшее значение имела астма. В классе болезней органов пищеварения в структуре нуждаемости в СМР во всех возрастных группах преобладали болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, из которых ведущее место занимали язвенная болезнь и болезни поджелудочной железы. Все больные в классе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани нуждались в СМР, чаще по поводу дорсопатий и артропатий, среди которых преобладали артрозы. Во всех группах в классе болезней мочеполовой системы отмечалась высокая нуждаемость в СМР по поводу тубулинтерстициальных болезней почек. В классе травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин во всех группах по нуждаемости СМР ведущее место занимали внутричерепная травма и переломы, среди которых превалировали переломы нижних конечностей.

Доля больных, нуждавшихся в СМР, в большинстве возрастных групп была наибольшей в классах болезней системы кровообращения, эндокринной системы, органов дыхания и костно-мышечной системы.

Определено, что наибольшее количество реабилитационных коек на 10000 населения РФ требовалось больным с болезнями системы кровообращения - 12,1 на 10000 взрослого населения (56% от всех реабилитационных коек), органов дыхания – 2,7 (12%) и костно-мышечной системы и соединительной ткани – 2,3 (10,6%).

Доля больных, нуждавшихся в амбулаторной медицинской реабилитации, составила 50,8% от всех больных, лечившихся амбулаторно, а доля больных, нуждавшихся в стационарной медицинской реабилитации – 21,1% от всех лечившихся в стационаре больных. Показатель обращаемости населения для проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях равен 695,8 случая на 1000 населения, показатель числа посещений к врачу по медицинской реабилитации - 2106,8 посещения на 1000 взрослого населения при условии

средней длительности пребывания на амбулаторном этапе медицинской реабилитации в течение 14,1 дня. Показатель ежегодной нуждаемости в стационарной медицинской реабилитации в среднем составил 434,6 на 10000 населения, число коек - 21,9 на 10000 населения при условии средней длительности пребывания на реабилитационной койке 17,1 дня и функционировании койки 340 дней в году.

Доказана взаимосвязь нуждаемости взрослого населения в медицинской реабилитации с уровнем и структурой заболеваемости по обращаемости и госпитализации. Показано, что частота нуждаемости в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях зависит от класса болезней и возраста пациентов.

Рассчитанные отношения числа больных, нуждавшихся в амбулаторной или стационарной медицинской реабилитации, к числу всех лечившихся амбулаторно или стационарно соответственно по каждому классу, группе болезней и отдельному заболеванию, представляют собой коэффициенты, которые позволяют определить нормативы нуждаемости в этом профиле медицинской помощи на основе данных о числе обращений, госпитализаций и численности населения любого региона.

Определение ресурсного обеспечения непосредственно нормативах объемов амбулаторной и стационарной помощи по медицинской реабилитации делают систему медицинской реабилитации более эффективной, за счет обеспечения сбалансированности объемов государственных гарантий оказания населению медицинской помощи, повышения эффективности использования коечного фонда (улучшения работы койки, увеличения оборота койки, снижения средней длительности пребывания в стационаре и продолжительности временной нетрудоспособности), а также увеличения качества и трудоспособного периода жизни населения страны из-за снижения инвалидности. Наличие нормативных показателей необходимой медицинской реабилитации позволит разворачивать сеть медицинских учреждений (структурных подразделений) с учетом потребности конкретного региона.

В восьмой главе представлены «Мероприятия по совершенствованию организации медицинской реабилитации». Для организации мониторинга развития МР предложено внести изменения и дополнения в отчетные формы ФСН. В форме № 30 названия отделений (кабинетов) «восстановительного лечения» изменить на «название «медицинской реабилитации»; дополнить отделением мануальной терапии и таблицей по деятельности кабинета мануальной терапии. В формы №№ 30 и 47 внести должность врача по медицинской реабилитации. В формах № 14ДС и 47 название «центры по восстановительной терапии» заменить на название «центры медицинской реабилитации», дополнить больницей и поликлиникой медицинской реабилитации. В форме № 14ДС название коек «восстановительного лечения для взрослых и детей» заменить на название «медицинской реабилитации», согласно Номенклатуре коечного фонда. В форме № 14 название направлено в стационары «восстановительного лечения» заменить на название «медицинской реабилитации». В форму № 17 внести специальность «врач по медицинской реабилитации». В целях оптимизации статистических данных, касающихся медицинской реабилитации, был разработан проект формы отраслевого статистического наблюдения – форма № 14МР «Сведения о деятельности медицинской организации, оказывающей помощь по медицинской реабилитации».

Для совершенствования методов определения нуждаемости в медицинской реабилитации предложен метод расчета потребности в медицинской реабилитации в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра (МКБ-10), который изложен в методических рекомендациях. Определены коэффициенты потребности в медицинской реабилитации для больных, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения и для госпитализированных больных по поводу острых состояний, обострений хронических заболеваний, последствий травм и операций, которым требовалась последующая медицинская реабилитация в амбулаторных или стационарных условиях. Представлен алгоритм расчета, который базируется на данных заболеваемости населения и экспертной оценки с точки зрения показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации.

С целью оценки качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации разработано методическое пособие по трем компонентам: качество структуры, качество процесса и качество результатов («триада Донабедиана»). Оценка качества и эффективности медицинской помощи проводится экспертным путем и позволяет определить возможности службы, результаты деятельности и качество исследований, рассчитать комплексную оценку объекта и высказать мнение по присвоению ему категории.

Проведен сравнительный анализ показателей, характеризующих деятельность стационара по данным ФСН, ПГГ и полученным в диссертации. Показано, что количество реабилитационных коек для взрослых в РФ в 2013 году было снижено на 3,5 % от потребности, число госпитализированных больных и обеспеченность койками на 10000 населения в 31,3 и 24 раза, соответственно, меньше показателя, рассчитанного по потребности.

Таблица 6

Сравнительный перечень основных показателей, используемый при анализе работы круглосуточных реабилитационных коек стационара

Показатели	Данные ФСН	Данные ПГГ	Расчетные данные
Количество коек	8846	11300	254988
Поступило пациентов	157440	224695	5060168
Проведено койко-дней	2987210	3842281	86528868
Число госпитализированных на 10 тыс. населения	13,9	434,6	17,0
Количество койко-дней на 1 жителя	0,028	0,033	0,74
Обеспеченность койками на 10 тыс. населения	0,91	0,97	21,9
Средняя занятость койки в году	304,5	340	339,3
Средняя длительность пребывания больного на койке	19,4	17,1	17,1
Оборот койки	15,7	19,9	19,8

Затраты за счет средств обязательного медицинского страхования на 1 койко – день по реабилитационной койки на 36,4 % ниже, чем для специализированной койки по другим профилям.

Обоснованы предложения для оптимизации системы медицинской реабилитации в РФ: изменению и дополнению в Порядок организации медицинской реабилитации; разработке проектов показаний и стандартов для всех этапов медицинской реабилитации; включению специальности «медицинская реабилитация» в Номенклатуру специальностей; разработке квалификационных требований, образовательного стандарта и учебных программ для кадров по профилю «медицинская реабилитация».

ВЫВОДЫ

1. Существующее нормативно-правовое обеспечение системы медицинской реабилитации не в полной мере решает задачи регулирования механизмов реализации организационных, информационных, экономических и кадровых аспектов в этой сфере, продолжают действовать нормативные акты, вступающие в противоречие с действующим Порядком организации медицинской реабилитации. Существует потребность в первоочередных мерах по разработке нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность врача по медицинской реабилитации, организацию санаторно-курортного этапа медицинской реабилитации, медицинские показания и противопоказания для направления пациентов на амбулаторную и стационарную медицинскую реабилитацию, стандарты медицинской реабилитации в разных условиях ее проведения.

2. Данные, содержащиеся в формах федерального статистического наблюдения, недостаточны для оценки современного состояния системы медицинской реабилитации. Взрослое население РФ не обеспечено медицинской реабилитацией в силу недостаточного числа медицинских организаций реабилитационного профиля и их несоответствия уровню и распространенности заболеваемости взрослого населения в разных регионах страны. В РФ на 1 профильную медицинскую организацию (структурное подразделение) приходится в среднем 262 318,9 человек (от 188 198,0 в СЗФО до 898 842,9 в ДФО). Помощь по медицинской реабилитации доступна населению менее половины (41%) субъектов РФ.

3. Нуждаемость в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (число посещений к врачу по медицинской реабилитации) зависит от класса болезней (наибольшая при болезнях системы кровообращения – в среднем 710,8 посещений на 1000 взрослого населения, костно-мышечной системы и соединительной ткани - 387,7, органов дыхания - 196,6; наименьшая при болезнях глаза и его придаточного аппарата - 57,7, уха и сосцевидного отростка - 66,4) и возраста пациентов (наибольшая в возрастных группах 70 лет и старше - 4716,9, 60-69 лет - 3917,5; наименьшая в возрастной группе 18-29 лет - 832,2 посещения на 1000 населения соответствующего возраста).

4. Нуждаемость в медицинской реабилитации в стационарных условиях (число случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации) болезней также зависит от класса болезней (наибольшая при болезнях системы кровообращения – в среднем 242,4 случая на 10000 взрослого населения, органов дыхания - 54,2, костно-мышечной системы и соединительной ткани - 44,8; наименьшая при болезнях нервной системы – 12,9 случая, мочеполовой системы – 10,0) и возраста пациентов (наибольшая в возрастных группах 70 лет и старше - 1346,3, 60-69 лет - 874,7; наименьшая в возрастной группе 18-29 лет - 106,2 случая на 10000 населения соответствующего возраста).

5. В медицинской реабилитации на амбулаторном этапе нуждаются 50,8% от всех лечившихся амбулаторно пациентов. Рекомендуемые объемы медицинской помощи по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях для взрослого населения РФ составляют: показатель числа посещений к врачу по медицинской реабилитации - 2106,8 посещений на 1000 взрослого населения, показатель обращаемости для проведения медицинской реабилитации населения - 695,8 случая на 1000 населения, при средней длительности амбулаторного этапа медицинской реабилитации - 14,1 дня.

6. В медицинской реабилитации на стационарном этапе нуждаются 21,1% от всех лечившихся в стационаре пациентов. Рекомендуемые объемы медицинской помощи в медицинской реабилитации в стационарных условиях для взрослого населения РФ составляют: показатель госпитализации на койки круглосуточного пребывания - 434,6 на 10000 населения, число коек - 21,9 на

10000 населения, при средней длительности пребывания на реабилитационной койке 17,1 дня и функционировании койки 340 дней в году.

7. Наибольшая потребность в реабилитационных койках регистрируется при болезнях системы кровообращения (12,1 койки на 10000 населения, что составляет больше половины всех коек – 54,8 %), болезнях органов дыхания (2,7 на 10000 населения - 12,3 %) и болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (2,3 на 10000 населения - 10,5%).

8. Разработанная методика расчета потребности взрослого населения в медицинской реабилитации с учетом заболеваемости населения и медицинских показаний для ее проведения обеспечивает научно обоснованные показатели потребности населения в медицинской реабилитации на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, определяет необходимые изменения в структуре сети медицинских организаций (их подразделений), оказывающих помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях (коечная сеть, профиль коечного фонда).

9. Разработанные предложения по совершенствованию организации медицинской реабилитации взрослого населения, включают нормативные, методические и отчетные документы, систему показателей деятельности организаций по медицинской реабилитации, оценку качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне

1. Перечень действующих приказов, подлежащих отмене в связи с законодательным закреплением понятия «медицинская реабилитация»: от 09.03.2007 № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине», от 01.07.2003 № 296 «О совершенствовании организации восстановительного лечения в Российской Федерации», от 06.08.1981 № 826 «О положении и штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь, больниц (отделений) восстановительного лечения», от 10.05.1983 № 548 «Об утверждении положения о больнице (отделении) долечивания» и др.

2. Предложения по внесению изменений в Порядок организации медицинской реабилитации: привести этапы медицинской помощи по медицинской реабилитации в соответствие с видами (первичная специализированная медико-санитарная помощь, специализированная, паллиативная) медицинской помощи, включая этап санаторно-курортного лечения, условиями (амбулаторные, стационарные, дневной стационар) и формами (плановая) их оказания; ввести должность врача по медицинской реабилитации в рекомендуемые штатные нормативы всех отделений и центров медицинской реабилитации; дополнить «правилами организации деятельности врача по медицинской реабилитации» с указанием его взаимодействия с другими специалистами.

3. Перечень документов, которые необходимо разработать и принять в первоочередном порядке: медицинские показания и противопоказания для медицинской реабилитации на всех этапах и условиях проведения и определить их в качестве критерия отбора на медицинскую реабилитацию, стандарты медицинской реабилитации, внесение в Номенклатуру врачебных специальностей специальности «медицинская реабилитация», образовательный стандарт и учебные программы подготовки врачей по медицинской реабилитации в системе высшего (клиническая ординатура) и дополнительного профессионального образования (с выдачей сертификата «врач по медицинской реабилитации», дающего право для осуществления медицинской деятельности в должности «врач по медицинской реабилитации», квалификационные требования к врачу по медицинской реабилитации, образовательный стандарт и трехгодичные учебные программы для подготовки лиц со средним медицинским образованием по специальности «физиотерапия» (бакалавриат).

4. Расчет потребности в медицинской реабилитации проводится с учетом рассчитанной доли нуждающихся в реабилитации от всех лечившихся амбулаторно и стационарно больных на основании данных о заболеваемости населения из форм федерального статистического наблюдения №№ 12 и 14 и численности населения конкретной территории с использованием предложенного алгоритма расчетов. При этом можно рассчитать следующие показатели: количество нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях по

классам и некоторым нозологическим формам болезней (на 1000 населения); планируемое число дней для проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (на 1000 населения); количество нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях по классам и некоторым нозологическим формам болезней (на 1000 населения); планируемое число койко-дней для проведения медицинской реабилитации (на 1000 населения); потребность в койках круглосуточного пребывания для проведения медицинской реабилитации (на 1000 населения).

5. Разработанная форма отраслевой статистической отчетности «Сведения о деятельности медицинской организации по медицинской реабилитации», содержит сведения о деятельности учреждения здравоохранения по медицинской реабилитации: общие сведения об учреждении, штаты учреждения (отделения) медицинской реабилитации на конец отчетного периода, показатели деятельности стационара (состав больных в стационаре, сроки и исходы лечения), коечный фонд и его использование, показатели деятельности поликлиники, амбулаторно-поликлинического отделения медицинской реабилитации учреждения здравоохранения, перечень и показатели деятельности лечебных и диагностических отделений (кабинетов).

На региональном уровне

1. Разработанная программа для ЭВМ «Информационно-аналитическая система определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями» производит расчет потребности населения в оказании им медицинской помощи по медицинской реабилитации, основанные на данных о заболеваемости населения.

2. Разработанное методическое пособие по оценке качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации, позволяет экспертным путем проводить оценку качества структуры службы, результативности, качества, объема исследований и эффективности лечения, что дает наглядное представление для объективной оценки присвоения категории медицинской организации.

Список опубликованных работ

Работы, опубликованные в рецензируемых журналах, рекомендуемых ВАК

1. Прилипко, Н.С. Совершенствование организации этапности и преемственности лечения больных в учреждениях здравоохранения /Н.С.Прилипко, А.Н. Разумов //Вестник восстановительной медицины. - 2009.- № 5.- С. 13-16 (0,29 п.л., автора 0,20).
2. Прилипко, Н.С. Об утверждении профильной комиссии по специальности восстановительная медицина Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации /Н.С. Прилипко, А.В. Шакула //Вестник восстановительной медицины. - 2009.- № 5.- С. 19-21 (0,20 п.л., автора 0,10).
3. Прилипко, Н.С. О путях совершенствования организации помощи по восстановительной медицине /Н.С. Прилипко, И.П. Бобровницкий //Вестник РУДН. Серия медицина. - 2010.- № 2.- С. 105-110 (0,40 п.л., автора 0,30).
4. Прилипко, Н.С. Стандартизация как основа создания нормативно-правовой базы по восстановительной медицине /Н.С.Прилипко, Т.М. Большакова //Вестник восстановительной медицины. - 2010.- № 2.- С. 7-10 (0,54 п.л., автора 0,34).
5. Прилипко, Н.С. Потребность населения в помощи по восстановительной медицине. /Прилипко Н.С., Т.М. Большакова //Вестник восстановительной медицины. – 2010.- № 4.- С. 2-4 (0,29 п.л., автора 0,20).
6. Прилипко, Н.С. Нормативно-правовая база по восстановительной медицине /Н.С. Прилипко //Вестник РУДН. Серия медицина. – 2010.- № 4.- С. 104-109 (0,42 п.л., автора 0,42).
7. Прилипко, Н.С. Особенности распределения потребности взрослого населения в восстановительном лечении по федеральным округам на территории России /Н.С.Прилипко, Т.М. Большакова //Вестник восстановительной медицины. – 2010.- № 6.- С. 5-7 (0,26 п.л., автора 0,18).
8. Прилипко, Н.С. Изучение потребности в медицинской помощи на этапах восстановительного лечения и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Вестник восстановительной медицины. – 2011.- № 1.- С. 5-7 (0,25 п.л., автора 0,17).
9. Прилипко, Н.С. Формы государственной статистической отчетности в оптимизации отчета по медицинской реабилитации /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Вестник восстановительной медицины. – 2011.- № 6.- С. 2-6 (0,42 п.л., автора 0,30).
10. Прилипко, Н.С. Анализ нормативно-правовой базы по номенклатуре врачебных и провизорских специальностей в сфере медицинской реабилитации /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Вестник восстановительной медицины. – 2012.- № 1.- С. 2-4 (0,21 п.л., автора 0,15).

11. Прилипко, Н.С. Показатели статистической отчетности как критерий оценки качества медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях /Н.С. Прилипко //Военно-медицинский журнал. – 2012.- № 7.- С. 53-54 (0,08 п.л., автора 0,08).

12. Прилипко, Н.С. Анализ работы реабилитационных медицинских учреждений здравоохранения Российской Федерации /Н.С.Прилипко, Е.Л.Поважная //Вестник восстановительной медицины. – 2012.- № 4.- С. 2-4 (0,25 п.л., автора 0,13).

13. Прилипко, Н.С. Показатели госпитализации взрослого населения различных возрастных групп как основа определения нуждаемости в восстановительном лечении /Н.С.Прилипко, М.Н. Бантьева., Е.Л. Поважная //Вестник восстановительной медицины. – 2012.- № 6.- С. 2-7 (0,70п.л., автора 0,23).

14. Прилипко, Н.С. Возрастные аспекты госпитализации взрослого населения на койки круглосуточного пребывания [Электронный ресурс] /Н.С. Прилипко, М.Н. Бантьева //Информационно-аналитический вестник. «Социальные аспекты здоровья населения». – 2013.- № 1.- Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/457/30/lang.ru> (1 п.л., автора 0,50).

15. Прилипко, Н.С. Анализ повозрастной заболеваемости взрослого населения как первый этап определения его нуждаемости в медицинской реабилитации /Н.С.Прилипко, М.Н.Бантьева, Л.В. Руголь //Вестник восстановительной медицины. – 2013.- № 2.- С. 2-9 (0,83 п.л., автора 0,42).

16. Прилипко, Н.С. Потребность взрослого населения в медицинской реабилитации /Н.С.Прилипко, М.Н. Бантьева //Вестник восстановительной медицины. – 2013.- № 3.- С. 2-7 (0,92 п.л., автора 0, 46).

17. Прилипко, Н.С. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения [Электронныйресурс] /Н.С.Прилипко, М.Н. Бантьева //Информационно-аналитический вестник. «Социальные аспекты здоровья населения».- 2013.- № 4.- Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/497/30/lang.ru> (0,75 п.л., автора 0,38).

18. Бантьева, М.Н. Нормативное обеспечение амбулаторного этапа оказания помощи по медицинской реабилитации взрослому населению /М.Н. Бантьева, Н.С. Прилипко //Здравоохранение Российской Федерации. – 2013.- № 6. – С. 15-21 (0,80 п.л., автора 0,40).

19. Прилипко, Н.С. Потребность взрослого населения России в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях /Н.С. Прилипко, М.Н. Бантьева //Здравоохранение Российской Федерации. – 2013.- № 6. – С. 25-30 (0,67 п.л., автора 0,33).

20. Прилипко, Н.С. Потребность взрослого населения России в медицинской реабилитации в условиях стационара /Н.С. Прилипко, М.Н. Бантьева //Здравоохранение Российской Федерации. – 2014.- № 1. – С. 11-16 (0,75п.л., автора 0,38).

Монографии, препринты, свидетельства

21. Бобровницкий, И.П. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Информационно-аналитическая система определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации пациентов с распространенными заболеваниями» (№ 2015613504 от 17.03.2015) /И.П. Бобровницкий, Н.С. Прилипко; М.Ю. Яковлев; А.С. Терехов. (2,67 п.л., автора 1,0).

Список работ, опубликованных в других изданиях

22. Разумов, А.Н. Научное обоснование организации восстановительного лечения на различных этапах оказания медицинской помощи /А.Н. Разумов, И.П. Бобровницкий, В.И. Михайлов, Л.А. Ершова, Н.С. Прилипко. //Новые медицинские технологии. Новое медицинское оборудование. – 2008.- № 2.- С. 13-19 (0,29 п.л., автора 0,06).

23. Разумов, А.Н. Алгоритм программного обеспечения автоматизированного рабочего места (АРМ) врача по восстановительной медицине /А.Н. Разумов, И.П. Бобровницкий, В.И. Михайлов, Л.А. Ершова, Н.С. Прилипко. //Новые медицинские технологии. Новое медицинское оборудование. – 2008.- № 2.- С. 20-26 (0,30 п.л., автора 0,07).

24. Прилипко, Н.С. Стандартизация и оценка качества медицинской помощи по мануальной терапии /Н.С. Прилипко //Материалы IV Всероссийского съезда врачей мануальной терапии «Актуальные вопросы мануальной терапии». - М., 2009.- С. 53-55 (0,08 п.л., автора 0,08).

25. Прилипко, Н.С. О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине /Н.С. Прилипко //VI Международный конгресс «Восстановительная медицина и реабилитация 2009». I Научный съезд Российского общества врачей восстановительной медицины. - М., 2009.- С. 164-165 (0,08 п.л., автора 0,08).

26. Шакула, А.В. Профильная комиссия по специальности «Восстановительная медицина» Минздравсоцразвития Российской Федерации и научно-технический совет общества врачей восстановительной медицины /А.В.Шакула, Н.С. Прилипко, А.С. Гозулов //Доклады II научно-практической конференции с международным участием «Алтайский биофармацевтический кластер: развитие отечественного рынка пантовой продукции. Состояние, проблемы, задачи». – г. Бийск, 2009. – С. 46-48 (0,13 п.л., автора 0,04).

27. Прилипко, Н.С. Нормативно-правовая база по восстановительной медицине /Н.С. Прилипко //Материалы Всероссийского форума «Здравница-2010» «Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации». - М., 2010. - С. 131 (0,04 п.л., автора 0,04).

28. Прилипко, Н.С. Стандартизация как основа создания нормативно-правовой базы по восстановительной медицине /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Материалы Всероссийского форума «Здравница-2010» «Современные тен-

денции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации». -М., 2010.- С. 131-132 (0,04 п.л., автора 0,02).

29. Прилипко, Н.С. Нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений восстановительной медицины /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Проблемы восстановительной медицины. – 2011.- №№ 1-2. – С. 18-24 (0,29 п.л., автора 0,15).

30. Прилипко, Н.С. Аспекты повышения качества медицинской реабилитации /Н.С. Прилипко, Е.Л. Поважная //Материалы Международного научного конгресса «Здравница-2011» «Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации». – М., 2011 – С. 139-140 (0,08 п.л., автора 0,04).

31. Прилипко, Н.С. Особенности распределения потребности взрослого населения в восстановительном лечении и медицинской реабилитации по Федеральным округам на территории России /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Материалы Международного научного конгресса «Здравница-2011» «Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации». - М., 2011.- С. 144-145 (0,04 п.л., автора 0,02).

32. Прилипко, Н.С. Опыт разработки организационно-методических основ и стандартизации в сфере медицинской реабилитации /Н.С. Прилипко, А.В. Шакула, Т.М. Большакова //Сборник трудов к 90-летию ФГУ «РНИЦ ВМиК» «Исторические вехи, состояние и перспективы развития основных направлений деятельности Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии». - М., 2011.- С. 63-69 (0,25 п.л., автора 0,08).

33. Прилипко, Н.С. Изучение потребности медицинской помощи на этапах восстановительного лечения и реабилитации наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Санаторно-курортная организация: менеджмент, маркетинг, экономика, финансы.- 2011. - № 5/6. – С. 55-58 (0,25 п.л., автора 0,13).

34. Прилипко, Н.С. Перечень основных документов, регламентирующих деятельность учреждений и их структурных подразделений в сфере медицинской реабилитации. История вопроса /Н.С. Прилипко //Санаторно-курортная организация: менеджмент, маркетинг, экономика, финансы. – 2011. - №7.- С. 4-9 (0,42 п.л., автора 0,21).

35. Прилипко, Н.С. Стандартизация как основа повышения качества медицинской реабилитации /Н.С. Прилипко, Т.М. Большакова //Материалы V научно-практической конференции с международным участием «Клиническая спортивная реабилитация». - М., 2011. – С. 45-46 (0,06 п.л., автора 0,04).

36. Прилипко, Н.С. Рекомендуемые объемы помощи взрослому населению Российской Федерации по медицинской реабилитации /Н.С. Прилипко //Материалы Международного научного конгресса «Здравница-2013» «Совре-

менные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации». - Сочи; 2013.- С. 154-155 (0,06 п.л., автора 0,06).

37. Прилипко, Н.С. Повозрастной анализ заболеваемости (по обращаемости) взрослого населения Российской Федерации /Н.С. Прилипко, Е.Л. Поважная, И.М. Сон //Материалы Международного научного конгресса «Здравница-2013». «Современные тенденции и перспективы развития курортного дела в Российской Федерации». - Сочи; 2013. – С.155-156 (0,06 п.л., автора 0,03).

38. Айрапетова, Н.С. Показания и противопоказания для направления больных на медицинскую реабилитацию в амбулаторных и стационарных условиях /Н.С. Айрапетова, В.В. Барнацкий, А.Х. Гайдарова, И.А. Курникова, В.А. Кияткин, Н.С. Прилипко, Н.В. Сичинава, Р.М. Филимонов //Современные аспекты реабилитации в медицине: Материалы международной конференции, посвященной юбилею 20-летия основания Академии медико-технических наук РФ.17-18 г. Москва.- М., 2013. – С. 4-6 (0,08 п.л., автора 0,01).

39. Прилипко, Н.С. Методика определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации /Н.С. Прилипко, М.Н. Бантьева, Е.Л. Поважная, И.М. Сон //Менеджер здравоохранения. – 2013. - № 6. – С. 41-53 (0,54 п.л., автора 0,18).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

РФ	Российская Федерация
ЦФО	Центральный федеральный округ
СЗФО	Северо-Западный федеральный округ
ЮФО	Южный федеральный округ
СКФО	Северо-Кавказский федеральный округ
ПФО	Приволжский федеральный округ
УФО	Уральский федеральный округ
СФО	Сибирский федеральный округ
ДФО	Дальневосточный федеральный округ
ФСН	федеральное статистическое наблюдение
АПО	амбулаторно-поликлиническая организация
МР	медицинская реабилитация
нуждаемость в АМР	нуждаемость в амбулаторной медицинской реабилитации
нуждаемость в СМР	нуждаемость в стационарной медицинской реабилитации
Орган управления здравоохранением субъекта РФ	орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения