



ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ПОТРЕБНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК [616-036.86:614](470)

¹**Прилипко Н.С.:** заведующая отделом развития службы медицинской реабилитации, к.м.н.;

²**Бантьева М.Н.:** ведущий научный сотрудник, к.м.н.

¹ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия

DEGREE OF REQUIREMENT OF ADULT POPULATION OF RUSSIA IN MEDICAL REHABILITATION

Prilipko NS.; Bant'eva MN

Введение

С 90-х годов XX века в России официально констатировано катастрофическое состояние демографической ситуации, резкое снижение рождаемости и ухудшение здоровья нации в целом [1, 2, 3]. За последние 15 лет произошло значительное увеличение общей заболеваемости населения: с 105,0 до 142,3 или на 37,3 на 1000 населения (на 26,2%).

Потребность населения в медицинской помощи в значительной мере определяется демографической ситуацией, а также ростом заболеваемости и ее социальных последствий. В последние десятилетия, вследствие общего изменения медико-демографической ситуации, увеличения числа людей старших возрастных групп в структуре населения, роста заболеваемости и доли хронических болезней, задача повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения становится все более актуальной [4, 5, 6, 7].

Основная задача здравоохранения в соответствии с Конституцией Российской Федерации (далее – РФ) состоит в том, чтобы обеспечить права граждан на получение квалифицированной и доступной медицинской помощи. Состояние российской системы здравоохранения сегодня можно охарактеризовать как кризисное [8, 9]. Государственная политика России основывается на приоритетности решения социальных проблем общества, одной из которых является реабилитация больных. Снижения уровня общей заболеваемости можно достичь повышением эффективности лечения за счет широкого внедрения мероприятий по вторичной и третичной профилактике, особенно среди трудоспособного населения, которое будет иметь следствием предупреждение и снижение инвалидности в стране.

В настоящее время одной из важных целевых установок нормативной базы здравоохранения должно

стать преодоление диспропорций в развитии отрасли. Поэтому обязательным этапом, предваряющим разработку методики определения потребности в медицинской реабилитации, является изучение организации медицинской помощи, анализ развития ресурсного обеспечения системы здравоохранения, выявление отклонений в показателях по отдельным видам медицинской помощи сложившихся в настоящее время.

По данным федерального статистического наблюдения (ФСН) – форм №№ 14, 14ДС, 30, 47 за 2010 год, сеть медицинских организаций (их подразделений) восстановительного лечения и медицинской реабилитации РФ представлена 47 больницами восстановительного лечения, 11 центрами восстановительной терапии. В составе больничных учреждений, диспансеров, амбулаторно-поликлинических учреждений, центров имеются 900 отделений (кабинетов) восстановительного лечения.

Число посещений врачей (без посещений к зубным врачам), включая профилактические, в поликлиниках при больницах восстановительного лечения в 2010 году составило 622500.

Функция врачебной должности в 2010 году в РФ для врача-физиотерапевта составила 3168,4 посещений в год; для врача по лечебной физкультуре – 2261,1 посещений в год; для врача – рефлексотерапевта – 1755,8 посещений в год.

Важным для оценки деятельности стационаров является количество коек и расчет показателей, связанных с работой койки в году. На конец 2010 года в РФ насчитывалось 9181 койка для восстановительного лечения, из них для детей в возрасте от 0 до 17 лет – 2766. Уровень госпитализации на койки восстановительного лечения в РФ составил 0,1 (на 100 человек населения). Обеспеченность койками восстановительного лечения на 10

тыс. населения в РФ составила 0,65. Средняя занятость койки восстановительного лечения для взрослых в 2010 году по РФ составила 321,7. Средняя длительность пребывания больного на койке восстановительного лечения для взрослых по РФ составила 18,2 дня. Оборота койки восстановительного лечения для взрослых по РФ равен 17,7. Увеличение средней длительности пребывания больного на койке восстановительного лечения и снижение оборота койки в году по сравнению с аналогичными показателями использования коек других профилей может свидетельствовать о тяжести пациентов, находящихся на восстановительном лечении в стационаре.

Кочный фонд дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений восстановительного лечения для взрослых в РФ в 2008 году составил 465 мест. Число поступивших больных всего составило 8207, в т.ч. 156 детей (0–17 лет), проведено всеми больными дней лечения 114130. Уровень (частота) госпитализации в РФ в 2010 году в дневные стационары больничных учреждений для восстановительного лечения (взрослые и дети) составил 0,08 случая на 1000 населения, а в дневные стационары амбулаторно-поликлинических учреждений для восстановительного лечения (взрослые и дети) – 0,19 случая на 1000 населения.

Основные показатели деятельности центров восстановительной терапии в 2010 году выглядели следующим образом: число коек составило 1333, число дней работы койки в году – 292,9, средняя длительность пребывания больного на койке – 17,6 дней.

Основные показатели деятельности больниц восстановительного лечения в 2010 году выглядели следующим образом: число коек составило 6626, число дней работы койки в году – 311,3, средняя длительность пребывания больного на койке – 16,3 дней.

По данным формы ФСН № 14 в РФ в 2010 году в стационаре помощь получили 24638889 человек. Из них в стационары восстановительного лечения было направлено 9763 человека (0,04%).

Основными показателями реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи являются:

- в амбулаторно-поликлинических учреждениях – количество посещений на 1 человека в год. В 2010 году в РФ число посещений на 1 жителя в год к врачам-физиотерапевтам составило 0,09 (по поводу заболеваний 0,09), к врачам по лечебной физкультуре – 0,03 (0,03), к врачам мануальной терапии – 0,006 (0,06), к врачам-рефлексотерапевтам – 0,009 (0,009).
- в больничных учреждениях – количество койко-дней в расчете на 1 человека в год. В 2010 году в РФ для восстановительного лечения и медицинской реабилитации этот показатель был равен 0,02 койко-дня на 1 человека в год;
- для дневных стационаров – количество мест в расчете на 1 человека в год. В 2010 году в РФ в условиях дневных стационаров восстановительного лечения количество мест в расчете на 1 человека в год составило 0,006.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в РФ помощь по восстановительному лечению и медицинской реабилитации практически отсутствует и, следовательно, пациенты, нуждающиеся в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях, не получают ее. Данный вид медицинской помощи, вопреки основам концепции развития здравоохранения, является недоступным подавляющему большинству нуждающихся в ней пациентов.

В условиях острого дефицита финансовых средств в здравоохранении перспективным направлением является развитие ресурсосберегающих технологий, стационарзамещающих форм медицинской помощи, цель которых – повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также экономической эффективности деятельности медицинских организаций на основе внедрения современных медицинских технологий, в том числе, в отношении медицинской реабилитации. Так, совершенствование системы медицинской реабилитации позволит снизить показатель длительности госпитализации, прежде всего, в крупных ресурсоемких больничных учреждениях с высокой стоимостью койко-дня, поскольку важным инструментом экономии дорогостоящих специализированных коек является перевод больных на этап медицинской реабилитации в структурные подразделения этих же учреждений или в другие медицинские организации, оказывающие помощь по медицинской реабилитации.

Больные, обратившиеся в стационарные или амбулаторно-поликлинические учреждения за медицинской помощью и получившие лечение в острой стадии заболевания, должны быть сразу направлены на амбулаторную или стационарную медицинскую реабилитацию. В ходе данного исследования нами определена доля нуждающихся в медицинской реабилитации от всех лечившихся амбулаторно и стационарно больных в зависимости от поставленного диагноза.

Материал и методы исследования

Основанием для перспективного планирования развития сети медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации, повышения эффективности лечения, снижения заболеваемости и инвалидности населения являются научно обоснованные данные о потребности населения страны в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях. Предлагаемые коэффициенты потребности в медицинской реабилитации базируются на данных о заболеваемости населения и экспертной оценке с точки зрения показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации.

Показатели потребности в медицинской реабилитации предлагается определять дифференцировано по условиям оказания медицинской помощи (амбулаторным и стационарным) с учетом уровня заболеваемости по классам болезней.

В ФГБУ «РНЦ МРиК» Минздрава России научными сотрудниками, врачами-экспертами разработаны показания для последующей медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях после лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций. В основу разработок положен многолетний опыт работы в сфере медицинской реабилитации больных по многим профилям медицинской помощи. Показания разработаны с учетом стадии заболевания и тяжести состояния больного, также были определены условия проведения (стационарные или амбулаторные).

Научно-методической базой разработки дифференцированных нормативов медицинской помощи по реабилитации явились:

- анализ официальных статистических данных Минздрава России, Росстата;
- углубленный анализ учетно-отчетной документации ЛПУ базовых территорий;

- анализ данных Территориального фонда ОМС Московской области (ТФОМС МО) об объемах медицинской помощи, предоставленных населению базовых территорий.

Изучение материалов, полученных в ТФОМС МО, позволило сформировать полное представление о заболеваемости, как по обращаемости в АПУ, так и по данным госпитализаций на койки круглосуточного пребывания и потребности взрослого населения в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях на репрезентативном массиве данных, отобранных из трех территорий.

Показатели, полученные на массиве данных, отобранных из трех территорий, были адаптированы на население РФ. При этом учитывалось соотношение доли соответствующего населения в каждой возрастной группе, уровень и структура заболеваемости в РФ, характерные для России в 2010 году. На основании экспертизы также для РФ определена доля лиц, нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях от всех лечившихся амбулаторно и стационарно больных.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования определен коэффициент потребности в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях ($K_{на}$) – % нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях от всех лечившихся амбулаторно больных (вычислен дифференцировано для каждого класса и некоторых нозологических форм болезней с учетом показаний для медицинской реабилитации) (табл. 1., графа 3).

Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях от всех лечившихся амбулаторно больных составила 50,8%.

При анализе полученных результатов видно, что коэффициент отбора на реабилитацию в амбулаторных условиях по классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани был самый высокий среди всех классов болезней и составил 94,7%, при этом при дорсопатиях – 99,9%, при артропатиях – 98,4%.

Коэффициент отбора на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях в классе болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ составил (88,7%), где 96,5% больных сахарным диабетом (в большей степени инсулинзависимым (100%)) и 84,0% пациентов с болезнями щитовидной железы нуждались в медицинской реабилитации. Среди других нарушений эндокринных желез 100% отбора на реабилитацию зафиксировано при дисфункции яичников. Нужно также отметить, что больные, обратившиеся в амбулаторные учреждения по поводу ожирения и других видов избыточного питания, в 99% случаев нуждались в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях от всех лечившихся амбулаторно больных в классе болезней кровообращения в целом равен 86,3%, наиболее высокий процент отмечается при болезнях, характеризующихся повышенным кровяным давлением (100%). Далее идут больные ишемической болезнью сердца (97,5%), из которых доля нуждающихся в медицинской реабилитации при стенокардии и хронической ишемической болезни сердца составила 100%. При цереброваскулярных болезнях эта доля – 87%, среди которых больные гипертензивной энцефалопатией, с закупоркой и стенозом других артерий и с последствиями инфаркта мозга в 100% случаев и с церебральным атеросклерозом в 99,5% случаев нуждались в амбулаторной реабилитации. Доля больных карди-

омиопатией, нуждающихся в медицинской реабилитации также составляла 100%. Доля пациентов с болезнями вен, лимфатических сосудов и узлов, нуждающихся в медицинской реабилитации высока – 65,0%, с варикозным расширением вен нижних конечностей и другими поражениями вен – 100%.

В целом по классу болезней нервной системы доля нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях от всех лечившихся амбулаторно больных составила 52,8%, куда вошли все больные с переходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами, расстройствами вегетативной нервной системы. По поводу поражений отдельных нервов, нервных корешков и сплетений медицинская реабилитация в амбулаторных условиях необходима 92,5% пациентов. По поводу полиневропатий и других поражений периферической нервной системы реабилитация необходима в 55,3% случаев.

Коэффициент отбора на амбулаторную медицинскую реабилитацию в целом по классу мочеполовой системы был равен 50,7%, где отмечался высокий процент отбора больных тубулоинтерстициальными болезнями почек (98,6%), гиперплазией предстательной железы (98,2%), сальпингитами и оофоритами (100%), эндометриозом (100%) и выпадением женских половых органов (91,7%).

Коэффициент отбора на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях по поводу болезней органов пищеварения в целом равен 43,1%. Наиболее высокий процент отбора отмечается при болезнях поджелудочной железы (94,6%), затем идут неинфекционные энтериты и колиты (89,3%), болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (72,2%), где коэффициент отбора при болезнях пищевода – 100%, при гастритах и дуоденитах – 83,0%.

Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях от всех лечившихся амбулаторно больных при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин составила 41,2%, где в 100% случаев рекомендована амбулаторная реабилитация при травмах спинного мозга, нервов и их последствиях, в 92% – при переломах, при этом в 99% – при переломах верхней конечности, в 99,2% – при вывихах, растяжениях и перенапряжениях капсульно-связочного аппарата суставов, травмах мышц и сухожилий, в 91,6% – при последствиях травм.

Коэффициент отбора на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях по классу болезней органов дыхания равен 32%, самая высокая доля отмечена при пневмонии – 100%, при других острых респираторных инфекциях нижних дыхательных путей – 99,5%, среди других болезней верхних дыхательных путей – при хронических болезнях миндалин и аденоидов, перитонзиллярном абсцессе – 98,5%, а среди хронических болезней нижних дыхательных путей – при другой хронической обструктивной легочной, бронхоэктатической болезни и астме и астматическом статусе – 100%.

Коэффициент отбора на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях по классу болезни уха и сосцевидного отростка – 59,0%, самый высокий он при болезнях среднего уха и сосцевидного отростка (99,9%), при кондуктивной и нейросенсорной потере слуха (91,6%) и при болезнях внутреннего уха (88,7%).

Самый высокий процент отбора на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях в классе болезней глаза и его придаточного аппарата (18,2%) наблюдался при болезнях зрительного нерва (98,2%) и глаукоме (61,2%).

Таблица 1. Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях

Наименования классов, отдельных болезней	Шифр по МКБ-10	Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях от всех лечившихся амбулаторно больных (%)	Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях от всех лечившихся стационарно больных (%)
		К _{на}	К _{нс}
1	2	3	4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	88,7	45,1
Болезни щитовидной железы	E00-E07	84,0	27,3
Сахарный диабет	E10-E14	96,5	88,8
Болезни нервной системы	G00-G98	52,8	27,4
<i>Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы</i>	G45	100,0	100,0
Поражение отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	G50-G59	88,8	11,3
Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы	G60-G64		
<i>Расстройства вегетативной нервной системы</i>	G90	99,9	-
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	18,2	-
Болезни сосудистой оболочки и сетчатки	H30-H36	19,9	-
Глаукома	H40-H42	61,2	-
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	59,0	-
<i>Острые и хронические средние отиты</i>	H65-H67	99,9	-
<i>Болезни слуховой трубы</i>	H68-69	100,0	-
<i>Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха</i>	H90	91,6	-
Болезни системы кровообращения	I00-I99	86,3	55,0
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I15	100,0	10,4
<i>Стенокардия</i>	I20	100,0	98,2
<i>Острый инфаркт миокарда</i>	I21	0,0	100,0
<i>Хроническая ишемическая болезнь сердца</i>	I25	100,0	46,4
Цереброваскулярные болезни, из них:	I60-I69	87,0	86,3
<i>Инсульты, инфаркты мозга</i>	I60-I64	22,8	100,0
<i>Церебральный атеросклероз</i>	I67.2	99,5	-
Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	I80-I89	65,0	0,8
Болезни органов дыхания	J00-J98	32,0	36,8
<i>Пневмония</i>	J12-J18	100,0	95,9
Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	J20-J22	99,5	-
<i>Хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс</i>	J35.36	98,5	-
<i>Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема</i>	J40-J43	93,1	-
<i>Другая хроническая обструктивная легочная, бронхоэктатическая болезнь</i>	J44;47	100,0	43,1
<i>Астма, астматический статус</i>	J45-J46	100,0	70,3
Болезни органов пищеварения	K05-K92	43,1	14,2
<i>Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки</i>	K25-K26	49,5	41,2
<i>Гастрит и гастродуоденит</i>	K29	83,0	-
Неинфекционный энтерит и колит	K50-K52	89,3	23,1
Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	K80-K83	28,6	3,4
Болезни поджелудочной железы	K85-K86	94,6	36,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	94,7	41,1
Артропатии, из них:	M00-M25	98,4	41,9
<i>Ревматоидный артрит</i>	M05-M06	78,9	50,0

Артрозы	M15-M19	100,0	47,0
Деформирующие дорсопатии	M40-M43	99,9	-
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	50,7	5,2
Гломерулярные болезни почек	N00-N08	66,5	23,3
Тубулоинтерстициальные болезни почек	N10-N15		
Другие болезни почек и мочеточника	N25-N28		
Мочекаменная болезнь	N20-N23	99,4	-
Болезни предстательной железы	N40-N42	98,2	-
Воспалительные болезни женских тазовых органов, из них:	N70-N77	25,6	4,0
Сальпингит и оофорит	N70	100,0	5,6
Эндометриоз	N80	100,0	-
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	41,2	14,3
ВСЕГО*	E00-T98	50,8	21,1

* Без психических расстройств и расстройств поведения

В ходе исследования был определен коэффициент потребности в медицинской реабилитации в стационарных условиях ($K_{нс}$) – % нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях от всех лечившихся стационарно больных (вычислен дифференцировано для каждого класса и некоторых нозологических форм болезней с учетом показаний для медицинской реабилитации) (табл. 1, графа 4).

Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях от всех лечившихся стационарно больных составила 21,1%.

Коэффициент отбора на реабилитационную койку по классу болезней системы кровообращения в целом равен 55,0%, наиболее высокий процент отмечен при цереброваскулярных болезнях (86,3%), среди которых 100% больных с инсультами, 95,7% – с гипертензивной энцефалопатией, 88,9% – с закупоркой и стенозом других артерий и 55% – с последствиями инфаркта мозга. Далее идут больные с ишемической болезнью сердца (78,7%), из которых доля нуждаемости в медицинской реабилитации составляет 100% при остром инфаркте миокарда, 98,2% – при стенокардии и 46,4% – при хронической ишемической болезни сердца.

Коэффициент отбора на реабилитационную койку в классе болезней эндокринной системы, расстройств питания и нарушений обмена веществ равен 45,1%, где при сахарном диабете он равен 88,8%. 27,3% больных с болезнями щитовидной железы должны проходить медицинскую реабилитацию в стационаре после завершения курса лечения в острый период.

Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях от всех лечившихся стационарно больных в классе болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани составляет 41,1%, при этом 46,8% – при дорсопатиях и 41,9% – при артропатиях.

Коэффициент отбора на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях по классу болезней органов дыхания равен 36,8%, самый высокий при пневмонии (95,9%), а среди хронических болезней нижних дыхательных путей – при астме и астматическом статусе (70,3%).

В целом по классу болезней нервной системы на долю нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях от всех лечившихся стационарно больных приходится 27,3% больных и больные с эпизодическими и пароксизмальными расстройствами нервной системы также имеют самый высокий процент

отбора на койку (85,5%), среди которых все с преходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами должны проходить реабилитацию в стационаре. Больные полиневропатиями и другими поражениями периферической нервной системы в 40% случаев нуждаются в стационарной реабилитации.

Доля нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях от всех лечившихся стационарно больных при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин составляет 14,3%, при этом 34,2% – при переломах, 10,7% – при внутричерепной травме, 20% – при ее последствиях и 12,0% – при последствиях других травм.

Коэффициент отбора на реабилитационную койку по поводу болезней органов пищеварения в целом равен 14,2%. Он наиболее высок при болезнях поджелудочной железы и составляет 36,0%, затем идут неинфекционные энтериты и колиты – 23,1% и болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 20,9%, при этом при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки коэффициент отбора на реабилитационную койку равен 41,2%.

Процент отбора на реабилитационную койку в целом по классу болезней мочеполовой системы равен 5,2%, среди них самый высокий процент у больных тубулоинтерстициальными болезнями почек (30%).

Расчетные данные о доле нуждающихся в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях от всех лечившихся амбулаторно и стационарно больных по каждому классу болезней и отдельным заболеваниям, в сущности, являются коэффициентами, с помощью которых можно определить потребность в этом виде медицинской помощи в любом регионе. Система дифференцированного определения потребности населения в медицинской реабилитации предназначена для использования на любом уровне оказания медицинской помощи (отдельного ЛПУ, районном, муниципальном, межрайонном, областном, федеральном) на основании знаний о численном составе и заболеваемости населения исследуемой территории.

С учетом рассчитанной доли нуждающихся в реабилитации от всех лечившихся амбулаторно и стационарно больных, на основании данных о заболеваемости населения из учетно-отчетных форм федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе

обслуживания лечебного учреждения» и № 14 «Сведения о деятельности стационара» и численности населения конкретной территории, руководство органами здравоохранения любой территории сможет определить число лиц, нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях.

Выводы

Развитие сети медицинских организаций (их подразделений), оказывающих помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях в целом и по отдельным ее медицинским профилям, должно соответствовать реальной потребности населения в медицинской реабилитации в зависимости от заболеваемости населения разных возрастных категорий по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям. В основу определения потребности в медицинской реабилитации легли показания и противопоказания к ее проведению в амбулаторных и стационарных условиях.

Научно обоснованные рекомендации по расчету потребности населения в медицинской реабилитации

могут служить основанием для определения потребности населения в медицинской реабилитации, перспективного планирования развития сети медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, вносить изменения в структуру сети медицинских организаций (их подразделений), оказывающих помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях (количественная сеть, их специализация), с учетом заболеваемости населения и медицинских показаний к проведению медицинской реабилитации, рационального использования мощностей медицинских учреждений в оказании амбулаторной и стационарной помощи с целью повышения эффективности лечения.

Предлагаемые результаты предназначены для организаторов здравоохранения, экономистов, работающих в медицинских организациях федерального, регионального и муниципального уровней, а также научных работников и преподавателей в области планирования здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Комаров Ю. М. Желанное и действительное в современной демографии // Здравоохранение. 2008. № 7. С. 151–158.
2. Стародубов В. И., Михайлова Ю. В., Иванова А. Е. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. М.: Медицина, 2003. 288 с.
3. Суханова Л. П. Репродуктивный процесс в демографическом развитии России // Социальные аспекты здоровья населения. 2009. №4 (12). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/159/27/> (Дата обращения: 04.02.13).
4. Щепин В. О., Овчаров В. К. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 2. С. 37.
5. Щепин О. П. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. №1. С. 3–8.
6. Щепин О. П., Плясунова Э. Я., Трегубов Ю. Г. и др. Современные проблемы организации медицинской помощи населению // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2008. № 2. С. 31–35.
7. Михайлова Ю. В., Сон И. М., Леонов С. А. Реформы системы здравоохранения. Предпосылки и основные принципы. // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/75/30/> (дата обращения: 01.02.13).
8. Величковский Б. Т. Реформы и здоровье населения (пути преодоления негативных последствий). М. 2001. 36 с.
9. Вишневецкий А. Г., Кузьминов Я. И., Шейман И. М., Шевский В. И. «Российское здравоохранение: как выйти из кризиса». Доклад VII Международной научной конференции «Модернизация экономики и государство», 4–6 апреля 2006 года. // Отечественные записки. 2006. №2 (27). С. 4–28.

РЕЗЮМЕ

Больные, обратившиеся в стационарные или амбулаторно-поликлинические учреждения за медицинской помощью и получившие лечение в острой стадии заболевания, должны быть сразу направлены на медицинскую реабилитацию в стационарных или амбулаторных условиях, что позволит снизить общий уровень заболеваемости и инвалидности в стране, особенно среди трудоспособного населения. В ходе данного исследования определена доля нуждающихся в подобной реабилитации от всех лечившихся амбулаторно и стационарно больных в зависимости от поставленного диагноза. С помощью знаний о коэффициенте потребности в медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях от всех лечившихся амбулаторно и стационарно больных по каждому классу болезней и отдельным заболеваниям можно определить потребность в этом виде медицинской помощи на любой территории.

Ключевые слова: потребность взрослого населения в медицинской реабилитации, доля нуждающихся в медицинской реабилитации, коэффициент отбора для проведения медицинской реабилитации.

ABSTRACT

Patients who converted to fixed or outpatient clinics for medical care and received treatment in the acute stage of the disease should be immediately directed to medical rehabilitation in inpatient or outpatient basis, which will reduce the overall level of disease and disability in the country, especially among the working population. This study determined the proportion in need for such a rehabilitation in outpatient and inpatient treated patients depending on the diagnosis. Knowledge of the coefficient of the need for medical rehabilitation in the outpatient and inpatient settings in all treated outpatients and inpatients for each class of diseases and certain diseases can determine the need for this type of care in any territory.

Key words: need for medical rehabilitation of adults, the proportion of need for medical rehabilitation, selection coefficient for medical rehabilitation.

Контакты:

Прилипко Нина Станиславовна. E-mail: n_prilipko@mail.ru.

Бантьева Марина Николаевна. E-mail: bamani@list.ru.