

НОРМАТИВЫ ПОТРЕБНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

УДК [616-036.86:614](470)

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

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

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

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

PRACTICE NEED FOR MEDICAL REHABILITATION OF RUSSIAN ADULT POPULATION ON INPATIENT BASIS

Prilipko N.S., Bantseva M.N.

Введение

Несмотря на доказанную эффективность медицинской реабилитации (далее МР) в преодолении последствий различных заболеваний, снижении инвалидности и повышении качества жизни пациентов [1-5], ее доступность населению РФ остается недостаточной [6]. В данной ситуации чрезвычайную актуальность приобретают вопросы определения ресурсного обеспечения в части нормативов объемов стационарной помощи по МР [8-14].

Принципиально новые предпосылки для развития МР создаются путём совершенствования 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 МР, что создает условия для разработки новых подходов к оценке обеспеченности населения МР и требований к ее организации в разных условиях проведения (амбулаторные, стационарные).

Системное развитие МР 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 МР с учётом заболеваемости населения остается до настоящего времени неизученной, поэтому ее определение является первоочередным мероприятием, предусмотренным в рамках выполнения указанной подпрограммы. Определение нормативов

потребности населения различных возрастных групп взрослого населения РФ по МР в стационарных условиях в разрезе различных классов болезней является актуальной задачей, требующей решения на федеральном и региональном уровнях.

Осуществление МР непосредственно после лечения острых заболеваний, обострения хронических заболеваний, травм и операций позволит разделить стационарные койки по интенсивности лечебно-диагностического процесса, сократить сроки пребывания больного на наиболее дорогостоящих койках для интенсивного лечения путем его перевода на этап стационарной медицинской реабилитации. Кроме того знание нормативов потребности по МР, а также необходимых условий для её проведения, позволит разворачивать сеть медицинских учреждений с учетом потребности конкретного региона в койках того или иного профиля.

Цель. Определить нормативы потребности (число госпитализаций и коек) взрослого населения России по медицинской реабилитации в стационарных условиях.

Методы исследования: статистический, социально-гигиенический, эпидемиологический, аналитически-расчетный, сравнительного анализа, метод эталона, метод компонентов, экстраполяции, экспертной оценки.

Материалы и методы

В качестве баз исследования выбрано три типичных муниципальных образований Московской области (МО), с численностью населения около 20, 50 и 170 тысяч жителей. Организация медицинской помощи в этих населённых пунктах характеризуется хорошей обеспеченностью врачебными кадрами, полной доступностью амбулаторной и стационарной медицинской помощи населению.

Исходным материалом для разработки явилась первичная медицинская документация: учетная форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», а также форма № 003/у «Медицинская карта стационарного больного», отобранные за 4 оди-

наковых временных периода каждого сезона года, что позволило обеспечить репрезентативность полученной выборки генеральной совокупности. В разработке также использованы данные отчетных форм федерального статистического наблюдения баз исследования (№№ 30, 12, 14), а также анализ данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области об объемах медицинской помощи, предоставленных населению базовых территорий.

В ФГБУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения РФ (ФГБУ «РНЦ МРИК» МЗ РФ) научными сотрудниками, врачами – экспертами разработаны показания для МР в стационарных и амбулаторных условиях непосредственно после лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций. В основу разработок положен многолетний опыт работы в сфере МР больных по многим профилям медицинской помощи. Показания разработаны с учетом стадии заболевания и тяжести состояния больного, также были определены условия

(стационарные или амбулаторные) и длительность проведения. С учетом данных показаний при анализе медицинской документации компетентными экспертами сделан вывод о необходимости и длительности дальнейшей МР пролеченных в стационарных и амбулаторных условиях.

Для определения потребности населения РФ в МР, по возрастные показатели, полученные на массиве данных, отобранных из трех территорий, стандартизованы на население и заболеваемость в РФ в 2010 году.

Результаты и их обсуждение

Расчётное число случаев госпитализаций (потребность взрослого населения в МР в условиях стационара) после лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций, число коек для проведения МР, а также их структура представлены в таблице 1.

Потребность взрослого населения РФ в МР в условиях стационара по всем классам болезней составляет 433,7 случая госпитализации, а расчётное число коек для её проведения — 21,9 на 10 000 взрослого насе-

Таблица 1. Расчётная потребность взрослого населения России в стационарной медицинской реабилитации

Наименования классов, отдельных болезней	МКБ-Х	Расчётное число случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации (в год на 10 000 населения)	Структура числа случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации (%)	Расчётное число коек круглосуточного пребывания для проведения медицинской реабилитации (в год на 10 000 населения)	Структура коек круглосуточного пребывания для проведения медицинской реабилитации (%)
ВСЕГО	E00-T98	433,7	100,0	21,9	100,0
БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ, из них:	E00-E90	20,3	4,7	1,1	4,9
Болезни щитовидной железы	E00-E07	0,8	0,2	0,0	0,2
Сахарный диабет	E10-E14	19,1	1,8	1,0	4,6
БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, из них:	G00-G99	12,9	3,0	0,7	3,1
Эпизодические и пароксизмальные расстройства, из них:	G40-G47	11,1	2,6	0,6	2,7
преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы	G45	8,0	1,8	0,4	1,9
Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы	G60-G64	0,9	0,2	0,1	0,3
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ, из них:	I00-I99	242,4	55,9	12,1	55,1
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I15	7,8	1,8	0,4	1,6
Ишемическая болезнь сердца, из неё:	I20-I25	133,0	30,7	6,2	28,4
стенокардия	I20	92,3	21,3	3,8	17,5
острый инфаркт миокарда	I21	17,0	3,9	0,9	4,1
хроническая ишемическая болезнь сердца	I25	23,7	5,5	1,2	5,5
Цереброваскулярные болезни, из них:	I60-I69	86,3	19,9	4,8	21,8
инсульты	I60-I64	40,0	9,2	2,5	11,3

Наименования классов, отдельных болезней	МКБ-Х	Расчётное число случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации (в год на 10 000 населения)	Структура числа случаев госпитализации для проведения медицинской реабилитации (%)	Расчётное число коек круглосуточного пребывания для проведения медицинской реабилитации (в год на 10 000 населения)	Структура коек круглосуточного пребывания для проведения медицинской реабилитации (%)
гипертензивная энцефалопатия	I67.4	35,7	8,2	1,9	8,6
последствия инфаркта мозга	I69	7,5	1,7	0,4	1,8
Болезни артерий, артериол и капилляров	I70-I79	8,9	2,1	0,4	1,9
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, из них:	J00-J98	54,2	12,5	2,7	12,1
Пневмония	J12-J18	32,6	7,5	1,6	7,3
Хронические болезни нижних дыхательных путей, из них:	J40-J47	21,9	5,1	1,1	4,9
другая хроническая обструктивная легочная, бронхоэктатическая болезнь	J44;47	9,9	2,3	0,5	2,2
астма, астматический статус	J45-J46	10,5	2,4	0,5	2,4
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, из них:	K05-K92	26,4	6,1	1,3	6,0
Болезни пищевода, желудка двенадцатиперстной кишки, из них:	K20-K31	9,4	2,2	0,4	2,0
язвенная болезнь желудка и 12- перстной кишки	K25-K26	6,6	1,5	0,3	1,4
Неинфекционный энтерит и колит	K50-K52	1,4	0,3	0,1	0,3
Болезни печени	K70 - K76	1,9	0,4	0,1	0,4
Болезни поджелудочной железы	K85-K86	12,2	2,8	0,6	3,0
БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ, из них:	M00-M99	44,8	10,3	2,3	10,5
Артропатии, из них:	M00-M25	14,3	3,3	0,7	3,2
воспалительные артропатии, из них:	M05-M14	3,0	0,7	0,2	0,7
ревматоидный артрит	M05-M06	3,0	0,7	0,2	0,7
артрозы	M15-M19	10,8	2,5	0,5	2,3
Дорсопатии	M40 - M54	30,3	7,0	1,6	7,3
БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ, из них:	N00-N99	10,0	2,3	0,5	2,1
Тубулоинтерстициальные болезни почек	N10-N16	8,3	1,9	0,4	1,8
Воспалительные болезни женских тазовых органов, из них:	N70- N77	1,5	0,3	0,1	0,3
сальпингит и оофорит	N70	1,2	0,3	0,1	0,3
Выпадение женских половых органов	N81	0,2	0,1	0,0	0,0
ТРАВМЫ, ОТРАВЛЕНИЯ И НЕКОТОРЫЕ ДРУГИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИХ ПРИЧИН, из них:	S00-T98	22,9	5,3	1,2	5,7
Внутричерепная травма	S06	3,0	0,7	0,2	0,9
Переломы	S:02; 12; 22;32; T:020;02; 02-029; 08; 142	16,4	3,8	0,9	4,0
Вывихи, растяжения и перерастяжения капсульно-связочного аппарата суставов, травмы мышц и сухожилий	S:03;091;13;16;23; 290; 33; 390;43; 46;53; 56; 63;66;73;76;83;86;93;96; T:03;064;092;095; 112;115; 132;135; 143;146	0,7	0,2	0,0	0,2

ния в год (далее на 10 000 населения). При этом число лиц, нуждающихся в МР в условиях стационара, составляет 21,1% от всех лечившихся в стационаре больных.

Расчётное число случаев госпитализации для проведения МР на 10 000 населения наибольшее для пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения – 242,4 на 10 000 населения (55,9%). Среди них на первом месте – пациенты с ишемической болезнью сердца 133,0 на 10 000 населения (30,7%), из которых 92,3 (21,3%) страдают стенокардией; на втором – с цереброваскулярными болезнями – 86,3 на 10 000 населения (19,9%), из которых 40,0 (9,2%) лечились по поводу инсультов и 35,7 (8,2 %) – по поводу гипертензивной энцефалопатии.

Второе место по числу случаев госпитализации для проведения МР приходится на пациентов с болезнями органов дыхания – 54,2 на 10 000 населения (12,5%), из которых 32,6 (7,5%) – с пневмонией и 21,9 (5,1%) – с хроническими болезнями нижних дыхательных путей.

Третье место по числу случаев МР в условиях стационара – у пациентов с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 44,8 на 10 000 населения (10,3%), из которых 30,3 (7,0%) составляют больные с дорсопатиями и 14,3 (3,3%) – с артропатиями. Среди последних 10,8 на 10 000 населения (2,5%) приходится на артрозы.

Число госпитализаций для проведения МР пациентов с болезнями органов пищеварения – 26,4 на 10 000 населения (6,1%), причем оно наибольшее у пациентов с болезнями поджелудочной железы – 12,2 на 10 000 населения (2,8%) и болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 9,4 на 10 000 населения (2,2%), из которых 6,6 (1,5%) страдают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Потребность пациентов с травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин в стационарной МР составляет 22,9 на 10 000 населения (5,3%), 16,4 (3,8%) из них приходится на переломы и 3,0 (0,7%) – на внутричерепную травму.

Расчётное число госпитализаций пациентов с болезнями эндокринной системы, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ для проведения МР составляет 20,3 на 10 000 населения (4,7%), из них 19,1 (1,8%) – с сахарным диабетом.

Число госпитализаций пациентов с болезнями нервной системы для проведения МР составляет 12,9 случаев на 10 000 населения (3,0%). Среди них самый высокий показатель 11,1 на 10 000 населения (2,6%) – у больных с эпизодическими и пароксизмальными расстройствами, из которых 8,0 (1,8%) – пациенты после преходящих транзиторных церебральных ишемических приступов.

Потребность пациентов с болезнями мочеполовой системы в стационарной МР составляет 10,0 случаев госпитализаций на 10 000 населения (2,3%). Среди них 8,3 госпитализации на 10 000 населения (1,9%) приходится на пациентов с тубулоинтерстициальными болезнями почек и 1,5 (0,3%) – с воспалительными болезнями женских тазовых органов.

Основными показателями деятельности стационара является коечный фонд и его использование, а именно обеспеченность койками. Расчётная средняя длительность МР в условиях стационара взрослого

населения РФ составила 17,1 дня. В течение этого времени пациент должен был пройти первый этап стационарной МР, непосредственно после стационарного лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций, согласно назначенной индивидуальной программе МР, получить все необходимые процедуры показанные ему при его состоянии с учетом их сочетания. В среднем на курс лечения, с учетом показаний для МР в условиях стационара, назначаются следующие процедуры: 8 – 10 процедур по бальнео- и физиотерапии, 10 – 15 процедур по ЛФК, 7-10 процедур по массажу, 5 – 6 процедур по мануальной терапии, 8 – 10 процедур по рефлексотерапии, 8 – 10 приемов врача психотерапевта [1].

Оказание помощи по МР основано на принципах этапности, непрерывности и преемственности между стационарными, амбулаторно-поликлиническими и санаторно-курортными учреждениями. Если пациенту показано продолжение МР после стационарной МР, то он направляется на дальнейшую реабилитацию в отделения реабилитации при амбулаторно-поликлинических учреждениях, в центры МР и санаторно-курортные учреждения, согласно показаниям для МР в амбулаторных и санаторно-курортных учреждениях.

При числе дней работы койки в году принятом за 340 дней, расчетное число коек круглосуточного пребывания для проведения МР на 10 000 взрослого населения РФ в целом составляет – 21,9, что представлено, в том числе, по классам болезней и отдельным нозологиям, в графе 5 таблицы 1.

Наибольшее число коек для МР требуется больным с заболеваниями системы кровообращения – 12,1 койки на 10 000 населения, что составляет больше половины всех коек. Среди них преобладают койки для больных с ишемической болезнью сердца (6,2 на 10 000 населения) и с цереброваскулярными болезнями (4,8 на 10 000 населения).

Для пациентов с болезнями органов дыхания число коек для МР составляет 2,7 на 10 000 населения, из которых больше всего коек требуется больным с пневмониями (1,6 на 10 000 населения).

Число коек для МР пациентов с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани равно 2,3 на 10 000 населения, из них больше всего коек требуется больным с дорсопатиями (1,6 на 10 000 населения).

Число коек на 10 000 населения для МР пациентов с болезнями, относящимися к остальным классам оказалось меньшим: при болезнях органов пищеварения – 1,3 (из них наибольшее число коек – при болезнях поджелудочной железы – 0,6, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 0,3); травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин – 1,2 (из них с переломами – 0,9); эндокринной системы, расстройствах питания и нарушения обмена веществ – 1,1 (из которых при сахарном диабете – 1,0).

Число реабилитационных коек на 10 000 населения для пациентов с болезнями нервной системы составило 0,7, из которых больше половины необходимо больным с преходящими транзиторными церебральными ишемическими приступами – 0,4.

Наименьшее число коек необходимо для реабилитации пациентов с болезнями мочеполовой системы (0,5 на 10 000 населения), которые в 80% (0,4 на 10 000

населения) требуются больным с тубулоинтестинальными болезнями почек.

Выводы

Таким образом, расчётное число случаев госпитализации для проведения стационарной медицинской реабилитации составляет 433,7 на 10 000 взрослого населения в год, а расчётное число коек круглосуточного пребывания для её проведения, при средней длительности пребывания на койке – 17,1 дней, составляет 21,9 на 10 000 населения.

Основными классами, формирующими контингенты пациентов, нуждающихся в МР в условиях стационара на 10 000 населения, являются болезни: системы кровообращения (242,4), органов дыхания – (54,2), костно-мышечной системы и соединительной ткани (44,8), органов пищеварения (26,4), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (22,9), эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (20,3), нервной системы (12,9), мочеполовой системы (10,0).

Осуществление, так называемой, ранней МР в условиях стационара позволит разделить стационар-

ные койки по интенсивности лечебно-диагностического процесса, с сокращением пребывания больного на наиболее дорогостоящих койках для интенсивного лечения, с учётом его перевода на этап медицинской реабилитации в стационарных условиях. Кроме того знание нормативных показателей необходимой медицинской реабилитации позволит разворачивать сеть медицинских учреждений с учётом потребности конкретного региона в койках того или иного профиля.

Эффективная система медицинской реабилитации позволит обеспечить сбалансированность объёмов государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи и повысить эффективность использования коечного фонда (улучшить работу койки, увеличить оборот койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре и продолжительность временной нетрудоспособности), в том числе за счет совершенствования оказания реабилитационной помощи непосредственно после оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с первых минут в условиях стационара.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., Василенко А.М., ред. Учебник по восстановительной медицине. М.: Корпорация «ДЭНАС МС»; 2009: 53-93.
2. Горбунов А.Ю., Вахрушев Я.М. Оценка эффективности бальнеотерапии при желчнокаменной болезни. // Терапевт. арх. 2011; 1: 25-28.
3. Князева Т.А., Отто М.П., Никифорова Т.И. Применение кремнисто-углекислых ванн в восстановительном лечении больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Медицинская технология. Кардиолог. 2011; 10: 16-19.
4. Жернов В.А., Зубаркина М.М. Медицинская реабилитация пожилых больных. Вестник Российского университета дружбы народов, серия Медицина. 2011; 3: 54-56.
5. Шакула А.В., Щегольков А.М., Дергачева Л.И. Оптимизация медицинской реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших острый инфаркт миокарда на раннем постгоспитальном этапе. Лечащий врач. 2012; 7: 115-121.
6. Прилипко А.Н., Разумов А.Н. Совершенствование организации этапности и преемственности лечения больных в учреждениях здравоохранения. Вестник восстановительной медицины. 2009; 5: 13-16.
7. Ахметова Р. Г. Обоснование и усовершенствование методов оценки потребности в реабилитации онкологических больных: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.; 2005.
8. Кохненко Л. В. Определение потребности в основных видах медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие остеохондроза позвоночника с неврологическими синдромами - основа разработки конкретных реабилитационных программ – 2000// Сборник научных трудов «Перспективы оптимизации работы госпиталя (стационара) на основе стандартизации в здравоохранении». М., 2000. - С. 148-150.
9. Крошнин С.М. Организационно-методические и медико-социальные основы создания службы восстановительной медицины. Автореф. дис. докт. мед. наук, М., 2003. – 24 с.
10. Куликов М.П. Организационно-экономические механизмы повышения эффективности деятельности больницы восстановительного лечения. Автореф. дис. канд. мед. наук: М. – 2000. -24 с.
11. Савельева Ж. В. Потребность в консультативной помощи больных с заболеваниями щитовидной железы: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2007. - 22 с.
12. Ходарев С.В. Современные подходы и принципы организации центра восстановительной медицины и реабилитации на региональном уровне. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 2005. - 23 с.
13. Прилипко Н.С., Бантьева М.Н., Поважная Е.Л. Показатели госпитализации взрослого населения различных возрастных групп как основа определения нуждаемости в восстановительном лечении. Вестник восстановительной медицины. 2012; 6: 2-7.
14. Бантьева М.Н., Прилипко Н.С. Возрастные аспекты госпитализации взрослого населения на койки круглосуточного пребывания. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2013, №1(29). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/457/30/lang,ru/>

РЕЗЮМЕ

Определена и проанализирована потребность взрослого населения в медицинской реабилитации в стационарных условиях, рассчитано число госпитализаций и число коек для проведения медицинской реабилитации по основным классам и некоторым отдельным болезням. Суммарная расчётная потребность взрослого населения РФ в стационарной медицинской реабилитации составляет 433,7 случая госпитализации на 10 000 взрослого населения в год. При этом число лиц, нуждающихся в медицинской реабилитации в стационаре, составляет 21,1% от всех лечившихся в стационаре больных. В статье представлены расчётные показатели потребности населения России в медицинской реабилитации в условиях стационара (число случаев госпитализаций, коек и их структура), как по классам, так и по отдельным болезням. Первые три места среди основных классов болезней, формирующих контингенты пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации в стационарных условиях на 10 000 населения, занимают болезни: системы кровообращения (242,4), органов дыхания (54,2) и костно-мышечной системы и соединительной ткани (44,8). С учётом предлагаемого рассчитанного числа госпитализаций и коек для проведения медицинской реабилитации в стационарных условиях, органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения любой территории могут рассчитать потребность своего региона в медицинской реабилитации.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, потребность в медицинской реабилитации, реабилитация взрослого населения, число случаев госпитализации, число коек восстановительного лечения, нормативы потребности в медицинской реабилитации.

ABSTRACT

The need for medical rehabilitation of adult population in hospital is defined and analyzed, and the number of admissions and beds for medical rehabilitation in accordance with the basic classes and some diseases are calculated. Estimated number of admissions of adult population of the Russian Federation for the medical rehabilitation as a whole is 433.7 cases per 10 000 adults per year. The number of patients who need for medical rehabilitation on inpatient basis is about 21.1% of all patients treated in the hospitals. The article presents estimated figures of the need of Russian adult population in medical rehabilitation in the hospital (number of hospitalizations, hospital beds, and their structure), both for the classes and some specific diseases. First three places among the classes of the diseases that form the cohort of patients who need medical rehabilitation on an inpatient basis per 10 000 population occupy the diseases of: the circulatory system (242.4), respiratory system (54.2) and the musculoskeletal system and connective tissue (44.8). Using the proposed calculated number of hospitalizations and beds for medical rehabilitation on an inpatient setting, health care authorities of any region of the Russian Federation can calculate the need for medical rehabilitation of the region.

Keywords: medical rehabilitation, the need for medical rehabilitation, rehabilitation of the adult population, number of hospitalizations, number of beds for medical rehabilitation, practice need for medical rehabilitation.

Контакты:

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