

# ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

УДК 616-082

**Буйлова Т.В.**

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, г. Нижний Новгород, Россия*

## METHODOLOGICAL BASES OF REHABILITATION INSTITUTIONS DESIGN AND ORGANIZATION

**Builova T.B.**

*«Nizhny Novgorod State Medical Academy», Nizhny Novgorod, Russia*

### Введение

Сегодня вопрос «нужна ли реабилитация?» неправомерен в условиях высокого уровня заболеваемости, инвалидности, многочисленности проблем здоровья у пожилых, роста дорожно-транспортного травматизма и, главное, «омоложения» социально-значимых заболеваний (церебро- и кардиоваскулярной патологии, онкологии, дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата и т.д.) [3, 5].

Реабилитация – «лакмусовая бумажка» уровня цивилизации общества, его стабильности и ориентации на гуманизм. Во всех развитых странах ее жизнеспособность определяется политикой государства [6]. В нашей стране – это третья попытка создания реабилитации: в 40-е годы – эвакуогоспитали для легкораненых (когда во главе угла стояла кинезотерапия, в т.ч. трудотерапия, а сама реабилитация создавалась на патриотизме); 80-90 гг. – отделения восстановительного лечения (когда акцент в реабилитации был сделан на физиотерапию) и, наконец, сегодня, в условиях, когда нет законодательной базы, кроме утвержденного МЗ РФ «Порядка об организации медицинской реабилитации» [4] и лишь отчасти решены вопросы финансирования реабилитации.

Естественно, сегодня встает вопрос, с помощью какого инструмента, на какой методической основе и какими средствами нужно создавать реабилитацию, чтобы она снова не превратилась в однодневку, была жизнеспособной и имела перспективы для развития?

Предлагаемая нами методика проектирования и организации деятельности реабилитационного учреждения построена на базе имеющихся нормативных документов, анализа потребности в реабилитации в отдельных учреждениях Нижнего Новгорода, на логике, опыте работы в реабилитации (центра промышленной реабилитации ГАЗа, центр

реабилитации ННИИТО, Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов) и подробного изучения опыта работы реабилитационных учреждений Европы (Франция, Бельгия, Голландия, Германия, Польша), в т.ч. в процессе обучения по Президентской Программе.

В 2002 г. на заседании ВОЗ были определены критерии и условия повышения качества реабилитации: все процессы должны ориентироваться на удовлетворенность пациентов и оптимальный успех лечения; все процессы должны постоянно анализироваться и обновляться; должны быть выработаны единые цифровые критерии оценки, с тем, чтобы сделать процессуальное качество отдельных направлений реабилитационного процесса соизмеримыми; создание единого информационного пространства для обмена данными, консультирования, управления процессом.

В сентябре 2013 г. на Всероссийском конгрессе по медицинской реабилитации и санаторно-курортной помощи нами была предложена методика оценки реабилитационной деятельности в учреждении. Согласно этой методике, получившей поддержку МЗ РФ, оценка реабилитационной деятельности должна проводиться в строгом соответствии со следующими критериями:

1. Соответствие «Порядку об организации медицинской реабилитации» (Приказ МЗ РФ № 1705н от 22.02.2013 г.) материально-технической базы, штатов и инфраструктуры Учреждения. Порядок содержит основные требования к структуре, штатам, условиям проведения реабилитации, его материально-технической базе (в зависимости от профиля, заявленной учреждением деятельности)

2. Соответствие помещений для реабилитации нормативам и требованиям безбарьерной среды (широкие проемы, отсутствие порожков, наличие поручней и т.д.)

3. Соответствие количества и качества выполненных реабилитационных услуг в учреждении федеральным стандартам (которых пока нет) и локальным протоколам. Федеральные стандарты реабилитации обеспечивают единство пространства, преемственность и вариативность содержания программ реабилитации разного уровня сложности. На основе федеральных стандартов реабилитационное учреждение разрабатывает основные реабилитационные программы (протоколы) с учетом возможностей учреждения (особенностей материально-технической базы и квалификационного потенциала специалистов по реабилитации). Федеральные стандарты и локальные программы (протоколы) являются основой объективной оценки качества проведенной реабилитации, а соответствие выполненных мероприятий стандартам и программам учреждения является одним из критериев оценки деятельности учреждений.

4. Достаточность имеющихся площадей и штатов учреждения для реализации реабилитационных программ. Для проведения этого анализа, а также для эффективного планирования и анализа деятельности реабилитационного учреждения в целом, вводится понятие реабилитационной услуги – которая является унифицированной единицей трудозатрат основного персонала, осуществляющего реабилитацию, и оценивается в условных единицах (у.е.). Для удобства подсчета и анализа было принято, что одна условная единица услуги соответствует 20-минутному интервалу, потраченному на выполнение ее времени; все услуги (измеряемые в у.е.) являются равнозначными по трудоемкости и стоимостному выражению.

5. Соблюдение показаний при направлении на каждый этап реабилитации (количество истинно реабилитационных больных в учреждении; соответствие по профилю, наличие реабилитационного потенциала и положительного реабилитационного прогноза). Основным показанием к направлению на реабилитацию является не нарушение структуры и функции, а наличие ограничений на уровне активности или участия (возможностей общения, передвижения, самообслуживания, бытовой или повседневной жизни, межличностных взаимодействий и т. д.) в соответствии с МКФ (международной классификации функционирования, 2001 г.). Согласно «Порядку об организации медицинской реабилитации» оказание медицинской реабилитационной помощи в острый период течения заболевания или травмы проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии, специализированных клинических отделениях стационаров по профилю оказываемой помощи при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала). На второй этап медицинской реабилитации в специализированные реабилитационные отделения многопрофильных стационаров или реабилитационные центры поступают пациенты, нуждающиеся в посторонней помощи осуществления самообслуживания, перемещения и общения в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций («реабилитационного потенциала»). Наличие «реабилитационного потенциала» или положительного реабилитационного прогноза должно быть подтверждено клиническими, биомехани-

ческими, психодиагностическими и другими методами исследования. В частности, отсутствие мотивации у пациента является одним из важных прогностически неблагоприятных критериев восстановления.

6. Своевременность поступления на реабилитацию с одного этапа на другой.

7. Качество реабилитационной деятельности (и отдельной услуги), которое зависит от квалификационного потенциала основного персонала, и, в первую очередь, врачей и инструкторов-методистов ЛФК. Именно эта задача – оценка качества услуги – определена Европейской Платформой Реабилитации (ЕПР) как основа содержания реабилитационного процесса. Для ее обеспечения требуется:

- повышение квалификации специалистов, в первую очередь, кинезотерапевтов, и формирование команды единомышленников;
- обеспечение мотивации сотрудников «работать хорошо» благодаря дифференцированной оплате труда за количество, качество и сложность выполненной работы;
- командная ответственность за достигнутый результат реабилитации у каждого больного, что, естественно, повысит рейтинг подразделения и обеспечит его востребованность;
- внедрение шкал, тестов и опросников для количественной оценки эффективности реабилитации и удовлетворенности пациентов.

Нами предложен алгоритм создания реабилитационного учреждения в любом субъекте Российской Федерации. Данный алгоритм включает в себя следующие этапы:

1. Анализ потребности в реабилитации в регионе (и в конкретной медицинской организации, планирующей создание подразделения реабилитации); определение основных потребителей реабилитационных услуг (сегментирование рынка).

2. Анализ существующих условий для создания реабилитации (материально-технической базы, квалификационного потенциала специалистов учреждения).

3. Разработка стандартов (программ) реабилитации для каждой категории потребителей услуг (с учетом материально-технической базы и квалификационного потенциала специалистов учреждения).

4. Расчет необходимых штатов для реабилитации и их обоснование.

5. Расчет необходимых помещений для реабилитации и их обоснование.

6. Определение необходимого дополнительного реабилитационного оборудования.

7. Выбор оптимальной модели службы реабилитации в медицинской организации.

8. Расчет финансовых показателей по реабилитации.

1. Анализ потребности в реабилитации в субъекте или медицинской организации может проводиться с двух позиций:

- изнутри (через имеющиеся контингенты медицинской организации);
- снаружи (через существующую нормативную базу по реабилитации).

К сожалению, узаконенных нормативов потребности реабилитации на сегодняшний день нет. Есть планы МЗ по

анализу потребности в реабилитации по профилям на ближайшие полгода, а также озвученные на коллегии МЗ и конгрессах по реабилитации следующие цифры:

– 30% от всех закончивших лечение в многопрофильном стационаре нуждаются в долечивании на втором этапе (проф. Иванова Г.Е., главный специалист по реабилитации МЗ РФ);

– 0,3 койки на 1000 населения (проф. Буйлова Т.В., главный специалист по реабилитации в ПФО – расчет потребности в реабилитации пациентов, оперированных по ВМП и из сосудистых центров ПФО).

Есть еще один норматив, который можно принять во внимание при расчете потребности «снаружи» – планирование на 2014 г. 0,027 койко-дней на 1 застрахованное лицо (по ОМС), на 2015 г. – 0,03 кд, на 2016 г. – 0,035 кд., т.е. при работе койки 330 дней в году, 1 реабилитационная койка на 11 тысяч застрахованных.

Расчет потребности «изнутри» проводится при анализе потребности на долечивание выписанных из каждого стационарного отделения медицинской организации. В процессе анализа определяются категории пациентов (потребители услуг), нуждающиеся в долечивании на втором этапе реабилитации – в условиях специализированного реабилитационного отделения или центра. Потребители услуг – группы пациентов с заболеваниями по МКБ10, объединенные в группы по принципу идентичных функциональных нарушений. В «Порядке об организации медицинской реабилитации» обозначены следующие три основные группы потребителей реабилитационных услуг:

– пациенты с выраженными и умеренными ограничениями передвижения и самообслуживания вследствие нарушения функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата (травм и заболеваний суставов, с контрактурами суставов после оперативных вмешательств, в т.ч. – после эндопротезирования, вертеброгенной патологией и т.д.) – пациенты с ограничениями активности в повседневной жизни (передвижение, самообслуживание, тазовые нарушения) вследствие соматической патологии (карди-, пульмо-, гастро-, урологической, состояний после операций на органах брюшной полости и малого таза, после трансплантации органов и тканей, онко заболеваний и т.д.);

– пациенты с выраженными и умеренными ограничениями передвижения и самообслуживания, общения и т.д. вследствие нарушения функции центральной нервной системы (очаговой патологии головного и спинного мозга вследствие инсульта, травмы, онко- и т.д.);

Количество потребителей услуг каждой группы уточняется при завершении анализа потребности в реабилитации в каждом конкретном учреждении.

2. Анализ существующих условий для создания реабилитации подразумевает анализ материально-технической базы и квалификационного потенциала специалистов учреждения, осуществляющих реабилитацию (врачей разных специальностей, инструкторов-методистов ЛФК, логопедов, психологов, массажистов и т.д.). Последнее, как правило, встречает определенные трудности, особенно при оценке уровня проводимой лечебной гимнастики или кинезотерапевтических услуг, на долю которых должно быть

отдано около 40-50% времени в процессе реабилитации больных неврологического, нейрохирургического и травматолого-ортопедических профилей. Виды кинезотерапии, которые целесообразно применять в реабилитационном учреждении кроме классических форм ЛФК (тренажерная, пассивная гимнастика, постизометическая релаксация мышц, тренировка мелкой моторики, трудотерапия, гидрокинезотерапия в условиях бассейна) следующие: методики ЛФК на нейрофизиологической основе (Бобат-терапии, проприоцептивного нейромышечного прототерия, NEURAC и т.д.), микрокинезиотерапия, обучение пациентов навыкам самообслуживания (эрготерапия), коррекция походки, в т.ч. с одновременной функциональной многоканальной электростимуляцией мышц во время ходьбы, резистивная ЛФК, подбор и обучение пользованию техническими средствами реабилитации.

3. С учетом имеющегося оборудования, уровня квалификации специалистов, владеющих определенными методиками, для каждой категории потребителей услуг разрабатываются стандарты реабилитации. Каждый стандарт включает в себя: перечень реабилитационных услуг, частоту предоставления каждой услуги, среднее количество каждой услуги за курс реабилитации (в у.е.) и суммарное количество услуг за курс реабилитации. Наш опыт работы в сфере реабилитации показывает, что суммарное количество услуг за трехнедельный курс реабилитации может варьировать от 60 до 240 услуг (в зависимости от профиля пациентов). Соответственно, количество реабилитационных услуг в день также может быть различным: от 7–9 у пациентов с соматической патологией до 10–12 – у больных с нарушением функции центральной нервной системы. По опыту, максимальное количество реабилитационных услуг получают пациенты с травматической болезнью спинного мозга. Это, как правило, лица молодого возраста, без сопутствующих соматических заболеваний, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, нуждающиеся в очень активной двигательной терапии.

Разработка стандартов реабилитации для каждой категории потребителей услуг является важным шагом для обоснования необходимых штатов, площадей и расчета экономических показателей (стоимости реабилитационных услуг и дохода от их реализации).

4. Для анализа количества штатных единиц, необходимых для реализации реабилитационных программ в учреждении, необходимо произвести расчет количества реабилитационных услуг в день для всех групп потребителей услуг.

Формула: количество реабилитационных услуг в день (в у.е.) =  $A \times a + B \times b + C \times c$ ; где А, В, С – число потребителей услуг в каждой группе; а, b, c – число услуг в день для потребителя услуг в каждой группе.

Количество реабилитационных услуг в день позволяет подсчитать количество часов в день рабочего времени основного персонала, участвующего в реализации программ реабилитации (врачей разного профиля, специалистов по лечебной гимнастике – инструкторов-методистов и инструкторов ЛФК, массажистов, сестер физиотерапии, медсестер процедурных кабинетов и т.д.). Например, если количество реабилитационных услуг в день для всех групп потребителей услуг равно 1000 у.е. в день, то рабочее время основного персонала, участвующего в реабилитации, равно

$1000 : 3 = 333,3$  часов (из расчета 3 услуги в час, т.к. продолжительность одной услуги – 20 минут). За вычетом 7% невыходов, это соответствует 310 часам. Поделив эту цифру на 7 часов рабочего времени в течение дня, получаем количество единиц основного персонала, необходимого для проведения реабилитации в соответствии с разработанными программами. В нашем примере – это 44,3 единица ( $310 : 7$ ). Аналогичным образом можно подсчитать необходимое количество специалистов по реабилитации разного профиля (физиосестер, массажистов, инструкторов ЛФК и т.д.). В каждом конкретном случае в основную формулу вместо a, b, c и т.д. заносятся те услуги, которые осуществляются специалистами соответствующего профиля (лечебной гимнастики, физио-, рефлекс-, консультативные услуги и т.д.).

5. Расчет количества площадей, необходимых для реализации стационарной реабилитации проводится в соответствии с Приказом Росстата от 07.08.09 г. № 163 «Нормативные показатели площадей для определения мощностей учреждений, оказывающих медицинские услуги», нормативом для реабилитационных учреждений ( $13,2 \text{ м}^2$  на одно посещение) и числом посещений в смену (19 повторов в течение 7 часов). Помещения для реабилитации, как правило, включают в себя: палаты, залы ЛФК, кабинеты для индивидуальной лечебной гимнастики, кабинеты массажа, физиотерапии, рефлексотерапии, теплотечения, бальнеотерапии, бассейн, кабинеты врачей-специалистов и т.д.

Формула расчета: необходимое количество площадей = количество условных единиц услуг (посещений), умноженное на  $13,2 \text{ м}^2$  и деленное на кратность процедур (число повторений в день в течение 7 часов).

Пример: количество реабилитационных услуг в день равно 1000 у.е. в день. Количество площадей =  $1000 \times 13,2 : 19 = 694,7 \text{ м}^2$  полезных площадей, т.е. для реализации 1000 реабилитационных услуг в день необходимо  $694,7 \text{ м}^2$  площадей.

6. На основе анализа имеющегося реабилитационного оборудования в медицинской организации и разработанных стандартов реабилитации определяется перечень дополнительного оборудования, необходимого для их реализации.

7. После того, как проанализирована потребность в реабилитации, определены основные потребители реабилитационных услуг, разработаны стандарты реабилитации, произведен расчет необходимых штатов и площадей переходят к следующему этапу – принятию решения об оптимальной структуре реабилитационного подразделения и его профиле. В «Порядке об организации медицинской реабилитации» от 2013 г. указываются три типа подразделения реабилитации (центр реабилитации, стационарное отделение реабилитации, амбулаторное отделение реабилитации) и три профиля реабилитационного учреждения (нарушения функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата, нарушения функции центральной нервной системы и органов чувств, соматическая патология). Решение руководителя медицинской организации – выбор типа и профиля реабилитационного учреждения. При наличии потребности в организации отделений реабилитации разного профиля (двух или трех), например, для пациентов с нарушением функции центральной и периферической нервной системы, возникает вопрос о

вариантах создания реабилитационного учреждения – централизованный вариант (многопрофильный центр) и децентрализованный вариант (отделения реабилитации разного профиля). Определяющим фактором при выборе варианта реабилитационного учреждения является его коечность (создание центра реабилитации нецелесообразно при предполагаемой коечности менее 100). Централизованный вариант учреждения реабилитации имеет ряд существенных преимуществ. Он позволяет:

- осуществить централизацию высоко-квалифицированных специалистов ЛФК (необходимых для разных контингентов больных), исключить ситуации «перетягивания канатов» (переброски кадров) из одного подразделения в другое;
- централизовать на одних площадях психотерапевтическую службу (что является важным, так как психотерапевтические услуги входят в стандарты больных разного профиля);
- централизовать реабилитационное оборудование;
- упорядочить процесс поступления на стационарную и амбулаторную реабилитацию;
- увеличить потоки больных для амбулаторной реабилитации;
- осуществлять методическую функцию по реабилитации для всех подразделений (стационарных и амбулаторных);
- своевременно осуществлять перепрофилирование реабилитационных коек (увеличение коек одного профиля за счет уменьшения коек другого реабилитационного профиля) при изменении профиля специализированной и высокотехнологичных видов помощи.

Анализ существующей нормативной базы и собственный многолетний опыт в сфере реабилитации позволили нам сформулировать некоторые основные требования к Центру медицинской реабилитации:

- отдельно стоящее здание;
- удобное месторасположение (хорошие подъездные пути, зеленая зона);
- наличие поликлиники;
- наличие лифта в здании;
- возможность реконструкции палат под требования без барьерной среды и требования СанПИН для маломобильных пациентов;
- наличие помещений, которые можно реконструировать под бассейн;
- наличие хорошей материально-технической базы;
- наличие реанимации (палат интенсивной терапии);
- возможность размещения не менее двух трех клинических отделений;
- наличие базового коллектива, понимающего проблемы реабилитации;
- наличие функциональной диагностики.

Децентрализованные варианты исключают очень важную, на наш взгляд, функцию Центра как организационно-методического звена в системе реабилитации медицинской организации, а также как гибкой структуры, приспособляющейся к изменению профиля хирургических видов помощи. Выполняя организационно-методическую функцию, Центр располагает ресурсом для решения одного из важнейших вопросов в реабилитации – формирование кор-

ректных потоков больных на реабилитацию. В рамках этой задачи Центр:

- разрабатывает и отвечает за реализацию показаний к направлению больных с разными нозологическими формами заболеваний и травм на стационарный и амбулаторный этапы реабилитации;
- проводит обучающие семинары, школы, конференции для различных специалистов медицинской организации;
- осуществляет активный выход специалистов (по профилям деятельности) Центра в хирургические и терапевтические отделения учреждения, в т.ч. для участия в клинических обходах и консилиумах в целях отбора больных на реабилитацию.

Для достижения этой цели целесообразно создание маркетинговой службы внутри Центра реабилитации, которая занимается вопросами формирования потоков больных на реабилитацию, формирования единой политики, протоколов, тарифов на услуги, создания единого информационного пространства (для обмена данными, консультирования, управления процессом реабилитации), управления продвижением (в т.ч. через интернет), разработки рекламного материала, специальных программ для корпоративных и частных клиентов, ценообразования, анализа последних тенденций, научных достижений и маркетинговых решений на рынке реабилитации.

8. При расчете стоимости реабилитации необходимо учитывать количество больных в каждой группе потребителей услуг, продолжительность курса реабилитации, количество услуг (в у.е.) за время курса реабилитации.

Исследования, проведенные нами в 2008–2011 гг. [1,2], позволили произвести примерный расчет с учетом прямых и косвенных затрат стоимости «реабилитационной услуги», которая составила 150 рублей. Учитывая коэффициент инфляции за последние 2,5 года (14% в год), окончательная стоимость реабилитационной услуги определена 200 рублей за 1 условную единицу. Если взять в качестве примера 100 койечный центр реабилитации (100 потребителей услуг одновременно), 1000 услуг в день, доход от реабилитации – 200 тыс. руб. в день или 66 млн. руб. в год при работе реабилитационной койки 330 дней в году.

Рассчитанный доход касается только дохода от реализации чисто реабилитационных услуг (без диагностических услуг и содержания койко-места с питанием). Койко-место с питанием рассчитывается по нормативам затрат (прямые и косвенные расходы по содержанию койко-места, сервисные услуги и питание). Стоимость койко-места для всех потребителей услуг в год суммируется с общим доходом от услуг реабилитации. В итоге, доход от реабилитации больных в медицинской организации (при разворачивании подразделения на 100 коек) может составить более 100 млн. руб. в год.

Стоимость отдельных реабилитационных услуг, рассчитанная по нормативам прямых и косвенных затрат, сложности, сверх специальности, а также амортизационных отчислений с дорогостоящего оборудования может варьировать от 200 до 1000 рублей.

В заключении хотелось бы остановиться на одном из основополагающих вопросов – финансировании реабилитации, так как именно от него (а не от отложенных внутренних механизмов деятельности), зависят работоспособность и перспективы развития системы реабилитации. Реабилитация – «затратное дитя», поэтому и сегодня рассчитывать, что бюджетные ассигнования будут полностью покрывать ее запросы, не приходится. Вилка «как она есть» и «как надо» – очень трудно преодолима без достаточных бюджетных ассигнований. Ситуация дефицита государственного финансирования (бюджет, ОМС) на «затратную» реабилитационную койку может продлиться неизвестно долго. Необходим некий инвестиционный фонд, покрывающий расходы на реабилитацию. На совещании МЗ РФ в марте 2013 г. был озвучен тезис о целесообразности создания «государственно-частных партнерств в области оказания услуг по медицинской реабилитации». Наше предложение – всерьез продумать вопрос привлечения к управлению или созданию при госучреждении управляющей компании [2]. Этот вариант предполагает использование новых управленческих технологий, позволяющих максимально эффективно реализовать имеющийся финансовый ресурс и дополнительно привлекать иные (негосударственные) источники финансирования. Одна из основных задач управляющей компании – создание инвестиционного фонда, прибыль от которого идет на развитие реабилитации учреждения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Буйлова Т. В. Разработка подходов к переходу государственных реабилитационных учреждений в автономные (на примере Нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов) // Менеджер здравоохранения. – 2012. – N 12. – С. 22-29.
2. Буйлова Т. В. К вопросу о создании модели системы реабилитации в Приволжском федеральном округе. // Менеджер здравоохранения. – 2013. – №1. – С.15-20
3. Иванова Г. Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. // Вестник восстановительной медицины. – 2013, - №5. – С.3-8
4. Порядок организации медицинской реабилитации в РФ // Российская газета: Спецвыпуск № 6066 от 25 апреля 2013 г.
5. Прилипко Н. С., Бантьева М. Н. Нормативы потребности взрослого населения России в медицинской реабилитации в стационарных условиях // Вестник восстановительной медицины. – 2013, – №6. – С.6-11
6. Юнусов Ф. А., Гейгер Г., Микус Э. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. – М.: Изд-во общероссийского фонда «Социальное развитие России», 2004. – 308 с.

#### REFERENCES:

1. Buylova T.V. Development of approaches to the transition state rehabilitation agencies in the autonomous (on the example of the Nizhny Novgorod regional rehabilitation center for the disabled) // Health Manager. - 2012. - N 12. - P. 22-29.
2. Buylova T.V. To the question of creating a model of rehabilitation in the Volga Federal District. // Health Manager.- 2013. - №1. - P. 15-20
3. Ivanova G.E. Medical rehabilitation in Russia. Prospects. // Herald of regenerative medicine. - 2013, - №5. - P.3-8
4. The procedure of medical rehabilitation in Russia // Rossiyskaya Gazeta: Special edition number 6066 of 25 April 2013
5. Prilipko N.S., Banteva M.N. Standards of the adult population of Russia in medical rehabilitation inpatient // Herald of regenerative medicine. - 2013, - №6. - S.6-11
6. Yunusov F.A., Geiger G., Mikus E. Organization of medical and social rehabilitation abroad. - M.: Nationwide fund-raising "Social Development of Russia", 2004 - 308.

**РЕЗЮМЕ**

В данной статье изложена концепция создания реабилитационного учреждения. Приведена разработанная методика оценки реабилитационной деятельности, которая включает в себя следующие критерии: соответствие «Порядку об организации медицинской реабилитации» материально-технической базы учреждения, штатов и инфраструктуры учреждения; соответствие помещений для реабилитации нормативам и требованиям безбарьерной среды; соответствие количества и качества выполненных реабилитационных услуг федеральным стандартам и локальным протоколам; достаточность имеющихся площадей и штатов учреждения для реализации реабилитационных программ; соблюдение показаний при направлении на каждый этап реабилитации; своевременность поступления на реабилитацию с одного этапа на другой, а также качество реабилитационной деятельности (и отдельной услуги), которое зависит от квалификационного потенциала основного персонала, осуществляющего реабилитацию. Для эффективного планирования и анализа деятельности реабилитационного учреждения вводится понятие реабилитационной услуги, которая является унифицированной единицей трудозатрат основного персонала, осуществляющего реабилитацию, и оценивается в условных единицах. В статье изложен разработанный алгоритм создания реабилитационного учреждения в любом субъекте Российской Федерации. Данный алгоритм включает в себя следующие этапы: анализ потребности в реабилитации в регионе (или в конкретной медицинской организации); определение основных потребителей реабилитационных услуг; анализ существующих условий для создания реабилитации (материально-технической базы, квалификационного потенциала специалистов учреждения); разработку стандартов (программ) реабилитации для каждой категории потребителей услуг; расчет необходимых штатов для реабилитации и их обоснование; расчет необходимых помещений для реабилитации и их обоснование; определение необходимого дополнительного реабилитационного оборудования; выбор оптимальной модели службы реабилитации в медицинской организации; расчет финансовых показателей по реабилитации. Приводятся практические примеры для каждого этапа создания реабилитационного учреждения. В статье обсуждаются вопросы возможных источников финансирования реабилитации в РФ.

**Ключевые слова:** организация и планирование реабилитации, оценка деятельности учреждения, потребители реабилитационных услуг, программы и стандарты реабилитации, расчет штатов, площадей и стоимости реабилитации.

**ABSTRACT**

**Annotation:** In this article the concept of rehabilitation institution creation is stated. The method of rehabilitation activities evaluation is proposed. For effective planning and analysis activities of rehabilitation institutions introduced the concept of rehabilitation services, which is a unified unit of work of the main personnel involved in the rehabilitation and measured in relative units. The algorithm of creation of rehabilitation centers in any subject of the Russian Federation is proposed. This algorithm consists of the following stages: analysis of needs of rehabilitation in the region (or in the specific health organization); determination of the main consumers rehabilitation services; analysis of the existing conditions for the creation of rehabilitation; development of standards of rehabilitation for each category of consumers; calculation of rehabilitation manning table; calculation of the necessary facilities for rehabilitation and their justification; determination of necessary additional rehabilitation equipment; selection of an optimal model of rehabilitation services in medical organizations; calculation of financial indicators for rehabilitation. Practical examples for each step of creating a rehabilitation facility are suggested. The question of rehabilitation financing possible sources in the Russian Federation is discussed.

**Keywords:** design and organization of rehabilitation, assessing of rehabilitation activities, consumers of rehabilitation services; programs and standards of rehabilitation; calculation of states, space and cost of rehabilitation.

---

**Контакты:**

**Буйлова Т.В.** E-mail: tvbuilova@list.ru

---