

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

ВОЗМОЖНЫЕ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 616-08

Буйлова Т.В.

ФГОУ ВПО «Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», Нижний Новгород, Россия

POSSIBLE MODELS FOR THE DEVELOPMENT OF REHABILITATION IN THE CONSTITUENT ENTITIES OF THE RUSSIAN FEDERATION

Bujlova T.V.

Nizhny Novgorod State Lobachevskiy University, Nizhny Novgorod, Russia

Введение

Реализация утвержденной Правительством России Программы возрождения в стране медицинской реабилитации невозможна без учета опыта предыдущих лет и реалий настоящего времени. На этом пути есть опасность повторения опыта конца 20-го века, когда в 1981 г. вышло два приказа Минздрава СССР об амбулаторном восстановительном лечении (№ 1000) и стационарных больницах и отделения восстановительного лечения (№ 826). Условия, при которых создавалась государственная система реабилитации: отсутствие тенденции к коммерциализации, творческая инициатива снизу, скромное финансирование, невысокий профессионализм специалистов. Система (около 1500 амбулаторных и 17 стационарных отделений и больниц восстановительного лечения) просуществовала недолго, поскольку дальнейший интерес к ее развитию не был обеспечен ни методически (стандарты, тарифы, нормативы), ни финансово, ни повышением профессионализма специалистов (в первую очередь, врачей и методистов по лечебной физкультуре).

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 труднопреодолима без достаточных бюджетных ассигнований. Необходимо выявить и сконцентрировать усилия на тех слабых звеньях, которые мы имеем на сегодняшний день и не «рывком», а методично, последовательно и корректно подойти к выполнению Программы, утвержденной Правительством России.

Задачи, которые, на наш взгляд, необходимо решить на подготовительном этапе, мы классифицировали как

задачи тактического, методического и стратегического направлений.

Тактические задачи включают:

1. ориентировочную оценку потребности в реабилитации (совокупность нуждающихся);
2. расчет необходимого количества стационарных реабилитационных учреждений (ранний восстановительный период);
3. предварительный выбор учреждений здравоохранения, способных выполнять функции реабилитационных (за счет использования имеющегося ресурса, перепрофилирования, реконструкции или строительства).

Методические задачи:

1. определить сроки направления пациентов с острого этапа на последующий, оптимальные для обеспечения максимального окончательного результата;
2. разработать и утвердить стандарты реабилитационной помощи для разных категорий потребителей услуг (в соответствии с функциональными нарушениями);
3. сформировать подходы к планированию деятельности и финансированию учреждений в зависимости от заявленного количества и качества потребителей услуг;
4. предложить методику оценки учреждений – стратегического аудита на соответствие штатов, площадей, материально-технической базы заявленному для выполнения задания (по количеству и качеству потребителей услуг);
5. разработать единую тарифную политику и сделать приблизительную оценку как отдельных видов услуг, так и стоимости отдельных потребителей услуг для учреждений разного уровня.

Задачи стратегического направления:

1. классифицировать муниципальные, региональные отделения по направлениям деятельности (нарушение функции периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата; нарушение функции центральной нервной системы и органов чувств; соматическими заболеваниями);
2. ранжировать учреждения (отделения) реабилитации по уровням при выполнении конкретных задач (потребители услуг, количество, потоки и т. д.);
3. создать сеть реабилитационных учреждений под единым методологическим руководством, что позволит оптимизировать потоки, процесс реабилитации, финансирование и определит развитие системы реабилитации.

От того, насколько мы решим эти задачи, зависит в будущем, насколько реабилитация будет эффективной, самодостаточной, конкурентно-способной и привлекательной для инвестиций

Мы позволим себе остановиться на ключевых моментах организации системы реабилитации:

1. на какую потребность ориентироваться?
2. как планировать деятельность учреждений (отделений реабилитации)?
3. как финансировать?
4. как оптимально управлять деятельностью реабилитационных учреждений?

Потребность

На основании доступных нам литературных данных, плановых и отчетных показателей, мы провели ориентировочный расчет потребности в стационарной реабилитационной помощи, анализ возможностей учреждений и рассмотрели варианты реального создания системы реабилитации в Приволжском Федеральном Округе. Наш многолетний опыт по созданию и организации работы реабилитационных учреждений (система промышленной реабилитации Горьковского автозавода – стационарное отделение восстановительного лечения и амбулаторный центр промышленной реабилитации, научно-клинический центр реабилитации Нижегородского НИИ травматологии и ортопедии, Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов) позволяет ответственно заявить: наиболее «слабым» звеном в системе реабилитации было и есть оказание медицинской реабилитационной помощи в ранний восстановительный период (стационарный этап реабилитации). Амбулаторная поликлиническая помощь достаточно хорошо представлена и первичной медико-санитарной помощью, и поликлиниками многопрофильных больниц и коммерческими структурами, поэтому мы не ставили задачу анализа потребности в амбулаторной реабилитации. Рамки предлагаемого нами исследования намеренно сужены до повышения эффективности использования средств, вложенных государством (федеральный, региональный, местный бюджеты) в решение проблемы оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВМП) и программу совершенствования помощи по цереброваскулярной патологии.

Важным достоинством проведенного исследования является его репрезентативность: население ПФО (39 млн. человек на 2011 г.) составляет 1/4 часть населения России, потому результаты проведенного нами анализа могут быть использованы как точка отсчета для всей России. В ПФО 82 учреждения (данные 2011 г.) имели лицензии и выполняли высокотехнологичные виды

медицинской помощи, из их 13 – финансируются из федерального бюджета, остальные – из регионального или муниципального бюджетов (по комплексированию) и на коммерческой основе. При расчете потребности в реабилитации в ПФО учитывалось количество выполненных операций по каждому разделу, примерное число больных работоспособного возраста, имеющих положительный реабилитационный потенциал среди прооперированных пациентов, средняя продолжительность реабилитации одного больного и оборот койки.

1) Потребность в реабилитации больных после ВМП по разделу «травматология и ортопедия» (данные на 01.01.2012 г.) составляет около 8 тыс. человек в год; с учетом 24 тысяч выполненных операций в год; 30% оперированных больных (согласно доступной нам статистической информации) были работоспособного возраста. Все пациенты нуждаются в реабилитационной помощи в ранний восстановительный период. Средняя продолжительность реабилитации одного больного \approx 25 дней; оборот койки – 14. Необходимое на реабилитацию число коек – не менее 600.

2) Потребность в реабилитации больных после ВМП по разделу «нейрохирургия» – около 320 человек в год: 1600 операций, количество больных трудоспособного возраста с положительным реабилитационным потенциалом – 20%. Средняя продолжительность реабилитации одного больного \approx 30 дней; оборот койки – 12. Необходимое на реабилитацию число коек – около 30.

3) Потребность в реабилитации больных после ВМП по разделу «кардиохирургия» составляет около 6 тыс. человек в год; 15 тысяч операций. Около 40% больных – трудоспособного возраста и нуждаются в стационарной реабилитации. Средняя продолжительность реабилитации одного больного – 27 дней; оборот койки – 13. Необходимое на реабилитацию число коек – около 400.

Потребность в реабилитации в ПФО больных по разделу «неврология» составляет около 1000 пациентов в год (фактическая федеральная квота – 140 человек в год). Потребность в реабилитации – 100% в учреждениях, имеющих лицензию на данный вид помощи. Средняя продолжительность реабилитации одного больного – 35 дней; оборот койки – 10. Необходимое на реабилитацию число коек – около 100.

При расчете потребности в реабилитации больных после острого периода цереброваскулярных заболеваний (Программа совершенствования помощи по цереброваскулярной патологии) учитывались следующие данные: расчетная плановая потребность в койках острого периода заболевания – 30 коек на 200 тысяч населения, ориентировочное число лиц трудоспособного возраста – 50%, все нуждаются в стационарной реабилитации. Необходимое на реабилитацию число коек – 2200.

Таким образом, на ПФО минимально (с учетом акцента на положительный реабилитационный потенциал и трудоспособный возраст, по высоким технологиям и цереброваскулярной патологии) требуется 3300 стационарных реабилитационных коек, т.е. 1,2 койки на 10 тысяч населения. На май 2011 г. в ПФО было около 1000 стационарных реабилитационных коек, находящихся преимущественно в Республиканских и Областных больницах восстановительного лечения (в Удмуртии, Марий-Эл, Мордовии, Татарстане, Кировской, Саратовской и Оренбургской областях). Результаты проведенного анализа информации, полученной по

запросам полпредства из Министерств здравоохранения субъектов, показали, что дефицит реабилитационных коек в ПФО на 2011 г. составил более 2000.

Мы понимаем, что рассчитанная потребность (1,2 на 10000 населения) не вполне корректна, поскольку не учитывает лиц пожилого возраста, детей, больных с соматическими заболеваниями и, частично, с ортопедической и неврологической патологией, поэтому считаем правомочным увеличить этот показатель до 3 коек на 10000 населения, что приблизительно соответствует показателям потребности реабилитации в Европе.

Таким образом, одно отделение реабилитации (на 40 коек) вводится на 140–150 тысяч населения.

Планирование

Для реабилитационных учреждений чрезвычайно актуальным является перейти с планирования и финансирования деятельности на штаты и койку на планирование на заявленное количество и качество потребителей услуг, и финансирование за выполнение задания.

Имеющиеся стандарты и протоколы должны лечь в основу реабилитационных стандартов на потребителей услуг, которые разрабатываются на группы заболеваний определенного класса (по МКБ) с идентичным функциональным нарушением. Стандарт реабилитационной помощи включает в себя: перечень услуг, частоту использования каждой услуги (на совокупность больных данной категории), количество услуг на протяжении курса реабилитации и итоговую цифру, являющуюся производением двух последних и усредняющую суммарную величину услуги на совокупность пациентов. Итоговое по стандарту число услуг соответствует общей трудоемкости потребителей услуг.

Для примера формирования задания мы предлагаем подготовленные нами материалы, касающиеся деятельности Нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов (НОРЦИ) за период с 2009 по 2011 гг. Формирование задания включало в себя несколько этапов. На первом этапе проводилось сегментирование основных потребителей услуг в НОРЦИ. За условную единицу услуги принята услуга продолжительностью 20 минут.

Определены основные группы потребителей услуг в НОРЦИ:

1. больные с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатиями и другими поражениями периферической нервной системы;
2. больные с заболеваниями и последствиями травм (травмы головы, травмы шеи, травмы грудной клетки, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника, последствия травм и других воздействий внешних причин);
3. больные с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (деформирующие дорсопатии, спондилопатии, болезни мягких тканей, болезни мышц, поражения синовиальных оболочек и сухожилий, другие болезни мягких тканей, остеопатии и хондропатии, нарушения плотности и структуры кости);
4. больные с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (артропатии, инфекционные артропатии, артрозы, воспалительные артропатии, другие поражения суставов);
5. больные с цереброваскулярными болезнями;
6. пациенты с болезнями органов дыхания.

На втором этапе были определены стандарты для каждой группы потребителей. Каждый стандарт включал в себя: перечень услуг, частоту использования каждой услуги на совокупность больных данной категории, количество услуг на протяжении курса реабилитации и среднее количество услуг на одного больного с учетом частоты встречаемости признака. Ниже приведен пример стандарта реабилитационной помощи больным с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатиями и другими поражениями периферической нервной системы (Табл. 1)

- Класс болезней VI: болезни нервной системы
- Группа заболеваний: поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений
- стадия обострения
- хроническая фаза
- без осложнений
- Условия оказания: реабилитационное отделение (стационарное, амбулаторное)
- Реабилитация из расчета 21 день

Таблица 1. Стандарт реабилитационной помощи больным с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатиями и другими поражениями периферической нервной системы.

№ п/п	Наименование услуги	Основная группа (30 чел.)	Контрольная группа (30 чел.)	Статистическая значимость, p
1	Прием (осмотр, консультация) реабилитационной комиссии	1	4	4
2	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1	2	2
3	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	1	13	13
4	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	1	2	2
5	Консультация физиотерапевта (прием, осмотр)	1	3	3
6	Консультация врача ЛФК (инструктора-методиста по лечебной физкультуре)	1	3	3
7	Консультация врача-рефлексотерапевта	0,4	1	0,4
8	Консультация психотерапевта	0,1	3	0,3

9	Индивидуальная психологическая консультация	0,6	30	18
10	Психодиагностика	1	3	3
11	Индивидуальная психотерапия, в том числе семейная	1	12	12
12	Психологический тренинг	0,5	20	10
13	Коррекция когнитивных нарушений	0,05	20	1
14	Электрокардиография	1	1	1
15	Индивидуальная саморегуляция	0,5	20	10
16	Электронейромиография	0,8	6	4,8
17	Стабилометрия	0,2	4	0,8
18	Реовазография	0,7	2	1,4
19	Физиотерапия	1	10	10
20	Аппаратная рефлексотерапия	0,8	8	6,4
21	Групповая ЛФК	0,5	20	10
22	Индивидуальная гимнастика	0,5	15	7,5
23	Блоковая механотерапия	1	10	10
24	ЛФК в бассейне	0,3	10	3
25	Массаж ручной	1	10	10
26	Коррекция нарушений мелкой моторики	0,5	20	10
27	Трудотерапия	0,2	30	6
28	Обучение навыкам самообслуживания, эрготерапия	0,5	10	5
29	Подбор технических средств реабилитации и обучение использованию	0,7	2	1,4
30	Содействие в получении технических средств реабилитации и обучение использованию	0,5	2	1
31	Содействие в социально-трудовой реабилитации	0,1	2	0,2
32	Профессиональное тестирование	0,5	2	1
33	Оказание социально-правовой помощи	0,3	1	0,3
34	Назначение диетической терапии	1	3	3
35	Предоставление диетического питания	1	126	126
	Итого:			300,5
36	Назначение медикаментозной терапии:	1	3	3
37	Выполнение медикаментозной терапии			
	– анальгетики, нестероидные	0,5	15	7,5
	сосудистые средства	0,7	10	7
	Итого:			17,5
	Всего:			318
	Число пациентов с	13,5±2,	14 (46,7%)	0,605
	Число пациентов	25 (83,3%)	28 (93,3%)	0,228

На следующих этапах на основе разработанных стандартов проводилось определение объемов реабилитационных услуг для каждой группы потребителей, подсчет планируемого количества услуг в каждой группе потребителей, что позволило выйти на суммарное количество разных потребителей услуг в год и их стоимость, а это в конечном итоге, и является заданием реабилитационного учреждения.

Разработанные подходы должны быть использованы при планировании деятельности любых реабилитационных учреждений: государственных (автономных или бюджетных) или коммерческих. Их внедрение позволит планировать деятельность реабилитационных отделений и центров не только по количеству, но и по тяжести пролеченных пациентов, а, следовательно, изменит мотивацию руководителей учреждений при выборе пациентов: не избегать более трудоемких контингентов больных (с выраженными нарушениями возможностей передвижения и самообслуживания)

Корректность заявленного учреждением задания оценивается при проведении стратегического аудита, при котором анализируются возможности учреждения (материально-технической базы, квалификационного потенциала специалистов, фонд рабочего времени основного персонала и каждой группы специалистов, а также имеющихся площадей) выполнить заявленное задание. В процессе проведения стратегического аудита могут быть даны рекомендации по улучшению материально-технической базы, повышению квалификации специалистов, изменению штатного расписания и т.д.

В идеале, для корректного планирования деятельности и финансирования учреждений за выполненную работу, необходимо на основе разработанных и утвержденных МЗ стандартов реабилитационной помощи для разных потребителей услуг определить стоимость одной условной единицы услуги некоего «эталонного» учреждения (полное соответствие материально-технической базы, квалификационного потенциала и площадей) и ввести коэффициент пересчета этой стоимости для разного уровня учреждений. В процессе деятельности учреждений реабилитации, по мере улучшения его состояния, этот коэффициент может пересматриваться.

Финансирование и управление деятельностью

Вопросы финансового обеспечения выполнения задания касаются следующего: в каком объеме; с какой периодичностью и какие расходы должны возмещаться конкретному учреждению.

Финансирование выдается:

- на выполнение госзадания (в форме субсидий по себестоимости) на заявленное учреждением количество и качество потребителей услуг;
- для обеспечения развития учреждения (инвестиции) в рамках целевых программ.

МЗ делегирует функцию по распределению инвестиций, предназначенных для развития учреждений, федеральным реабилитационным учреждениям (ФРУ).

- ФРУ несет ответственность за гармоничное развитие сети реабилитационных учреждений в регионах;
- совместно с руководителями региональных центров решает вопросы выделения инвестиций в курируемые ими подразделения.

Функции ФРУ:

- образовательная (взаимодействие с медицинской академией);
- научно-исследовательская;

- лечебная (5 отделений реабилитации для всех категорий потребителей услуг);
- маркетинга и менеджмента;
- методическое обеспечение учреждений;
- контроль качества;
- управление финансами через проведение стратегического аудита и распределение инвестиций по заявленным предложениям УР регионов (финансовый координатор);
- управление информационными технологиями;
- перспективное планирование;
- постановка и обеспечение устойчивой работы сети;
- разработка единой тарифной политики для всех реабилитационных учреждений сети.

В России логично организовать 5–6 ФРУ, каждое – не менее, чем на 20 млн. жителей, т.е. 1 учреждение на 1–2 субъекта. Возможно объединение двух субъектов под одним ФРУ там, где количество жителей менее 10 млн. человек, например, объединение Дальневосточного с Сибирским или Южного с Северо-Кавказским округами.

На территории одного субъекта Федеральный центр может создаваться вместо одного регионального реабилитационного учреждения (количество ФРУ засчитывается в количество субъекта).

Функции регионального реабилитационного учреждения (РРУ):

- образовательная (взаимодействие с медицинской академией);
- лечебная (специализированная для категорий потребителей, обозначенных в Порядке);
- контроль качества услуг, предоставляемых учреждениями;
- обеспечение эффективности использования основных фондов, находящихся в государственной собственности;
- постановка и обеспечение устойчивой работы сети;
- участие в контроле за финансированием учреждений (отделений) реабилитации субъекта.

Учреждениям федерального подчинения и коммерческим учреждениям, работающим в сфере реабилитации, предоставляются субсидии (себестоимость потребителей услуг) и НЕ предоставляются инвестиции (развитие учреждений), поскольку последние предоставляются только государственным учреждениям субъекта.

- Целесообразно придать ФРУ и РРУ статус автономных.
- Остальные подразделения реабилитации (стационарные и амбулаторные, государственные и коммерческие) работают по госзаказу по аналогии с автономными учреждениями.
- При невыполнении госзаказа ежеквартально назначаются штрафные санкции.
- Примерная схема трехуровневой системы реабилитации в РФ представлена на слайде. Если рассмотреть в качестве примера Нижегородскую область, то на нее требуется: 3 РРУ (по 200 коек, в т.ч. – на город одно) и 8 стационарных отделений реабилитации (по 40 коек, в т.ч. на город – 3).

Экономический эффект

Экономический эффект от внедрения предлагаемой системы реабилитации складывается:

1. из предупреждения экономических потерь, связанных с первичным выходом на инвалидность (на 5%) и снижением степени инвалидности (на 5–10%);

- уменьшение выплат социального страхования в связи с сокращением сроков временной нетрудоспособности в среднем на 3–4 недели на 1 случай;
- экономии бюджетных средств за счет рационального распределения финансирования за выполненную работу.

Внедрение системы позволит улучшить качество жизни (возможности передвижения и самообслуживания) у всех пациентов и уменьшить затраты на уход за больными со стороны членов семей.

Преимущества

Преимущества предлагаемой системы реабилитации, работающей по единым стандартам, тарифам и методикам, заключается в:

- Оптимизации потоков потребителей услуг:
 - увеличение общего потока потребителей (маркетинговые издержки на ФРУ и РРУ);
 - формирование потока новых потребителей, например, потребителей из Ближнего и Дальнего Зарубежья, по ДМС, по высоким технологиям, по договорам с предприятиями.
- Оптимизации процесса реабилитации:
 - стратегический аудит состояния учреждения с определением стратегий развития;
 - единая документация, единые стандарты, мето-

дики контроля за качеством, единая компьютерная сеть (с возможностью анализа on-line историй болезни).

- Оптимизации процесса обучения по реабилитации.
- Оптимизации финансирования.
- Возможности стратегического развития. ФРУ – как «вперед смотрящий», постоянно оценивающий рынки, востребованность потоков, востребованность тех или иных методик.

Выводы

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод, что создание и функционирование на единых принципах целостной системы реабилитации приведет к разрешению накопленных в этой сфере проблем:

- наиболее полному удовлетворению потребностей населения в высококачественных реабилитационных услугах;
- разработке и установлению единых стандартов реабилитационных услуг;
- повышению материально-технической оснащенности учреждений современным реабилитационным оборудованием;
- повышению уровня квалификации и росту мотивации сотрудников реабилитационных учреждений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Федеральный Закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Приказ Минздрава России №1705н от 29.12.2012 г. «О порядке организации медицинской реабилитации».
- Иванова Г.Е., Стаховская Л.В., Репев А.П. Правовые основы оказания помощи по медицинской реабилитации. //Вестник восстановительной медицины. – №1. – 2014. – С. 2–5.
- Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. //Вестник восстановительной медицины. – №5. – 2013. – С. 3–8.
- Норенко В.В. Методологические основы интегрирования процесса управления качеством медицинской помощи на этапе восстановительного лечения. //Вестник восстановительной медицины 1. – 2011. – с. 8–11.
- Прилипко Н.С., Поважная Е.Л. Анализ работы реабилитационных медицинских учреждений здравоохранения Российской Федерации. //Вестник восстановительной медицины. 4 – 2012. – с. 2–5.

REFERENCES:

- Federal Law dd. 21.11.2011 № 323 "On the basis of health protection in the Russian Federation"
- Order of the Russian Ministry of Health №1705n from 29.12.2012, "On the order of organization of medical rehabilitation".
- Ivanova GE, Stakhovskaya LV, Repev AP. Legal basis for aid for medical rehabilitation. // Journal of restorative medicine. – №1. – 2014. – P. 2–5.
- Ivanova GE. Medical rehabilitation in Russia. Development prospects//Journal of restorative medicine. – №5. – 2013. – P. 3–8.
- Norenko VV. Methodological bases of the integration process, the quality management of medical aid at the stage of rehabilitation treatment//Journal of restorative medicine. 1, 2011. – P. 8–11.
- Prilipko NS, Povazhnaya EL. Analysis of the rehabilitation of medical health care institutions of the Russian Federation//Journal of restorative medicine. 2012. – 4. P. 2–5.

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена одному из актуальных вопросов российского здравоохранения – созданию системы медицинской реабилитации в РФ. Определены тактические, методические и стратегические задачи на пути создания системы. Приведены результаты исследования, касающегося анализа потребности в стационарной реабилитационной помощи, возможностей учреждений и вариантов реального создания системы реабилитации в Приволжском Федеральном Округе. Обсуждаются вопросы планирования, финансирования и управления деятельностью реабилитационных учреждений в РФ. Для развития системы реабилитации в РФ чрезвычайно актуальным является переход с планирования и финансирования деятельности на штаты и койку на планирование на заявленное количество и качество потребителей услуг, а также финансирование за выполнение госзадания. Приведен пример формирования задания на основе анализа деятельности Нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов. Корректность заявленного учреждением задания может оцениваться при проведении стратегического аудита. Внедрение подобного подхода позволит планировать деятельность реабилитационных отделений и центров не только по количеству, но и по тяжести пролеченных пациентов. Финансирование реабилитации целесообразно осуществлять как на выполнение госзадания (в форме субсидий по себестоимости) на заявленное учреждением количество и качество потребителей услуг, так и для обеспечения развития учреждения (инвестиции) в рамках целевых программ. Для корректного распределения инвестиций, предназначенных для развития учреждений, МЗ может делегировать эту функцию федеральным реабилитационным учреждениям. Создание работающей по единым стандартам, тарифам и методикам, системы реабилитации позволит оптимизировать потоки потребителей услуг, процесс реби-

литации, обучение по реабилитации, финансирование реабилитации и определить возможности ее стратегического развития. Создание и функционирование на единых принципах целостной системы реабилитации приведет к разрешению накопленных в этой сфере проблем.

Ключевые слова: система реабилитации в РФ, потребность в реабилитации, финансирование реабилитации, управление реабилитацией, планирование реабилитации.

ABSTRACT

The article is devoted to one of the topical issues of Russian healthcare – the creation of a system of medical rehabilitation in Russia. Defined tactical, methodological and strategic challenges to the creation of the system. The results of the study on the analysis of the need for inpatient rehabilitation care, the capacity of institutions and the actual creation of the system of rehabilitation in the Volga Federal District. The issues of planning, financing and management of rehabilitation institutions in the Russian Federation. For the development of rehabilitation system in Russia is extremely important transition from planning and financing to states and bed planning the declared quantity and quality of consumer services, as well as funding for the implementation of goszadaniya. An example of the formation of the job on the basis of analysis of the Nizhny Novgorod regional rehabilitation center for the disabled. The correctness of the application of a job can be evaluated during the strategic audit. Implementing this approach will allow to plan the activities of rehabilitation centers and offices not only in quantity, but also the severity of the treated patients. Financing of rehabilitation is advantageously carried out on the implementation of state orders (in the form of grants) on the application of a quality and quantity of consumers, and to ensure the development of institutions (investment) in the framework of programs. For correct distribution of investments intended for the development of institutions, the Ministry of Health may delegate this function by the federal rehabilitation institutions. Creating working to the same standards, tariffs and procedures, rehabilitation system will optimize the flow of consumer services, the process of rehabilitation, training on rehabilitation, financing rehabilitation and identify opportunities for its strategic development. Establishment and operation of common principles on an integrated system of rehabilitation will lead to the solution of the accumulated problems in this sphere.

Keywords: rehabilitation system in Russia, needs for rehabilitation, financing, management and planning of rehabilitation.

Контакты:

Буйлова Татьяна Валентиновна. E-mail: tvbuilova@list.ru