

Развитие современной системы медицинской реабилитации на территории Российской Федерации: обзор

М.А. Булатова^{1, 2}, Б.Б. Поляев^{1, 2}, Г.Е. Иванова^{1, 2}

¹ Федеральный центр мозга и нейротехнологий, Москва, Россия;

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Развитие системы медицинской реабилитации на территории Российской Федерации является одной из приоритетных задач современного здравоохранения, что связано с высоким уровнем инвалидизации населения, поставленными задачами по увеличению продолжительности и качества жизни, анализу опыта зарубежных коллег, реализующих мультидисциплинарный пациентоцентрированный принцип работы, а также политической обстановкой в мире. В последние годы наблюдается значительный прогресс в формировании нормативно-правовой базы, разработке федеральных программ и внедрении пилотных проектов, направленных на создание многоуровневой модели оказания реабилитационной помощи и уже подтвердивших свою клиническую и экономическую эффективность. В основе современной организации лежат принципы раннего начала восстановительных мероприятий, преемственности этапов, мультидисциплинарного взаимодействия специалистов и индивидуализации подхода к каждому пациенту.

Необходимость поиска эффективных организационных форм медицинской реабилитации, использование в работе коллективной деятельности, направленной на улучшение функционирования и интеграции людей с ограниченными возможностями в социальную среду, заставляет меняться систему медицинской реабилитации постоянно и непрерывно. Уже сегодня активно внедряются инновационные технологии (телемедицинские сервисы, роботизированные комплексы, цифровые образовательные и диагностические инструменты). Развитие цифровых образовательных и телемедицинских инструментов расширяет возможности непрерывного мониторинга и дистанционного ведения пациентов, что соответствует мировым тенденциям в области здравоохранения. Однако, несмотря на достигнутые успехи, сохраняются системные проблемы, среди которых кадровый дефицит, недостаточная цифровизация процессов и потребность в совершенствовании нормативно-правовой базы. Дальнейшее развитие реабилитационной службы позволит повысить доступность и качество медицинской помощи, а также укрепить социально-экономический потенциал государства.

Ключевые слова: медицинская реабилитация; организация медицинской помощи; врач физической и реабилитационной медицины; обзор.

Как цитировать:

Булатова М.А., Поляев Б.Б., Иванова Г.Е. Развитие современной системы медицинской реабилитации на территории Российской Федерации: обзор // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. 2025. Т. 7, № 3. С. 201–210. DOI: 10.36425/rehab689687 EDN: NK0OPL

DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab689687>

EDN: NK0OPL

Development of the Modern Medical Rehabilitation System in Russia: A Review

Mariya A. Bulatova^{1, 2}, Boris B. Polyaev^{1, 2}, Galina E. Ivanova^{1, 2}¹ Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies, Moscow, Russia;² The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

ABSTRACT

The development of Russia's medical rehabilitation system is a healthcare priority, driven by the high prevalence of disability and the need to improve life expectancy and quality of life. This development draws on international experience with multidisciplinary, patient-centered approaches and the contemporary global political context. Recent years have seen significant progress in establishing the regulatory framework, developing federal programs, and implementing pilot projects to create a multi-tiered rehabilitation model that has proven clinically and economically effective. Modern medical rehabilitation is organized around the principles of early intervention, continuity of care, multidisciplinary collaboration, and individualized, patient-centered approaches.

The persistent need to identify effective organizational models and implement team-based practices that improve the functioning and social integration of individuals with disabilities drives the continuous evolution of the rehabilitation system. Innovative technologies are being actively introduced, including telemedicine services, robotic systems, and digital educational and diagnostic tools. The expansion of digital and telemedicine instruments facilitates continuous patient monitoring and remote management, aligning with global healthcare trends. Despite these achievements, systemic challenges persist, including workforce shortages, insufficient digitalization of processes, and the gaps in the regulatory framework. The continued development of rehabilitation services is expected to improve healthcare accessibility and quality, thereby strengthening the country's socio-economic potential.

Keywords: medical rehabilitation; healthcare organization; physiatrist; review.

To cite this article:

Bulatova MA, Polyaev BB, Ivanova GE. Development of the Modern Medical Rehabilitation System in Russia: A Review. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2025;7(3):201–210. DOI: 10.36425/rehab689687 EDN: NK0OPL

Список сокращений

МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

ВВЕДЕНИЕ

Система медицинской реабилитации на территории Российской Федерации в последние годы набирает высокие темпы развития, что связано не только с ростом заболеваемости по отдельным профилям, но также с развитием высоких технологий, способствующих выживанию крайне тяжёлых пациентов, которые впоследствии приобретают инвалидность и которым показано проведение медицинской реабилитации. По данным Росстата за 2023 год, структуру первичной инвалидности взрослого населения возглавляет группа злокачественных новообразований, на втором месте находятся болезни системы кровообращения, на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. К росту инвалидизации населения приводят также геополитические события последних лет.

Таким образом, необходимость создания новых организационных форм медицинской реабилитации с высокой эффективностью и доступностью сохраняет на сегодняшний день свою актуальность. Параллельно с развитием системы организации медицинской реабилитации набирает обороты научно-исследовательская деятельность по разработке нового оборудования и технологий. Совершенствуется практика клинической апробации новых разработок, коллегиального межпрофессионального рассмотрения их эффективности и безопасности и методологии внедрения в практику работы медицинских организаций различного уровня.

РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Становление системы реабилитационной помощи в Российской Федерации

Становление медицинской реабилитации на территории Российской Федерации как многокомпонентной многоуровневой системы началось не более 15 лет назад [1]. Во многом толчком к развитию послужила принятая распоряжением Правительства Российской Федерации государственная программа «Развитие здравоохранения»¹, которая охватывала комплекс задач, поставленных государством для достижения конкретных, точно сформулированных

результатов. Что немаловажно, программой было предусмотрено финансирование, направленное на решение поставленных задач. В программу «Развитие здравоохранения» входил целый комплекс подпрограмм, при этом одной из наиболее значимых была подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям», рассчитанная на период 2013–2020 годов. Её конечными точками было увеличение продолжительности жизни. Для решения поставленной цели необходимо было создать новую систему, позволяющую повысить доступность медицинской помощи по медицинской реабилитации, начиная с самого раннего этапа, когда пациент в остром состоянии поступал в стационар и по окончании лечения продолжал восстановительное лечение на амбулаторном этапе. Программа состояла из двух этапов, рассчитанных до 2020 года. В обосновании инициирования развития заданного направления лежали многие факторы. Опыт зарубежных коллег, при котором медицинская реабилитация была тесно связана с социальной и профессиональной сферой, стал примером и толчком к развитию данного направления на территории Российской Федерации, при этом особое место занимали лица с инвалидностью, независимо от её причины, а также лица с высокой вероятностью приобретения инвалидности по основному заболеванию. Каждый из них приобретал право на получение комплекса мероприятий по медицинской реабилитации как с целью предотвращения инвалидности, так и для компенсации нарушенных функций и структур. Государство было заинтересовано в интеграции людей с инвалидностью обратно в общественную и профессиональную жизнь. Объём предоставляемых услуг по медицинской реабилитации не имел конечной точки: он постоянно изменялся и приспосабливался к социальным и экономическим потребностям. Такой подход соотносился с положениями Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, включающей в себя не только медицинскую, но и социальную, профессиональную и другие составляющие здоровья.

В рамках реализации подпрограммы «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям» основные задачи предусматривали также развитие профилактических мероприятий, особенно для социально значимых заболеваний. Возвращение людей, получивших инвалидность, в социальный и профессиональный оборот, мог позволить уменьшить финансовые потери государства, которые шли на обеспечение пенсий и других пособий для людей с ограниченными возможностями. Трудовая деятельность лиц с инвалидностью рассматривалась как наиболее эффективное экономическое

¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.11.2010 № 1950-р (ред. от 14.07.2025) «Об утверждении перечня государственных программ Российской Федерации». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/902246112?ysclid=mg6plqqv8683338488>
Дата обращения: 15.07.2025.

решение. Такое стратегическое планирование строилось на статистических данных об основных инвалидизирующих заболеваниях, которые были основой для расчёта потребности в реабилитационной помощи как в амбулаторных, так и стационарных условиях. Таким образом, государством была сформирована система реабилитационных структур, которая могла позволить решить поставленные задачи.

Определение медицинской реабилитации в Российской Федерации впервые даётся в части 1 статьи 40 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года²: «Медицинская реабилитация — комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций поражённого органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество».

В 2010 году, в преддверии утверждения Федерального закона № 323-ФЗ, в Российской Федерации наблюдались большой дефицит реабилитационных коек и крайне низкая доступность имеющихся коек для пациентов с заболеваниями нервной, сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата и онкологическими заболеваниями, занимающими лидирующее место в структуре инвалидизации населения того времени. Следует отметить, что потребность в реабилитационной помощи среди детского населения была не менее высокой и характеризовалась крайне низкой доступностью¹. Формирование системы реабилитационной помощи на территории Российской Федерации могло восполнить имеющийся дефицит коечного фонда как для детского, так и взрослого населения страны. Отдельное внимание уделялось также развитию амбулаторной помощи по медицинской реабилитации.

В 2010 году на территории Российской Федерации было зафиксировано свыше 13 млн лиц с установленной инвалидностью, из них около 500 тыс. составляли дети. Данный показатель отражает высокую потребность в проведении реабилитационных мероприятий не только среди пациентов с хроническими заболеваниями, но и среди лиц, перенёсших острые заболевания или травмы. Эффективность ранней диагностики и развитие высокотехнологичной медицинской помощи позволило уменьшить смертность пациентов с неинфекционными заболеваниями, увеличить продолжительность жизни пациентов с онкологическими

заболеваниями, при этом требования к качеству жизни этих групп пациентов также росли, но не находили своего решения. Статистические данные за 2010 год подчёркивали высокую потребность в реабилитационной помощи для детей-инвалидов. Только 50% детей смогли получить услуги по медицинской реабилитации. Следовательно, совершенствование методов диагностики и лечебных технологий само по себе не обеспечивало достижения таких целей, как снижение уровня инвалидизации и увеличение продолжительности жизни населения. Для решения данных задач требовалось формирование интегрированной системы медицинской реабилитации, функционирующей на основе принципов преемственности, раннего начала мероприятий, индивидуализированного (пациентоориентированного) подхода, мультидисциплинарного взаимодействия и управляемости процессов. Только такой подход мог привести к снижению показателей инвалидизации и увеличению периода активной жизни.

Формирование интегрированной системы медицинской реабилитационной помощи в Российской Федерации

Проектируемая система медицинской реабилитации была ориентирована на обеспечение баланса между объёмами государственных гарантий по оказанию медицинской помощи населению и эффективным использованием коечного фонда. Это включало оптимизацию работы коек, увеличение оборота специализированных коек, сокращение средней продолжительности госпитализации и сроков временной нетрудоспособности. Реализация данных целей планировалась, в частности, по средствам оптимизации организации реабилитационных мероприятий, осуществляемых одновременно с оказанием специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную, начиная с первых часов госпитализации пациента. Применение реабилитационных технологий планировалось продолжать и после завершения стационарного этапа, т.е. до восстановления уровня активности, обеспечивающего способность к самостоятельному обслуживанию в повседневной жизни.

Такие масштабные планы по развитию системы медицинской реабилитации строились на основе опыта организации медицинской реабилитации в европейских странах, странах Северо-Американского континента, Юго-Восточной Азии, Японии, где система реабилитации предполагала полную интеграцию с медицинской помощью на всех уровнях её оказания и преемственности медицинской помощи с работой по профессиональной, социальной реабилитации и адаптивным спортом.

Концепция организации медицинской реабилитации основывалась на интеграции восстановительных мероприятий в структуру оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. На базе стационаров планировалось формирование реабилитационных подразделений, максимально приближенных к профильным отделениям, включая отделение реанимации и интенсивной

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2025). Статья 40. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/a5ae8d85e8c73bf39949a4b6e9708369fd6c0671/ Дата обращения: 15.07.2025.

терапии, с целью обеспечения раннего начала реабилитационных вмешательств. Реабилитационный процесс должен был начинаться уже в период пребывания пациента в отделении реанимации или на койке специализированного отделения и продолжаться на протяжении всего стационарного этапа лечения. По завершении острого периода заболевания предусматривался перевод пациента в специализированные реабилитационные центры для пролонгированного восстановительного лечения, при этом перерыв между этапами лечения не был запланирован, речь шла о непрерывном цикле лечения, включающего полноценный реабилитационный этап.

По окончании курса реабилитационного стационарного лечения в условиях стационара предусматривалась возможность продолжения реабилитационных мероприятий в дневном стационаре или амбулаторных отделениях медицинской реабилитации.

Решающее значение при проведении реабилитационных мероприятий определялось командной работой специалистов реабилитационной бригады: это были врач-специалист, врач по лечебной физкультуре, врач-физиотерапевт, медицинский психолог, логопед, инструктор-методист по лечебной физкультуре, специалист по социальной работе, врач мануальной терапии, инструктор по трудовой терапии, которые совместно определяли цель и формировали индивидуальный план реабилитационных мероприятий.

Учитывая опыт организации медицинской реабилитации в мире, значительную продолжительность восстановительных процессов у пациентов с развившимися тяжёлыми нарушениями функций и ограничений жизнедеятельности вследствие заболеваний или состояний, а также необходимость организации восстановительных мероприятий любому выжившему пациенту после серьёзных нарушений здоровья (острые нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, спинальная травма и др.), предполагалась организация индивидуализированной трёхэтапной помощи, особенно в трудоспособном возрасте, а также инвалидам и больным с обострением хронических заболеваний, нуждающимся в помощи по медицинской реабилитации.

В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года², порядок организации медицинской помощи, в том числе по медицинской реабилитации, утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, т.е. Министерством здравоохранения Российской Федерации. Одним из первых документов, лежащих в основе формирования системы медицинской реабилитации среди взрослого и детского населения, стал Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н³ (далее — Порядок 1705н), вступивший в силу 6 мая 2013 года. В документе предусматривались рекомендации

по кадровому обеспечению реабилитационной помощи, структуре и оснащению реабилитационных отделений, а также функциям специалистов мультидисциплинарной реабилитационной бригады. В приказе впервые были описаны три этапа медицинской реабилитации. В соответствии с заложенной концепцией, проведение реабилитационных мероприятий предусматривалось вне зависимости от давности заболевания, при условии стабильного клинического состояния пациента и наличии перспектив восстановления утраченных функций (реабилитационного потенциала), при котором риск осложнений не превышает ожидаемый реабилитационный эффект. Неотъемлемым требованием являлось отсутствие противопоказаний к отдельным методам медицинской реабилитации. Абсолютно новой функцией специалистов реабилитационных служб являлась необходимость установления реабилитационного диагноза как в условиях стационара, дневного стационара, так и в амбулаторных условиях. Были выделены три профиля по медицинской реабилитации: медицинская реабилитация для пациентов с соматическими заболеваниями, для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы и для пациентов с нарушением периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

До внедрения в работу данного документа в России отсутствовала единая система учреждений по медицинской реабилитации, были юридически закреплены основные принципы реабилитации, такие как раннее начало реабилитационных мероприятий, этапность, преемственность, обоснованность выбора методов медицинской реабилитации, мультидисциплинарность, комплексность и др. [2].

В 2013 году произошло разделение потоков пациентов, которые нуждались в оказании реабилитационной помощи. Для пациентов с тяжёлыми нарушениями функций, полностью зависящих от посторонней помощи в самообслуживании, передвижении и коммуникации, а также не имеющих прогноза на восстановление утраченных функций (отсутствие реабилитационного потенциала), проведение медицинской реабилитации предусматривалось в учреждениях, специализирующихся на оказании ухода и длительной поддержки. Для выделенной группы пациентов с отсутствующим реабилитационным потенциалом были показаны ограниченные мероприятия, направленные на профилактику осложнений, которые могли возникнуть из-за грубых функциональных нарушений³.

Созданная модель медицинской реабилитации, как и планировалось, устанавливала новые правила комплексного подхода, обеспеченного работой мультидисциплинарной реабилитационной бригады, которая определяла индивидуальную программу медицинской реабилитации для каждого пациента. Впервые появляется понятие «реабилитационный диагноз». В перспективе развития системы медицинской реабилитации реабилитационный диагноз формулируется специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В соответствии с основным

³ Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте России 22.02.2013 № 27276). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143130/4c5a7d1c0349ccf0228f23cfc2ff217ebdbe1169/ Дата обращения: 15.07.2025.

текстом документа (Порядок 1705н³), медицинская реабилитация могла проводиться при определённых условиях в санаторно-курортных организациях [3].

В целях соответствия запланированного создания абсолютно новой системы медицинской реабилитации на территории Российской Федерации Приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 года № 1183н⁴ были введены в действие должности «врача по медицинской реабилитации» и «медицинская сестра по реабилитации».

Дополнительной поддержкой для становления системы медицинской реабилитации было включение в базовую программу обязательного медицинского страхования мероприятий по медицинской реабилитации, что было отражено в постановлении Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 года № 932⁵. Были проведены расчёты затрат на оказание медицинской помощи в пересчёте на один койко-день по профилю «медицинская реабилитация». Эти показатели определялись для специализированных отделений медицинских организаций, функционирующих в условиях стационара, а также для центров, оказывающих помощь в данном направлении. В течение нескольких лет после вступления в действие Порядка 1705н³ было опубликовано большое количество данных, подтверждающих эффективность предложенной модели медицинской реабилитации [4]. Так, Б.А. Биденко и О.В. Бортник [5] описывали опыт организации отделения второго этапа медицинской реабилитации пациентов с нарушением мозгового кровообращения. С.В. Семенникова и соавт. [6] подтвердили эффективность раннего начала и мультидисциплинарного подхода в организации реабилитационной помощи для пациентов после операций на опорно-двигательном аппарате.

Формирование системы медицинской реабилитации в соответствии с Порядком 1705н³ обозначило новые проблемы системы [7], которые необходимо было решить с помощью пересмотра организационных форм реабилитационной службы, пересмотра кадрового состава реабилитационной службы, путём внедрения в работу объективных методов диагностики специалистами мультидисциплинарной реабилитационной бригады, а также разработки обоснованных показателей перевода пациента с одного этапа на другой, необходимости повышения экономической эффективности и решения других вопросов. В соответствии с письмом заместителя Министра здравоохранения Т.В. Яковлевой от 14 августа 2015 года № 17-5/10/2-4691 «О проведении пилотного проекта

«Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» и письмом первого заместителя Министра здравоохранения И.Н. Каграманяна от 26 августа 2015 года № 16-2/10/2-4972 «О проведении пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» с 1 сентября 2015 года началась работа по проекту для оценки усовершенствованной, «новой» модели медицинской реабилитации на первом, втором и третьем этапах в 13 субъектах Российской Федерации [8]. В рамках проекта были организованы подготовительные образовательные мероприятия, направленные на освоение членами мультидисциплинарной бригады новых профессиональных компетенций. Были определены цели проведения мероприятий по медицинской реабилитации и выделены показатели, позволяющие оценить их эффективность при острых нарушениях мозгового кровообращения, остром инфаркте миокарда и эндопротезировании тазобедренного сустава. Подход основывался на оказании помощи не по нозологическому принципу, а с учётом синдрома комплекса нарушенных функций, классифицированных в соответствии с МКФ. Предусматривалось использование стандартизированного набора диагностических методик, распределённых между членами мультидисциплинарной реабилитационной бригады, а также формирование индивидуальной программы медицинской реабилитации исходя из реабилитационного, а не клинического диагноза. Критерием перевода пациента с одного этапа реабилитации на другой являлось достижение определённых клинических показателей. Кроме того, проект предусматривал изменение функциональных обязанностей членов мультидисциплинарной реабилитационной бригады и расширение круга пациентов, получающих помощь по профилю «медицинская реабилитация» на специализированных койках. Конечными индикаторами проекта были снижение смертности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения и острым инфарктом миокарда в отделении реанимации и интенсивной терапии, увеличение эффективности использования профильной специализированной койки, улучшение функциональных исходов во всех группах пациентов, снижение уровня инвалидизации и др. [9]. В 2017 году были подведены предварительные итоги реализации данного проекта [10, 11], которые демонстрировали эффективность предлагаемой модели медицинской реабилитации. Так, в Иркутской области были определены потребности во втором этапе медицинской реабилитации для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, организована работа соответствующего отделения, а также подтверждена его экономическая и клиническая эффективность. В других регионах, в частности в Оренбургской и Челябинской областях, специалисты представили положительные результаты внедрения новой модели, реализуемой в рамках действующего проекта по организации реабилитационной помощи детям [12, 13]. Работа трёхэтапного цикла реабилитационного лечения в Красноярском крае показала снижение инвалидизации и неврологического дефицита с повышением показателей двигательной активности у пациентов с инсультом [14].

⁴ Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 04.09.2020) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 № 27723). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143980/ Дата обращения: 15.07.2025.

⁵ Постановление Правительства РФ от 18.10.2013 № 932 (ред. от 29.05.2014) «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153466/7e3ca3c5bd047e0f452475a20086dc63abee5662/ Дата обращения: 15.07.2025.

По итогам пилотного проекта были разработаны проекты новой редакции двух Порядков по организации медицинской реабилитации взрослых и детей, которые действуют по настоящее время — Приказы от 31 июля 2020 года № 788н⁶ и от 23 октября 2019 года № 878⁷.

Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 года № 788н⁶ вступил в силу 1 января 2021 года. В представленном Порядке определены требования к штатному расписанию и оснащению отделений медицинской реабилитации, а также правила маршрутизации пациентов в зависимости от выраженности нарушенных функций и структур организма, уровня ограничения активности и участия (по шкале реабилитационной маршрутизации). Документ содержит положения о мультидисциплинарной реабилитационной команде, регламентирует проведение диагностических мероприятий при обследовании пациентов с целью назначения медицинской реабилитации и формулирования реабилитационного диагноза в терминах МКФ. Обязательным условием является постановка целей и задач реабилитационного процесса, на основе которых разрабатывается индивидуальная программа медицинской реабилитации. Приказ регламентирует также организацию отделений ранней медицинской реабилитации, определяет профиль реабилитационных коек исключительно на втором этапе, предусматривает внедрение телемедицинских консультаций, устанавливает требования к ведению медицинской документации. Кроме того, документом предусмотрено создание реабилитационных отделений в условиях дневного стационара, амбулаторного звена и на дому. Дополнительно вводится обновлённая кадровая модель мультидисциплинарной реабилитационной команды.

В Порядок 788н⁶ были внесены изменения Приказом Минздрава России от 07 ноября 2022 года № 727н⁸, которые коснулись детализации оказания помощи по медицинской реабилитации на дому, а также распределения медицинских организаций на группы с соответствующими рекомендациями по контингенту пациентов в зависимости от шкалы реабилитационной маршрутизации.

Установление в Российской Федерации в 2023 году финансового норматива оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в формате комплексных посещений, а также норматива случаев лечения в условиях дневного

стационара стало значимым фактором, способствующим развитию амбулаторной медицинской реабилитации⁹.

В ряде публикаций авторы отмечают преимущества внедрённой модели медицинской реабилитации. В частности, зафиксировано существенное сокращение сроков пребывания пациентов на специализированных профильных койках, а также обеспечение своевременного перевода больных на второй и третий этапы реабилитационного процесса.

Приказ Минздрава России от 23 октября 2019 года № 878⁷ определяет основы организации помощи по профилю «медицинская реабилитация» для детского населения. В нём, как и в приказе для взрослых, даются рекомендации по штатным требованиям в отделениях медицинской реабилитации, по оснащению отделений; описываются функции специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды, а также инструмент маршрутизации пациентов в зависимости от степени нарушения функций и структур, а также ограничения активности и участия (уровень курации).

Современная модель медицинской реабилитационной помощи в Российской Федерации: системные проблемы в организации помощи и пути их преодоления

Современная модель медицинской реабилитации в Российской Федерации прошла значительный путь развития за сравнительно короткий период, превратившись в структурированную многоуровневую модель, основанную на принципах раннего начала, преемственности, комплексности и индивидуализации подходов. Скорость развития технологий, ежегодное увеличение количества медицинских вмешательств по медицинской реабилитации, диагностических инструментов, повышение квалификации и подготовка новых моделей специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды, поиск оптимальных организационных форм [15], которые позволяют повышать доступность медицинской помощи, адекватное финансирование [16], — всё это постоянные составляющие единого процесса поддержания системы медицинской реабилитации на оптимальном уровне. В современной модели медицинской реабилитации активно продвигаются новые технологии, такие как телемедицина [17, 18], роботизированные системы для восстановления двигательных и когнитивных функций [19, 20], IT-технологии [21], электронные образовательные технологии для обучения пациентов и специалистов [22].

Безусловно, трудно добиться совершенной модели медицинской реабилитации за такие короткие сроки. Новые Порядки по медицинской реабилитации внесли

⁶ Приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н (ред. от 07.11.2022) «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 № 60039). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_363102/ Дата обращения: 15.07.2025.

⁷ Приказ Минздрава России от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.12.2019 № 56954). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_341304/ Дата обращения: 15.07.2025.

⁸ Приказ Минздрава России от 07.11.2022 № 727н «О внесении изменений в Порядок организации медицинской реабилитации взрослых, утверждённый приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н» (Зарегистрировано в Минюсте России 09.12.2022 № 71434). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_433809/ Дата обращения: 15.07.2025.

⁹ Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_436688/ Дата обращения: 15.07.2025.

кардинальные изменения и привлекли внимание организаторов здравоохранения, а также практикующих специалистов [23, 24]. Процесс совершенствования организации помощи по медицинской реабилитации продолжается, особенно теперь, в условиях проведения специальной военной операции. Несмотря на достигнутые успехи, система медицинской реабилитации продолжает сталкиваться с рядом системных проблем, препятствующих её оптимальному функционированию: среди них сохраняющийся дефицит кадров; недостаточная готовность регионов к реализации положений клинических рекомендаций и установленных стандартов; несовершенство нормативно-правовой базы, в том числе по оказанию помощи по медицинской реабилитации на третьем этапе, на дому, дистанционно; отсутствие единой медицинской информационной системы по медицинской реабилитации, а также медленный темп внедрения цифровых технологий и телемедицинских сервисов на всех этапах оказания помощи.

Часть недостатков, связанная с несовершенством нормативно-правовой базы [25, 26], заключается в несоответствии наименования профилей отделений действующей номенклатуре коечного фонда¹⁰, на что указывали ряд авторов. Чаще всего такие проблемы возникают из-за большого количества нормативных документов, которые требуют регулярной актуализации в связи с непрерывным совершенствованием организационных форм и подходов при оказании медицинской помощи в целом.

Кадровый вопрос является одним из самых сложных вопросов развития медицинской реабилитации, её краеугольным камнем. Рекомендации по штатному расписанию длительное время вызывали и до сих пор сохраняют большое количество вопросов [27]. Лишь 2 января 2024 года были внесены изменения в номенклатуру должностей¹¹, в которой появились такие специалисты, как медицинский психолог, медицинский логопед, нейропсихолог, специалист по эргореабилитации, специалист по физической реабилитации, при этом Порядок по медицинской реабилитации для детей № 878н⁷ всё ещё содержит перечисление должностей, таких как кинезиотерапевт, эргоспециалист, которые отсутствуют в номенклатуре должностей. Другими словами, существует необходимость внесения изменений в штатное расписание отделений реабилитации Порядка 878н⁷. С другой стороны, субъекты Российской Федерации не уделяют должного внимания внедрению философии

современной медицинской реабилитации, в том числе подготовке необходимых специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды. Субъекты не формируют требуемые Порядком штатные расписания отделений медицинской реабилитации, не направляют своевременно специалистов на профпереподготовку, выбирают программы с наименьшими требованиями к учебному процессу и проч. Принимая во внимание большую работу, которую необходимо сделать по переобучению специалистов, Министерством здравоохранения вносились изменения в Порядок 788н⁷ о продлении сроков переподготовки специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды.

Отсутствие единой медицинской информационной системы по медицинской реабилитации в Российской Федерации, а также медицинской информационной системы медицинских организаций по медицинской реабилитации серьёзно увеличивает нагрузку на специалистов по оформлению процесса медицинской реабилитации. Единая медицинская информационная система в большинстве случаев не успевает за высокими требованиями к процессу и качеству оказания помощи по профилю «медицинская реабилитация». Несмотря на имеющиеся сложности, специалисты Минздрава ведут работу по созданию и утверждению структурированных электронных медицинских документов: так, утверждён «Протокол осмотра мультидисциплинарной реабилитационной команды», разработан план по поэтапной разработке других документов.

Приказы по нормам нагрузки на медицинских работников только начали формироваться, что затрудняет процесс организации работы отделений и обеспечение условий охраны труда работников, но процесс не стоит на месте.

Анализ текущих проблем позволяет формулировать направления развития медицинской помощи по медицинской реабилитации, своевременно ставить необходимые задачи и определять пути их решения, и, как результат, повышать качество и доступность медицинской помощи [9, 28, 29].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации в последние десятилетия демонстрирует переход от фрагментарного оказания отдельных видов помощи к созданию многоуровневой, структурированной и нормативно закреплённой модели. В основе современной организации лежат принципы раннего начала восстановительных мероприятий, преемственности этапов, мультидисциплинарного взаимодействия специалистов и индивидуализации подхода к каждому пациенту. Формирование данной модели стало возможным благодаря комплексным государственным программам, внедрению федеральных нормативных актов и реализации пилотных проектов, подтвердивших клиническую и экономическую эффективность новых подходов.

С научной точки зрения, важнейшим достижением является переход от нозологического к функционально-ориентированному подходу на основе использования

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н (ред. от 16.12.2014) «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.06.2012 № 24440). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_130809/ Дата обращения: 15.07.2025.

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.05.2023 № 205н (ред. от 03.06.2025) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Зарегистрировано в Минюсте России 01.06.2023 № 73664). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_448581/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafaddf518/ Дата обращения: 15.07.2025.

МКФ. Введение реабилитационного диагноза позволило объективизировать оценку нарушенных функций и сформировать единый понятийный аппарат для специалистов различных профилей, что создало предпосылки для дальнейших исследований, связанных с персонализированной медициной, стандартизацией критериев оценки исходов, внедрением технологий искусственного интеллекта и роботизированных комплексов. Развитие цифровых образовательных и телемедицинских инструментов расширяет возможности непрерывного мониторинга и дистанционного ведения пациентов, что соответствует мировым тенденциям в области здравоохранения.

С практической позиции, формирование трёхэтапной модели реабилитации обеспечило возможность раннего старта восстановительных мероприятий, сокращение разрывов между этапами лечения и повышение доступности помощи для пациентов различных категорий. Работа мультидисциплинарных команд, включающих врачей, специалистов по лечебной физкультуре, медицинских логопедов, медицинских психологов, специалистов по эрго-реабилитации и других, позволяет разрабатывать и реализовывать индивидуальные программы медицинской реабилитации, что способствует снижению инвалидизации и ускорению возвращения пациентов к социальной и профессиональной активности.

Вместе с тем сохраняется ряд системных проблем, требующих решения. Одной из ключевых остаётся кадровая обеспеченность. Несмотря на включение в номенклатуру должностей ряда специалистов по реабилитации, их фактическое распределение по регионам остаётся недостаточным. Необходима целенаправленная подготовка и переподготовка специалистов мультидисциплинарных команд с акцентом на владение современными технологиями и навыками командной работы. Дополнительной проблемой является отсутствие единой медицинской информационной системы, что осложняет документирование, контроль качества и анализ эффективности реабилитационных мероприятий. Медленный темп внедрения телемедицинских сервисов и цифровых решений также ограничивает возможности повышения доступности помощи, особенно в удалённых и сельских регионах.

Перспективы дальнейшего развития медицинской реабилитации в Российской Федерации определяются рядом приоритетных направлений, а именно: совершенствование нормативно-правовой базы с учётом международного опыта и потребностей регионов; формирование единых цифровых платформ для мониторинга и управления процессом реабилитации; развитие телемедицинских сервисов и дистанционных технологий; расширение сети реабилитационных учреждений и амбулаторных отделений; повышение финансирования, включая амбулаторный и домашний сегменты помощи. Особое значение приобретает кадровая политика, направленная на формирование высококвалифицированных мультидисциплинарных команд нового поколения.

Таким образом, современная система медицинской реабилитации в Российской Федерации может рассматриваться как ключевой элемент не только медицинской, но и социальной политики государства. Её дальнейшее развитие позволит обеспечить снижение уровня инвалидизации, повышение качества и продолжительности жизни, а также укрепление социально-экономического потенциала страны. Достижение указанных целей возможно при условии комплексного подхода, сочетающего научные инновации, нормативное регулирование и практические механизмы организации медицинской помощи.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. М.А. Булатова — анализ данных, написание статьи; Г.Е. Иванова, Б.Б. Поляев — редактирование и подготовка итоговой версии статьи. Все авторы одобрили рукопись (версию для публикации), а также согласились нести ответственность за все аспекты работы, гарантируя надлежащее рассмотрение и решение вопросов, связанных с точностью и добросовестностью любой её части.

Источники финансирования. Отсутствуют.

Раскрытие интересов. Авторы заявляют об отсутствии отношений, деятельности и интересов за последние три года, связанных с третьими лицами (коммерческими и некоммерческими), интересы которых могут быть затронуты содержанием статьи.

Оригинальность. При проведении исследования и создании настоящей работы авторы не использовали ранее опубликованные сведения (текст, иллюстрации, данные).

Доступ к данным. Редакционная политика в отношении совместного использования данных к настоящей работе неприменима, данные могут быть опубликованы в открытом доступе.

Генеративный искусственный интеллект. При создании настоящей статьи технологии генеративного искусственного интеллекта не использовали.

Рассмотрение и рецензирование. Настоящая работа подана в журнал в инициативном порядке и рассмотрена по обычной процедуре. В рецензировании участвовали два внешних рецензента и научный редактор издания.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contributions: M.A. Bulatova, data analysis and article writing; G.E. Ivanova, B.B. Polyayev, editing and preparation of the final version of the article. All authors approved the manuscript (version for publication) and agreed to be responsible for all aspects of the work, ensuring that issues related to the accuracy and integrity of any part of the work were properly addressed and resolved.

Funding source: No funding.

Disclosure of interests: The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Statement of originality: The authors did not utilize previously published information (text, illustrations, data) in conducting the research and creating this paper.

Data availability statement: The editorial policy regarding data sharing does not apply to this work, data can be published as open access.

Generative AI: Generative AI technologies were not used for this article creation.

Provenance and peer-review: This paper was submitted to the journal on an initiative basis and reviewed according to the usual procedure. Two external reviewers and the scientific editor of the publication participated in the review.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Puzin SN, Dmitrieva NV, Shevchenko SB, et al. On the history of medical rehabilitation in Russia. *History of medicine*. 2017;4(2):103–111. doi: 10.17720/2409-5834.v4.2.2017.01a EDN: ZEMXYB
2. Ivanova GE. Medical rehabilitation in Russia. Development prospects. *Bulletin of rehabilitation medicine*. 2013;(5):3–8. EDN: RRYRLX
3. Korchazhkina NB. The third stage of medical rehabilitation in sanatorium-and-spa institutions, further treatment after specialized and high-tech medical care. *Resort medicine*. 2013;(3):69–72. EDN: SEEPWL
4. Tsarik GN, Korbanova TN. Organizational technologies of medical rehabilitation in traumatology. *Polytrauma*. 2016;(3):62–67. EDN: WXRCPZ
5. Bidenko MA, Bortnik OV. The experience of organizing the department of the second stage of medical rehabilitation of patients with stroke. *Bulletin of rehabilitation medicine*. 2019;(1):10–15. EDN: OKYTCT
6. Semennikova SV, Stroganov AB, Suslov AG, Khazov MV. The organization of the early patients' rehabilitation in the regional center of high-tech medical aid. *Medical almanac*. 2013;2(26):127–129. EDN: QAXDLV
7. Danilova NV. Aspects of organizing the provision of medical aid on rehabilitation in practical healthcare system. *Healthcare management*. 2013;(3):23–28. EDN: ROXOXN
8. Ivanova GE, Belkin AA, Belyaev A, et al. Pilot project "Development of medical rehabilitation system in the Russian Federation". General principles and protocol. *Bulletin of Ivanovo Medical Academy*. 2016;21(1):6–14. EDN: WCBAIL
9. Ivanova GE. Medical rehabilitation in Russia. Development prospects. *Consilium Medicum*. 2016;18(2-1):9–13. EDN: WBDESL
10. Ivanova GE, Melnikova EV, Shmonin AA, et al. Pilot project "Development of the medical rehabilitation system in Russian Federation (dome)": preliminary results of implementation in the first and second stages. *Bulletin of restorative medicine*. 2017;(2):10–15. EDN: YORCRF
11. Guryanova EA, Ivanova VV, Tikhoplav OA. Results of implementation of the pilot project "Development of system of medical rehabilitation in the Russian Federation" in the Chuvash Republic (neurologic and cardiologic profiles). *Bulletin of restorative medicine*. 2018;2(84):46–51. EDN: YWQZCD
12. Pavlovskaya OG, Ignatova TN, Soboleva SA. Regional peculiarities of children and adolescents medical rehabilitation. *Bulletin of Semashko National research institute of public health*. 2017;(1):209–212. EDN: YSJMEP
13. Kireeva GN, Suslov OK, Galimzyanova ASH, et al. Experience of chelyabinsk regional children's clinical hospital for rehabilitation of children and adolescents. *Pediatric bulletin of the South Ural*. 2018;(1):7–13. EDN: YRTRMX
14. Isaeva NV, Prokopenko SV, Gordyukova IYu, Shnyakin PG. Effectiveness of three-stage neurorehabilitation in ischemic stroke in the Krasnoyarsk Region. *Aspirant doctor*. 2017;80(1):41–47. EDN: XIRDWL
15. Khlyzova VA. Remote technologies in medical rehabilitation of patients. *International journal of humanities and natural sciences*. 2025;(1-3):80–84. doi: 10.24412/2500-1000-2025-1-3-80-84 EDN: DKCCDA
16. Liderman EM. Modeling the structure of management of the organization of medical rehabilitation as an urgent problem of modern domestic healthcare. *Bulletin of Semashko National research institute of public health*. 2016;(1-1):92–96. (In Russ.) EDN: XRLVYX
17. Korbanova TN. Prospects of development of rehabilitation system in Kemerovo Region. *Polytrauma*. 2014;(4):54–56. EDN: TCVUKR
18. Feshchenko VS, Ivanova GE, Karmazin VV, et al. A review of the literature on the use of mobile devices for remote rehabilitation, health monitoring and automated control of the process of rehabilitation programs, including athletes. *Therapeutic physical culture and sports medicine*. 2024;(2):50–60. EDN: KFJAHR
19. Rubakova AA, Ivanova GE, Bulatova MA. Aktivaciya processov sensomotornoj integracii s pomoshch'yu interfejsa "mozg-komp'yuter". *Bulletin of the Russian State Medical University*. 2021;(5):29–35. doi: 10.24075/vrgmu.2021.039 EDN: QGERUN
20. Polyayev BB, Ivanova GE, Kuznetsova AYU, et al. Personality rehabilitation potential in acute cerebrovascular accident patients: factors and drivers of recovery. *Physical and rehabilitation medicine*. 2024;6(4):369–378. doi: 10.36425/rehab636622 EDN: DXRRBA
21. Gertsik YuG, Ivanova GE, Omelchenko IN. Innovative aspects of it-technology application in medical products for rehabilitation. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2019;1(2):43–46. EDN: QLAXJE
22. Karaseva IA, Rozhentsev AA, Averchenko NS, Zharskiy RV. Physical rehabilitation and electronic educational technologies. *Pedagogical-psychological and biomedical problems of physical culture and sports*. 2024;19(4):282–287. EDN: AMIYSM
23. Ivanova GE, Gertsik YuG, Omelchenko IN. Prospects for the development of medical rehabilitation in Russia as part of a large-scale healthcare system. In: Vasiliev SN, Tsvirkun AD, editors. *Management of Large-Scale Systems Development (MLSD'2019): proceedings of the 12th International Conference*, Oct 01–03. Moscow, 2019. P. 1137–1147. (In Russ.) doi: 10.25728/mlsd.2019.2.1137 EDN: XNQAVL
24. Blinov DV, Solopova AG, Sandzhieva LN, et al. Strengthening medical rehabilitation services in health system: a situation analysis. *Farmakoekonomika: modern pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology*. 2022;15(2):237–249. doi: 10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.140 EDN: STZGMF
25. Son IM, Evdakov VA, Bantyeva MN, Kuznetsova VP. State of provision of medical rehabilitation care provided in outpatient settings to the population of Russia. *Healthcare manager*. 2016;(3):16–27. EDN: WNHKHF
26. Shipova VM, Mirgorodskaya OV, Shchepin VO. The medical rehabilitation: planning work load and number of positions. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2022;30(3):448–454. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-448-454 EDN: HLQGDG
27. Shipova VM, Kizeev MV, Magomedova ZA. Medical rehabilitation: planning, organization, labor standards. *Bulletin of Semashko National research institute of public health*. 2023;(2):103–109. doi: 10.25742/NRIPH.2023.02.015 EDN: QJCCSC
28. Shinkorenko OV. Problems and prospects of rehabilitation development in the Russian Federation. *Scientific notes of the Altai Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy*. 2019;(16):220–224. (In Russ.) EDN: MANQBS
29. Ivanova GE. Medical rehabilitation: problems and solutions. *Clinical nutrition and metabolism*. 2020;1(1):8–9. doi: 10.17816/clinutr33032 EDN: GBKVHQ

ОБ АВТОРАХ

* Булатова Мария Анатольевна, канд. мед. наук;
адрес: Россия, 117513; Москва, ул. Островитянова, д. 1, стр. 10;
ORCID: 0000-0002-7510-7107;
eLibrary SPIN: 5864-7146;
e-mail: inface@mail.ru

Поляев Борис Борисович, канд. мед. наук;
ORCID: 0000-0002-7032-257X;
eLibrary SPIN: 6714-0595;
e-mail: inface@mail.ru

Иванова Галина Евгеньевна, д-р мед. наук, профессор;
ORCID: 0000-0003-3180-5525;
eLibrary SPIN: 4049-4581;
e-mail: reabilivanova@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

AUTHORS' INFO

* Mariya A. Bulatova, MD, Cand. Sci. (Medicine);
address: 1 Ostrovityanova st, bldg 10, Moscow, Russia, 117513;
ORCID: 0000-0002-7510-7107;
eLibrary SPIN: 5864-7146;
e-mail: inface@mail.ru

Boris B. Polyayev, MD, Cand. Sci. (Medicine);
ORCID: 0000-0002-7032-257X;
eLibrary SPIN: 6714-0595;
e-mail: inface@mail.ru

Galina E. Ivanova, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;
ORCID: 0000-0003-3180-5525;
eLibrary SPIN: 4049-4581;
e-mail: reabilivanova@mail.ru