

ОТРАСЛЕВЫЕ РЫНКИ И РЫНОЧНАЯ ИНФРАСТРУКТУРА SECTORAL MARKETS AND MARKET INFRASTRUCTURE

УДК 314 (470+571) + 338.46 (470+571) + 615.8 (470+571)

DOI 10.18413/2687-0932-2020-47-2-295-307

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ РЫНКА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

PUBLIC HEALTH AND ITS IMPACT ON THE FORMATION OF THE REHABILITATION MEDICINE MARKET IN RUSSIA

Н.В. Горошко^{1,2}, Е.К. Емельянова²
N.V. Goroshko^{1,2}, E.K. Emelyanova²

¹) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный педагогический университет,
Россия, 630126, г. Новосибирск, ул. Вилуйская, 28

²) ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия, 630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52

¹) Novosibirsk State Pedagogical University,
28 Viluyskaya St, Novosibirsk, 630126, Russia

²) Novosibirsk State Medical University,
52 Krasny prospekt, Novosibirsk, 630091, Russia

E-mail: goroshko1@mail.ru, emelen1@yandex.ru

Аннотация

В статье на основе данных из официальных отчетов Федеральной службы государственной статистики, Всемирной организации здравоохранения, государственного доклада Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека рассмотрено влияние ключевых показателей общественного здоровья на формирование рынка реабилитационной медицины в России. В настоящее время рост заболеваемости, инвалидизация, временная утрата трудоспособности, преждевременная смертность населения существенно влияют на рынок реабилитационной медицины в России. Главным фактором ухудшения здоровья населения являются финансовая недоступность широким группам населения реабилитационных услуг, недостаточность государственного финансирования медицинских услуг, в том числе на дорогостоящую реабилитацию. Медицинская реабилитация в России имеет ряд проблем, среди которых отсутствие персонализированного подхода, непрерывности и комплексности. Отмечается, что развитие и совершенствование реабилитационной помощи населению открывает дополнительные возможности для достижения целевых показателей общественного здоровья. Положительными аспектами являются разработка новых технологий медицинской реабилитации, в том числе на основе телемедицины и IT-технологий, подготовка новых профессиональных стандартов для медицинской реабилитации на современном уровне в соответствии с международными стандартами и рекомендациями.

Abstract

Based on data from official reports of the Federal state statistics service, the world health organization, and the state report of the Federal service for supervision of consumer protection and human well-being, the article examines the impact of key public health indicators on the formation of the rehabilitation medicine market in Russia. Currently, the increase in morbidity, disability, temporary disability, and premature death of the population significantly affect the market of rehabilitation medicine in Russia. The main factor in the deterioration of the population's health is the financial unavailability of rehabilitation services for a wide group of people, and the lack of state funding for medical services, including expensive rehabilitation. Medical rehabilitation in Russia has a number of problems, including the lack of a personalized approach, continuity

and complexity. It is noted that the development and improvement of rehabilitation assistance to the population opens up additional opportunities to achieve public health targets. Positive aspects are the development of new technologies for medical rehabilitation, including those based on telemedicine and IT-technologies, and the preparation of new professional standards for medical rehabilitation at the current level in accordance with international standards and recommendations.

Ключевые слова: медицина и здравоохранение, общественное здоровье, врожденные и приобретенные заболевания, медицинские услуги, медицинская реабилитация, рынок реабилитационной медицины, новые технологии медицинской реабилитации.

Keywords: medicine and healthcare, public health, congenital and acquired diseases, medical services, medical rehabilitation, rehabilitation medicine market, new technologies of medical rehabilitation.

Введение

Общественное здоровье является одним из значимых индикаторов качества жизни населения и социально-экономического благополучия страны [Кислицына, 2015]. Снижение показателей здоровья свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в развитии общества [Биктимирова, 2006].

К ключевым статистическим показателям, используемым для оценки общественного здоровья, можно отнести демографические индикаторы и заболеваемость населения. Основными демографическими индикаторами служат: уровень рождаемости и смертности (в т. ч. младенческая, детская, смертность трудоспособного населения, смертность по всему населению), естественный прирост (убыль) населения, структура смертности населения по различным классам болезней, ожидаемая продолжительность предстоящей жизни. Для оценки заболеваемости как компонента здоровья используют следующие показатели: первичная и общая заболеваемость, структура заболеваемости по основным классам причин, заболеваемость социально-значимыми диагнозами и др.

Происходящие в мире процессы глобализации, урбанизации, старения населения ведут к изменению структуры главных причин заболеваемости и смертности населения. Неинфекционные болезни, такие как диабет и сердечно-сосудистые заболевания, онкология, расстройства психики становятся все более распространенными. Старение населения ведет к росту частоты сочетанной заболеваемости [Шабунова, 2010; Горошко, 2019].

Методы исследования

Целью исследования является определение влияния показателей общественного здоровья на формирование рынка реабилитационной медицины в России. В статье применяли аналитический метод с использованием официальных отчетов Федеральной службы государственной статистики, Всемирной организации здравоохранения, государственного доклада Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Результаты

Современная картина общественного здоровья в России наряду с общемировыми негативными аспектами характеризуется рядом индивидуальных черт. Средняя продолжительность жизни в России на 2018 год составила 72,91 года (110-е место в мировом рейтинге). При этом наблюдаются значительные территориальные различия в ожидаемой продолжительности жизни, достигая до 15 лет (например, в Республике Ингушетия – 81,59 лет, Чукотском автономном округе – 66,10 лет) [Регионы России, 2018]. Одной из особенностей кризиса здоровья населения России является серьезная разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин (на 2018 год – 67,75 лет и 77,82 года соответственно). После короткого периода положительного естественного прироста

населения с 2016 года демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется снижением численности населения (рис. 1).

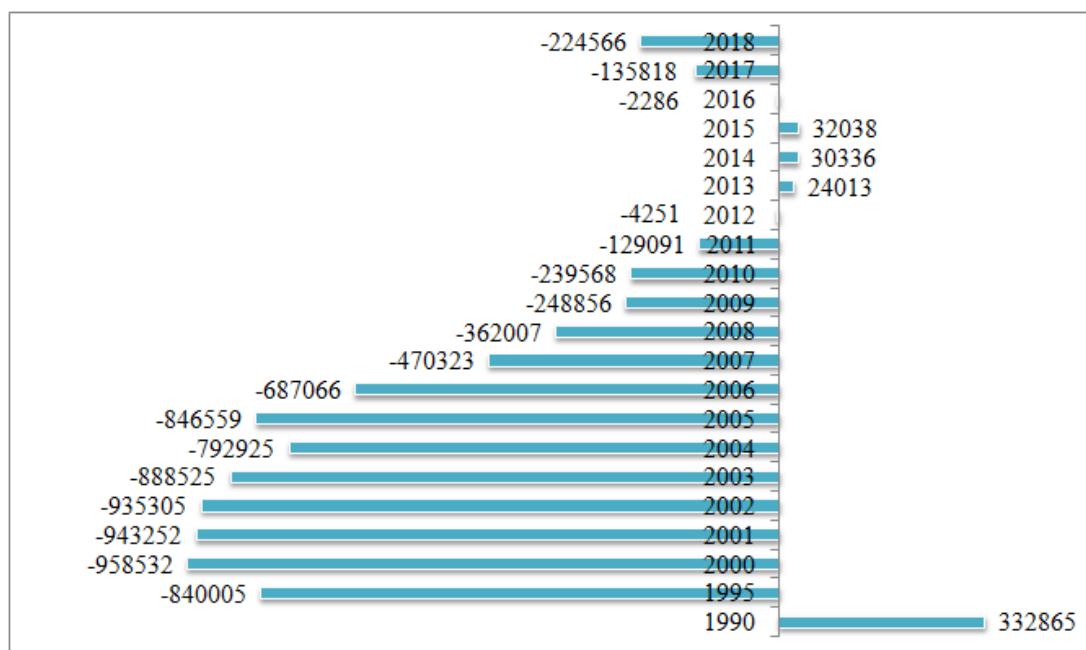


Рис 1. Естественный прирост населения Российской Федерации 1990–2018 г.
Составлено по [Демография ...]

Fig. 1. Natural population growth in the Russian Federation 1990–2018,
compiled by [Demography...]

Ситуация в России по уровню преждевременной смертности населения трудоспособного возраста на сегодня неблагоприятная.

По исследованию численности населения ООН, Россия находится на первом месте в Европе среди стран с наиболее высоким процентом смертности мужчин до 65 лет (43 %). Основными естественными причинами смерти являются болезни кровообращения, органов дыхания, пищеварения, инфекционные болезни, онкологические заболевания и другие (рис. 2).

В 2018 году в структуре распространенности населения по основным классам заболеваний ведущее место за респираторными заболеваниями (369,8 на 1000 человек), травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями внешних причин (89,0 на 1000 человек), осложнениями беременности, родов и послеродового периода (63,3 на 1000 населения) [Здравоохранение ...].

По статистике инфаркт миокарда и инсульт являются основной причиной смерти людей старше 40 лет. Последствия обширного инфаркта представлены группой отклонений. С ранними осложнениями встречается до 60 % больных. Среди них: аритмии разной степени тяжести, шоковые состояния, неврологические дефекты. В начальные полгода-год отсроченные последствия возникают у 30 % лиц, перенесших инфаркт. Летальность инфаркта варьируется в широких пределах – от 3 до 60 % и выше.

В России за год регистрируется более 450 тысяч случаев инсульта. Постинсультная инвалидность превышает 60 %. Среди пациентов, перенесших инсульт, 85 % нуждаются в постоянной медицинской и социальной поддержке, 25 % – остаются инвалидами на всю оставшуюся жизнь. Пожилые люди больше подвержены риску возникновения инсульта, и с возрастом риск увеличивается в каждом последующем десятилетии по сравнению с предыдущим в два раза [Ковальчук, 2017].

Согласно Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире раньше положенного срока рождается более 15 млн детей, т. е. каждый десятый ребенок. В России этот показатель – более 110 тысяч или около 5,7 % от числа всех новорожденных за год.

В Новосибирской области младенцев, которые родились с весом менее 1 кг – 150 человек из 38 тысяч родившихся в 2018 году (0,4 %). У недоношенных детей высок риск перинатальной патологии, в т. ч. соматических и неврологических проблем [Рожденные слишком ...].

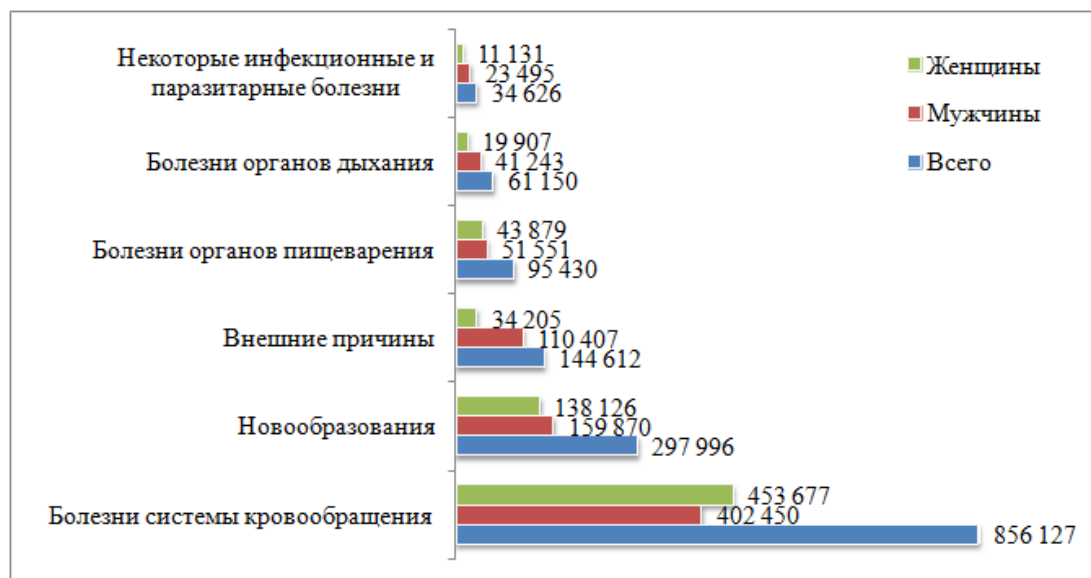


Рис. 2. Умершие по основным классам причин смерти, 2018 г., человек

Составлено по [Демография ...]

Fig. 2. Deaths by major cause of death classes, 2018, people compiled by [Demography...]

Врожденные пороки развития являются одной из важнейших причин смертности в детском возрасте, хронических заболеваний и инвалидности [Жученко, 2003]. Среди аномалий развития плода самыми распространенными являются порок сердца, дефекты нервной трубки, гемоглобинопатия и хромосомные заболевания, включая синдром Дауна. По данным Всемирной организации здравоохранения, примерно 94 % серьезных врожденных нарушений наблюдаются в странах со средним и низким уровнем дохода из-за недоступности качественной пищи или воздействия факторов, которые увеличивают отклонения от нормы в пренатальном развитии [Пороки развития ...]. Ведущие позиции приходятся на патологии опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы, врожденные пороки сердца [Бокерия, 2006; Клименко, 2010].

Одной из важнейших медико-социальных проблем современности является травматизм (более 12 млн случаев травм ежегодно). Острота проблемы связана как с ростом травм, так и с увеличением количества смертельных исходов и инвалидизации населения в результате травм. Значительное количество травм получают дети (около 1/5 части во всей структуре травматизма). Наиболее часто травмируются люди трудоспособного возраста и чаще мужчины (около 56 % случаев). Производственный травматизм составляет 2–3 % всех случаев, тогда как подавляющее большинство травм, получаемых людьми, приходится на непрофессиональный травматизм – бытовые, уличные, дорожно-транспортные, детские, спортивные травмы (около 97–98 %) [Егиазарян, 2017]. Несмотря на сокращение случаев производственного травматизма в России в последние 20 лет в 2018 году показатель оставался достаточно высоким и составил 23,6 тыс. человек, в т. ч. 16,6 тыс. человек – мужчины и 7,0 тыс. человек – женщины. Из них со смертельным исходом – 1,07 тыс. человек, из которых 1,00 тыс. человек составляют мужчины. В 2018 году в России показатель работников, занятых во вредных и опасных производствах, составил 37,9 % [Условия труда ...]. В 2018 году в структуре профессиональной патологии, в зависимости от подверженности вредным производственным факторам, профессиональная патология занимает лидирующее положение из-за чрезмерной подверженности работников физическим факторам производственных процессов (49,85 %). Последующие позиции распределены между последствиями физической

перегрузки и перенапряжением отдельных органов и систем (24,73%); воздействием промышленных аэрозолей (15,89 %); интоксикацией, вызванной химическими веществами (6,03 %). На другие вредные производственные факторы приходится 3,5 %.

Из основных нозологических форм в группе профессиональных заболеваний, обусловленных воздействием физических факторов трудового процесса, в 2018 году преобладала нейросенсорная тугоухость – 55,13 %, вибрационная болезнь – 42,88 %, моно- и полинейропатии – 1,75 %, на долю прочих заболеваний приходилось – 0,24 % [О состоянии...]. Врожденные и приобретенные заболевания опасны осложнениями, постепенным прогрессированием, приводящим к инвалидности, и сокращению продолжительности жизни.

Развитие и совершенствование реабилитационной помощи населению открывает дополнительные возможности для достижения целевых показателей общественного здоровья [Умнова, 2016].

Обсуждение результатов

Медицинская реабилитация после тяжелых и длительных заболеваний, операций и травм во многих случаях имеет не менее важное значение, чем сам процесс лечения. На сегодня реабилитационная медицина ориентирована на ряд ключевых направлений. Одно из них ориентировано на поддержание функций организма пациента в процессе завершения или обострения хронического патологического процесса. Второе – на предупреждение, раннюю диагностику нарушений работы органов и систем организма пациента. Третье направление нацелено на полное или частичное восстановление нарушенных органов или систем и компенсацию утраченных функций пораженных органов или систем. Четвертое направление связано с предупреждением и снижением степени инвалидизации [Иванова, 2016].

Отечественная медицинская реабилитация включает три этапа: стационарный, амбулаторный и санаторный. Основные профили оказания медицинской помощи при этом

- нейрореабилитация (при заболеваниях неврологического спектра: инсульты; ДЦП и нарушения развития в т. ч. аутизм, синдром Дауна; рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и прочие аутоиммунные заболевания; черепно-мозговые и спинальные травмы);
- послеоперационная реабилитация (после перенесенного хирургического вмешательства и иного лечения, когда организму требуется восстановление): ортопедическая, онкологическая, кардиологическая, пульмонологическая, общая терапевтическая.

Непрерывность и основательность, комплексность, доступность, гибкость, как основные принципы медицинской реабилитации, изложенные еще в 1980 году К. Ренкером [Ренкер, 1980] при всей своей актуальности в настоящее время, к сожалению, в практике отечественного здравоохранения реализованы не в полной мере.

Потенциал рынка реабилитационной медицины в России огромен, однако его развитие сдерживает целый ряд ограничений. Среди них:

- отсутствие единой системы организаций медицинской реабилитации;
- запоздалая реабилитация;
- отсутствие преемственности мероприятий, проводимых на разных этапах медицинской реабилитации;
- выбор реабилитационных методов и программ и их эффективность в недостаточной мере обоснованы, как и инструменты контроля за изменением состояния пациента;
- предлагаемые программы реабилитации устарели, не соответствуют ожиданиям потребителей;
- неэффективные модели программ по подготовке кадров в сфере медицинской реабилитации;
- смешивание функций профилактической и реабилитационной медицины;



- отсутствие современного оснащения реабилитационных подразделений или неполное соответствие продукции реабилитационной направленности требованиям потребителей;
- эксплуатация учреждений медицинской реабилитации не по профилю ведущей деятельности;
- недостаточная согласованность в проведении экспертизы состояния пациента с органами социальной защиты [Иванова, 2016].

Роль головной организации страны по медицинской реабилитации и курортологии выполняет ФГБОУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Министерства здравоохранения РФ, где широко применяют методы физиотерапии, реализуется практически весь спектр услуг современных методов и ресурсов лечебной физкультуры и имеются научные подразделения (научно-исследовательский, научно-клинический, образовательный, организации санаторно-курортного дела, экспертизы природных лечебных ресурсов) [Федеральное государственное ...]. Работа с пациентами в учреждении, как и в других государственных реабилитационных центрах – отделении реабилитации НМХЦ им. Н.И. Пирогова, многопрофильном реабилитационном центре «Голубое» и др., осуществляется по квотам.

В государственных клиниках реабилитационная работа с пациентами осуществляется по квоте в порядке очереди, ожидание при этом может быть продолжительным. Некоторые виды реабилитации раньше финансировались по квотам на высокотехнологичную медицинскую помощь, но с 2017 года их порядок финансирования изменился. Сейчас они введены в структуру ОМС и будут финансироваться из бюджета ФОМС. Учреждениям санаторно-курортного комплекса сейчас заниматься медицинской реабилитацией и превращать это направление в основной профиль своей деятельности невыгодно. Те санатории, которые работают сегодня по программам реабилитации, фактически работают по себестоимости, несмотря на то, что тарифы на реабилитацию выше, чем просто на санаторно-курортное лечение. Оснащение санаторного комплекса специальным оборудованием, подъемниками автоматически повышает ценник и параллельно сужает спектр потенциальных его клиентов, которые хотели бы просто приехать поправить здоровье, не нуждаясь при этом в реабилитационных мероприятиях.

Еще одной проблемой в государственных клиниках является недостаток персонала. Например, в тех случаях, когда пациент не может сам себя обслуживать, требуется оплатить работу сиделки и некоторые дополнительные услуги. Стоимость платных услуг в государственных реабилитационных центрах часто сопоставима с частными центрами, и колеблется в зависимости от заболевания и предложенной реабилитационной программы [Дашковский, 2016]. Осознавая дефицит качественного предложения со стороны государства, рынок постепенно начинают осваивать частные сети. Новые проекты частного бизнеса в сфере реабилитационной медицины появляются в тех сферах, где наблюдается высокий спрос: последствия инсультов и травм, кардиология и онкология, постоянный длительный уход.

Не все коммерческие центры работают по квоте, но принимают тяжелых больных и больных, переживших критические состояния, действуют без промедления, практикуют прогрессивные мировые методики и индивидуальный подход. При этом ценовая политика частных реабилитационных центров разнообразна. В одних оплата посуточная, определяется количеством услуг. Лечебная медицина в спортивных залах – от 3 тысяч рублей за сеанс. В среднем в сутки стоимость проживания варьирует от 10 до 12 тысяч, а медицинских услуг по реабилитационной программе – 10–15 тысяч рублей в день [Дашковский, 2016]. Другие частные центры устанавливают фиксированную стоимость полного курса реабилитации. Например, реабилитационная программа после инсульта составляет 100 тысяч рублей и выше. Некоторые коммерческие учреждения работают по системе «все включено», которая имеет свои преимущества, позволяя не беспокоиться о дополнительных расходах. При этом средняя стоимость месячного курса реабилитации в частном центре Москвы и Подмосковья может

достигать 300–500 тысяч рублей в зависимости от заболевания, предложенной программы и применяемых методов [Центры ...].

Медицинская реабилитация – такой же дорогостоящий процесс, как и лечение, однако более длительный, при этом суммарные затраты на эти цели возрастают. Ежегодно десятки тысяч пациентов после врожденных или приобретенных заболеваний, операций и травм недополучают необходимую им по состоянию здоровья реабилитацию. Так, в нейрореабилитации и ортопедической реабилитации большое количество пациентов своевременно не получают качественную помощь, удовлетворяются лишь 10–15 % потребностей. Несмотря на высокий спрос, по оценкам экспертов, ежегодно около 80 тысяч пациентов нуждаются в реабилитации. Частные реабилитационные учреждения принимают менее тысячи. Одна из ключевых причин несоответствия спроса и предложения на современном рынке отечественной реабилитационной медицины – объективно низкая платёжеспособность населения. Определенный потенциал для развития частных реабилитационных учреждений обеспечивают крупные города и, в первую очередь, Москва и ее окрестности и Санкт-Петербург [Дашковский, 2016].

Взаимодействие государства и частных клиник возможно посредством создания государственно-частных партнерств [Стародубов, 2011]. Для государства в сфере сотрудничества основной эффект заключается в экономии бюджетных средств и привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения [Тоцкая, 2015]. Частные компании заинтересованы при условии инвестиционной привлекательности здравоохранения. В совокупности государственно-частные партнерства позволяют решать задачи обеспечения населения медицинской реабилитационной помощью, в основе которой доступность, безопасность, качество и эффективность.

В.М. Цлаф отмечает, что реализация моделей государственно-частного партнерства в сфере медицинской реабилитации также позволит решить ряд сложных вопросов, среди которых введение механизмов государственных закупок, подготовка учебных центров для специалистов по консультированию и экспертизе проектов государственно-частного партнерства и др. [Цлаф, 2010].

На сегодня медицинское государственно-частное партнерство в сфере реабилитации работает в Москве. Коммерческие учреждения успешно конкурируют с государственными клиниками за квоты, часто выигрывая у них по цене. Ежегодно общая сумма договоров на реабилитацию граждан с частными клиниками превышает 200 млн руб. [Дашковский, 2016].

Эксперты подчеркивают: отсутствие грамотной и эффективной медицинской реабилитации в России – многофакторная проблема. Имеется колоссальный недостаток или даже полное отсутствие стационарных и амбулаторных отделений реабилитации; нехватка медицинского персонала – реабилитологов, кинезитерапевтов, инструкторов лечебной физической культуры (ЛФК), массажистов, логопедов, эрготерапевтов, психологов; нет адекватных образовательных программ для врачей; не хватает реабилитационного оборудования. Только применение активной реабилитации с высокотехнологичными методами способно восстановить функциональную деятельность.

Развитие рынка реабилитационной медицины, в том числе ее коммерческого сегмента, определило подготовку квалифицированных кадров в этом направлении среди образовательных учреждений. В девяти медицинских вузах и двух университетах РФ подготовлен профессорско-преподавательский состав и началось обучение по новым образовательным программам, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в рамках дополнительного профессионального образования и переподготовки новых моделей специалистов для медицинской реабилитации.

Профессиональным медицинским сообществом разработаны и утверждены пятьдесят три клинические рекомендации по вопросам реабилитационного процесса, пять новых профессиональных стандартов для проведения мультидисциплинарной медицинской реабилитации на современном уровне в соответствии с международными стандартами и рекомендациями: врача физической и реабилитационной медицины (в действующей модели –



врач по профилю оказываемой помощи, врач ЛФК, врач-физиотерапевт, кинезотерапевт или физического терапевта (в действующей модели – инструктор-методист по ЛФК, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии), эртотерапевт, клинического логопеда (в действующей модели – логопед), клинического психолога [Иванова, 2018].

В последние 20 лет ведутся разработки роботизированных комплексов с задаваемыми программами физиологических алгоритмов движений обездвиженного в результате травмы или заболевания тела пациента, что обеспечило качественно новые возможности реабилитации. В настоящее время созданы и тестируются для реабилитации экзоскелеты ReWalk (производитель ARGO Medical Technologies, Израиль), REX (производитель REX Bionics, Новая Зеландия), HAL (производитель Cyberdyne, Япония), Ekso (производитель Ekso Bionics, США) и первый российский экзоскелет «ЭкзоАтлет» (производитель ООО «ЭкзоАтлет»). Тренировки в экзоскелете обеспечивают вертикализацию и имитацию самостоятельного передвижения после инвалидной коляски, активацию и укрепление костно-мышечной системы, позитивное восприятие пациентом сдвигов в состоянии здоровья, но обязательность присутствия ассистента в тренировочном процессе ограничивает использование медицинского роботизированного комплекса вне учреждения [Карева, 2018; Потеряева, 2019].

В 2012 году Министерство здравоохранения Российской Федерации издало приказ «О порядке организации медицинской реабилитации» [О порядке ...], который регламентировал организацию медицинской реабилитации взрослых и детей на основе комплексного использования природных лечебных факторов, лекарственных, немедикаментозной терапии и других методов.

Однако в настоящее время проходит обсуждение новый приказ «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых». В проекте нового приказа подчеркивается, что медицинская реабилитация осуществляется не просто медицинскими организациями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, а организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и индивидуальными предпринимателями, при получении лицензии на медицинскую деятельность, с указанием работ (услуг) по медицинской реабилитации в качестве составляющей части лицензируемого вида деятельности.

Медицинская реабилитация планируется к осуществлению в три этапа, как и отражено в действующем приказе. Но на первом этапе реабилитации подробнее выделены профили подразделений. Первый этап медицинской реабилитации проводится в структурных подразделениях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация» и в профильных отделениях медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, (неврология, травматология и ортопедия, сердечно-сосудистая хирургия, кардиология, онкология и другая соматическая патология) в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в одно- или многопрофильных стационарных отделениях медицинской реабилитации, центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. Третий этап медицинской реабилитации проводится в амбулаторных условиях, который не включает круглосуточное медицинское наблюдение и лечение: в амбулаторном отделении (кабинете) медицинской реабилитации, на дому, в дневном реабилитационном центре, в организациях здравоохранения – прибегать к условиям, обеспечивающим медицинское наблюдение и лечение в соответствии с данным Приказом.

Также в новом приказе детализируются некоторые мероприятия. Например, на первом этапе в профильных отделениях планируется осуществлять мероприятия по медицинской реабилитации ежедневно длительностью реабилитационных мероприятий не менее 1 часа, но не более 3 часов работы, непосредственно на территории отделений [Об утверждении ...].

В связи с большим количеством инфарктов и инсультов актуальным остается вопрос реабилитации этих пациентов и вовлечения их в активные слои общества. Чем раньше

начинается реабилитация, тем успешнее и быстрее пациенту вернуться утраченные функции. Но на практике из-за недостатка персонала важнейший этап ранней реабилитации оказывается неэффективным, пациента выписывают лежачим или, в лучшем случае, переводят в отделение реабилитации, которое имеется лишь в некоторых больницах крупных городов. Отдельные государственные реабилитационные центры Фонда обязательного медицинского страхования готовы предоставить аналогичные услуги, но не хватает персонала для индивидуального подхода. Третий этап – амбулаторная реабилитация – также осуществляется Фондом обязательного медицинского страхования. Тем не менее существуют важные дополнительные услуги, которые улучшают качество жизни и должны быть оплачены родственникам.

Срок ожидания направления в центр реабилитации может составлять до нескольких месяцев, а после инсульта ранняя реабилитация критична. Далеко не во всех центрах практикуется активный и комплексный подход к реабилитации, а значит, шансы на максимальное восстановление уменьшаются. Реабилитация в платных медицинских центрах носит качественный характер, четко нацелена на восстановление функций, но не доступна для основной части населения. Один из возможных вариантов – оплата реабилитолога (или массажиста, врача ЛФК), приходящего на дом, обходится дешевле, но по стоимости все равно достаточно дорого. Реабилитолог проводит пассивную гимнастику, разработку суставов, массаж, но он не всегда умеет обучать пациента самостоятельно вставать, правильно переносить вес тела, наклоняться, переходить на стул и возвращаться в кровать.

Если пациент требует ухода, то родственникам приходится оплачивать также сиделку, которая выполняет необходимые процедуры жизнеобеспечения, помогает восстанавливать бытовые навыки, но не обеспечивает реабилитацию. Поэтому в настоящее время существует проблема, когда соблюдение принципов медицинской реабилитации (обоснованность, этапность, непрерывность, преемственность) возможно только в крупных городах и не обеспечивает спроса. Наличие мультидисциплинарного подхода к осуществлению реабилитационных мероприятий также проявляется лишь фрагментарно в учреждениях городов-миллионеров.

В настоящее время крупные исследовательские центры в мире и в Российской Федерации пытаются проводить реабилитацию дистанционно (в областях лечебной гимнастики, логопедии и нейропсихологической коррекции, психологического консультирования в режиме видеоконференцсвязи, использования виртуальной реальности и биологических технологии обратной связи, механотерапия).

Развитию дистанционной реабилитации способствует телемедицина, однако применение в широкой клинической практике «удаленного» режима контакта пациента и врача пока возможно лишь в ограниченных случаях [Снопков, 2016]. Сложившийся комплекс социально-экономических факторов, определяющих здоровье, показывает, что финансовая обеспеченность населения является одним из ключевых факторов, определяющих доступность качественных медицинских услуг реабилитационных программ [Римашевская, 2014]. Отечественные исследователи и медицинское сообщество среди ведущих причин низких показателей общественного здоровья в России указывают недостаточное финансирование системы здравоохранения и неравенство в отношении доступа качественной медицинской помощи для разных социальных слоев населения [Тагаева, 2017].

Выводы

Такие факторы общественного здоровья, как рост заболеваемости, инвалидизация, временная утрата трудоспособности, преждевременная смертность населения требуют развития рынка реабилитационной медицины в РФ. Существенным фактором ухудшения здоровья населения являются финансовая недоступность широким слоям населения реабилитационных услуг, государственное недофинансирование на медицинские цели, в том числе на дорогостоящую реабилитацию. Медицинская реабилитация в РФ имеет ряд проблем, среди которых отсутствие персонифицированного подхода, непрерывности и комплексности. Положительными аспектами являются разработка новых технологий медицинской



реабилитации, в том числе на основе телемедицины и IT-технологий, подготовка новых профессиональных стандартов для медицинской реабилитации на современном уровне в соответствии с международными стандартами и рекомендациями.

Список литературы

1. Биктимирова З.З. 2006. Здоровье – важнейший индикатор качества жизни. Экономика региона. 3(7): 56–65.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. 2006. Заболеваемость и врожденные пороки системы кровообращения у детей (распространенность и коррекция). Детские болезни сердца и сосудов. 1: 3–10.
3. Горошко Н.В., Емельянова Е.К. 2019. Старение населения как фактор развития российского рынка патронажного ухода и паллиативной помощи гражданам пожилого возраста. Электронный научно-методический журнал Омского ГАУ. 2 (17). URL <http://e-journal.omgau.ru/images/issues/2019/2/00736.pdf>. (дата обращения: 28 февраля 2020).
4. Дашковский И. 2016. Посттравматический доход. Сколько зарабатывают на реабилитационной медицине. Коммерсантъ Деньги. 18 от 09.05.2016. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/2967698> (дата обращения: 28 февраля 2020).
5. Демография. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://www.gks.ru/folder/12781> (дата обращения: 28 февраля 2020).
6. Егиазарян К.А., Черкасов С.Н., Ратаев А.П., Атаева Л.Ж. 2017. Анализ структуры травматизма среди взрослого населения в разрезе федеральных округов Российской Федерации. Кафедра травматологии и ортопедии. 1(21): 28–30
7. Жученко Л.А. 2003. Профилактика врожденных пороков развития. Российский вестник акушера-гинеколога. 1: 64–69.
8. Здравоохранение. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://www.gks.ru/folder/13721> (дата обращения: 28 февраля 2020).
9. Иванова Г.Е. 2018. Как организовать медицинскую реабилитацию? Вестник восстановительной медицины. 2 (84): 2–12
10. Иванова Г.Е. 2016. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. Consilium Medicum. 18 (2–1): 9–13.
11. Карева Н.П., Шелякина О.В., Павлова Е.В. 2018. Перспективы антропоморфной робототехники в восстановлении пациентов после травмы спинного мозга (обзор литературы). Современные проблемы науки и образования. 6: 134.
12. Кислицына О.А. 2015. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений. Журнал исследований социальной политики. 13 (2): 289–302.
13. Клименко Т.М., Левченко Л.А., Воробьева О.В., Дутов Е.М., Герасимов И.Г. 2010. Эффективность клинической оценки состояния недоношенных новорожденных с очень низкой массой тела. Современная педиатрия. 4 (32): 94.
14. Ковальчук В.В. и др. 2017. Пациент после сосудистой катастрофы: принципы реабилитации и особенности ведения. Consilium Medicum. 19 (9): 18–25.
15. «О порядке организации медицинской реабилитации». Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н. Законы, кодексы, нормативно-правовые акты Российской Федерации. URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rossii-ot-29122012-n-1705n/> (дата обращения: 28 февраля 2020).
16. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. 2019. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. 254 с.
17. «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» Проект Приказа Министерства здравоохранения РФ (подготовлен Минздравом России 20.08.2019). Гарант. РУ. Информационно-правовой портал. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56703435/> (дата обращения: 28 февраля 2020).
18. Пороки развития. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies> (дата обращения: 28 февраля 2020).
19. Потеряева Е.Л., Смирнова Е.Л., Несина И.А. 2019. Опыт реализации реабилитационной стратегии в Сибирском регионе (на примере Новосибирской области). Материалы научно-

практической конференции с международным участием Современная стратегия развития курортного природопользования в Сибири. Новосибирск: Наука: 119–123.

20. Регионы России. Социально-экономические показатели, 2018 г. Федеральная служба государственной статистики. URL: http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156 (дата обращения: 28 февраля 2020).

21. Ренкер К. 1980. Основы реабилитации: науч. обзор. М.: 116.

22. Римащевская Н.М., Русанова Н.Е. 2014. О новых критериях оценки здоровья населения России: проблемы и подходы. Вопросы статистики. 2: 17–21.

23. Рожденные слишком рано. Доклад о глобальных действиях в отношении преждевременных родов. Всемирная организация здравоохранения. URL: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/ru/ (дата обращения: 28 февраля 2020).

24. Снопков П.С. и др. 2016. Дистанционная реабилитация: истоки, состояние, перспективы. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 13 (3): 141–145.

25. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. 2011. Новые экономические условия деятельности учреждений здравоохранения. Менеджер здравоохранения. 6: 6–13.

26. Тагаева Т.О., Казанцева Л.К. 2017. Направления современной политики в области здравоохранения с целью улучшения общественного здоровья в Российской Федерации. Интерэкспо Гео-Сибирь. 3 (2): 28–34.

27. Тоцкая Е.Г. и др. 2015. Организация реабилитационной помощи населению с использованием инновационных медико-организационных технологий и принципов государственно-частного партнерства. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 23 (5): 23–27.

28. Умнова М.С., Пащенко М.А. 2016. Значение медицинской реабилитации в системе охраны здоровья населения. Бюллетень Медицинских интернет-конференций Издательство: Наука и инновация (Саратов). 6 (5): 445–448.

29. Условия труда. Федеральная служба государственной статистики. URL: http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/working_conditions/# (дата обращения: 28 февраля 2020).

30. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России. URL: <http://www.nmicrk.ru> (дата обращения: 28 февраля 2020).

31. Центры медицинской реабилитации: лучшие клиники Москвы и Московской области. Аргументы и факты. URL: <https://aif.ru/boostbook/reabilitatsionnye-tsentry.html> (дата обращения: 28 февраля 2020).

32. Цлаф В.М. 2010. Государственно-частные партнерства в здравоохранении: эффективные решения. Менеджер здравоохранения. 11: 31–41.

33. Шабунова А.А. 2010. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда: ИСЭРТ РАН, 408.

References

1. Biktimirova Z.Z. 2006. Zdorov'e – vazhneyshiy indikator kachestva zhizni [Health is an essential indicator of quality of life]. *Ekonomika regiona*. 3(7): 56–65.

2. Bokeriya L.A., Stupakov I.N., Gudkova R.G. 2006. Zabolevaemost' i vrozhdennye poroki sistemy krovoobrashcheniya u detey (rasprostranennost' i korrektsiya) [Incidence and congenital malformations of the circulatory system in children (prevalence and correction)]. *Detskie bolezni serdtsa i sudov*. 1: 3–10.

3. Goroshko N.V., Emel'yanova E.K. 2019. Starenie naseleniya kak faktor razvitiya rossiyskogo rynka patronazhnogo ukhoda i palliativnoy pomoshchi grazhdanam pozhilogo vozrasta [Aging of the population as a factor in the development of the Russian market for foster care and palliative care for elderly citizens]. *Elektronnyy nauchno-metodicheskiy zhurnal Omskogo GAU*. 2 (17) URL <http://e-journal.omgau.ru/images/issues/2019/2/00736.pdf>. (accessed: 28.02.2020).

4. Dashkovskiy I. 2016. Posttravmaticheskiy dokhod. Skol'ko zarabatyvayut na reabilitatsionnoy meditsine [Post-traumatic income. How much do they make on rehabilitation medicine]. *Kommersant Den'gi*. 18 09.05.2016 URL: <https://www.kommersant.ru/doc/2967698> (accessed: 28.02.2020).

5. Demografiya. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki [Demography. Federal State Statistics Service]. URL: <https://www.gks.ru/folder/12781> (accessed: 28.02.2020).



6. Egiazaryan K.A., Cherkasov S.N., Rataev A.P., Attaeva L.Zh. 2017. Analiz struktury travmatizma sredi vzroslogo naseleniya v razreze federal'nykh okrugov Rossiyskoy Federatsii [Analysis of the structure of injuries among adults in the context of federal districts of the Russian Federation]. *Kafedra travmatologii i ortopedii*. 1(21): 28–30.
7. Zhuchenko L.A. 2003. Profilaktika vrozhdennykh porokov razvitiya [Prevention of congenital malformations]. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa*. 1: 64–69.
8. Zdravookhranenie. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki [Health. Federal State Statistics Service]. URL: <https://www.gks.ru/folder/13721> (accessed: 28.02.2020).
9. Ivanova G.E. et al. 2018. Kak organizovat' meditsinskuyu reabilitatsiyu [How to organize medical rehabilitation]? *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2 (84): 2–12.
10. Ivanova G.E. Meditsinskaya reabilitatsiya v Rossii [Medical rehabilitation in Russia]. *Perspektivy razvitiya*. G.E. Ivanova. *Consilium Medicum*. 2016 P. 18 № 2–1 9–13.
11. Kareva N.P., Shelyakina O.V., Pavlova E.V. 2018. Perspektivy antropomorfnoy robototekhniki v vosstanovlenii patsientov posle travmy spinnogo mozga (obzor literatury) [Prospects for anthropomorphic robotics in the recovery of patients after spinal cord injury (literature review)]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 6: 134.
12. Kislitsyna O.A. 2015. Vliyanie sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov na sostoyanie zdorov'ya: rol' absolyutnykh ili otnositel'nykh lisheniy [The influence of socio-economic factors on health: the role of absolute or relative deprivation]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki*. 13 (2): 289–302.
13. Klimenko T.M. et al. 2010. Effektivnost' klinicheskoy otsenki sostoyaniya nedonoshennykh novorozhdennykh s ochen' nizkoy massoy tela [The effectiveness of the clinical assessment of the condition of premature infants with very low body weight]. *Sovremennaya pediatriya*. 4 (32): 94.
14. Koval'chuk V.V. et al. 2017. Patsient posle sosudistoy katastrofy: printsipy reabilitatsii i osobennosti vedeniya [A patient after a vascular accident: principles of rehabilitation and management features]. *Consilium Medicum*. 19 (9): 18–25.
15. "O poryadke organizatsii meditsinskoy reabilitatsii» ["On the procedure for organizing medical rehabilitation."]. *Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya RF ot 29 dekabrya 2012 g. N 1705n. Zakony, kodeksy, normativno-pravovye akty Rossiyskoy Federatsii*. URL: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravrossii-ot-29122012-n-1705n/> (accessed: 28.02.2020).
16. O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossiyskoy Federatsii v 2018 godu: Gosudarstvennyy doklad. 2019 [On the state of the sanitary-epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2018: State report. 2019.]. M.: Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka: 254.
17. "Ob utverzhenii Poryadka organizatsii meditsinskoy reabilitatsii vzroslykh" ["On approval of the organization of medical rehabilitation of adults"]. *Proekt Prikaza Ministerstva zdravookhraneniya RF (podgotovlen Minzdravom Rossii 20.08.2019)*. Garant. RU. Informatsionno-pravovoy portal. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56703435/> (accessed: 28.02.2020).
18. Poroki razvitiya. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya [Malformations. World Health Organization.]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies> (accessed: 28.02.2020).
19. Poteryaeva E.L., Smirnova E.L., Nesina I.A. 2019. Opyt realizatsii reabilitatsionnoy strategii v Sibirskom regione (na primere Novosibirskoy oblasti) [Experience in implementing a rehabilitation strategy in the Siberian region (on the example of the Novosibirsk region)]. *Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem Sovremennaya strategiya razvitiya kurortnogo prirodopol'zovaniya v Sibiri*. Novosibirsk: Nauka: 119–123.
20. Regiony Rossii. Sotsial'no-ekonomicheskie pokazateli, 2018 g. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. [Regions of Russia. Socio-economic indicators, 2018 Federal State Statistics Service] URL: http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156 (accessed: 28.02.2020).
21. Renker K. 1980. Osnovy reabilitatsii: nauch. Obzor [Rehabilitation Basics: A Scientific Review]; M.: 116.
22. Rimashevskaya N.M., Rusanova N.E. 2014. O novykh kriteriyakh otsenki zdorov'ya naseleniya rossii: problemy i podkhody. Voprosy statistiki [On new criteria for assessing the health of the population of Russia: problems and approaches. Statistics Issues]. 2: 17–21.
23. Rozhdennye slishkom rano. Doklad o global'nykh deystviyakh v otnoshenii prezhdevremennykh rodov. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya [Born too early. Report on global action on preterm birth.

World Health Organization]. URL: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_early/ru/ (accessed: 28.02.2020).

24. Snopkov P.S. et al. 2016. Distantionnaya reabilitatsiya: istoki, sostoyanie, perspektivy. Fizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya [Remote rehabilitation: sources, condition, prospects. Physiotherapy, balneology and rehabilitation]. 13 (3): 141–145.

25. Starodubov V.I., Kadyrov F.N. 2011. Novye ekonomicheskie usloviya deyatel'nosti uchrezhdeniy zdravookhraneniya [New economic conditions for healthcare institutions]. Menedzher zdravookhraneniya. 6: 6–13.

26. Tagaeva T.O., Kazantseva L.K. 2017. Napravleniya sovremennoy politiki v oblasti zdravookhraneniya s tsel'yu uluchsheniya obshchestvennogo zdorov'ya v rossiyskoy federatsii [Directions of modern health policy in order to improve public health in the Russian Federation]. Interksp Geo-Sibir'. 3 (2): 28–34.

27. Totskaya E.G. et al. 2015. Organizatsiya reabilitatsionnoy pomoshchi naseleniyu s ispol'zovaniem innovatsionnykh mediko-organizatsionnykh tekhnologiy i printsipov gosudarstvenno-chastnogo partnerstva [Organization of rehabilitation assistance to the population using innovative medical and organizational technologies and principles of public-private partnership]. Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 23 (5): 23–27.

28. Umnova M.S., Pashchenko M.A. 2016. Znachenie meditsinskoy reabilitatsii v sisteme okhrany zdorov'ya naseleniya Byulleten' Meditsinskikh internet-konferentsiy Izdatel'stvo: Nauka i innovatsiya (Saratov). 6 (5): 445–448.

29. Usloviya truda. Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki [Working conditions. Federal State Statistics Service.]. URL: http://old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/working_conditions/# (accessed: 28.02.2020).

30. Federal'noe gosudarstvennoe byudzhethoe uchrezhdenie «Natsional'nyy meditsinskiy issledovatel'skiy tsentr reabilitatsii i kurortologii» Minzdrava Rossii [Federal State Budgetary Institution "National Medical Research Center for Rehabilitation and Balneology" of the Ministry of Health of Russia.]. URL: <http://www.nmicr.ru> (accessed: 28.02.2020).

31. Tsentry meditsinskoy reabilitatsii: luchshie kliniki Moskvy i Moskovskoy oblasti [Medical rehabilitation centers: the best clinics in Moscow and the Moscow region]. Argumenty i fakty. URL: <https://aif.ru/boostbook/reabilitatsionnye-tsentry.html> (accessed: 28.02.2020).

32. Tslaf V.M. 2010. Gosudarstvenno-chastnye partnerstva v zdravookhranении: effektivnye resheniya [Public-private partnerships in healthcare: effective solutions]. Menedzher zdravookhraneniya. 11: 31–41.

33. Shabunova A.A. 2010. Zdorov'e naseleniya v Rossii: sostoyanie i dinamika [Population health in Russia: state and dynamics]. Vologda: ISERT RAN: 408.

Ссылка для цитирования статьи For citation

Горошко Н.В., Емельянова Е.К. 2020. Общественное здоровье и его влияние на формирование рынка реабилитационной медицины в России. Экономика. Информатика. 47 (2): 295–307. DOI: 10.18413/2687-0932-2020-47-2-295-307.

Goroshko N.V., Emelyanova E.K. 2020. Public health and its impact on the formation of the rehabilitation medicine market in Russia. Economics. Information technologies. 47 (2): 295–307 (in Russian). DOI: 10.18413/2687-0932-2020-47-2-295-307.