DOI: 10.17117/na.2015.11.04.056

Поступила (Received): 27.11.2015

<http://ucom.ru/doc/na.2015.11.04.056.pdf>

Данилова Н.В.
Сохранение здоровья населения с помощью
кадровых ресурсов здравоохранения

Danilova N.V.
Maintaining the health of the population
with the healthcare workforce

Рассмотрены проблемы оказания медико-социальной реабилитации. Выявлено снижение обеспеченности населения специалистами реабилитационной группы. Решением проблемы станет улучшение подготовки врачей и медицинских сестер по восстановительному лечению; этапность оказания медико-социальной помощи; государственное и частное партнерство в здравоохранении

Ключевые слова: кадровые ресурсы, врачи и специалисты реабилитационной группы, динамика обеспеченности кадрами по медико-социальной реабилитации, уровни медицинской помощи

The problems of providing medical and social rehabilitation. Reduced availability of specialist rehabilitation group. The solution will improve the training of doctors and nurses for restorative treatment; medical care in stages; public and private partnership in healthcare

Key words: human resources, doctors and rehabilitation specialists group, dynamics and staffing of medical rehabilitation, levels of healthcare

Данилова Нина Всеволодовна

Кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник

*Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России
г. Москва, ул. Добролюбова, 11*

Danilova Nina Vsevolodovna

*Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher
Federal research institute for health organisation
and informatics of Ministry of health of the Russian
Federation*

Moscow, Dobrolyubova st., 11

Основными условиями для сбережения здоровья населения являются: предотвращение (устранение) факторов, провоцирующих инвалидизацию взрослых и детей в разных возрастах, а при наступлении инвалидности – компенсация ее последствий с сохранением личного бытового и трудового статуса человека в социуме.

При лечении болезней с использованием лишь фармакотерапии, эти задачи, в полном объеме, решить практически невозможно. Необходима многогранность и комплексность лечебной тактики с привлечением, активных, глубинных воздействий на адаптационные и компенсаторные функции организма при ликвидации симптомов и патогенетических звеньев болезни. Неслучайно актуализация целевых медико-восстановительных направлений программы ле-

чения, в качестве детерминанты здоровья, получила в стране вначале законодательное (ФЗ от 21.11.2012 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 40), а затем – и нормативное обоснование (приказ Минздрава России от 29.12.2012 №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»). В постановлении Правительства РФ от 15.04.2014г. «Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» выделена подпрограмма 5 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям».

Используемые для восстановления здоровья и в целях медико-социальной реабилитации после болезней, лечебные факторы, по своей сути, не являются медикаментозными, либо используют, для усиления эффекта, малые дозы лекарственных средств. Воздействие физиотерапевтических методов реализуется путем возникновения специфических [1, с.31] (клеточных) эффектов, а также при общем неспецифическом, сегментарно-рефлекторном и гуморальном влиянии на организм больного пациента. Все это в совокупности способствует вовлечению в процесс выздоровления индивидуальных, самостоятельно не проявляющихся резервов.

Эффективность оказываемой медицинской помощи любого профиля (включая восстановительную составляющую), согласно общепризнанным международным принципам, строится на основе триады, объединяющей структурный (ресурсный), процессный (технологический) и результативный компоненты. Улучшить состояние материально-технических ресурсов медицинских организаций позволило выполнение федеральной программы модернизации здравоохранения, полноценно выполненной за достаточно короткий срок (2011 – 2013 гг.), хотя пока еще не в каждом российском субъекте. Арсенал лечебной аппаратуры пополнился современными устройствами (комбайнами), генерирующими несколько лечебных факторов, что позволяет потенцировать результативность восстановительного лечения. Списаны приборы с истекшим сроком амортизации, осуществлена поставка новых отечественных и зарубежных аппаратов.

Появилась возможность точечной технической оснащенности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, которая расширила возможности профильного лечения в больницах, дневных стационарах, амбулаторных медицинских организациях, специализированных центрах, санаториях. Тем более что, согласно вновь утвержденной номенклатуре (приказ Минздрава России от 06.08.2013 г. № 529н), в число самостоятельных стационаров включена больница медицинской реабилитации, в том числе детская. Помимо этого, в структуре сети медицинских организаций государственной и муниципальной системы здравоохранения впервые предусмотрены центры – лечебно-реабилитационный, мануальной терапии и ряд, ранее существовавших других (по контингентам лиц, которым оказывается специализированная помощь). Актуальность создания и функционирования таких центров, в качестве этапа оказания медицинской помощи, определяется возрастающими объемами оперативных, в том числе высокотехнологичных хирургических операций по поводу травм, ортопедических, сосудистых, кардиологических, нервных и других болезней.

Ресурсный и процессный элементы лежат в основе фундамента обеспечения качества лечения и способствуют, таким образом, достижению прогнозируемого результата или приближения к нему. При этом разграничение лечебного, профилактического и реабилитационного компонентов медицинской деятельности не является абсолютным, поскольку все они фокусируются на достижении общей цели – повышение продолжительности жизни пациента и ее качества [2, стр.7]

Спектр ресурсного обеспечения для восстановления здоровья населения, помимо основных материальных средств и современных технологий, включает самый значимый и необходимый компонент – человеческий фактор, представленный обученными и опытными медицинскими работниками. По мнению главного реабилитолога Минздрава России Г.Е. Ивановой подготовка кадров в этой области – самый сложный вопрос [3]. Кадровый персонал высшего звена несет ответственность за устранение или снижение до минимума рисков, возникающих при проведении восстановительного лечения и реабилитации. Этому способствуют персонифицированная оценка резервов здоровья и назначение профильных манипуляций и процедур уже на ранних этапах от начала болезни, дальнейшая активизация медико-восстановительных мероприятий и своевременное обоснованное решение о переводе больного либо в реабилитационное отделение стационара (при его наличии) или – специализированный центр. По показаниям рекомендуется пролонгация лечения в амбулаторных условиях, дневном стационаре больницы или поликлиники.

Мониторинговые наблюдения состояния кадровых ресурсов, проводимые в ЦНИИОИЗ, показали, что за последние 10 лет в целом по Российской Федерации наблюдается постепенное, но заметное снижение численности врачей реабилитационной группы и соответственно обеспеченности ими населения регионов. Вместе с тем, распространенность болезней, по актуальным нозологическим формам, среди пациентов, нуждающихся в таких видах медицинской помощи, с годами увеличивается [4, с. 18].

Как правило, до настоящего времени реабилитационные функции в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения системы Минздрава России осуществляются врачами, получившими подготовку по физиотерапии (в том числе, по восстановительной медицине), лечебной физкультуре, рефлексотерапии, мануальной терапии, другими специалистами (по психотерапии, клинической психологии, диетологии), с непременно включением работников среднего звена. Кадровая проблема заключается, прежде всего, в уменьшении численности профильных медицинских работников. Кроме того, их квалификационная подготовка ведется по устаревшим программам, отсутствует преемственность лечебных мероприятий на различных этапах [5].

Отрицательные сдвиги заметны в динамике даже при небольших сроках статистического наблюдения. С 2011 по 2013 гг. снизилась обеспеченность врачами: физиотерапевтами, по лечебной физкультуре с общим снижением обеспечения специалистами по реабилитационной группе в целом. Характерно, что среди средних медицинских работников темп убыли был более выражен (таблица 1).

За 2011 – 2013 гг. уменьшилась (с 0,12 до 0,11 на 10 тыс. населения при темпе убыли – 8,33%) обеспеченность врачами психотерапевтами, возможности которых нередко востребованы при проведении медицинской реабилитации.

Вместе с тем, за 2012-2013 гг. отмечен рост (+14,7%) численности клинических (медицинских) психологов от 0,34 до 0,39 и специалистов по реабилитационному сестринскому делу (почти вдвое) – с 0,04 до 0,06 на 10 тыс. населения. Эта специальность введена недавно в новую номенклатуру специальностей специалистов со средним медицинским образованием (в ред. Приказа Минздравоохранения РФ от 30.03.2010 № 199н). Данный факт отраден и существен, ведь экономическое преимущество подготовки специалистов среднего звена для практического здравоохранения очевидно.

Таблица 1. Динамика обеспеченности населения специалистами по медицинской реабилитации в Российской Федерации, 2011- 2013 гг.

Профиль специальности	2011 год	2013 год	Темп прироста/убыли 2013 /2011 (%)
	Обеспеченность специалистами на 10 тыс. населения		
Врачи			
Физиотерапия	0,41	0,39	- 4,87
Лечебная физкультура	0,24	0,23	- 4,16
Рефлексотерапия	0,06	0,06	-
Мануальная терапия	0,03	0,03	-
Всего	0,74	0,71	- 4,11
Медицинские работники среднего звена			
Физиотерапия	2,66	2,54	- 4,51
Медицинский массаж	1,47	1,44	- 2,04
Лечебная физкультура	0,44	0,37	- 15,91
Всего	4,97	4,35	- 12,47

Практический зарубежный опыт свидетельствует, что в современных условиях с помощью реабилитационных бригад врачей и медицинских работников среднего звена разных специальностей можно получать более высокий результат по принципу оптимальной организации процесса при одновременном рациональном расходовании финансовых затрат.

Применение методов и методик медицинской реабилитации осуществляется по общепринятым принципам последовательности и непрерывности оказания медицинских услуг. Процессный подход обеспечивается соблюдением стандартов медицинской помощи, позволяя определить перечень и объемы восстановительно-реабилитационных услуг. Однако в разработанные стандарты методы физических и других активизирующих воздействий включались избирательно (в соответствии со знаниями в этой области разработчиков) и не по каждой нозологической форме болезни. Поэтому для тарифных соглашений (а медицинская реабилитация включена в территориальную программу госгарантий) может использоваться номенклатура медицинских услуг с перечнем само-

стоятельных и комплексных реабилитационных назначений (приказ Минздрава России от 27.12.2011 № 1664). Допускается использование договорных соглашений между медицинскими и страховыми организациями по тем услугам, которые получили обоснование назначения врачами-специалистами, но не вошли в официальные документы.

Для расширения применения в медицинских организациях восстановительных методов следует сохранять те практические технологии, результативность которых доказана научными исследованиями и подтверждается многолетней эффективностью (то есть наибольшей удовлетворенностью пациентов лечебным процессом). В то же время, необходимо внедрять разработанные и предлагаемые медицинской промышленностью новые факторы и генерирующие их аппараты. Однако их массовое применение должно осуществляться лишь после проведения клинических испытаний медицинских изделий. По критериям доказательной медицины только на их основе разрабатываются и утверждаются показания и противопоказания к применению физического фактора, уточняются зоны его локализации, диапазон дозирования, максимально адекватный принципу «доза-эффект».

К другим проблемам, требующим реального решения, относятся:

- эволюционное совершенствование подготовки медицинских работников по восстановительному лечению и реабилитации с формированием новых базовых теоретических и клинических модулей, расширении знаний в области социальной медицины, психологии, педагогики при усилении практического компонента с помощью имитационных (симуляционных) технологий;

- соблюдение этапной преемственности лечения, предполагающей встраивание медико-социальной реабилитации в трехуровневую отечественную систему оказания любой профильной медицинской помощи;

- выбор оптимальных моделей медицинской техники с акцентом на отечественных приборах и аппаратах. Выбор таких медицинских изделий имеет преимущества в цене, эксплуатации и обслуживании [6, с. 57];

- двусторонние инициативы со стороны медицинских организаций и фонда ОМС по использованию формы государственно-частного партнерства при восстановлении здоровья больных с хроническими, затяжными формами патологии.

Правильно построенная медико-социальная программа восстановления (улучшения) здоровья является обязательным звеном лечения многих болезней. Периодичность и повторение курсов восстановительного лечения значительно уменьшают проявления симптомов болезни, улучшают функциональный статус больного даже при отсутствии у него спонтанных процессов реадaptации.

Список используемых источников:

1. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. *Общая физиотерапия*. Москва-Санкт-Петербург, 1997. 475 с.
2. Гундаров И.А., Полесский В.А. *Управление индивидуальными резервами здоровья: новая стратегия профилактической медицины* // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2014. №1. С. 6-10.
3. Иванова Г. Е. *Почему в России «хромает» система реабилитации пациентов*.
URL: <http://www.sibmedport.ru/article/10831>

4. Стародубов В.И., Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России: проблемы и решения* // Оргздрав. 2015. №1. С.12-27.
- 5 Иванова Г.Е. URL: <http://www.autyorstrtams.com/Presentation/oivgarant-1613411>
6. Фролов С.В., Фролова М.С. *Мировые проблемы при выборе медицинского изделия для учреждения здравоохранения* // Менеджер здравоохранения. 2013. № 11. С. 51- 61.

© 2015, Данилова Н.В.

*Сохранение здоровья населения с помощью
кадровых ресурсов здравоохранения*

© 2015, Danilova N.V.

*Maintaining the health of the population with the
healthcare workforce*