СФ

СОВЕТ ФЕДЕРАЦИИ
Федерального Собрания
Российской Федерации

Информационно-аналитическое
управление Аппарата Совета Федерации

Секретариат заместителя
Председателя Совета Федерации
Г.Н. Кареловой

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
№ 9 (799)

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГРАЖДАН, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (COVID-19)

Материалы заседания Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации
(Совет Федерации, 6 декабря 2021 года)

МОСКВА • 2022

Настоящий аналитический вестник подготовлен по материалам заседания Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)", которое состоялось 6 декабря 2021 года под председательством заместителя Председателя Совета Федерации Г.Н. Кареловой.

В заседании приняли участие представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, негосударственных медицинских организаций, экспертного сообщества.

В вестнике представлены выступления участников, информационно-аналитические материалы, решение Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

Материалы вестника могут быть использованы в работе сенаторов Российской Федерации, депутатов Государственной Думы, представителей федеральных органов исполнительной власти, законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, научного и экспертного сообщества.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Вступительное слово заместителя Председателя Совета Федерации, председателя Совета по развитию социальных инноваций субъектов Россий Федерации при Совете Федерации **Г.Н. Кареловой** 5

Е.Г. Камкин, заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации 9

Т.В. Яковлева, первый заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства 18

О.Ю. Баталина, первый заместитель Министра труда и социальной защиты Российской Федерации 26

В.В. Белоусов, директор федерального государственного бюджетного учреждения "Федеральный центр мозга и нейротехнологий" Федерального медико-биологического агентства 29

С.В. Романов, директор федерального бюджетного учреждения здравоохранения "Приволжский окружной медицинский центр" Федерального медико-биологического агентства 31

Н.Р. Полушкина, вице-президент, исполнительный директор кластера биологических и медицинских технологий Фонда "Сколково" 41

Решение Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по итогам заседания на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)" 46

Приложение 1. Материалы Информационно-аналитического управления Аппарата Совета Федерации на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)" 52

Приложение 2. Материалы Правового управления Аппарата Совета Федерации на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)" 58

Вступительное слово
заместителя Председателя Совета Федерации,
председателя Совета по развитию социальных инноваций
субъектов Российской Федерации при Совете Федерации
Г.Н. Кареловой

Уважаемые коллеги!

В условиях новых вызовов обсуждение этой темы приобретает особую значимость, поскольку последствия перенесенной коронавирусной инфекции порой не легче, чем само заболевание. Это не только поражение легких, но и сосудистые поражения, нарушение сна, мышечные боли и боли в суставах, снижение памяти, умственной работоспособности и депрессия.

Результаты последних исследований показывают, что треть из тех, кто переболел ковидом, не могут вернуться к прежнему образу жизни. До 25% пациентов, проходивших лечение в стационаре, не возвращаются к прежней работе, а 29% больных, выписанных из отделений реанимации и интенсивной терапии, имеют высокий риск смерти от различных осложнений.

Таким образом, проблема долгосрочных последствий COVID-19 лежит не только в плоскости медицины. Они могут оказывать негативное влияние на демографическую ситуацию в стране, являться причиной

социально-экономических потерь, обусловленных снижением производительности труда.

Здесь необходим комплексный, системный подход, который позволит минимизировать последствия болезни, сделать так, чтобы каждый гражданин смог вернуться к активной полноценной жизни.

Следует отметить, что определенную сложность в проведении реабилитационных мероприятий вызывает отсутствие достаточных исследований по данному направлению. COVID-19 является новым заболеванием, и период накопления сведений о нем составляет менее двух лет, поэтому организация социально-медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 находится еще в процессе формирования.

Вместе с тем на федеральном уровне уже создана нормативная правовая база для развития системы медицинской реабилитации.

Минздравом России утверждены: порядки организации медицинской реабилитации взрослых и детей; временные методические рекомендации по всему спектру медицинской помощи при коронавирусе – от профилактики до реабилитации; запущена программа углубленной диспансеризации для переболевших коронавирусом; разработан проект программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы, предусматривающий специализированную реабилитацию для 100 тысяч пациентов.

Особое внимание вопросам постковидной реабилитации уделяется Советом Федерации. Так, с привлечением широкой общественности состоялось обсуждение данной темы на полях IV Форума социальных инноваций регионов и в Совете по региональному здравоохранению при Совете Федерации.

Выработанные Советом Федерации подходы и предложения легли в основу инициативы социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года – "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация". В целях реализации инициативы разработан паспорт федерального проекта. Им определяется комплекс мероприятий, направленных на модернизацию системы медицинской реабилитации на федеральном и региональном уровнях. В частности, выделяется финансирование на оснащение современным оборудованием федеральных и региональных медицинских учреждений, а также на увеличение объемов медицинской помощи на всех этапах медицинской реабилитации в субъектах Российской Федерации. На эти цели в федеральном бюджете на ближайшие три года предусмотрено 60 млрд рублей.

Кроме того, продолжается работа по формированию региональной нормативной базы. Документы по организации медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную

инфекцию, приняты более чем в половине субъектов Российской Федерации.

В активной фазе идет разработка специальных региональных программ. Так, в Воронежской области проводится пилотная отработка модели реабилитации пациентов, перенесших тяжелые формы заболевания. В Волгоградской области запущена программа реабилитации детей. В Краснодарском крае накапливается опыт санаторно-курортного оздоровления для COVID-19 пациентов.

Интересен опыт Свердловской области и Уральского федерального округа, где широко внедряются телемедицина и дистанционные формы работы с пациентами.

Хороший результат дают специальные реабилитационные программы для стационаров, поликлиник и санаториев, разработанные НИИ курортологического профиля Федерального медико-биологического агентства, в городах Пятигорске, Томске, Сочи, Белокурихе.

Уважаемые коллеги! Количество переболевших новой коронавирусной инфекцией преодолело отметку в 9 миллионов человек. По мнению экспертов, реальная потребность в медицинской реабилитации составляет от 40% до 45%, то есть практически каждый второй пациент. В связи с этим считаю необходимым следующее.

Первое. Инфраструктурное развитие системы медицинской реабилитации, в том числе на базе социальных учреждений, имеющих медицинскую лицензию, и с привлечением социально ориентированных некоммерческих организаций.

Второе. Завершить формирование нормативно-правовой базы в регионах. Именно на местах должна быть быстро организована работа в том числе по диагностике и маршрутизации пациентов с постковидным синдромом.

Третье. Организовать подготовку и переподготовку соответствующих кадров. Особое внимание – специалистам первичного звена. Именно под их наблюдение попадает пациент после выхода из больницы. Врачи поликлиник должны владеть всеми необходимыми методиками.

Четвертое. Обеспечить проактивное информирование граждан и медицинского персонала о важности реабилитационных мероприятий и существующих возможностях получения такой помощи.

Однако наши усилия не дадут должного эффекта, если ключевые показатели работы не будут выстроены вокруг человека. Безусловно, медицинская реабилитация играет важную роль в вопросах восстановления нарушенных функций организма. Вместе с тем постковидная реабилитация не может быть ограничена только или преимущественно медицинскими мерами.

Очевидно, что назрела необходимость обсуждения комплексных подходов и мероприятий в том числе в области социальной защиты, образования, труда и занятости, физической культуры, направленных на устранение или максимальную компенсацию имеющихся у граждан с постковидным синдромом ограничений в целях их социальной адаптации и возвращения к полноценной жизни.

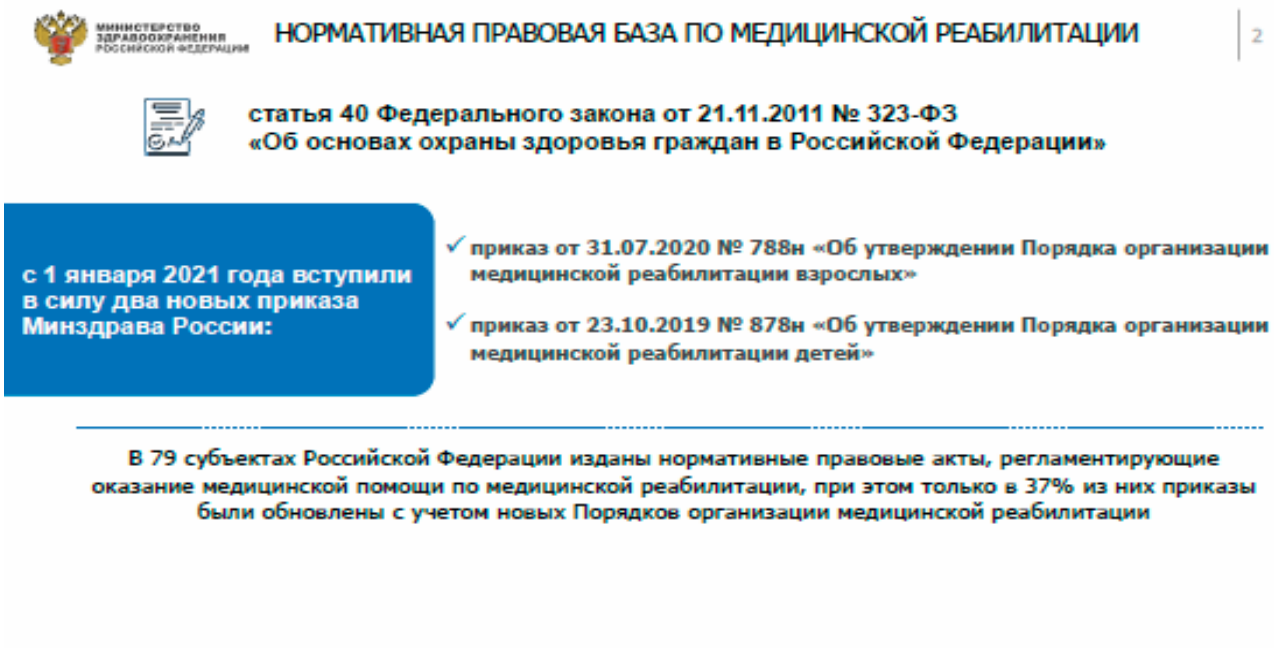
Коллеги, это далеко не полный перечень вопросов, на которых необходимо сконцентрироваться при разработке целостной системы реабилитации в стране. Уверена, мы к этой теме еще будем возвращаться в рамках работы нашего Совета.

На данный момент нам важно понять, какие еще шаги нужно предпринять, какие ресурсы подключить, чтобы обеспечить помощь всем пациентам, нуждающимся в восстановительном лечении после COVID-19, а также определить инструменты, способствующие масштабированию наиболее эффективных практик. Круг задач определен. Предлагаю приступить к обсуждению.

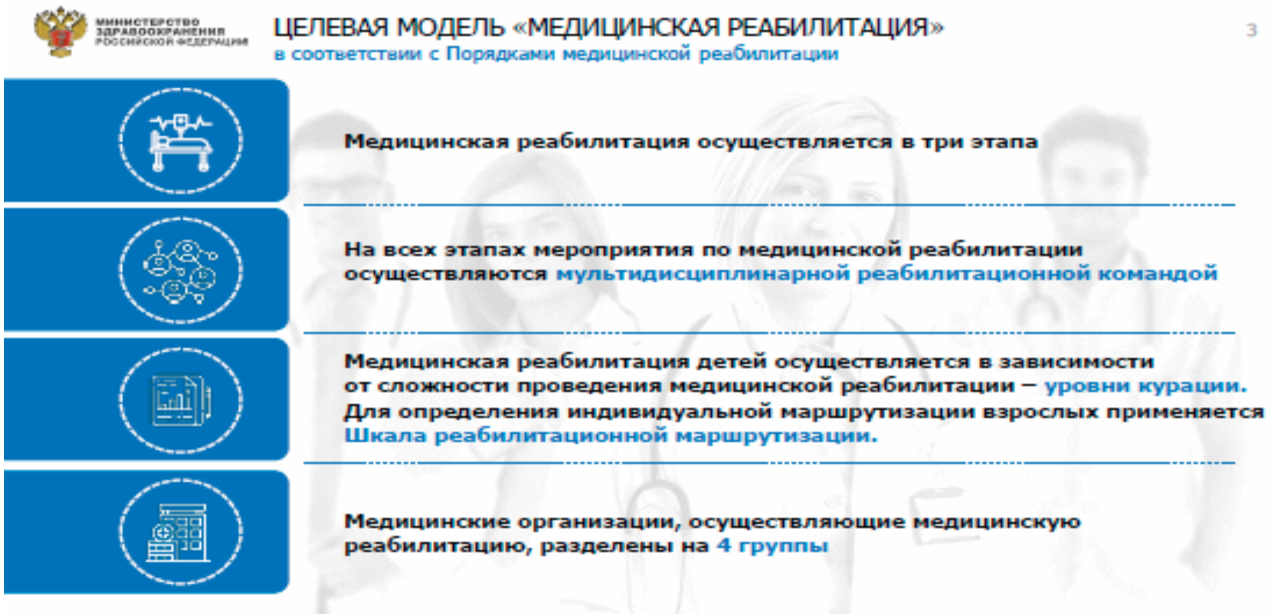
Е.Г. Камкин,
заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Об основных подходах и перспективах развития системы медицинской реабилитации

Медицинская реабилитация является одной из важных составляющих качественной медицинской помощи населению и, безусловно, вносит существенный вклад в восстановление здоровья граждан нашей страны. От ее эффективности, от организации процесса, который мы должны будем выстроить, зависит и исход лечения пациентов в том числе с заболеваниями нервной, сердечно-сосудистой систем, перенесших тяжелые оперативные вмешательства, при онкологических заболеваниях и, безусловно, при перенесенной коронавирусной инфекции.



С 1 января 2021 года вступили в силу порядки организации медицинской реабилитации для взрослых и детей. В 79 субъектах Российской Федерации изданы нормативные правовые акты, регламентирующие оказание медицинской помощи по медицинской реабилитации. Дополнительно в ряде субъектов были разработаны и утверждены приказы, определяющие порядок осуществления медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции.



В разработанной целевой трехэтапной модели медицинской реабилитации предусмотрено оказание медицинской помощи мультидисциплинарной реабилитационной командой. Маршрутизация пациентов осуществляется в зависимости от тяжести состояния в соответствии с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации у взрослых либо уровнем курации у детей, что, в свою очередь, позволяет четко и последовательно маршрутизировать пациента в медицинскую организацию одной из четырех групп и оказывать своевременно и адресную медицинскую помощь по медицинской реабилитации.

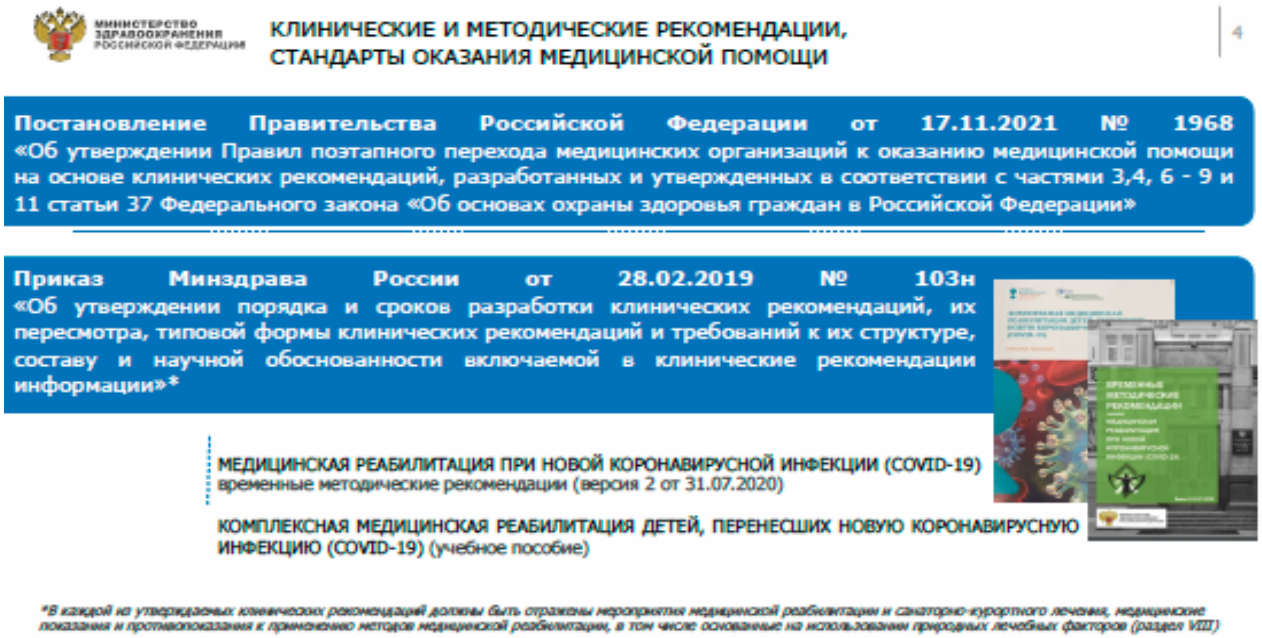
Также необходимо отметить совершенствование системы медицинской реабилитации за счет внедрения новых технологий. С 2019 года в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи был включен вид высокотехнологичной медицинской помощи по профилю нефрология – нейрореабилитация, предусматривающая такие методы, как реабилитационный тренинг с включением биологической обратной связи, восстановительное лечение с применением комплекса мероприятий в комбинации с виртуальной реальностью, восстановительное лечение с применением комплекса мероприятий в комбинации с навигационной ритмической транскраниальной магнитной стимуляцией.

По состоянию на 6 декабря 2021 года по данному виду высокотехнологичной медицинской помощи была оказана помощь 4277 пациентам, из них в федеральных медицинских организациях более 3,5 тысячи пациентов прошли данный вид лечения.

Также в рамках клинической апробации новых методов профилактики, диагностики и лечения, которые включают самые современные, инновационные подходы в лечении, с 2021 года реализуется семь протоколов по медицинской реабилитации также с применением высокотехнологичных методов и методик, разработанных ведущими научными организациями страны. А с 2022 года предусмотрена реализация еще четырех протоколов по медицинской реабилитации, которая будет осуществляться в федеральных медицинских организациях.

После реализации указанных протоколов в случае их успешного проведения экспертным советом Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам организации клинической апробации методов профилактики, диагностики и лечения будет рекомендовано включить данные методы лечения в клинические рекомендации. И данные методы будут широко внедряться в практику ведущих медицинских организаций страны.

С мая 2020 года на базе Национального медицинского исследовательского центра реабилитации и курортологии функционирует пилотный проект по внедрению телемедицинского сервиса, позволяющего на базе цифровой платформы проводить групповые и индивидуальные занятия по медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Об этом будет подготовлен отдельный доклад и позднее представлен коллегами.



В соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская помощь организуется и оказывается в том числе на основе клинических рекомендаций. В ноябре этого года вышло постановление Правительства Российской Федерации № 1968, которое определило порядок поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе разработанных профессиональным сообществом клинических рекомендаций.

И в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации по разработке клинических рекомендаций, в каждой из утверждаемых клинических рекомендаций, в восьмом разделе, должны быть отражены мероприятия медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, медицинские показания, противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе с применением новых, инновационных методов.

В настоящий момент профессиональным сообществом разрабатываются клинические рекомендации по различным профилям. И соответственно, также были разработаны временные методические рекомендации "Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)". Это заболевание новое, и нормативная, и, соответственно, практическая базы сейчас нарабатываются, но тем не менее опыт и отечественный, и зарубежный уже был использован в тех методических рекомендациях, которые были разработаны по новой коронавирусной инфекции. Сейчас действуют вторая версия и учебное пособие по комплексной реабилитации детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

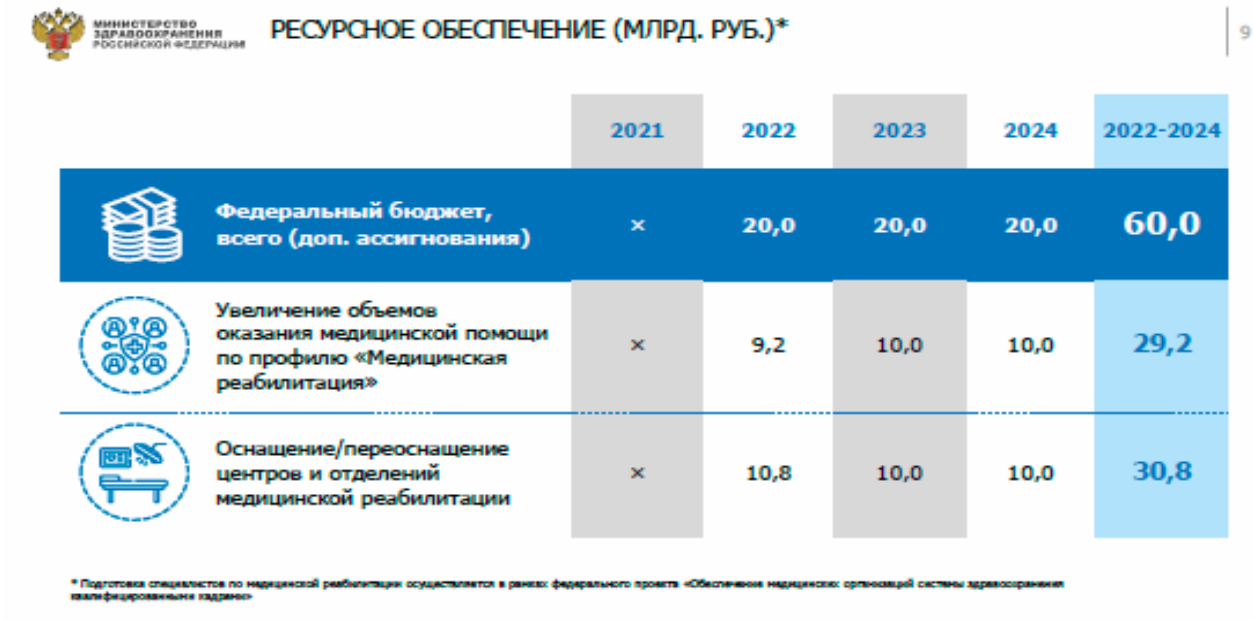
Безусловно, при подготовке и проработке социальной инициативы, о которой сегодня уже упоминалось, мы видим и ряд сложностей, с которыми сталкиваются субъекты Российской Федерации при организации медицинской реабилитации по тем стандартам, которые у нас заложены в порядке оказания медицинской помощи, с тем, что прописано в клинических рекомендациях. Это прежде всего связано с имеющимся в ряде регионов дефицитом коечного фонда, несоответствием оснащения медицинских организаций, которые осуществляют медицинскую реабилитацию, требованиям порядка организации медицинской реабилитации, дефицитом кадров, недостаточным объемом финансового обеспечения. Кроме того, значимым препятствием в получении медицинской помощи и медицинской реабилитации также является отсутствие доступной информации для населения о возможностях медицинской реабилитации, которые могут быть предоставлены гражданам в рамках оказания медицинской помощи.

В целях совершенствования системы медицинской реабилитации и во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 2 мая 2021 года № 753 по вопросу расширения программ лечения и реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях и по вопросу проработки и реализации программ развития медицинской реабилитации Правительством Российской Федерации разработана инициатива "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация". И на ее основе в соответствии с поручением Председателя Правительства Российской Федерации Михаила Владимировича Мишустина Минздравом России сформирован паспорт одноименного федерального проекта.

Федеральный проект связан с показателем национальной цели развития Российской Федерации – это повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет. Федеральным проектом предполагается обеспечение доступности оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации за счет увеличения количества пациентов, получивших медицинскую помощь по медицинской реабилитации, увеличения количества случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, охвата граждан информированием о возможности прохождения медицинской реабилитации и о медицинских организациях, которые осуществляют данный вид медицинской помощи.

В рамках федерального проекта предусматриваются разработка 85 региональных программ "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация", увеличение объемов медицинской помощи по медицинской реабилитации на всех ее этапах, оснащение региональных и федеральных медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию в соответствии со стандартами оснащения, предусмотренного порядками, а также обеспечение информирования граждан о возможностях медицинской реабилитации, в том числе посредством Единого портала государственных и муниципальных услуг.

Мы уже в этом году начали анализ, аудит существующих ресурсов в системе медицинской реабилитации. Совместно с экспертным сообществом мы подготовили опросники и направляли их как в регионы, так и в федеральные медицинские организации, для того чтобы понять наши стартовые возможности к реализации данной программы. На сегодняшний день все регионы представили необходимую информацию и федеральные медицинские организации. И сейчас проводится анализ представленной информации, на основе которого уже будут сформированы предложения по реализации данного проекта в части материально-технического оснащения и укрепления существующих баз, для того чтобы в последующем можно было применять самые современные технологии уже в данных конкретных медицинских организациях. Также для населения станет доступной информация, например, по какому из профилей медицинской реабилитации пациент может обратиться и в какую медицинскую организацию, для того чтобы эту помощь получить.



Соответственно, дополнительное финансирование мероприятий, которые планируется реализовывать в рамках данного проекта, до 2024 года составляет 60 млрд рублей. Из них на увеличение объемов медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" на три года зарезервированы средства в объеме 29,2 млрд рублей, а на оснащение – в объеме 30,8 млрд рублей.

В сравнении текущего состояния системы медицинской реабилитации с результатом за счет реализации федерального проекта можно отметить, что число граждан, получивших медицинскую реабилитацию, должно увеличиться более чем в два раза. На 35% вырастет доля случаев оказания медицинской помощи. 58% населения будет информировано – это 100%, которые на сегодняшний день зарегистрированы или, как планируется, получат регистрацию на ЕПГУ и будут информированы о возможностях медицинской реабилитации через единый портал. Более 3 тысяч врачей освоят новую специальность по программе профессиональной переподготовки "Физическая и реабилитационная медицина", и не менее 6 тысяч прочих специалистов мультидисциплинарных команд будут подготовлены в соответствии с требованиями профессионального стандарта.

По результатам реализации федерального проекта "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация" будут получены следующие социально значимые результаты – это повышение удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской реабилитации и снижение уровня инвалидизации населения.

Т.В. Яковлева,
первый заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства

Медицинская реабилитация пациентов с синдромом Long-COVID

Опираясь на опыт, пройденный ФМБА России, в котором мы использовали все детали для получения качественного результата в этой области, хочу начать свое выступление с демографических показателей.

Показатели смертности до COVID-19
(по данным Росстата)

Основные показатели по РФ (данные Росстата)

Показатели НИЗ	2000	2005	2008	2019	Анализ динамики: 2000 к 2019 (%)
Ожидаемая продолжительность жизни (год, значение показателя за год)	65,3	65,4	68	73,34	12
Общая смертность (на 1000 человек населения)	15,3	16,1	14,5	12,3	-20
Материнская смертность (на 100 тыс.родившихся живыми)	39,7	25,4	20,7	9	-77
Младенческая смертность (на 1 тыс. родившихся живыми)	15,3	11	8,5	4,9	-68
Смертность от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	846,1	905,41	830,84	573,2	-32
Смертность от онкологии (на 100 тыс. населения)	204,7	200,61	202,64	203,5	-1
Смертность от болезней органов дыхания (на 100 тыс. населения)	70,2	66,01	55,69	40,3	-43

ФМБА РОССИИ | До 2020 года устойчивая тенденция к снижению смертности по всем показателям и соответственно увеличение продолжительности жизни

Мною взяты данные Росстата, из которых мы видим до 2020 года устойчивую тенденцию к снижению смертности по всем показателям и, соответственно, увеличение продолжительности жизни.

С марта 2020 года, начала пандемии COVID-19, мы отмечаем изменения показателей. По данным Росстата, общая смертность в Российской Федерации в 2020 году возросла на 18%, из которых только 5% – это доля умерших от COVID-19 и 13% – так называемая отсроченная смертность. Что такое отсроченная смертность, показано на слайде. Там же отображено, во сколько раз увеличивается смертность от данных осложнений. COVID-19 приводит как к увеличению избыточной смертности, так и к повышению отсроченной смертности от других заболеваний.

Послания, указы Президента Российской Федерации, постановления Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации, другие нормативные правовые акты были направлены на решение данных задач, особенно на эти 13% отсроченной смертности. Что необходимо сделать? Прежде всего – это борьба с последствиями. Углубленная диспансеризация, реабилитация, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение, выявление пациентов группы риска, организация эффективной маршрутизации на госпитализацию, реабилитацию, санаторно-курортное лечение. Мы имеем положительный опыт и в диспансерном наблюдении в течение года после лечения, и в реабилитации.

На что необходимо обратить внимание в первую очередь. Это углубленная диспансеризация, раннее выявление осложнений у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию, и их дальнейшая реабилитация.

Рассмотрим пошагово. Первый шаг – загрузка сведений. Важный шаг. Именно здесь социальная инновация – внедрение бережливых технологий. Как бы мы к ним ни относились, нам придется их применять в работе. Опыт показывает, что в начале выгрузка сведений проходила с допущением большого количества ошибок: неверно указывали фамилии, номера телефонов, адреса, были в списке даже умершие. Это значит, что данные в реестр загружали неверно, соответственно, получали неверные сведения в ЕГАИС и в ОМС. Данные, которые необходимо сравнить и передать в территориальный орган обязательного медицинского страхования.

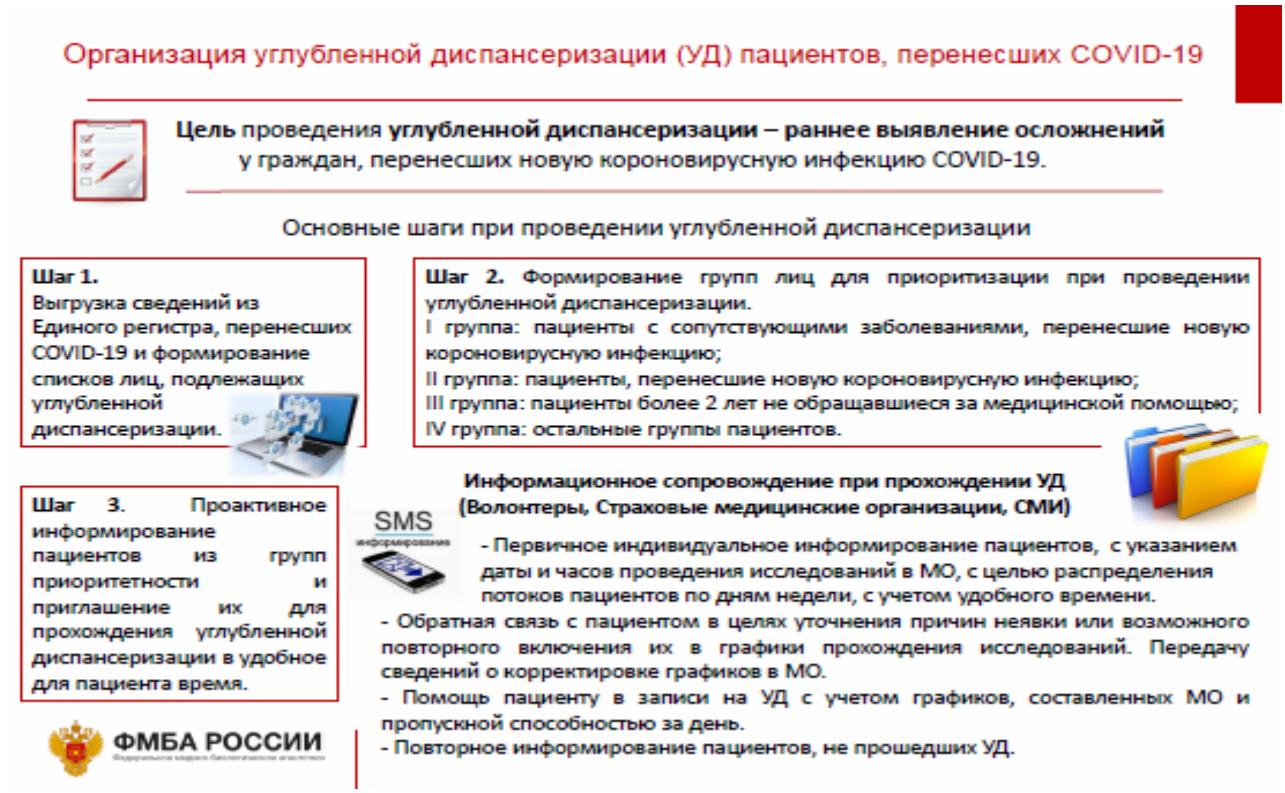
Также обязательно формирование групп лиц для приоритизации при проведении углубленной диспансеризации. Эти группы расписаны в соответствии с нормативными правовыми актами. Но наш опыт показал обязательное разделение пациентов, подлежащих углубленной диспансеризации на половозрастные группы. Они имеют примерно одинаковый перечень обязательных медицинских, лабораторных, инструментальных исследований, осмотр врачами, специалистами, что позволяет оптимально использовать ресурсы при проведении диспансеризации. Даже несмотря на нехватку материальной, и особенно кадровой, составляющей.

Второй шаг – определение оптимальной маршрутизации – вот что важно для каждой половозрастной группы. Необходимы кадровые ресурсы, чтобы просчитать максимальную пропускную способность медицинских учреждений с учетом маршрутизации.

Если все просчитать и диспансеризация будет проходить быстро, далее пациенты также быстро будут направляться на лечение или реабилитацию, то в итоге они поверят в нас и начнут сами активно участвовать в диспансеризации.

Наши медицинские учреждения совместно со страховыми организациями уже отработали лист маршрутизации. Этот лист выдается амбулаторным и стационарным больным. В листе маршрутизации указаны дата, место, номер кабинета и время для каждого пациента. В этом заключается применение бережливых технологий, что помогает избежать некачественного оказания медицинской помощи.

И третий шаг – это проактивное информирование пациентов из приоритетных групп для приглашения к прохождению углубленной диспансеризации в удобное для них время. Обязательно включая вечернее время и выходные дни. Фиксировать обратную связь: пришел – не пришел пациент. Крупные страховые медицинские организации на этом этапе оказывают значительную помощь в работе медиков.



Организация и проведение УД на основе принципов «бережливого производства»

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП:

планирование процессов одно из основных условий достижения высокой эффективности

- разделение пациентов, подлежащих УД на половозрастные группы, имеющие одинаковый (примерно одинаковый) перечень обязательных медицинских исследований (лабораторных, инструментальных, осмотр-врачами - специалистами и др.).

  Это позволяет оптимально использовать ресурсы при проведении УД.

- определение оптимальной маршрутизации проведения УД для каждой половозрастной группы, необходимых кадровых ресурсов, максимальной пропускной способности МО с учетом маршрутизации.

  Это позволяет заранее сформировать гибкий график работы специалистов МО, возможности проведения УД в вечернее время и выходные дни.

- определение режима смс-рассылок для равномерной загрузки МО, с указанием времени, даты и места проведения УД .

  Это позволят равномерно распределить потоки пациентов по дням недели и в удобное для пациента время.

Такие подходы согласуются в целом с внедрением «бережливого производства» в процессы оказания медпомощи - а это одна из задач национальных проектов

Результаты рационализации

- обеспечения непрерывности процесса, без задержек и с минимальными ожиданиями;
- обеспечения необходимой производительности;
- минимизации необоснованных перемещений граждан;
- возможность организации процессов с гибкой численностью персонала (возможность совмещения/замещения функций).

Организация углубленной диспансеризации (УД) пациентов, перенесших COVID-19

Шаг 4.
Организация и проведение обследований в рамках углубленной диспансеризации

Дополнительные исследования

I этап диспансеризации (за 1 день)

- Насыщение крови кислородом в покое (сатурация)
- Тест 6-минутной ходьбы
- Спирометрия
- Рентгенография органов грудной клетки
- Общий (клинический) анализ крови развернутый
- Биохимический анализ крови: общий холестерин, липопротеины низкой плотности, С-реактивный белок, АЛТ, АСТ, креатинин
- Определение концентрации Д-димера в крови

II этап диспансеризации (за 1 день)

- Дуплексное сканирование вен нижних конечностей
- Компьютерная томография органов грудной клетки
- Эхокардиография

Шаг 5 .
Выявление групп пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению

Шаг 6.
Выявление групп лиц, нуждающихся в медицинской реабилитации

Реестр пациентов ФМБА России, перенесших COVID-19 и подлежащих Диспансерному наблюдению.

Далее, четвертый шаг – это организация и проведение обследований в рамках углубленной диспансеризации. Перечень дополнительных исследований, которые должны пройти пациенты, в два этапа. На каждый дается один день. В связи с этим необходимо подобрать такие лечебные учреждения, в которых сосредоточены и

кадры, и инструментарий, и оборудован первый этаж для работы в вечернее время и выходные дни.

Пятый шаг – выявление групп пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению.

Шестой шаг – выявление групп лиц, нуждающихся в медицинской реабилитации.

По каждой группе – лица, подлежащие диспансерному наблюдению, либо нуждающиеся в реабилитации или санаторно-курортном лечении, – в ФМБА были созданы реестры пациентов, перенесших COVID-19.

Приказом ФМБА России был создан единый оператор, на базе Федерального научно-клинического центра медицинской реабилитации и курортологии, который отвечает за формирование реестров. Мы понимаем, что у нас меньше прикрепленного населения, чем в регионах. Но в регионах есть возможность создания такого оператора на базе медицинской страховой организации.

У нас есть удаленные территории, на которых действительно отсутствуют реабилитационные центры. Есть только медицинские пункты. Поэтому обязательно необходимо применение телемедицины в реабилитации после COVID-19.

О.Ю. Баталина,
первый заместитель
Министра труда и социальной защиты
Российской Федерации

Реализация мероприятий по медико-социальной реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), учреждениями социального обслуживания

Социально-медицинская реабилитация в системе Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации реализуется по разным направлениям.

Первое. В полном объеме социально-медицинская реабилитация представлена в социально-оздоровительных центрах, которые действуют на региональном уровне в 17 субъектах Российской Федерации. Это 23 социально-оздоровительных центра с комплексом реабилитационных услуг длительностью путевки от 15 до 20 дней. В Астраханской области – большой реабилитационный центр "Русь" и центр "Здравушка". В Ставропольском крае – центр "Кавказ". Во Владимирской области – прекрасный областной социальный реабилитационный центр. Все имеют медицинскую лицензию, хорошо оснащены. И сейчас их программы максимально адаптированы в том числе под устранение постковидных последствий.

По количеству регионов и по количеству центров видно, что в системе социальной защиты они действуют не в каждом субъекте Российской Федерации. С использованием средств федерального бюджета ведется строительство только стационарных организаций для пожилых граждан с учетом того, что в действующих сегодня центрах имеется очередность. Но в целом запрос на развитие инфраструктуры реабилитационных центров, конечно, в субъектах Российской Федерации есть. Такие центры могут быть как в системе социальной защиты, так и в системе здравоохранения.

Второй блок – это реабилитационные центры, которые оказывают отдельные реабилитационные услуги взрослым гражданам. Как

правило, это социальные реабилитационные центры с дневным пребыванием полустационарного типа. В системе социальной защиты действует 50 реабилитационных центров с медицинской лицензией. Причем 18 – это отдельные организации и 32 – реабилитационные отделения в организации социального обслуживания.

Есть и еще один аспект. Последствия COVID-19 еще до конца не изучены и в ряде случаев требуется, возможно, не масштабная комплексная реабилитация, а восстановление частично утраченных функций – когнитивных или связанных с двигательной активностью, затрудненностью дыхания. И здесь на помощь приходят полустационарные социальные организации. В условиях, когда человек длительное время пребывал в изоляции дома, переболел коронавирусом, ему очень важно вернуться к активному образу жизни. Таких полустационарных организаций, на базе которых развернута работа в режиме дневного стационара или оказания отдельных услуг, более 210 организаций в целом по стране.

Конечно, особое внимание уделяется тем пожилым гражданам и инвалидам, которые проживают в стационарных организациях социального обслуживания. Понятно, что это наиболее уязвимые категории граждан, находящиеся в группе риска в силу того, что у них снижены способности к самообслуживанию по состоянию здоровья или возрасту.

Мы многое делаем для того, чтобы COVID-19 в социальные интернаты просто не попадал, понимаем, насколько тяжелые его последствия. С апреля прошлого года ведется еженедельный мониторинг ситуации во всех интернатах. Вы знаете, что мы переводили и продолжаем переводить дома-интернаты на так называемый закрытый карантинный режим работы, когда сотрудники стационарных организаций проживают в течение двух недель внутри интерната. Это обеспечивает снижение, минимизацию рисков заноса инфекции внутрь интерната. Работники получают за это соответствующие стимулирующие выплаты, которые с 15 ноября 2020 года осуществляются через Фонд социального страхования. Они сопоставимы с выплатами медицинским работникам.

Благодаря таким мерам нам удалось не допустить взрывного роста COVID-19 в интернатных организациях. С 20 апреля прошлого года, число заболевших составляет 66 192 человека, из которых 38 тысяч – это получатели социальных услуг, то есть те, кто проживает в интернате, это 12% от всего количества проживающих. И 28 тысяч – сотрудники организации, они тоже заболевали, особенно когда были в ковидной смене, это 15% от всего количества работающих. 95% на текущий момент выздоровели, количество случаев со смертельным исходом составляет порядка 3% от общего количества заболевших.

Мы активно проводим в домах-интернатах вакцинацию, чтобы граждане пожилого возраста и инвалиды не болели. На текущий момент 94,4% всех проживающих и 90,3% сотрудников организаций вакцинированы двумя компонентами Спутника V.

Для того чтобы все, кто переболел COVID-19 и продолжает проживать в домах-интернатах, вовремя и, главное, в полном объеме прошли углубленную диспансеризацию, мы предприняли дополнительные контрольные усилия вместе с федеральным фондом медицинского страхования. Чтобы у фонда была возможность дополнительного контроля за тем, как проходит углубленная диспансеризация, и чтобы мы как федеральный орган исполнительной власти видели, что все те, кто переболел COVID-19, такую углубленную диспансеризацию прошли, была проведена сверка номеров медицинских полисов всех проживающих в интернатных организациях с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, с тем чтобы по этим полисам фонд мог проконтролировать, проведена ли диспансеризация, какие выводы сделаны по итогам, какие медицинские услуги были оплачены медицинским организациям по конкретным полисам.

Помимо этого, реабилитационные мероприятия проводятся с проживающими внутри самих домов-интернатов. Учитывая, что у всех стационаров есть медицинские лицензии, а в штате – медицинские работники, мы 2 декабря существенно обновили методические рекомендации по организации работы во всех стационарных организациях. Этот документ был подписан Министром здравоохранения, Министром труда и социальной защиты, Министром образования и главой Роспотребнадзора. Такие рекомендации мы давали еще весной 2020 года, когда нужно было очень четко определить правила и порядок организации работы с учетом ковидных вызовов.

Сейчас, когда многие организации отменили закрытый режим работы, на первый план выходят задачи прежде всего восстановления обычной прежней жизни – дневной занятости, прогулок, общения с родственниками. Все это отражено в обновленных методических рекомендациях.

В.В. Белоусов,
директор федерального государственного бюджетного учреждения "Федеральный центр мозга и нейротехнологий" Федерального медико-биологического агентства

Лечение невралгических и соматических последствий новой коронавирусной инфекции COVID-19

Вызовы времени сейчас требуют от нас новых подходов к решению острых проблем. Совсем недавно, 1 декабря в нашем центре состоялось открытие научно-производственного комплекса персонифицированной медицины. Фактически это попытка очень тесно интегрировать науку с клиникой и обеспечить непосредственный доступ для медиков к передовым биомедицинским и научным разработкам, с тем чтобы то, что сейчас происходит в ведущих мировых научных центрах и лабораториях, мы могли применять не для решения каких-то абстрактных биологических проблем, а для лечения конкретных пациентов конкретной клиники, исследовать их и персонифицировать этот подход. Фактически создана технологическая цепочка от разработки до производства этих препаратов, построен небольшой фармацевтический завод, который может создавать клеточные и вирусные терапевтические препараты. Поэтому приглашаем всех на экскурсию, кому интересно посмотреть и кто не смог посмотреть 1 декабря.

Пока слушал коллег, я, конечно же, уже переформатировал полностью свое сообщение, чтобы не повторяться и сэкономить время. На чем я хотел заострить внимание.

Во-первых, конечно, по моему мнению, диспансеризация – это то, что абсолютно необходимо, потому что мы знаем, что многие медицинские, постковидные проблемы на самом деле скрыты. То есть, например, человек может плохо себя чувствовать, потому что у него гипоксия, у него было поражение легких и сил у него мало. А другой пациент чувствует себя прекрасно, никакой реабилитации ему не нужно, но у него на самом деле идут скрытые процессы тромбообразования, возникают микротромбы и так далее, и потом – через год, через два –

мы будем вынуждены тратить колоссальные деньги на его реабилитацию уже после инсульта, например.

Поэтому диспансеризация… Насколько она должна быть углубленная? На самом деле не такая уж она должна быть углубленная. Надо просто добавить несколько анализов к существующей рутинной лабораторной диагностике, не только биохимию, но, как было уже сказано, D-димер, коагулограмма – это уже что-то даст.

Кроме того, еще один пункт. В проекте решения заседания Совета сказано, что, по мнению специалистов, 40–45% пациентов, перенесших COVID-19, нуждаются в реабилитации. Да, это так, но в условиях ограниченности ресурсов нам нужно будет выработать критерии, как они выработаны, например, для реабилитации после инсульта, после черепно-мозговой травмы.

Нам нужны эти критерии, потому что в первую очередь, конечно, нужно реабилитировать в стационаре тех, кто серьезно пострадал, но вместе с тем имеет достаточно высокий реабилитационный потенциал, то есть на них тратить определенное количество средств. А у кого легкие симптомы, но они есть, им нужна реабилитация, но они могут ее проходить дома, амбулаторно. Хотя бы физкультурой заниматься – это уже реабилитация. То есть выработка четких критериев госпитализации на реабилитацию поможет сэкономить средства, чтобы первично это заработало, как в свое время было с реабилитацией после инсульта.

Я не слышал, чтобы где-то был затронут такой вопрос, что нам нужно не только готовить специалистов (это всем понятно), но нужно еще создавать отечественное реабилитационное оборудование. Мы все знаем, что хорошее оборудование сейчас в основном импортное. Мы вынуждены его закупать, но сейчас мы в Федеральном медико-биологическом агентстве, в том числе в Федеральном центре мозга и нейротехнологий, ведем тесную работу с такими структурами, как Росатом и Ростех, по созданию отечественной приборной реабилитационной базы. И, конечно, если другие организации будут к этому подключаться, будет только хорошо.

Пласт проблем огромный, на самом деле нам нужны специализированные научные программы по изучению COVID-19, его медицинских последствий, формированию доказательной базы.

Мы живем в эпоху, когда медицина все более и более доказательная. Соответственно, чтобы эту доказательную базу формировать, нужны специализированные научные программы, которые будут поддерживать исследования новых методов реабилитации, изучать, насколько они эффективны и так далее. Это все фактически научно-исследовательские разработки. Тем самым, надо подключать и те организации, те профильные министерства, которые ведают этими вопросами.

С.В. Романов,
директор федерального бюджетного учреждения здравоохранения "Приволжский окружной медицинский центр" Федерального медико-биологического агентства

Система постковидной реабилитации в Федеральном медико-биологическом агентстве (на примере Приволжского федерального округа)

Наш центр располагается в Нижнем Новгороде, является многопрофильным учреждением, основными его направлениями являются онкология, нейрохирургия, трансплантация органов и, конечно, реабилитация.

На сегодня центр курирует 13 учреждений ФМБА России, которые располагаются непосредственно в округе. Именно такая система построения позволяет применять систему единого оператора, координатора, и если мы говорим сегодня о постковидной реабилитации, то осуществлять непосредственную маршрутизацию из учреждений Приволжского федерального округа, коммуникации с нашей организацией и так далее.

Медицинские организации ФМБА России в ПФО
Решма
Ивановская обл., 220 км
Саров, 180 км
Кирово – Чепецк, 587 км
Глазов, 500 км
Сарапул, 800 км
Межгорье, 1200 км
Димитровград, 530 км
Серноводск 730 км
Балаково, 730 км
Заречный, 440 км
Киров
Пермь
Ижевск
Йошкар-Ола
Нижний Новгород
Чебоксары
Казань
Саранск
Ульяновск
Пенза
Самара
Саратов
Оренбург
Приказом ФМБА России от 30 июля 2020 года № 208 «О формировании сети окружных медицинских центров ФМБА России» ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России назначен координатором деятельности медицинских организаций, подведомственных ФМБА России, расположенных в ПФО.

Трехуровневая система оказания медицинской помощи в ФМБА России на примере ПФО
Здравпункты на прикрепленных предприятиях
I уровень: МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь
II уровень: МО, оказывающие преимущественно специализированную медицинскую помощь (за исключением ВМП)
III уровень: МО, оказывающие специализированную медицинскую помощь в том числе ВМП
Маршрутизация оказания специализированной, в т. ч. высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, прикрепленным к медицинским организациям ФМБА России в ПФО
III уровень – лечебно – диагностическая помощь с применением высокотехнологичных методов в стационаре
Поликлиники организаций ФМБА России
Стационары ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России (г. Нижний Новгород)
ФГБУЗ КБ № 50 ФМБА России
ФГБУЗ МСЧ № 59 ФМБА России
ФГБУ ФВЦМР ФМБА России
ФГБУН КНИИГ и ПК ФМБА России
Федеральные клиники ФМБА России
Центры компетенции
Центры реабилитации и СКЛ
ФГБУЗ МРЦ «Сергиевские минеральные воды» ФМБА России (п. Серноводск)
ФГБУЗ МРЦ «Решма» ФМБА России (п. Решма)

Организация работы инфекционных госпиталей для лечения тяжелых форм COVID-19 у пациентов, прикрепленных к медицинским организациям ФМБА России в ПФО

Исходя из потребностей населения, сформированы шесть инфекционных госпиталей

Коечный фонд инфекционных госпиталей медицинских организаций ФМБА России в ПФО на 25.11.2021 составляет 890 коек (все койки обеспечены подачей кислорода)

Деятельность всех инфекционных госпиталей медицинских организаций ФМБА России в ПФО в круглосуточном режиме координируется ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России

Всего с начала пандемии COVID-19 в инфекционных госпиталях медицинских организаций ФМБА России в ПФО пролечено **12560** человек, которые нуждаются в различных этапах постковидной реабилитации

Принципы реализации новой модели медицинской организации в России:

Четыре основных принципа организации медицинской реабилитации:

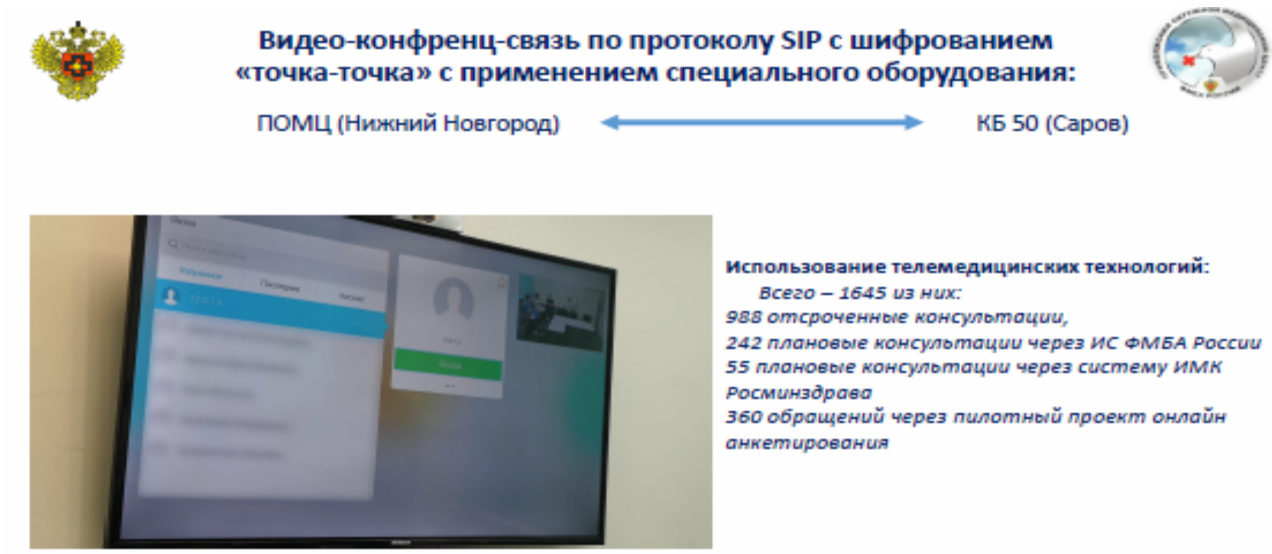
Нормативно-правовая основа: Приказ Минздрава РФ №788н от 31.07.20 «О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЗРОСЛЫХ»

Главный реабилитолог МЗ РФ, ФМБА России Г. Е. Иванова

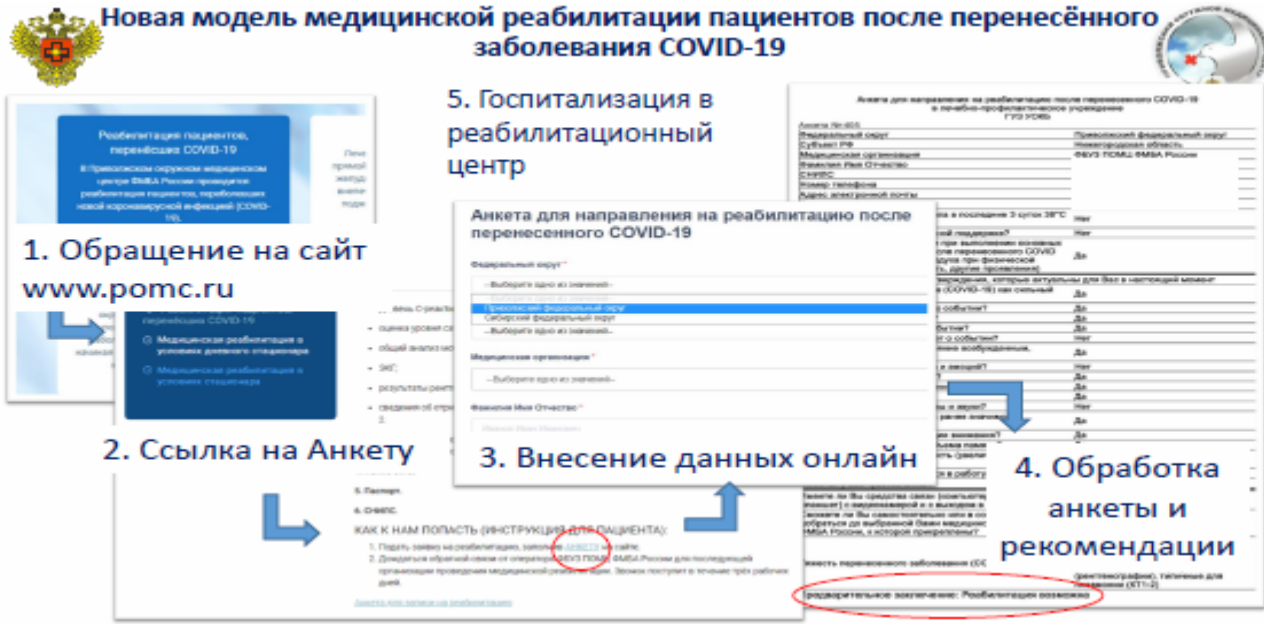
Удаленность учреждений от Нижнего Новгорода совершенно различная, и всего лишь два находятся на расстоянии до 300 километров, остальные – более тысячи. Таким образом, крайне актуально открыть все возможные источники для обращения в организацию, очень качественно и четко маршрутизировать всех пациентов.

Ранее были четко обрисованы шесть шагов, которые осуществляются при углубленной диспансеризации, и затем мы должны этих пациентов направить на реабилитацию. Мы попытались сочетать все возможности, для того чтобы коммуницировать с этими пациентами и оказывать им медицинскую помощь. То есть это и работа учреждений Нижегородской области через VipNet в части прикрепленного контингента, и самостоятельное обращение пациента, потому что пациент может и не пойти в медицинскую организацию, а может обратиться непосредственно.

Медицинские учреждения ФМБА России из Приволжского федерального округа используют единую цифровую платформу через систему ТМК Минздрава, в частности, с привлечением ВЦМК "Защита" ФМБА России. Есть такой практический опыт, как использование защищенного канала непосредственно с нашими ЗАТО. Это комплект оборудования с полностью защищенным шифрованием позволяет общаться как в формате "врач – врач", так и в формате "врач – пациент" и оказывать дистанционную реабилитацию.



Всего было 1645 обращений. И что еще интересно, с начала нашего пилотного проекта 360 обращений через проект онлайн.

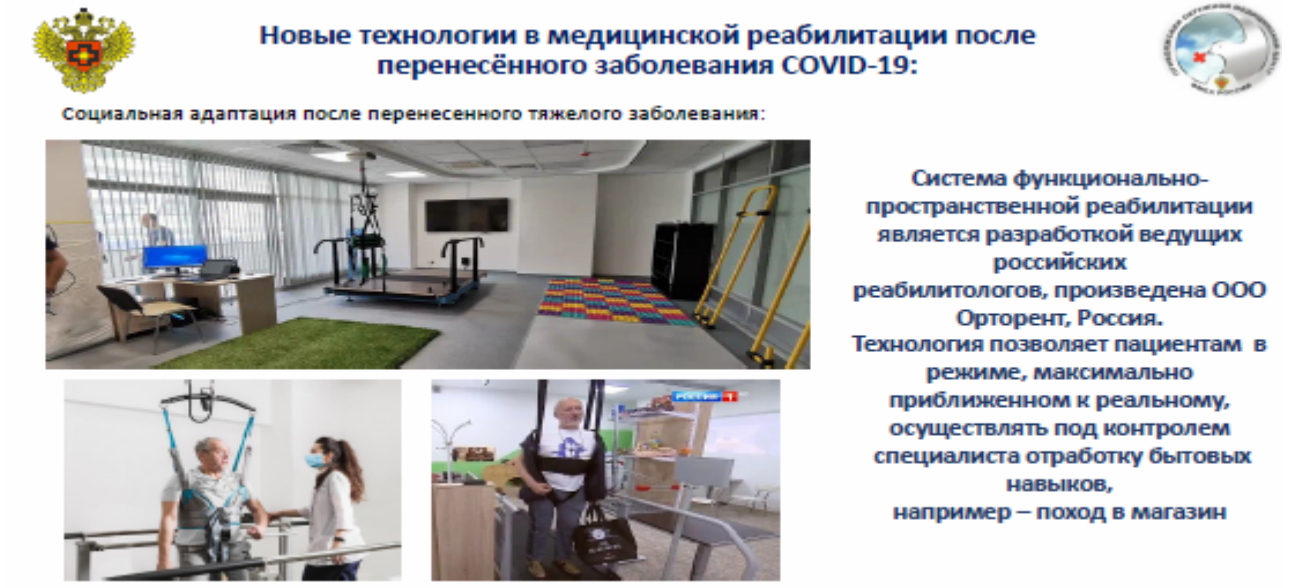


В чем суть? Человек может самостоятельно обратиться на сайт. Здесь используется в том числе формат бережливых технологий, которые снижают затраты и персонала, и непосредственно экономят время пациента для дальнейшей маршрутизации. Поэтапно идут вкладки, которые показывают пациенту дальнейшие шаги. Пациент заполняет анкету, анкета обрабатывается практически в онлайн-режиме, и выдается рекомендация – показана реабилитация пациенту или нет. В дальнейшем пациент обращается в тот пункт, который будет указан оператором. Там он может получить индивидуальную программу

реабилитации и использовать как в телемедицинском формате, так и непосредственно при госпитализации в учреждения ФМБА.

Теперь очень актуально поговорить об отечественных разработках. Мы применяем замечательные аппараты, приборы и технологии. В частности, "Тианокс", который был разработан учеными Госкорпорации "Росатом", в том числе Виктором Дмитриевичем Селемиром при участии академика Александра Григорьевича Чучалина, который курировал проект. Мы его очень хорошо применяли в период, когда лечили пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Этот аппарат очень эффективно работал при реабилитационных мероприятиях. И вы видите, что более 100 пациентов со шкалой реабилитационной маршрутизации 5–6 были переведены на более низкие классы этой шкалы. А что это такое? Лежачие пациенты в принципе стали ходить, то есть могут осуществлять активные движения и переходят в более легкий класс.

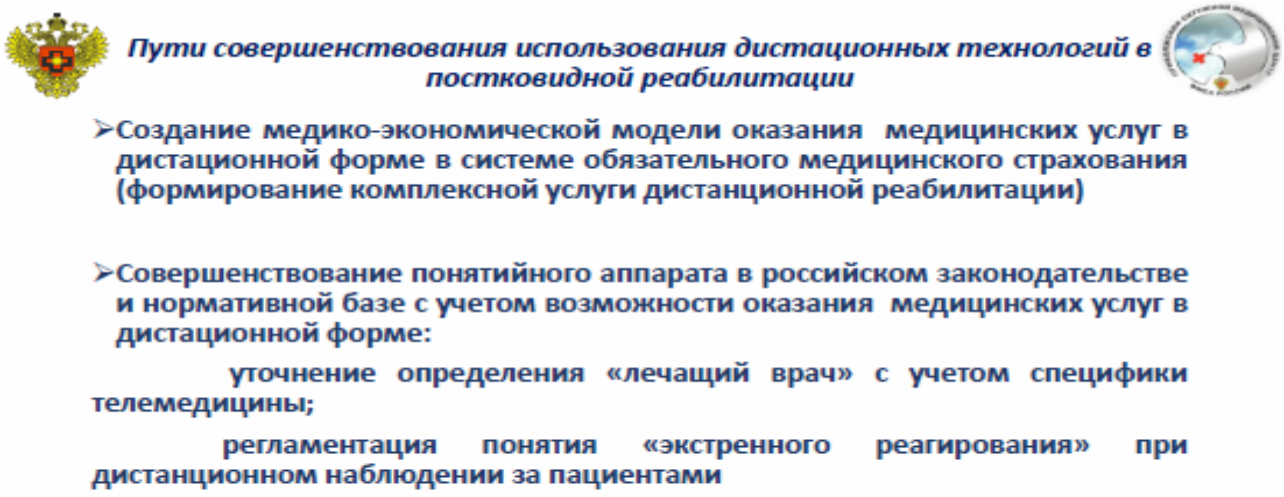
Следующий пример – экзоскелет, экзоатлет (разработка нашего центра "Сколково"), который у нас применяется уже не один год. И мы его тоже сейчас стали применять для постковидной реабилитации у пациентов с нейрососудистыми нарушениями (у которых есть, безусловно, нарушения ходьбы), улучшения толерантности к физическим нагрузкам. Единственное, мы его дополнили еще телеметрическим датчиком, который передает все контрольные параметры сердечно-сосудистой деятельности, для того чтобы дозировать нагрузку и оценивать результат.



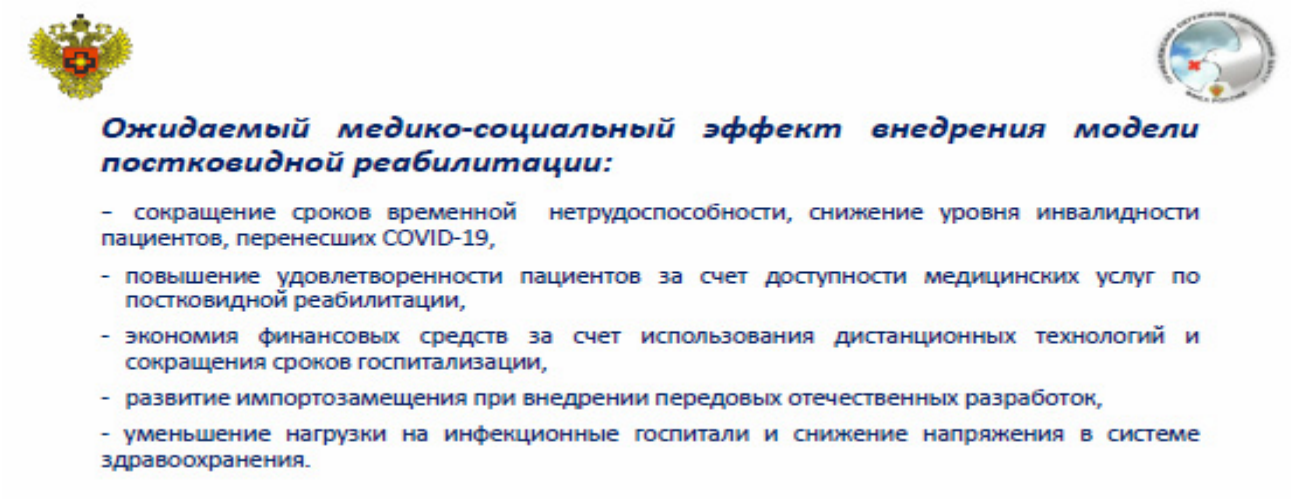
Следующий перспективный проект – социальная реабилитация. Это действительно интересно, здесь тонкая грань между медицинской и социальной реабилитацией. Данный отечественный комплекс будет установлен в нашем центре в следующем году. Он помогает пациентам адаптироваться к новой походке, например походу в магазин,

безопасному переходу улицы, посадке в общественный транспорт. Мы практически подготовили всю базовую часть в качестве ремонта помещений.

Таким образом, ФМБА России создана в ПФО модель, учитывающая территориальные особенности, максимальное использование дистанционных возможностей, введение дистанционных методик и объективное измерение результатов медицинской реабилитации, о котором также говорил мой коллега. Это очень важно – чтобы было все объективизировано, с тем чтобы определить показания.



Наши предложения по путям совершенствования использования дистанционных технологий мы внесли в протокол. Я просто обращаю внимание на пункт 1 (это, наверное, самое главное) – формирование комплексной услуги дистанционной реабилитации, которой сегодня нет. На юридических деталях позвольте не останавливаться, они также изложены.



Дистанционная модель и внедрение постковидной реабилитации, безусловно, сокращают сроки временной нетрудоспособности, ведут к повышению удовлетворенности пациентов за счет доступности медицинских услуг, экономят финансовые средства и позволяют внедрять отечественные разработки и развивать импортозамещение. Кроме того (что очень важно), мы видели в последнюю волну и на себе активно ощущали, что это уменьшает нагрузку на инфекционные госпитали и снижает напряжение в системе здравоохранения.

Н.Р. Полушкина,
вице-президент, исполнительный директор кластера биологических и медицинских технологий Фонда "Сколково"

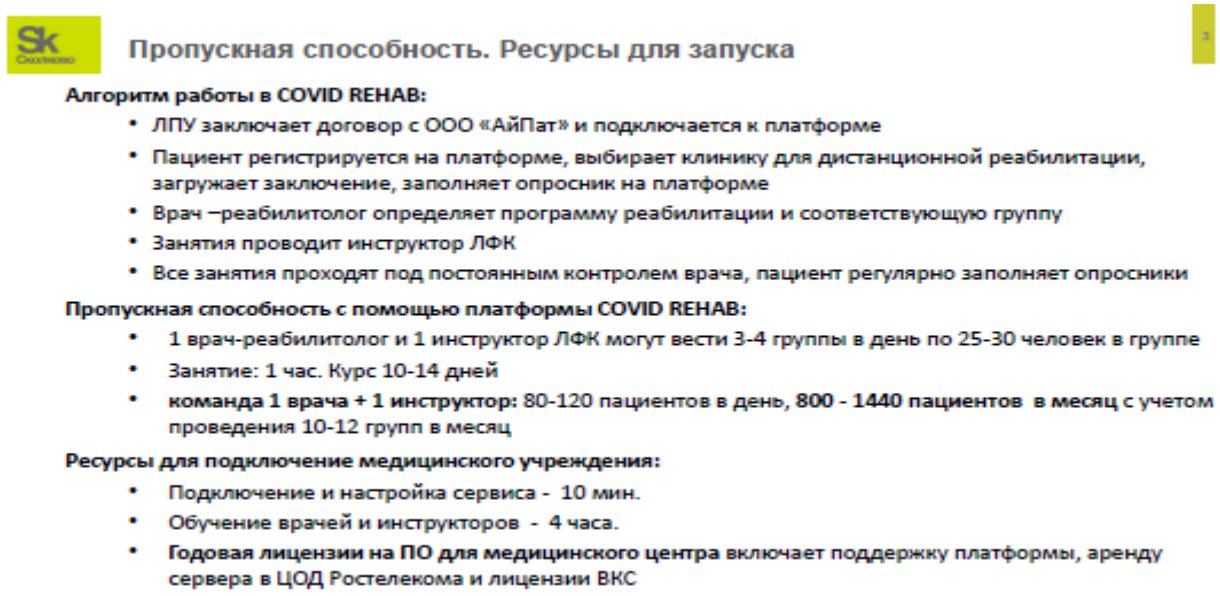
Внедрение технологий стартапов Фонда "Сколково" по дистанционному мониторингу и постковидной реабилитации пациентов

Я хотела бы рассказать вам об интерактивной телемедицинской платформе для дистанционной групповой реабилитации переболевших COVID-19, которая была создана участником Фонда "Сколково" – компанией "Айпат" при поддержке гранта "Сколково" совместно с Научно-медицинским исследовательским центром реабилитации и курортологии Минздрава России (далее – (НМИЦ реабилитации и курортологии) в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России.

Эта платформа очень мобильная, удобная, легко подключается, ею несложно обучить пользоваться врачей-реабилитологов, инструкторов ЛФК и пациентов.

На сегодняшний день эта платформа апробирована в большом количестве регионов. В семи регионах к ней подключены центры, среди которых НМИЦ реабилитации и курортологии, известный реабилитационный центр "Решма" ФМБА России.

Очень хорошие отзывы о платформе у пациентов, причем абсолютно разных возрастных групп, разного уровня подготовленности. 78% пациентов сообщили о том, что после прохождения курса реабилитации они почувствовали существенное улучшение своего состояния, 18% пациентов проходили курс повторно.

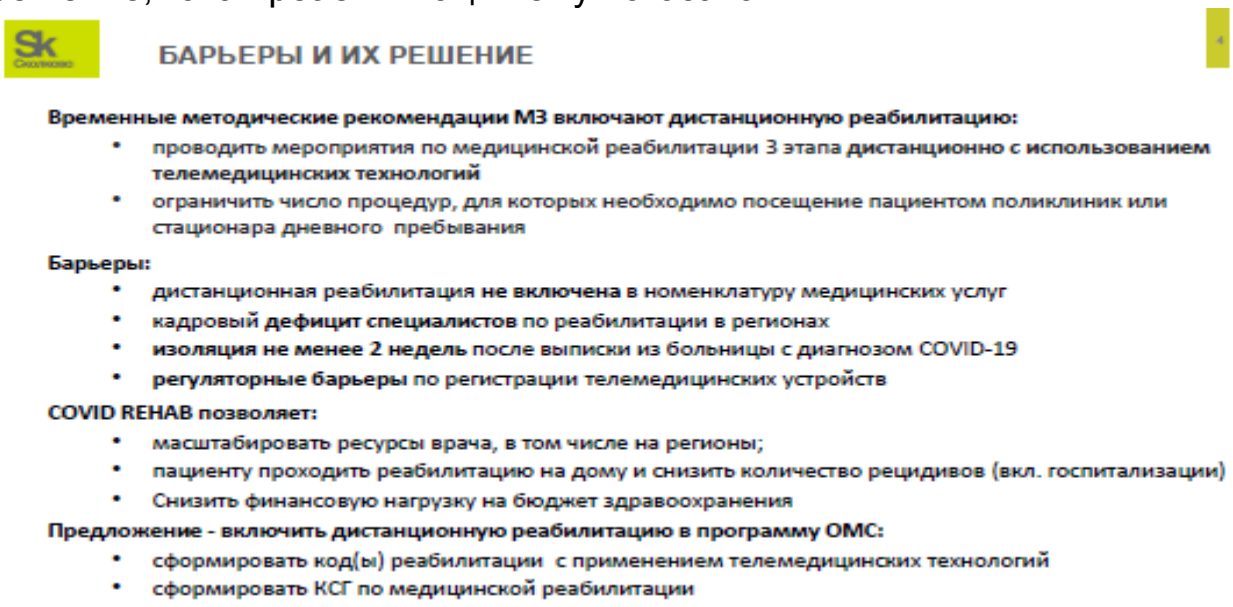


Алгоритм работы платформы заключается в том, что с ее помощью команда из всего лишь одного врача-реабилитолога и одного инструктора ЛФК может охватить до 1,5 тысячи пациентов в месяц, проводить для них реабилитацию с высокой эффективностью.

Сегодня много говорилось о том, что в условиях COVID-19 резко возросла нагрузка на врачей. Мы знаем, что в ЛПУ часто не хватает ресурсов для того, чтобы эффективно проводить реабилитацию. Как раз с помощью телемедицинского решения можно фактически в любом регионе в реальном времени приблизить такую медицинскую помощь к пациенту и провести эффективной курс по реабилитации.

Сама платформа подключается очень быстро – всего через четыре часа команда (врач и инструктор ЛФК) уже может проводить курсы реабилитации с пациентами в режиме онлайн. Каждое занятие может проводиться для группы в 25–30 человек. Курс реабилитации длится 10–14 дней.

Что тоже очень важно, на первом этапе врач решает, в какую группу надо определить пациента, то есть на платформе происходит "умная" сортировка – в зависимости от специфики больного принимается решение, какая реабилитация ему показана.



На сегодняшний день основная задача для более широкого внедрения этой технологии – это, конечно, включение дистанционной реабилитации в тарифы оказания помощи в рамках ОМС. Для этого предлагается совместно с лидерами мнения в медицине, ведущими лечебными учреждениями по реабилитации, которые уже апробировали эту платформу, сформировать коды по реабилитации с применением телемедицинских технологий, клинико-статистические группы и новые тарифы, чтобы максимальное количество пострадавших от COVID-19 могли получить своевременно на дому очень хорошую, качественную реабилитацию и быстрее вернуться в строй, поправить свое здоровье.

Помимо финансовой части вопроса, существует еще один важный аспект – это кадровый дефицит специалистов в области реабилитации, который также решается с помощью этой телемедицинской технологии. Фактически для этой платформы нет региональных барьеров, врачу нет необходимости находиться непосредственно в отдаленных регионах или регионах с бюджетным дефицитом. Это решение действительно очень серьезно оптимизирует нагрузку на систему здравоохранения с точки зрения стоимости ресурсов, которые привлекаются в данном случае.

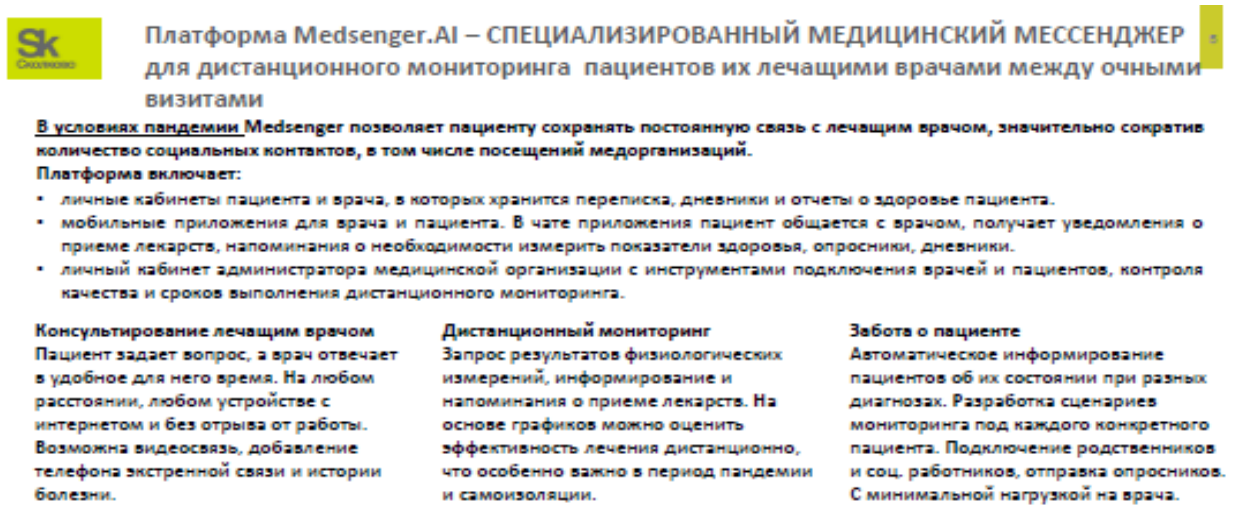
Более того, врач имеет возможность формировать свой рабочий график, структурировать группу пациентов в зависимости от тяжести состояния и специфики заболевания.

Есть еще одна очень важная история – регуляторные барьеры, связанные с проведением этого вида реабилитации, барьеры по регистрации так называемых телемедицинских носимых устройств. То

есть мы в рамках этого проекта стараемся обязательно замерять у пациентов сатурацию, артериальное давление. Конечно, если у нас будет возможность более оперативно регистрировать специальное программное обеспечение и носимые устройства, позволяющие врачу сразу на мониторе в режиме реального времени видеть такие показатели, это сделает телемедицинскую реабилитацию еще более эффективной.

Коротко хотела бы остановиться еще на одном моменте.

У Фонда "Сколково" есть целая линейка технологий, которые позволяют эффективно и с серьезной экономией бюджета предоставить возможность реабилитации во всех регионах Россий Федерации.



Речь идет о платформе Messenger.AI. Это специализированный медицинский мессенджер, который позволяет проводить дистанционный мониторинг пациентов их лечащими врачами в режиме реального времени. Таким образом, в условиях пандемии сохраняется возможность, в первую очередь для пациентов с хроническими заболеваниями, беременных, сохранять постоянную связь с лечащим врачом (в том числе в условиях сокращения плановых посещений) и обеспечить высокий уровень оказания медицинской помощи.

Также в это решение интегрирован сервис на базе искусственного интеллекта, который позволяет настраивать в зависимости от анамнеза пациента и динамики его симптомов грамотный мониторинг и подсвечивать для врача приоритетные консультации, которые он должен провести в своей целевой группе больных.

РЕШЕНИЕ
Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации по итогам заседания на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)"

г. Москва *6 декабря 2021 года*

Заслушав и обсудив выступления членов Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (далее – Совет) и других участников заседания на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)", Совет отмечает следующее.

В условиях новых вызовов развитие системы реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) приобретает особую значимость, поскольку последствия перенесенной болезни порой не легче, чем само заболевание. Это не только поражение легких, но и сосудистые поражения, нарушение сна, мышечные боли и боли в суставах, снижение памяти, умственной работоспособности и депрессия.

Результаты последних исследований показывают, что треть граждан из тех, кто переболел COVID-19, не могут вернуться к прежнему образу жизни. От 15% до 25% пациентов, проходивших лечение от COVID-19 в стационаре, не возвращаются к прежней работе по состоянию здоровья, а 29% больных, выписанных из отделений реанимации и интенсивной терапии, в течение ближайших трех месяцев имеют высокий риск смерти от различных осложнений.

Таким образом, проблема долгосрочных последствий COVID-19 лежит не только в плоскости медицины. Они могут оказывать негативное влияние на демографическую ситуацию в стране, являться причиной социально-экономических потерь, обусловленных снижением производительности труда.

В целях создания и дальнейшего функционирования эффективной системы реабилитации на федеральном уровне сформирована соответствующая нормативно-правовая база.

В рамках государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" с 2017 года реализуется отдельная подпрограмма "Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей". Соответствующие программы приняты во всех 85 субъектах Российской Федерации.

Минздравом России утверждены порядки организации медицинской реабилитации взрослых и детей, которые вступили в силу 1 января 2021 года. Новые порядки предусматривают индивидуальный и персонифицированный подход в зависимости от состояния пациента.

Наряду с этим Минздравом России утверждены временные методические рекомендации "Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)". На их основе в субъектах Российской Федерации ведется разработка системы поэтапной реабилитации пациентов, перенесших COVID-19.

Особое внимание вопросам постковидной реабилитации уделяется Советом Федерации. Так, с привлечением широкой общественности состоялось обсуждение данной темы на IV Форуме социальных инноваций регионов и в Совете по региональному здравоохранению. Выработанные Советом Федерации подходы и предложения легли в основу инициативы социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года – "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация".

В целях реализации инициативы разработан паспорт федерального проекта. Им определяется комплекс мероприятий, направленных на модернизацию системы медицинской реабилитации на федеральном и региональном уровнях. В частности, выделяется финансирование на оснащение современным оборудованием федеральных и региональных медицинских учреждений, а также на увеличение объемов медицинской помощи на всех этапах медицинской реабилитации в субъектах Российской Федерации. На эти цели в федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов предусмотрено 60 млрд рублей.

Продолжается работа по формированию региональной нормативной базы. Документы по организации медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, приняты более чем в половине субъектов Российской Федерации. В активной фазе идет разработка специальных региональных программ. Так, в Воронежской области проводится пилотная отработка модели реабилитации пациентов, перенесших тяжелые формы заболевания. В Волгоградской области запущена программа реабилитации детей. В Краснодарском крае накапливается опыт санаторно-курортного оздоровления для пациентов, перенесших COVID-19. Широко внедряются телемедицина и дистанционные формы работы с пациентами в Свердловской области и Уральском федеральном округе.

Особо следует отметить работу четырех научных исследовательских институтов курортологического профиля ФМБА (в Пятигорске, Томске, Сочи и Белокурихе), в которых разработаны специальные программы

постковидной реабилитации для стационаров, поликлиник и санаториев, в том числе с использованием телекоммуникационных возможностей.

Вместе с тем количество переболевших новой коронавирусной инфекцией неуклонно растет и уже преодолело отметку в 9 миллионов человек. Однако, несмотря на принятые меры, потребность в реабилитационных мероприятиях после COVID-19 остается высокой. По мнению экспертов, она составляет от 40% до 45%, то есть практически каждый второй пациент.

Участники заседания Совета также отмечают, что постковидная реабилитация не может быть ограничена только или преимущественно медицинскими мерами. Назрела необходимость обсуждения комплексных подходов и мероприятий, в том числе в области социальной защиты, образования, труда и занятости, физической культуры, направленных на устранение или максимальную компенсацию имеющихся у граждан с постковидным синдромом ограничений в целях их социальной адаптации и возвращения к полноценной жизни.

В связи с этим представляется крайне важным продолжить инфраструктурное развитие системы медицинской реабилитации, в том числе на базе социальных учреждений, имеющих медицинскую лицензию, и с привлечением социально ориентированных некоммерческих организаций; завершить формирование соответствующей нормативно-правовой базы в субъектах Российской Федерации; организовать подготовку и переподготовку соответствующих кадров; обеспечить проактивное информирование граждан и медицинского персонала о важности реабилитационных мероприятий и существующих возможностях получения такой помощи.

Принимая во внимание предложения участников заседания, Совет решил:

1. Принять к сведению информацию заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Е.Г. Камкина, первого заместителя Министра труда и социальной защиты Российской Федерации О.Ю. Баталиной, первого заместителя руководителя Федерального медико-биологического агентства Т.В. Яковлевой.

2. Рекомендовать:

2.1. Правительству Российской Федерации:

рассмотреть возможность разработки межведомственной программы, предусматривающей создание социально-медицинских центров здоровья для оказания преемственной помощи пациентам, завершившим лечение по медицинской реабилитации после COVID-19 с целью возможно более полного восстановления активности и возвращения к трудовой деятельности, а также систему мер поддержки специализированных научных программ по изучению COVID-19, его последствий и методов социально-медицинской реабилитации.

2.2. Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, заинтересованным федеральным органам исполнительной власти:

обеспечить оснащение (переоснащение и (или) дооснащение) медицинскими изделиями медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, имеющих в своей структуре подразделения, оказывающие медицинскую помощь по медицинской реабилитации в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации, в рамках федерального проекта "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация";

внести изменения в приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 года № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" в части определения понятия "экстренное реагирование" в рамках осуществления дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента, в том числе при оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации.

2.3. Федеральному медико-биологическому агентству совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации:

разработать критерии определения реабилитационного потенциала пациентов в целях оптимизации организационных, финансовых и иных ресурсов для оказания им медицинской помощи по медицинской реабилитации, включая телемедицинские системы, комплексы, приборы и сертифицированные методики;

проработать вопрос совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, государственными корпорациями и институтами развития о дополнительных мерах стимулирования производства отечественного реабилитационного оборудования.

2.4. Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному фонду обязательного медицинского страхования совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти:

проинформировать о ходе реализации федерального проекта "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация", в том числе о распределении бюджетных ассигнований субъектам Российской Федерации на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации;

Срок: май 2022 года

осуществить финансовое обеспечение оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, включая телемедицинские реабилитационные услуги в субъектах Российской Федерации.

разработать проект нормативного и программно-технического обеспечения защиты персональных данных и врачебной тайны пациентов при оказании телемедицинских реабилитационных услуг.

2.5. Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному фонду обязательного медицинского страхования совместно с Фондом "Сколково":

разработать методические рекомендации расчета стоимости медицинских услуг, в том числе по медицинской реабилитации, с применением телемедицинских технологий в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, в том числе:

сформировать код(ы) реабилитации с применением телемедицинских технологий;

сформировать клинико-статистическую группу (КСГ) по медицинской реабилитации после перенесенной короновирусной инфекции COVID-19;

провести поиск и обеспечить технологическую апробацию решений на базе ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии" Минздрава России и/или ведущих региональных реабилитационных центров для медицинской реабилитации, проводимой в дистанционном формате для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

2.6. Органам государственной власти субъектов Российской Федерации:

обеспечить оснащение (переоснащение и (или) дооснащение) медицинскими изделиями региональных медицинских организаций, имеющих в своей структуре подразделения, оказывающие медицинскую помощь по медицинской реабилитации в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации, в рамках федерального проекта "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация";

разработать региональные программы реабилитации граждан, в том числе переболевших COVID-19, уделив особое внимание реабилитации детей и медицинских и социальных работников;

принять меры по повышению информированности граждан и медицинского персонала о важности реабилитационных мероприятий и существующих возможностях получения такой помощи, в том числе с привлечением органов социальной защиты населения субъектов Российской Федерации, волонтерских организаций и общероссийской общественной организации "Союз пенсионеров России";

продолжить работу по обеспечению оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе проведение

консультаций между медицинскими организациями субъектов Российской Федерации, оказывающими медицинскую помощь по профилю "медицинская реабилитация", и медицинскими организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19);

рассмотреть возможность создания франчайзинговой сети центров социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

Председатель Совета,
заместитель Председателя
Совета Федерации
Федерального Собрания
Российской Федерации Г.Н. Карелова

Приложение 1

Материалы
Информационно-аналитического управления
Аппарата Совета Федерации
на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)"

В Послании Федеральному Собранию Российской Федерации от 21 апреля 2021 года Президент Российской Федерации отметил, что у России должен быть надежный щит в сфере санитарной и биологической безопасности. Медицинская реабилитация является неотъемлемой составляющей процесса формирования устойчивой системы реагирования на угрозы санитарно-эпидемиологическому благополучию населения.

По статистике, почти треть из тех, кто переболел COVID-19, не могут вернуться к прежнему образу жизни спустя месяцы после перенесенного заболевания[1]. Так, 15–25% пациентов, проходивших лечение от COVID-19 в стационаре, не возвращаются к прежней работе по состоянию здоровья[2]. Общая задача органов государственной власти, системы здравоохранения – минимизировать последствия болезни для людей. Важно, чтобы человек сохранил трудоспособность, жизненную энергию.

1. В России насчитывается более 8 миллионов переболевших новой коронавирусной инфекцией[3]. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в 2020 году медицинская помощь по профилю "медицинская реабилитация" была оказана 19 тысячам пациентов с COVID-19. Эксперты отмечают: реальная потребность в медицинской реабилитации среди переболевших COVID-19 составляет от 40% до 45% – практически каждый второй

[1] Данные Роспотребнадзора. Источник: *Костарнова Н.* После апоковидуса. Последствия коронавируса все больше тревожат специалистов // Коммерсантъ. 2021. 17 августа. С. 5.

[2] Информация была озвучена заведующим кафедрой пульмонологии лечебного факультета Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова С.Н. Авдеевым на 511-м заседании Совета Федерации 10 ноября 2021 года.

[3] По состоянию на 19 ноября 2021 года в России выздоровели после перенесенного COVID-19 8 126 376 человек. Источник: <Стопкоронавирус.РФ>.

пациент[4]. При этом в реабилитации нуждаются все дети, перенесшие COVID-19, в том числе в бессимптомной и легкой формах[5].

По информации Минздрава России, доступность медицинской помощи по медицинской реабилитации в стране не соответствует расчетной потребности в коечном фонде[6]. Пандемия усугубила ситуацию. В 2020 году в большинстве субъектов Российской Федерации часть медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации, были перепрофилированы или приостановили плановую госпитализацию на срок от 1 до 9 месяцев. Так, в 16 субъектах Российской Федерации было перепрофилировано 100% круглосуточного реабилитационного коечного фонда, в 22 – закрыто или перепрофилировано от 60% до 90% стационарных реабилитационных коек. Средний процент перепрофилированных или закрытых реабилитационных коек круглосуточного стационара по регионам составил 68%, в условиях дневного стационара – 54,5%. В результате за период с января по ноябрь 2020 года средний процент исполнения объемов по медицинской реабилитации взрослых в круглосуточном стационаре составил 53,5%, в дневном стационаре – 59%. При этом в ряде регионов[7] данные показатели недотягивали и до 30%. При этом там, где реабилитационные койки не закрывались и не перепрофилировались, процент исполнения объемов по медицинской реабилитации в дневном стационаре был достаточно высокий – более 75%[8].

Средняя укомплектованность больниц специалистами по медицинской реабилитации с высшим медицинским образованием составляет 84%. Ситуация с детскими больницами немного лучше – около 90%. Укомплектованность центров медицинской реабилитации врачами – в среднем 78%, для детей – 76%.

[4] По мнению главного специалиста по медицинской реабилитации ФМБА России, руководителя Научно-исследовательского центра медицинской реабилитации, доктора медицинских наук, профессора Г.Е. Ивановой ("Две равные задачи – вылечить и восстановить". Медицинская газета, 14 апреля 2021 года).

[5] *Петрова М.С.* Медицинская реабилитация детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 / М.С. Петрова, М.А. Хан // Вестник восстановительной медицины. 2021. Т. 20. № 4. С. 4–12.

[6] Расчетная потребность в коечном фонде при оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации (обеспеченность койками) составляет 3,2 койки на 10 тысяч населения. Доступность медицинской помощи по медицинской реабилитации в 2019 году составила 1,49 койки на 10 000 взрослого населения и 1,64 койки на 10 тысяч детского населения.

[7] Камчатский край, Республики Коми, Адыгея, Тюменская, Мурманская, Псковская области.

[8] Белгородская, Новосибирская, Кировская, Магаданская, Ростовская области, Красноярский край, Удмуртская Республика.

Очевидно, что повышение доступности восстановительного лечения для граждан России требует комплексного подхода.

2. По поручению Президента Российской Федерации в стране запущена программа модернизации системы медицинской реабилитации, рассчитанная до 2026 года[9]. Она включает в себя целый комплекс мероприятий: подготовку профильных специалистов, развитие реабилитационной инфраструктуры, разработку и внедрение новых безопасных и эффективных технологий, поддержку российского производства реабилитационного оборудования. В частности, будет оснащено или переоснащено более 1350 отделений медицинской реабилитации, а также около 130 дневных стационаров. Задача максимум – к 2030 году обеспечить тотальную доступность медицинской реабилитации в стране.

Минздравом России разработан проект программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022–2024 годы[10]. Среди прочего документ содержит предполагаемые объемы медицинской помощи, которая потребуется пациентам с коронавирусной инфекцией в следующие три года. В частности, в 2022 году предусматривается углубленная диспансеризация[11] 8,6 миллиона переболевших COVID-19 и специализированная реабилитация еще для 100 тысяч таких пациентов.

Законодательная база для создания и дальнейшего функционирования эффективной системы реабилитации в стране создана.

Деятельность медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию, регламентируется Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"[12].

В рамках государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения"[13] с 2017 года реализуется отдельная подпрограмма "Развитие медицинской реабилитации и санаторно-

[9] Данное направление нашло отражение в федеральном проекте "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация" в составе перечня инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2021 года № 2816-р.

[10] Документ опубликован на портале <regulation.gov.ru>.

[11] Была запущена Минздравом России в июне 2021 года. Представляет собой перечень обследований с учетом сердечно-сосудистых осложнений, которые могут возникать после перенесенного COVID-19.

[12] Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ.

[13] Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 года № 1640.

курортного лечения, в том числе детей". Соответствующие программы приняты во всех 85 субъектах Российской Федерации.

Минздравом России утверждены порядки организации медицинской реабилитации взрослых и детей[14], которые вступили в силу 1 января 2021 года. Новые порядки предусматривают индивидуальный и персонифицированный подход в зависимости от состояния пациента. Таким образом, комплекс реабилитационных мероприятий будет осуществляться не по профилю заболеваний, а по группам сходных нарушений функций и ограничениям жизнедеятельности при различных заболеваниях и состояниях, включая COVID-19.

Проведение медицинской реабилитации пациентам с новой коронавирусной инфекцией на всех ее этапах регламентировано утвержденными Минздравом России временными методическими рекомендациями "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)[15], которые постоянно обновляются.

Наряду с этим ведомством утверждены временные методические рекомендации "Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)"[16]. На их основе в субъектах Российской Федерации будет разработана система поэтапной реабилитации пациентов, перенесших COVID-19.

В 2020 году органами исполнительной власти целого ряда субъектов Российской Федерации[17] были разработаны и утверждены нормативные правовые акты, регламентирующие осуществление медицинской реабилитации пациентам, перенесшим вирусные инфекции, в том числе вызванные COVID-19. Накоплен успешный практический опыт в этом направлении, в том числе с применением телемедицинских технологий и дистанционных форм работы с пациентами. Это особенно актуально в период пандемии.

Так, первая в России программа медицинской реабилитации после COVID-19 стартовала в Свердловской области. Пилотная отработка модели реабилитации пациентов, перенесших тяжелые формы заболевания, осуществляется в Воронежской области. Специальная

[14] Приказы Минздрава России от 31 июля 2020 года № 788н, от 23 октября 2019 года № 878н.

[15] Версия 9 от 26 октября 2020 года.

[16] Версия 3 от 12 января 2021 года.

[17] В их числе: Волгоградская, Воронежская, Кемеровская, Ленинградская, Липецкая, Мурманская, Свердловская, Томская Саратовская области, Алтайский край, Ямало-Ненецкий автономный округ, Чувашская, Удмуртская республики, Республики Адыгея, Марий Эл. Источник: информация Минздрава России от 21 января 2021 года.

программа реабилитации детей запущена в Волгоградской области. Постковидная реабилитация с применением дистанционных технологий широко применяется в Уральском федеральном округе.

Министерство курортов, туризма и олимпийского наследия Краснодарского края – главного курортного региона страны – сформировало сборник лучших практик санаторно-курортного оздоровления для перенесших COVID-19 пациентов. В список входят 53 объекта на 37 тысяч мест[18]. В общей сложности специальные программы реабилитации после COVID-19 предлагают около 10% санаториев в России.

Ученые и специалисты из четырех НИИ курортологического профиля ФМБА – в Пятигорске, Томске, Сочи и Белокурихе – разработали специальные программы постковидной реабилитации для стационаров, поликлиник и санаториев, в том числе с использованием телекоммуникационных возможностей. Применение реабилитационных методик дает хороший результат: добиться восстановления физического и психического здоровья удается более чем в 90% случаев. Для обеспечения преемственности и равно высокого уровня оказания помощи по медицинской реабилитации всем гражданам России планируется создать по каждому профилю медицинской реабилитации референсные центры агентства, которые бы работали во взаимодействии с реабилитационными центрами третьего уровня Минздрава России[19].

По мнению Председателя Совета Федерации В.И. Матвиенко, серьезной базой для реализации общероссийской программы постковидной реабилитации могут стать санаторно-курортные учреждения Ставропольского края, где имеется колоссальный опыт реабилитации[20]. В частности, санатории Кавказских Минеральных Вод, разработавшие специализированные курсы постковидной реабилитации, могут принять в год от 500 тысяч до 700 тысяч человек. В бальнеологических центрах Ставропольского края уже восстановили здоровье порядка 41 тысячи отдыхающих, перенесших коронавирус.

[18] Источник: интернет-портал "Кубань 24", информация "На Кубани 17 тысяч человек оздоровились по программе постковидного восстановления" от 18 ноября 2021 года.

[19] Медицинская газета, информация "Две равные задачи – вылечить и восстановить" от 14 апреля 2021 года.

[20] В.И. Матвиенко оценила антиковидные возможности Кисловодска. Председатель Совета Федерации предложила использовать южные здравницы для реабилитации переболевших коронавирусной инфекцией / В. Филоненко // Парламентская газета, 9 июля 2021 года.

Помощь переболевшим COVID-19 доступна во всех санаториях региона[21].

3. Вопросы реабилитации рассматривались на заседании Совета по региональному здравоохранению при Совете Федерации 11 февраля 2021 года. Участники пришли к выводу о необходимости, в том числе:

предусмотреть в проекте федерального бюджета на 2022 год и на плановый период 2023–2024 годов средства на развитие системы медицинской реабилитации с учетом реальных потребностей субъектов;

обеспечить создание технических возможностей для региональных "якорных" учреждений по профилю "Медицинская реабилитация" с целью организации телемедицинских консультаций с врачами Национального медицинского исследовательского центра "Лечебно-реабилитационный центр" Минздрава России по вопросам медицинской реабилитации, в том числе после перенесенного COVID-19;

создать онлайн-инструмент для дистанционного обмена врачебными практиками и формирования актуальной экспертной повестки по передовым технологиям.

По мнению экспертов, следует также разработать унифицированные подходы к определению состояния пациента и результатов проведенных реабилитационных мероприятий. Кроме того, создание координационных центров по медицинской реабилитации позволит сформировать единый электронный реестр пациентов, которые нуждаются в такой помощи[22].

[21] По заявлению Губернатора Ставропольского края В.В. Владимирова. Источник: Российская газета, информация "Более 40 тысяч человек прошли постковидную реабилитацию в санаториях Кавминвод" от 13 августа 2021 года.

[22] По мнению главного специалиста по медицинской реабилитации ФМБА России, руководителя Научно-исследовательского центра медицинской реабилитации, доктора медицинских наук, профессора Г.Е. Ивановой ("Две равные задачи – вылечить и восстановить". Медицинская газета, 14 апреля 2021 года).

Приложение 2

Материалы
Правового управления
Аппарата Совета Федерации
на тему "Проблемы социально-медицинской реабилитации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)"

Распространение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) потребовало оперативного решения задач, связанных в том числе с разработкой и применением методов медицинской реабилитации лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (далее – COVID-19), учитывающих тяжесть и специфику течения заболевания.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) закрепляет право пациентов в том числе на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям (пункт 2 части 5 статьи 19).

Согласно части 1 статьи 40 Федерального закона № 323-ФЗ, медицинская реабилитация представляет собой комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного 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 поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов (статьи 33, 34, 36^1, часть 2 статьи 40 Федерального закона № 323-ФЗ).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 года № 2299 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год

и на плановый период 2022 и 2023 годов" медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 включена в примерный перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологической медицинской помощи) в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

Определенную сложность в проведении реабилитационных мероприятий при COVID-19 вызывает отсутствие достаточных научных исследований по данному направлению, так как COVID-19 является новым заболеванием, период накопления сведений о котором составляет менее двух лет. В связи с этим организация медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 находится в процессе активного формирования, поскольку традиционные методы реабилитации, применяемые после перенесенных пневмоний, респираторных заболеваний, могут быть недостаточно эффективными, а в определенных случаях и небезопасными.

Всемирная организация здравоохранения 6 октября 2021 года опубликовала рекомендации "Клиническое определение случая состояния после COVID-19 методом дельфийского консенсуса", в которых представлено официальное описание постковидного синдрома. При этом отмечается, что некоторые люди после перенесенной острой инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2, независимо от исходной тяжести инфекции испытывают долгосрочные последствия для ряда систем организма, в том числе для дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем, а также сталкиваются с психологическими последствиями. Состояние после COVID-19 развивается, как правило, в течение трех месяцев от момента дебюта COVID-19 и характеризуется наличием симптомов (утомляемость, одышка, когнитивная дисфункция и другие), влекущих последствия для выполнения повседневной деятельности, на протяжении двух месяцев, а также невозможностью их объяснения альтернативным диагнозом. Кроме того, могут иметь место периодическое возникновение, рецидивирование симптомов с момента первоначально перенесенной болезни.[23]

Таким образом, основными задачами медицинской реабилитации пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию[24], являются:

восстановление функции внешнего дыхания, включая улучшение бронхиальной проходимости и альвеолярной вентиляции;

коррекция нутритивных нарушений;

[23] Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения <www.htp.int.>.

[24] Методическое пособие по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (утв. Минздравом России).

восстановление толерантности к нагрузкам и коррекция астенического синдрома;

коррекция мышечной слабости;

коррекция когнитивных нарушений;

повышение психоэмоциональной стабильности, включая преодоление стресса, беспокойства или депрессии, коррекцию нарушений сна;

профилактика осложнений заболевания;

увеличение повседневной активности и участия;

восстановление способности к бытовым и профессиональным компетенциям.

Этапы медицинской реабилитации определены в утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации временных методических рекомендациях "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 13 (14 октября 2021 года)" и детализированы во временных методических рекомендациях "Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 2 (31 июля 2020 года)" (далее – Методические рекомендации), основанных на материалах по медицинской реабилитации пациентов с COVID-19 на различных этапах оказания специализированной медицинской помощи, опубликованных специалистами ВОЗ, анализе отчетов клиник, осуществляющих медицинскую реабилитацию пациентов с COVID-19, а также на результатах проведенных ранее клинических исследований, посвященных реабилитации пациентов с синдромом последствий интенсивной терапии и острым респираторным дистресс-синдромом взрослых некоронавирусной этиологии, нормативных правовых актах Минздрава России и Роспотребнадзора.

Методические рекомендации определяют общие принципы организации медицинской реабилитации пациентов с COVID-19, содержат правила определения этапов медицинской реабилитации и маршрутизации пациентов после COVID-19, конкретизируют реабилитационные мероприятия на каждом этапе, определяют особенности организации медицинской реабилитации детей с COVID-19.

Мероприятия по медицинской реабилитации организуются в медицинских организациях в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации, утвержденными приказами Минздрава России от 31 июля 2020 года № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" и от 23 октября 2019 года № 878н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей", в соответствии с которыми медицинская реабилитация осуществляется в три этапа мультидисциплинарной реабилитационной командой, специалисты которой должны пройти

специальную подготовку в рамках программ дополнительного профессионального образования по организации и технологиям индивидуальной реабилитации пациентов с последствиями COVID-19.

Методическими рекомендациями предусмотрено, что в каждом субъекте Российской Федерации для реализации мероприятий по реабилитации пациентов, а также в целях предотвращения вторичного инфицирования или распространения COVID-19 необходимо развернуть не менее 2100 коек второго этапа или из расчета 1 койка на 70 тысяч населения. При этом должна быть предусмотрена возможность использования не менее 70% коек для изоляции пациентов, поступивших на второй этап медицинской реабилитации при сохраняющейся положительной реакции на COVID-19 при выписке пациента из специализированного стационара, а также пациентов, чьи отрицательные результаты лабораторных тестов не получены, несмотря на отсутствие клинической картины COVID-19. Предпочтительно, чтобы такие отделения находились в структуре стационара, оказывающего помощь пациентам с COVID-19.

Направлять пациентов в медицинские организации, где проводят реабилитацию, рекомендуется после предварительного дистанционного консультирования и определения этапа реабилитации. Рекомендовано (при возможности) заменить третий этап оказания помощи пациентам с COVID-19 в условиях дневных стационаров, амбулаторных медицинских организаций на дистанционные занятия с применением телемедицинских и информационных технологий.

Особенности организации медицинской реабилитации детей с COVID-19 конкретизированы в указанных Методических рекомендациях, а также в методических рекомендациях "Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей. Версия 2 (3 июля 2020 года)" (утв. Минздравом России).

Обеспечение пациентов, перенесших COVID-19, мероприятиями медицинской реабилитации предусмотрено также нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации (например, распоряжение Минздрава Московской области от 15 апреля 2021 года № 78-Р "О медицинской реабилитации взрослого населения Московской области после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в стационарных условиях", приказ Минздрава Кузбасса от 2 февраля 2021 года № 331 "Об организации медицинской реабилитации пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19)"; приказ министерства здравоохранения Приморского края от 17 февраля 2021 года № 18/пр/167 "О реализации мероприятий по медицинской реабилитации взрослых в Приморском крае после перенесенной новой коронавирусной инфекции"; распоряжение

Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 9 октября 2020 года № 378-0 "Об утверждении схемы маршрутизации пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19)"; приказ Министерства здравоохранения Республики Крым от 24 февраля 2021 года № 502 "Об оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" взрослым пациентам с соматическими заболеваниями, перенесшим новую коронавирусную инфекцию COVID-19, в стационарных отделениях медицинской реабилитации".

Особого внимания требует реабилитация медицинских работников, инфицированных COVID-19 при исполнении служебных обязанностей. В ряде субъектов Российской Федерации в соответствии с частью 2 статьи 72 Федерального закона № 323-ФЗ реализуются меры по обеспечению оздоровления таких медицинских работников в санаторно-курортных организациях (например, постановление Правительства Мурманской области от 8 февраля 2021 года № 60-ПП "О компенсации в 2021–2022 годах стоимости путевок на санаторно-курортное лечение отдельным категориям медицинских и иных работников медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Мурманской области, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в связи с исполнением трудовых обязанностей"; постановление Правительства Республики Марий Эл от 14 мая 2021 года № 197 "Об утверждении Порядка организации в 2021 году отдыха медицинских работников, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и (или) непосредственно участвовавших в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19)"; приказ министерства здравоохранения Ставропольского края от 3 сентября 2020 года № 01-05/899 "Об утверждении порядка выдачи сертификатов на предоставление услуг по санаторно-курортному лечению на территории Ставропольского края медицинским работникам медицинских организаций Ставропольского края, подведомственных министерству здравоохранения Ставропольского края, оказывавших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19)".

Вместе с тем отмечаемая динамика заболеваемости COVID-19 обусловливает значительный рост потребности выздоравливающих пациентов и лиц, перенесших COVID-19, в реабилитационных мероприятиях, а также совершенствование таких мероприятий.

Модернизация системы медицинской реабилитации в целях восстановления здоровья граждан после перенесенных заболеваний и травм предусмотрена Единым планом по достижению национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 года

и на плановый период до 2030 года (утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 1 октября 2021 года № 2765-р) и будет осуществляться в рамках стратегической инициативы "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация", предусмотренной распоряжением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2021 года № 2816-р "Об утверждении перечня инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года".

На реализацию федерального проекта "Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация", предусматривающего проведение в 2022–2024 годах мероприятий, направленных на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по медицинской реабилитации пациентов, перенесших COVID-19, проектом федерального закона № 1258295-7 "О федеральном бюджете на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" предусмотрено финансирование в объеме: в 2022 году – 9200 млн рублей, в 2023–2024 годах – 10 000 млн рублей ежегодно.

В части предложений в проект решения Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации полагаем возможным рекомендовать:

Министерству здравоохранения Российской Федерации принять меры по повышению уровня информированности пациентов, перенесших COVID-19, о необходимости проведения медицинской реабилитации, ее значимости для восстановления нарушенных функций организма и трудоспособности;

органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации разработать региональные программы реабилитации граждан, переболевших COVID-19, уделив особое внимание реабилитации детей и медицинских работников.

ОЮН
Дина Ивановна

ИБИКОВА
Васильевна

ЗАБРАЛОВА
Ольга Сергеевна

Совет Федерации
Федерального Собрания Российской Федерации

Информационно-аналитическое управление Аппарата Совета Федерации

Секретариат заместителя Председателя Совета Федерации Г.Н. Кареловой

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК
№ 9 (799)

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГРАЖДАН, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ (COVID-19)

Материалы заседания Совета по развитию социальных инноваций субъектов Российской Федерации при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации
(Совет Федерации, 6 декабря 2021 года)

Под общей редакцией

А.Е. Петрова

Составители:
М.А. Щербаткина, Н.Ш. Асророва, О.Б. Аникеева, О.В. Павленко, Н.Н. Аникина, Е.А. Фалецкая, Л.Н. Тимофеева, Т.Л. Ушакова

Оригинал-макет подготовлен
Издательским отделом Управления делами
Аппарата Совета Федерации

Электронная версия аналитического вестника размещена
в сети Интранет Совета Федерации в разделе "Информационные материалы"
и в сети Интернет (www.council.gov.ru) в разделе "Аналитические материалы"
При перепечатке и цитировании материалов ссылка на настоящее издание обязательна

Подписано в печать 22.03.2022. Формат 60x84 1/8.
Усл. печ. л. 7,44. Тираж 50 экз. Заказ № и-31

Отпечатано в отделе подготовки и тиражирования документов
Управления информационных технологий и документооборота
Аппарата Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации