

Бантьева М.Н.², Прилипко Н.С.¹

Повозрастные показатели посещаемости врача по медицинской реабилитации взрослым населением России

¹ФГБУ "Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии" Минздрава России, 121069, Москва;

²ФГБУ "Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения" Минздрава России, 127254, Москва

В статье приводятся данные о расчетной по возрастной нуждаемости взрослого населения в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (АМР), определенной на основании посещаемости врача по медицинской реабилитации (МР) по классам болезней и отдельным заболеваниям соответственно кодам МКБ-10. Для целей исследования взрослое население разделено на 6 возрастных групп (18—29, 30—39, 40—49, 50—59, 60—69 и 70 лет и старше).

Врачами-экспертами разработаны показания для АМР непосредственно после лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций. Показания разработаны с учетом стадии заболевания и тяжести состояния больного. Также определены необходимые условия (стационарные или амбулаторные). С учетом данных показаний при анализе медицинской документации компетентными экспертами сделан вывод о необходимости и длительности дальнейшей МР больных, пролеченных в стационарных условиях.

Определена и проанализирована по возрастной потребность взрослого населения в МР, а также рассчитано число посещений врача по МР согласно основным классам и некоторым отдельным болезням. Наибольшее число лиц, нуждающихся в АМР, приходилось на старшие возрастные группы 60—69 лет (3917,5 посещения на 1000 населения) и 70 лет и старше (4716,9 посещения на 1000 населения), наименьшее — на возрастную группу 18—29 лет (832,2 посещения на 1000 населения). Это связано с тем, что в старших возрастных группах увеличивается числа заболеваний, требующих МР как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ любой территории могут рассчитать потребность населения своего региона в АМР с учетом его возрастного состава и предлагаемого рассчитанного числа посещений врача взрослым населением для АМР.

Ключевые слова: медицинская реабилитация; потребность в медицинской реабилитации; по возрастной потребность в медицинской реабилитации; реабилитация взрослого населения; число посещений врача по медицинской реабилитации; нормативы потребности в медицинской реабилитации; возрастной состав населения.

Для цитирования: Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015; 14 (3): 41—45.

Bant'eva M.N.², Prilipko N.S.¹

THE AGE-RELATED CHARACTERISTICS OF THE MEDICAL AID APPEALABILITY OF THE ADULT POPULATION

¹Federal state budgetary institution "Russian Research Centre of Medical Rehabilitation and Balneotherapy", Russian Ministry of Health, Moscow, Russia 121069; ²Federal state budgetary institution "Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Services", Russian Ministry of Health, Moscow, Russia, 127254

This paper reports the results of the estimation of the requirements in different age-groups of the adult population for medical rehabilitation based at the outpatient facilities (OPF) calculated from the analysis of the medical assistance appealability of the adult population seeking the rehabilitative care depending on the main classes of pathology and a concrete disorder in accordance with the International Classification of Diseases (ICD-10). For the purpose of this study, the adult population was categorized into 6 age-groups, viz. 18 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, 60 – 69, and 70 years and more. The healthcare providers and experts have developed the indications for the rehabilitative treatment starting immediately after the management of acute conditions and treatment of exacerbation of chronic diseases, consequences of the injuries and surgical interventions taking into consideration the stage of pathology and the patients' health status. In addition, the conditions necessary to treat such patients based at inpatient or outpatient facilities are determined. Taking account of the data thus obtained for the analysis of the medical documentation made it possible to make a decision about the necessity and/or duration of further outpatient rehabilitation of the patients following their inpatient treatment. We estimated and analysed the age-related requirements of the adult population in the medical assistance and calculated the number of the outpatient visits depending on the main classes of pathology and a concrete disorder. It was shown that the subjects of the advanced age (60-69 and 70 or more years) make up the group of those who are most in need of medical care (3917.5 and 4716.9 visits per 10,000 population respectively) in comparison with the group of 18-29 year old subjects (832.2 visits per 10,000 population). Evidently, this difference can be accounted for by the higher frequency of diseases as well as the enhanced requirements for inpatient rehabilitation among the older age groups. The bodies of executive power in the subjects of the Russian Federation can calculate the requirements of the local adult population in the rehabilitative treatment

based at the outpatient facilities for different age groups and regardless of the territory of the region.

Key words: medical rehabilitation, requirements for the rehabilitative treatment, age-related requirements for medical rehabilitation, rehabilitation of the adult population, the number of outpatient visits for medical rehabilitation, normatives of requirements for medical rehabilitation, population age structure

For citation: Phizioterapiya, bal'neologiya i reabilitatsiya. 2015; 14 (3): 41—45. (in Russian)

For correspondence: Bant'eva Marina, bamani@list.ru

Received 08.03.15

Введение

Развитие медицинской реабилитации (МР) в России является важным направлением в преодолении кризиса в здравоохранении [1—3]. В сфере МР отсутствуют единая система учреждений, оказывающих помощь по МР; преемственность в мероприятиях по МР на различных этапах; обоснованность выбора методов реабилитации; инструмент контроля изменения состояния пациента и эффективности используемых методов и программ реабилитации; эффективные модели организации проведения мероприятий по МР; достаточное или профильное оснащение реабилитационных подразделений. Наблюдается смешивание задач и моделей профилактической и реабилитационной медицины, использование устаревших программ реабилитации и программы подготовки кадров, позднее начало реабилитационных мероприятий [4].

Большое значение для развития и планирования МР имеет четкое представление о потребности населения в этом виде медицинской помощи. В данной статье речь пойдет о ранней реабилитации. Согласно показаниям к МР, больные, обратившиеся в амбулаторно-поликлинические учреждения за медицинской помощью и получившие лечение в острой стадии заболевания, должны быть сразу направлены на реабилитацию в амбулаторных условиях [5].

Изучение потребности в МР находит отражение в работах ряда авторов [6—10]. Однако имеющиеся по этому вопросу данные малосопоставимы в связи с различиями в толковании понятий и терминов по данной проблеме, недостаточным представлением о том, какие контингенты больных и инвалидов в первую очередь нуждаются в реабилитации.

Разработка и анализ повозрастных показателей посещаемости врача по МР в соответствии с классами и отдельными болезнями позволит охарактеризовать наиболее часто встречающиеся заболевания, при которых показана МР в каждой из возрастных групп, с учетом мнения компетентных экспертов, определить потребность населения в МР как после завершения лечения острого, так и в случае обострения хронического заболевания, а также травм.

Цель исследования — определить повозрастные показатели посещаемости врача по взрослым населением России.

Материалы и методы

В статье приводятся данные о расчетной повозрастной нуждаемости взрослого населения в медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (АМР), определенной по посещаемости врача по МР в соответствии с классами болезней и отдельными

заболеваниями согласно кодам МКБ-10. Для целей исследования взрослое население разделено на 6 возрастных групп (18—29, 30—39, 40—49, 50—59, 60—69 и 70 лет и старше).

В качестве баз исследования выбраны 3 типичных муниципальных образования Московской области с численностью населения около 20, 50 и 170 тыс. жителей. Организация медицинской помощи в этих населенных пунктах характеризуется хорошей обеспеченностью врачебными кадрами, полной доступностью амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

Исходным материалом для разработки явилась первичная медицинская документация: учетные формы № 025/у-12/у "Талон амбулаторного пациента" и № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного", отобранные за 4 одинаковых временных периода каждого сезона года, что позволило обеспечить репрезентативность полученной выборки генеральной совокупности. В разработке также использованы данные отчетных форм федерального статистического наблюдения баз исследования (№ 30, 12, 14) и результаты анализа данных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области об объемах медицинской помощи, предоставленных населению базовых территорий.

В ФГБУ "Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии" научными сотрудниками, врачами-экспертами разработаны показания для МР в стационарных и амбулаторных условиях непосредственно после лечения острых состояний, обострения хронических заболеваний, последствий травм и операций. В основу разработок положен многолетний опыт деятельности в сфере МР больных по многим профилям медицинской помощи. Показания сформулированы с учетом стадии заболевания и тяжести состояния больного, также определены условия (стационарные или амбулаторные) и длительность проведения МР. На основании данных показаний при анализе медицинской документации компетентными экспертами сделан вывод о необходимости и длительности дальнейшей МР больных, пролеченных в стационарных и амбулаторных условиях.

Для определения потребности населения России в МР повозрастные показатели, полученные на массиве данных, отобранных на трех территориях, были стандартизованы на население и заболеваемость в 2010 г.

Результаты и обсуждение

В таблице представлены расчетные повозрастные показатели посещаемости взрослым населением вра-

Расчетное число посещений врача по МР взрослым населением РФ разных возрастных групп (в год на 1000 населения соответствующего возраста)

Класс и отдельные заболевания	Шифр по МКБ-10	Возрастные группы, годы						Всего
		18—29	30—39	40—49	50—59	60—69	≥70	
Все заболевания*	E00-T98	832,2	985,6	1672,0	2713,1	3917,5	4716,9	2106,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00 - E90	60,2	70,5		231,2	345,4	330,3	166,6
Болезни щитовидной железы	E00 - E07	29,6	37,0	56,6	62,5	61,8	59,3	48,4
Сахарный диабет	E10-E14	2,4	10,0	36,0	118,2	238,3	248,4	83,1
Болезни нервной системы	G00-G98	93,4	75,9	82,3	80,7	66,2	43,6	76,1
Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы	G45	0,1	0,2	1,3	3,6	6,7	9,2	2,7
Поражение отдельных нервов, нервных корешков и сплетений	G50-G59	12,6	9,4	17,8	22,0	18,8	11,6	15,2
Полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы	G60-G64	0,0	3,2	4,0	4,3	7,2	8,3	3,8
Расстройства вегетативной нервной системы	G90	76,4	60,1	53,8	45,3	29,3	8,8	51,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	5,4	11,3	31,9	58,8	161,4	185,1	57,7
Болезни сосудистой оболочки глаза	H30-H36	4,7	4,7	8,9	16,9	32,8	36,4	14,0
Глаукома	H40-H42	0,0	0,0	0,9	7,9	45,0	88,8	16,6
Болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	33,0	37,8	55,9	77,7	92,7	153,1	66,4
Острые и хронические средние отиты	H65-H67	19,5	19,0	25,1	30,6	27,6	21,1	23,4
Болезни слуховой трубы	H68, H69	5,0	6,4	7,7	8,6	10,1	10,2	7,5
Кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха	H90	1,4	2,7	6,4	17,2	34,1	102,4	20,6
Болезни системы кровообращения	I00-I99	33,3	71,7	340,6	885,3	1777,8	2507,2	710,8
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	I10-I15	16,1	35,0	122,3	424,4	758,6	1013,4	303,9
Стенокардия	I20	1,7	4,3	76,5	134,7	182,1	196,7	80,4
Хроническая ишемическая болезнь сердца	I25	1,4	6,2	31,6	116,6	230,6	391,9	97,5
Цереброваскулярные болезни	I60-I69	3,1	9,5	60,6	128,8	466,0	676,0	160,4
Инсульты, инфаркты мозга	I60-I64	0,0	0,9	2,2	5,5	9,4	4,7	3,0
Гипертензивная энцефалопатия	I67,4	1,5	0,0	4,4	21,0	137,1	218,2	44,4
Последствия инфаркта мозга	I69	0,0	2,1	13,4	16,8	38,2	66,0	17,4
Церебральный атеросклероз	I67,2	1,0	2,1	15,2	46,5	279,8	386,7	85,4
Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	I80—I89	4,1	12,0	27,1	45,6	71,2	94,9	34,5
Варикозное расширение вен нижних конечностей	I83	3,1	9,5	24,3	42,2	65,3	84,8	30,9
Болезни органов дыхания	J00-J98	145,7	152,0	205,7	243,9	231,6	258,6	196,6
Пневмония	J12-J18	8,2	9,1	11,0	14,6	18,1	19,4	12,3
Другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	J20-J22	28,8	30,4	57,8	68,4	60,2	36,6	45,4
Хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	J35, J36	28,3	23,4	17,7	10,9	6,3	0,0	16,8
Бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	J40-J43	13,6	26,9	43,7	54,6	56,0	75,4	40,2
Другая хроническая обструктивная легочная, бронхоэктатическая болезнь	J44, J47	0,6	1,6	7,7	28,9	36,0	82,4	20,4
Астма, астматический статус	J45, J46	24,6	16,4	24,4	33,0	30,5	29,7	25,8
Болезни органов пищеварения	K05-K92	98,4	115,4	145,7	167,0	152,6	150,7	133,1
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	K25, K26	9,6	21,7	28,5	26,2	14,3	9,9	18,6
Гастрит и гастродуоденит	K29	67,4	62,5	67,6	67,7	60,4	47,8	63,7
Неинфекционный энтерит и колит	K50-K52	2,8	3,8	6,9	9,9	10,1	11,1	6,7

Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	K80-K83	7,7	13,4	15,5	20,8	20,9	20,0	15,1
Болезни поджелудочной железы	K85-K86	6,3	11,0	24,6	38,5	44,5	52,9	25,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	109,6	184,6	374,9	656,5	677,1	643,8	387,7
Артропатии:	M00-M25	21,1	37,8	95,8	164,4	253,2	328,6	122,0
ревматоидный артрит	M05, M06	1,0	1,3	9,6	10,9	12,8	2,6	5,7
артрозы	M15-M19	12,6	24,1	67,5	124,8	204,4	282,9	95,7
Дорсопатии:	M40-M54	69,1	126,3	234,2	425,0	357,5	275,2	225,9
деформирующие дорсопатии	M40-M43	38,2	77,7	145,5	264,6	228,1	179,8	140,8
Остеопатии и хондропатии	M80-M94	1,4	2,6	5,8	7,2	8,6	9,6	5,1
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	137,2	145,8	160,8	168,7	267,4	334,0	183,9
Гломерулярные болезни почек	N00-N08	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Тубулоинтерстициальные болезни почек	N10-N15	25,8	19,2	26,4	34,6	41,6	49,8	30,8
Мочекаменная болезнь	N20-N23	3,8	5,9	20,0	28,7	36,1	43,1	19,4
Другие болезни почек и мочеточников	N25-N28	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Болезни предстательной железы	N40-N42	3,3	6,0	6,9	19,3	95,5	135,4	32,1
Воспалительные болезни женских тазовых органов	N70-N77	59,6	50,1	36,5	6,3	2,7	0,4	30,7
Сальпингит и оофорит	N70	44,4	33,9	19,3	0,1	0,1	0,0	20,4
Эндометриоз	N80	2,3	14,2	19,7	0,0	0,0	0,0	6,6
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	115,9	120,6	137,9	143,3	145,2	110,5	128,0
Внутричерепная травма	S06	2,5	3,6	2,4	1,8	5,1	0,6	2,6
Последствия внутричерепной травмы	T905	0,7	0,7	0,4	0,3	0,2	0,0	0,4
Травмы спинного мозга, нервов	S84	0,3	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Последствия травмы спинного мозга, периферических нервов	T91.3, T92.4, T93.4	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,2
Переломы	S02, S12, S22, S32, T02.0, T02.1, T02.7-T02.9, T08, T14.2	51,2	58,3	81,9	92,4	87,9	80,9	72,7
Последствия травм	T90-T94	4,0	4,4	5,5	6,8	7,8	6,5	5,5

Примечание. * — без психических расстройств и расстройств поведения.

ча по АМР по классам, группам болезней и отдельным заболеваниям. Среднее число посещений в год для АМР составляет 2106,8 на 1000 населения.

Наибольшее число лиц, нуждающихся в АМР, приходится на старшие возрастные группы 60—69 лет (3917,5 посещения на 1000 населения) и 70 лет и старше (4716,9 посещения на 1000 населения), наименьшее — на возрастную группу 18—29 лет (832,2 посещения на 1000 населения).

Это связано с тем, что в старших возрастных группах увеличивается число заболеваний, требующих МР как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

В классе "Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ" в АМР чаще нуждаются больные в возрасте 60—69 лет (345,4 на 1000 населения), реже — 18—29 лет (60,2 на 1000 населения). Нуждаемость в АМР по поводу болезней щитовидной железы преобладает

в группах 50—59 и 60—69 лет (62,5 и 61,8 соответственно). Начиная с 30 лет число посещений врача по МР по поводу инсулиннезависимого сахарного диабета больше, чем по поводу инсулинзависимого, и с увеличением возраста эта тенденция нарастает, достигая максимума в группе 70 лет и старше (232,8 на 1000 населения).

В классе "Болезни нервной системы" потребность в АМР с увеличением возраста снижается. Очевидно, это связано с тем, что среди больных старшего возраста преобладает патология, которая требует АМР. Наибольшее число посещений отмечается в группе 18—29 лет (93,4 на 1000 населения) и обусловлено в большей степени расстройствами вегетативной нервной системы, затем посещаемость имеет тенденцию к снижению и достигает минимума в группе 70 лет и старше (43,6 на 1000 населения). Начиная с 50 лет во всех возрастных группах среди эпизодических и пароксизмальных расстройств пре-

обладают преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы.

В классе "Болезни глаза и его придаточного аппарата" по возрастные показатели потребности в АМР с увеличением возраста нарастают и в группе 18—29 лет составляют 5,4, а в группе 70 лет и старше — 185,1 на 1000 населения. Рост посещаемости врача по МР обусловлен увеличением числа болезней сосудистой оболочки и сетчатки в 7,5 раза, глаукомы — почти в 30 раз, болезней зрительного нерва — в 6,8 раза.

В классе "Болезни уха и сосцевидного отростка" по возрастные показатели потребности в АМР также имеют тенденцию к увеличению в старших возрастных группах. Минимальное значение отмечено в группе 18—29 лет (3,0 на 1000 населения), максимальное — в группе 70 лет и старше (153,1 на 1000 населения). Рост числа посещений в старших возрастных группах происходит за счет кондуктивной и нейросенсорной потери слуха.

В классе "Болезни системы кровообращения" в формировании потребности в АМР также существенную роль играет возрастной фактор. Наибольшая посещаемость врача по МР приходится на болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, в группе 18—29 лет она составляет 16,1 на 1000 населения, а в группе 70 лет и старше — 1013,4 на 1000 населения. Далее следует ишемическая болезнь сердца, хотя в двух последних возрастных группах преобладает цереброваскулярная патология. Ишемическая болезнь сердца в основном обусловлена стенокардией, но в двух последних возрастных группах — в большей степени хронической ишемической болезнью сердца. Цереброваскулярные болезни уже встречаются в группе 18—29 лет (3,1 посещения на 1000 населения), затем с увеличением возраста отмечается рост посещаемости за счет гипертензивной энцефалопатии, последствий инфаркта мозга и церебрального атеросклероза. Показатели посещаемости у больных атеросклерозом артерий конечностей увеличиваются с 0,6 на 1000 населения в группе 18—29 лет до 63,1 на 1000 населения в группе 70 лет и старше.

В классе "Болезни органов дыхания" наибольшая потребность в АМР отмечена в группе 70 лет и старше (258,6 на 1000 населения), наименьшая — в группе 18—29 лет (145,7 на 1000 населения). Уровень посещаемости для АМР в первых трех возрастных группах в большей мере обусловлен хроническими болезнями миндалин и аденоидов, перитонзиллярным абсцессом, в последних трех группах — в значительной степени хроническими болезнями нижних дыхательных путей и с возрастом увеличивается в 4,7 раза в основном за счет хронической обструктивной легочной, бронхоэктатической болезни и бронхита хронического и неутонченного, эмфиземы.

В классе "Болезни органов пищеварения" потребность в АМР увеличивается в зависимости от возраста и достигает максимума в группе 50—59 лет (167,0 посещений на 1000 населения), а в последующих группах она имеет тенденцию к снижению. Число посещений врача по МР во всех возрастных

группах в большей мере обусловлено болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, которые имеют максимальные значения в группах 40—49 лет (96,8 посещения на 1000 населения) и 50—59 лет (95,2 посещения на 1000 населения), в которых преобладают болезни гастритом и гастродуоденитом. Далее следуют болезни поджелудочной железы, в связи с которыми частота посещений с возрастом увеличивается с 6,3 в группе 18—29 лет до 52,9 в группе 70 лет и старше.

В классе "Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани" потребность в АМР в группе 18—29 лет составляет 109,6 посещения на 1000 населения, с 40 лет она значительно нарастает, достигая максимума в группе 60—69 лет (677,1 на 1000 населения), и имеет тенденцию к снижению в группе 70 лет и старше (643,8 на 1000 населения). Уровень посещаемости для АМР во всех группах больных в большей степени определялся дорсопатиями, на долю которых в группе 18—29 лет приходится 69,1 посещения на 1000 населения, затем неуклонно нарастает и достигает максимума в группе 60—69 лет (357,5 на 1000 населения). Число посещений по поводу артропатий также зависит от возраста: в группе 18—29 лет оно составляет 21,1, а в группе 70 лет и старше — 328,6 на 1000 населения.

В классе "Болезни мочеполовой системы" потребность в АМР нарастает с увеличением возраста и составляет в группе 18—29 лет 137,2 посещения, а в группе 70 лет и старше — 334,0 на 1000 населения. Такая же закономерность характерна для посещаемости при тубулоинтерстициальных болезнях почек и болезнях мужских половых органов. По поводу воспалительных болезней женских тазовых органов наибольшее число посещений врача по МР отмечено в группе 18—29 лет (59,6 на 1000 населения) и в большей мере обусловлено сальпингитами и оофоритами. По поводу невоспалительных болезней женских половых органов наибольшее число посещений зарегистрировано среди лиц в возрасте от 30 до 59 лет и главным образом обусловлено эндометриозом, нарушением менструальной функции и выпадением женских половых органов.

В классе "Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин" наиболее высокая потребность в АМР отмечена в группах 50—59 и 60—69 лет (143,3 и 145,2 посещения на 1000 населения соответственно). Число посещений врача по поводу переломов увеличивается в каждой последующей возрастной группе, достигая максимума в группе 50—59 лет (92,4 на 1000 населения), в остальных возрастных группах различия незначительны. Число посещений врача по МР больными с вывихами, растяжениями и перерастяжениями капсульно-связочного аппарата суставов, травмами мышц и сухожилий уменьшается в зависимости от возраста и составляет в группе 18—29 лет 49,6, а в группе 70 лет и старше — 12,1 на 1000 населения.

Заключение

Развитие медицинской помощи по МР позволит сократить период дорогостоящего интенсивного ле-

чения, увеличить шансы пациента на полное выздоровление, уменьшить период его временной нетрудоспособности и показатели инвалидности в стране в целом.

В статье прослеживается четкая возрастная зависимость динамики потребности в МР больных после острых заболеваний, обострений хронических заболеваний, последствий травм и операций, что требует учета возрастного состава населения в планировании оказания медицинской помощи по АМР.

Показано, что потребность в АМР зависит от класса болезней и возраста пациентов.

Органы исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ любой территории могут определить потребность населения своего региона в АМР с учетом его возрастного состава и предлагаемого рассчитанного числа посещений врача взрослым населением для АМР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневецкий А.Г., Кузьминов Я.И., Шейман И.М., Шевский В.И. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад на VII Международной научной конференции "Модернизация экономики и государство", 4—6 апреля 2006 года. *Отечественные записки*. 2006; 2 (27): 4—28.
2. Володин Н.Н. Анализ демографической ситуации в Российской Федерации и меры по ее улучшению. *Национальные проекты*. 2006; 6: 78—80.
3. Стародубов В.И., Пивень Д.В. Управление здравоохранением на современном этапе. Проблемы, их причины и возможные пути решения. *Менеджер здравоохранения*. 2007; 2: 128.
4. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. *Вестник восстановительной медицины*. 2013; 5: 4—8.
5. Прилипко Н.С., Бантьева М.Н. Потребность взрослого населения России в медицинской реабилитации. *Вестник восстановительной медицины*. 2013; 3: 2—7.
6. Миняев В.А., Поляков И.В., Афонина Е.В. Организация внебольничного восстановительного лечения в условиях крупного города. *Советское здравоохранение*. 1984; 5: 15—9.
7. Шоферова С.Д. Изучение потребности, качества и эффективности лечебной физкультуры и физиотерапии на этапах профилактики, лечения и реабилитации наиболее распространенных заболеваний среди взрослого трудоспособного населения: Дисс. ... канд. мед. наук. СПб.; 2001.
8. Стволинский И.Ю. Значение медико-социального исследования потребностей при медицинском обслуживании детей-инвалидов — 2005. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2005; 2: 154—6.
9. Шмыкова М.В. Инвалидность вследствие болезней системы кровообращения у лиц пенсионного возраста и потребность медико-социальной реабилитации: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2008.
10. Сидякина И.В., Шаповаленко Т.В., Лядов К.В., Иванов В.В. Вопросы реабилитации в острейшем периоде инсульта. *Вестник восстановительной медицины*. 2011; 2: 9—12.

REFERENCES

1. Vishnevskiy A.G., Kuz'minov Ya.I., Sheyman I.M., Shevskiy V.I. The Russian health care: how to get out of the crisis. Report VII International scientific conference "Modernization of Economy and the State", 4—6 April 2006. *Otechestvennye zapiski*. 2006; 2(27): 4—28. (in Russian)
2. Volodin N.N. Analysis of the demographic situation in Russian Federation and measures to improve it. *Natsional'nye proyekty*. 2006; 6: 78—80. (in Russian)
3. Starodubov V.I., Piven' D.V. Health Management for the present stage. Problems, their causes and possible solutions. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2007; 2: 128. (in Russian)
4. Ivanova G.E. Medical rehabilitation in Russia. Prospects of development. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2013; 5: 4—8. (in Russian)
5. Prilipko N.S., Bant'eva M.N. Degree of requirement of adult population of Russia in medical rehabilitation. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2013; 3: 2—7. (in Russian)
6. Minyaev V.A., Polyakov I.V., Afonina E.V. Organization of outpatient rehabilitation in a large city. *Sovietskoe zdravookhranenie*. 1984; 5: 15-9. (in Russian)
7. Shoferova S.D. *Study Needs, the Quality and Effectiveness of Physical Therapy and Physical Therapy at the Stages of Prevention, Treatment and Rehabilitation of the Most Common Diseases in the Adult Working Population*. Diss. St Petersburg; 2001. (in Russian)
8. Stvolinskiy I.Yu. Value of medical and social research needs for medical care of children with disabilities — 2005. *Byulletin' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya*. 2005; 2: 154-6. (in Russian)
9. Shmykova M.V. *Disability Due to Cardiovascular Diseases in People of Retirement Age and the Need for Medical and Social Rehabilitation*: Diss. Moscow; 2008. (in Russian)
10. Sidiyakina I.V., Shapovalenko T.V., Lyadov K.V., Ivanov V.V. Question of rehabilitation in stroke. *Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny*. 2011; 2: 9—12. (in Russian)

Поступила 08.03.15