

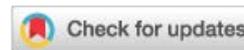
УДК 615.828:616.71-003.93
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-86-94>

© М. А. Ерёмушкин, 2023

Модели медицинской реабилитации: проблемы и их решения

М. А. Ерёмушкин

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1



Представлен разбор моделей медицинской реабилитации отечественного здравоохранения рубежа XX–XXI вв. Проведен анализ концепций развития медицинской реабилитации в Российской Федерации с позиции имеющейся нормативно-правовой базы и реальной ситуации в практической медицине. Описаны основные тенденции и тренды совершенствования медицинской реабилитации в ближайшей перспективе. Указано на закономерную связь медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения как характерную особенность и своеобразие отечественной системы здравоохранения в парадигме профилактической медицины.

Ключевые слова: профилактическая медицина, восстановительная медицина, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение

Источник финансирования. Исследование не финансировалось каким-либо источником.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Статья поступила: 24.03.2023

Статья принята в печать: 30.06.2023

Статья опубликована: 30.09.2023

UDC 615.828:616.71-003.93
<https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-86-94>

© Michael A. Eremushkin, 2023

Models of medical rehabilitation: problems and solutions

Michael A. Eremushkin

Russian Medical Academy of Continuous Professional Education
bld. 2/1 1 ul. Barrikadnaya, Moscow, Russia 125993

An analysis of the models of medical rehabilitation of domestic healthcare at the turn of the 20th-21st centuries is presented. The analysis of the concepts of the development of medical rehabilitation in the Russian Federation

Для корреспонденции:

Михаил Анатольевич Ерёмушкин

Адрес: 125993 Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1,
стр. 1, Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования
E-mail: medmassage@mail.ru

For correspondence:

Michael A. Eremushkin

Address: Russian Medical Academy of Continuous
Professional Education, bld. 2/1 1 ul. Barrikadnaya,
Moscow, Russia 125993
E-mail: medmassage@mail.ru

Для цитирования: Ерёмушкин М. А. Модели медицинской реабилитации: проблемы и их решения. Российский остеопатический журнал. 2023; 3: 86–94. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-86-94>

For citation: Eremushkin M. A. Models of medical rehabilitation: problems and solutions. Russian Osteopathic Journal. 2023; 3: 86–94. <https://doi.org/10.32885/2220-0975-2023-3-86-94>

was carried out from the standpoint of the existing legal framework and the real situation in practical medicine. The main tendencies and trends in the improvement of medical rehabilitation in the near future are described. The regular connection between medical rehabilitation and sanatorium-and-spa treatment is indicated as a characteristic feature and originality of the national healthcare system in the paradigm of preventive medicine.

Key words: *preventive medicine, restorative medicine, medical rehabilitation, spa treatment*

Funding. The study was not funded by any source.

Conflict of interest. The author declares no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

The article was received 24.03.2023

The article was accepted for publication 30.06.2023

The article was published 30.09.2023

К концу 90-х гг. XX в. в профессиональном медицинском сообществе сложилась критическая ситуация, когда стало ясно, что специалисты в области физиотерапии, лечебной физкультуры, мануальной терапии, рефлексотерапии, несмотря на то, что имеют единую научно-теоретическую базу знаний, в практическом здравоохранении по отдельности не в состоянии реализовать для пациента настоящий комплексный подход в решении имеющихся у него конкретных проблем со здоровьем. Каждый из них пытался достичь результата исключительно своими средствами, не взаимодействуя с остальными специалистами, а порой и лечащими врачами, имеющими клиническую подготовку по неврологии, травматологии, кардиологии и т. п. [1].

Первой попыткой объединения этих медицинских направлений стало введение новой специальности «врач восстановительной медицины». Статус врача восстановительной медицины определялся приказами Минздрава России № 241 от 9.06.2003 «О внесении дополнения в приказ Минздрава России от 27.08.99 № 337 „О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации“» и № 297 от 01.07.2003 «О врачах восстановительной медицины» [2, 3]. Однако последовавшее при этом радикальное изменение нормативно-правовой базы системы отечественного здравоохранения не дало ожидаемых значимых результатов ни пациентам, ни самим специалистам. Врач лечебной физкультуры (ЛФК) получал знания по физиотерапии и оставался по-прежнему врачом ЛФК, даже на должности врача восстановительной медицины. Такая же ситуация отмечалась и с врачами физиотерапевтами, рефлексотерапевтами. В большинстве своем специалисты не понимали, зачем им увеличивать свою собственную нагрузку, когда и без нее они оставались достаточно востребованными у пациентов. В то время еще не был развит пациент-ориентированный и мультидисциплинарный подходы в медицинской практике, ставящие потребности пациента в приоритете [4].

В свою очередь, мануальные терапевты стали все больше превращаться в «индивидуальных частных предпринимателей», считавших, что для реальной помощи пациентам нет необходимости в каких-либо кооперациях и для достижения требуемых клинических эффектов достаточно их собственных знаний и умений. Вместо решения проблемы ситуация все больше усложнялась, открывая дорогу частной медицине с сомнительной рекламой «уникальных специалистов, готовых за одну процедуру решить любые проблемы страждущего населения» [5].

Эти и ряд других причин повлияли на то, что приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 09.02.2011 № 94н «О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» специальность «восстановительная медицина» была исключена из номенклатуры медицинских специальностей [6]. Тем не менее, введенная в 2000 г. расширенная научная специальность (шифр 14.00.51) «Восстановительная ме-

дицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия» осталась [7]. В том же году уже Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ ввел новую концепцию, касающуюся физиотерапии, лечебной физкультуры и рефлексотерапии, — медицинская реабилитация [8]. Первый порядок организации медицинской реабилитации, утвержденный приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н, предлагал совершенно иные требования к специализированным отделениям, распределял процесс медицинской реабилитации по этапам и пытался по-новому представить скоординированную работу специалистов [9].

Несмотря на явные несовершенства модели «Порядка организации медицинской реабилитации» версии 2012 г., а именно избыточный штат специалистов, требования дорогостоящего оборудования для оснащения отделений медицинской реабилитации, невозможность организации многопрофильных центров медицинской реабилитации, тем не менее, благодаря этому приказу удалось к 2020 г. в Российской Федерации организовать в полном объеме систему второго этапа медицинской реабилитации. В каждом федеральном округе, крае, области появились отделения, центры медицинской реабилитации и начала налаживаться программа маршрутизации пациентов, имевшая понятную логистику, а соответственно, значительно расширившая доступ пациентов к услугам по медицинской реабилитации [10].

В отношении мануальной терапии в то время также произошли существенные изменения. Приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование» была введена новая специальность «Остеопатия». Таким образом, навыки по использованию мануальных методов лечения частично остались у врачей мануальных терапевтов, но в большей степени перешли в сферу деятельности врачей остеопатов. Благодаря приказу Минтруда России от 02.06.2021 № 358н «Об утверждении профессионального стандарта „Врач-osteopat“» в сферу деятельности этих специалистов вошла «диагностика и коррекция соматических дисфункций (потенциально обратимых структурно-функциональных нарушений в тканях и органах) у пациентов на этапах профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации». Приказом Минздрава России от 28.04.2022 № 292н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю „мануальная терапия“» деятельность специалистов по мануальной терапии была ограничена проведением «диагностики, лечения и реабилитации», но только при наличии у пациентов «дисфункций опорно-двигательного аппарата». При этом выполнение ряда лечебных манипуляций, свойственных для специалистов по мануальной терапии, ранее было возложено приказом Минтруда России от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта „Специалист по медицинской реабилитации“» на врачей физической и реабилитационной медицины.

Таким образом, не отрицая возможностей мануальных методов в рамках программ консервативного лечения заболеваний, следует указать, что в медицинской реабилитации им на сегодняшний день отводится незначительная роль.

Логичным продолжением развития концепции медицинской реабилитации стал приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» [11]. Однако за прошедшие с даты его утверждения почти 3 года сложности в организации и реализации новой модели медицинской реабилитации не убавились, а только преумножились [12].

Изначально в качестве прототипа для отечественной системы медицинской реабилитации была предложена западноевропейская модель. Но государственные масштабы, инфраструктура, плотность населения, системы страхования, к примеру, в Австрии, Бельгии, Швейцарии, Германии коренным образом отличаются от российских аналогов. Именно поэтому по-прежнему не удается «растянуть» ограниченные рамки здравоохранения европейских мини-государств во всю широту российских регионов [13].

Также в погоне за западноевропейскими критериями «доказательной медицины» оказалось на обочине большинство методов и методик лечебной гимнастики, медицинского массажа, аппаратной физиотерапии и бальнеотерапии, традиционно использовавшихся в системе здравоохранения как Советского Союза, так и Российской Федерации. Рядом «экспертов» было категорично заявлено о полном отрицании предшествующего отечественного опыта использования немедикаментозных методов лечения и настоятельно рекомендовано внедрение зарубежных методик, в особенности дорогостоящего высокотехнологичного реабилитационного оборудования [7].

Как правило, в Западной Европе для повышения экономической рентабельности учреждений создаются однопрофильные реабилитационные центры, а соответственно, и штатное расписание и оснащение таких центров связано с одним зданием или одним отделением большой клиники. В связи с этим, общих помещений для разных профилей медицинской реабилитации в них даже не подразумевается, а число коек составляет не более 30–50.

Однако в Российской Федерации до 2012 г. значительная часть реабилитационных центров позиционировалась как второй, а не третий этап медицинской реабилитации и создавалась на базе санаторно-курортных учреждений с несколькими корпусами, предназначенными под задачи размещения пациентов разного профиля и проведения широкого спектра восстановительных процедур (ЛФК, аппаратная физиотерапия, бальнеотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия). Соответственно, и число коек в них могло составлять порядка 300–400. По правилам элементарной логики, не может быть единых требований к учреждению, рассчитанному на 50 пациентов и 400.

Несмотря на то, что в приказе Минздрава России № 788н указывается возможность организации в центре медицинской реабилитации отделения бальнеотерапии, которое охватывало бы ванный зал и бассейн, тем не менее остаются вопросы: в чем подчинении будут находиться, к примеру, единственный в медицинском учреждении зал ЛФК, разнообразные кабинеты аппаратной физиотерапии (УВЧ-, СВЧ-терапия и тому подобные), механотерапии, требующие специального оснащения и сложного роботизированного оборудования, пользоваться которым могли бы пациенты отделений медицинской реабилитации разного профиля?

Традиционно в западноевропейских странах страховые компании оплачивают, как правило, только один курс медицинской реабилитации, проводимой в стационарных условиях реабилитационного центра [14]. Так, в Германии длительность реабилитации пациентов с постинсультными состояниями составляет до 12, а порой 26 нед при стоимости койко-дня 200–800 евро. При этом средний срок пребывания в реабилитационной клинике пациентов травматолого-ортопедического профиля стандартизованно составляет 3–8 нед, а затраты на койко-день не превышают 200 евро. Следует отметить, что в Российской Федерации длительность одного курса медицинской реабилитации пациентов с травмами и заболеваниями органов движения и опоры может составлять 10–14 дней, а затраты в среднем 5–8 тыс. руб. за койко-день. Тем не менее, у пациентов есть возможность проходить повторные курсы медицинской реабилитации несколько раз в год. Очевидно, что при этом стоимость медицинской реабилитации будет возрастать кратно, а эффект такой многоступенчатой программы реабилитации сомнителен, чем и пытаются пользоваться некоторые пациенты, требуя направление в реабилитационные отделения второго этапа если не каждые 3 мес, то по крайней мере ежегодно.

Отдельным вопросом стоит укомплектованность кадров отделений медицинской реабилитации. В соответствии с федеральным проектом, соотношение врач–средний медицинский персонал (медицинские сестры, фельдшеры) к 2024 г. должно составить 1:2,32 в России и 1:1,63 в Москве. Этот показатель в 2017 г. относительно 2013 г. увеличился в стране на 1,4% и составил 1:2,19, в Москве уменьшился на 9,7% и составил 1:1,64. Однако рекомендуемое ВОЗ соотношение врач–средний медицинский персонал — 1:4 [15]. Закономерно встает вопрос: где взять столько высококвалифицированных сотрудников, подготовленных под задачи медицинской реабилитации?

На сегодняшний день действуют принятые Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации приказы от 03.09.2018 № 572н «Об утверждении профессионального стандарта „Специалист по медицинской реабилитации“» и от 31.07.2020 № 476н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра по реабилитации»» [16, 17]. Однако профессиональных стандартов для специалистов по физической реабилитации, эрготерапии, медицинской психологии, логопедии до сих пор нет. И несмотря на приказ Минздрава России от 07.11.2022 № 727н «О внесении изменений в порядок организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н», продливший до 1 сентября 2025 г. возможность участия в реабилитационных программах врачей по ЛФК, физиотерапии, рефлексотерапии, инструкторов-методистов по ЛФК, медицинских сестер по физиотерапии, массажу, рефлексотерапии, инструкторов по ЛФК, полноценную работу мультидисциплинарных реабилитационных команд реализовать на практике в таком варианте достаточно сложно [18]. Кроме того, требование участия в ведении истории болезни в форме написания ежедневных протоколов этими специалистами на данный момент не закреплено в действующей нормативно-правовой базе. Ситуация, когда «повозка поставлена впереди лошади», не сказывается положительно на отношении профессионального медицинского сообщества к подобным инициативам.

Особо необходимо обратить внимание на возможное после 1 сентября 2025 г. исключение из работы в реабилитационных отделениях медицинских сестер/братьев по массажу, имеющих ограничение по зрению. Медицинский массаж — неотъемлемая часть большинства реабилитационных программ, а массажисты, прошедшие обучение по ФГОС специальности 34.02.02 «Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)», традиционно являются самыми подготовленными специалистами в этой области [19]. Устранение из процесса реабилитации медицинских работников (согласно рекомендуемому приказом № 788н штатному расписанию), имеющих инвалидность и которых кроме медицинского массажа крайне затруднительно обучить иным навыкам (занятия лечебной гимнастикой, проведение физиотерапевтических процедур и другое), никак нельзя назвать мерой социальной поддержки данной категории населения. Закономерно, что такие высококвалифицированные специалисты должны принимать участие в работе мультидисциплинарных реабилитационных команд.

Концептуально приказ Минздрава России № 788н внес идеи о врачах физической и реабилитационной медицины, работе мультидисциплинарной команды и использовании Международной классификации функционирования (МКФ). Однако если в модели «восстановительной медицины» врач, объединяя знания и умения по ЛФК, физиотерапии, мануальной терапии, рефлексотерапии, но без клинической подготовки, в перспективе развития мог стать аналогом европейского специалиста по физиотерапии, имеющего, по сути, среднее медицинское образование, то в модели «Реабилитация 20/23» врач физической и реабилитационной медицины готовится заменить врача медико-социальной экспертизы [20]. Времени на выполнение конкретных процедур у него не остается (тем более для таких затратных процедур, как рефлексотерапия), и основное рабочее время он тратит на проведение функциональных тестов у пациентов и заполнение медицинской документации. К тому же, не может один и тот же специалист, пусть даже в области медицинской реабилитации, быть равнозначно компетентен в вопросах и травматологии, и гинекологии, и онкологии, и кардиологии, и т. п.

На наш взгляд, самый оптимальный выход из создавшейся ситуации был бы в подготовке врачей по использованию методов физической терапии как в лечении, так и в медицинской реабилитации по профилям клинических специальностей в рамках ординатуры или цикла повышения квалификации на базе одной из клинических специальностей. А для немедицинских работников и медицинских сестер необходимо проведение циклов первичной подготовки в учреждениях практического здравоохранения, где они смогут не в теории, а на практике освоить требуемые

навыки работы в реабилитационной команде. Именно таким образом возможно насытить рынок медицинских специалистов подготовленными в области медицинской реабилитации профессиональными кадрами.

Сегодня в практическом здравоохранении Российской Федерации в рамках системы маршрутизации пациентов сформировались следующие варианты медицинской помощи: при острых состояниях, травмах — медицинская реабилитация; при наличии инвалидности — медико-социальная реабилитация; при хронических заболеваниях — санаторно-курортное лечение.

И если в отдаленной перспективе стоит рассматривать слияние медицинской и медико-социальной реабилитации, то на санаторно-курортное лечение, пока не являющееся самостоятельным видом специализированной медицинской помощи, ложится наибольшая нагрузка по восстановительному лечению пациентов с хроническими заболеваниями и коморбидными состояниями, то есть вторичная профилактика, в отличие от медицинской реабилитации как третичной профилактики с ограниченными задачами и сроками восстановления [21].

Принципиальное различие между медицинской реабилитацией и санаторно-курортным лечением заключается в том, что в первом случае требуются небольшие монопрофильные отделения в клинических больницах с минимальным штатом сотрудников для пациентов, у которых возможно изменить статус трудоспособности, а во втором — периодические курсы, включающие широкий спектр методов и специалистов разного профиля, в условиях крупных, рассчитанных на 200–400 коек медицинских учреждений, для пациентов с хроническими заболеваниями без перспективы изменения статуса их трудоспособности.

Именно в контексте профилактической медицины возможно выстроить действительно уникальную отечественную систему восстановления здоровья и профилактики возникновения заболеваний, развития обострения и осложнений заболеваний, то есть первичная, вторичная и третичная профилактика.

Большинство выявленных «недочетов» и «несоответствий» в нормативно-правовых документах по медицинской реабилитации, безусловно, связано с разрывом между теорией и практикой, с непониманием рядом специалистов самой идеологии как медицинской реабилитации, так и санаторно-курортного лечения. Те принципы, которые были заявлены в приказе Минздрава России № 788н, коренным образом меняют представление о всей системе здравоохранения. Недаром ВОЗ объявила переход от лечебной стратегии XX в. к стратегии реабилитации XXI в. Однако этот переход должен иметь не революционный, а эволюционный характер, избавлять от ветхого, но сохраняя жизнеспособное, строить новое и лучшее. И делать это следует с учетом имеющихся особенностей российской системы здравоохранения, прежнего опыта.

Сокращение сроков и ограничение кратности проведения курсов медицинской реабилитации на всех ее этапах, привлечение специалистов клинической медицины в «физическую и реабилитационную медицину», воспитание и обучение мультидисциплинарного командного подхода, снижение затрат за счет оптимизации применяемых аппаратных реабилитационных средств и четкой связи с результатом проводимых мероприятий, при этом перевод акцента в системе здравоохранения на санаторно-курортное лечение как части профилактической медицины, рассчитанной на большинство пациентов, которым уже не требуются программы медицинской реабилитации, — сегодня можно назвать основными трендами развития модели «Медицинская реабилитация 20/23».

Таким образом, безусловно проявляется необходимость в коррекции нового порядка медицинской реабилитации, но с учетом российских реалий, выявленных недочетов и современных тенденций. Российское профессиональное сообщество не должно стать репитером западных технологий, а рационально и обдуманно принимать новые технологии, не отбрасывая предыдущий положительный опыт традиционного подхода, в особенности в области медицинской реабилитации.

Вклад автора:

М. А. Ерёмушкин — автор идеи и текста данной статьи

Автор одобрил финальную версию статьи для публикации, согласен нести ответственность за все аспекты работы и обеспечить гарантию, что все вопросы относительно точности и достоверности любого фрагмента работы надлежащим образом исследованы и решены.

Author contribution:

Michael A. Eremushkin conceived and wrote the paper

The author has approved the final version of the article for publication, and agrees to be responsible for all aspects of the work and to ensure that all questions regarding the accuracy and reliability of any fragment of the work are properly investigated and resolved.

Литература/References

1. Пономаренко Г. Н. Физиотерапия: перспективы системного развития. *Вопр. курортол., физиотер. и ЛФК.* 2017; 94 (6): 59–54.
[Ponomarenko G. N. Physical therapy: the prospects for its systemic development. *Probl. Balneol. Physiother. Exercise Ther.* 2017; 94 (6): 59–54 (in russ.). <https://doi.org/10.17116/kurort201794659-64>
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 г. № 241 «О внесении дополнения в приказ Минздрава России от 27.08.99 № 337 „О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации“» (утратил силу на основании приказа Минздравсоцразвития России от 14.03.2008 № 119н).
[Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 241 of June 9, 2003 «On Amendments to the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 337 of 27.08.99 „On the Nomenclature of specialties in Healthcare institutions of the Russian Federation“» (expired on the basis of the order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 14.03.2008 № 119n) (in russ.)].
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2003 г. № 297 «О врачах восстановительной медицины» (утратил силу на основании приказа Минздравсоцразвития России от 04.03.2011 № 167).
[Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 297 dated July 1, 2003 «On the doctor of restorative Medicine» (expired on the basis of the order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated 04.03.2011 № 167) (in russ.)].
4. Разумов А. Н. Развитие санаторно-курортного комплекса России — основа сбережения здоровья населения. *Вопр. курортол., физиотер. и ЛФК.* 2018; 9 (2): 5–8.
[Razumov A. N. The development of the sanatorium complex in Russia is the basis for saving the health of the population. *Probl. Balneol. Physiother. Exercise Ther.* 2018; 9 (2): 5–8 (in russ.)].
5. Ерёмушкин М. А., Стяжкина Е. М., Гусарова С. А. Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии в становлении и развитии отечественной школы лечебной физической культуры. *Вестн. восстанов. мед.* 2020; 3 (97): 124–129.
[Eremushkin M. A., Styazhkina E. M., Gusarova S. A. National Medical Research Center of Rehabilitation and Balneology in the Development and Development of the National School of Physical Therapy. *Bull. rehab. Med.* 2020; 3 (97): 124–129 (in russ.). <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2020-97-3-124-129>
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 9 февраля 2011 г. № 94н «О внесении изменений в номенклатуру специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» (утратил силу с 28.11.2015 на основании приказа Минздрава России от 07.10.2015 № 700н).
[The Order of the Ministry of Health and Social Development of Russia dated February 9, 2011 № 94n «On amendments to the nomenclature of specialties of specialists with higher and postgraduate medical and pharmaceutical education in the field of healthcare of the Russian Federation» (expired on 11/28/2015 on the basis of the order of the Ministry of Health of Russia dated 07.10.2015 № 700n) (in russ.)].
7. Пономаренко Г. Н. Восстановительная медицина: фундаментальные основы и перспективы развития. *Физ. и реабилитац. мед.* 2022; 4 (1): 8–20.
[Ponomarenko G. N. Restorative medicine: fundamentals and development prospects. *Phys. rehab. Med.* 2022; 4 (1): 8–20 (in russ.). <https://doi.org/10.26211/2658-4522-2022-4-1-8-20>
8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 28 декабря 2022 г.) (редакция, действующая с 11 января 2023 г.). Собрание законодательства Российской Федерации, № 48, 28.11.2011, ст. 6724.

- [Federal Law № 323-FZ of November 21, 2011 «On the Basics of protecting the Health of Citizens in the Russian Federation» (as amended on December 28, 2022) (revision effective from January 11, 2023). Collection of legislation of the Russian Federation, № 48, 28.11.2011, art. 6724 (in russ.)].
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (отменен с 01.01.2021 на основании постановления Правительства Российской Федерации от 17.06.2020 № 868).
[Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 1705n dated December 29, 2012 «On the procedure for organizing medical rehabilitation» (canceled from 01.01.2021 on the basis of the Decree of the Government of the Russian Federation № 868 dated 06/17/2020) (in russ.)].
 10. Иванова Г. Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. *Consilium medicum*. 2016; 18 (2.1): 9–13.
[Ivanova G. E. Medical rehabilitation in Russia. Development prospects. *Consilium medicum*. 2016; 18 (2.1): 9–13 (in russ.)].
 11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
[Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 788n dated July 31, 2020 «On Approval of the Procedure for organizing medical rehabilitation of adults» (in russ.)].
 12. Иванова Г. Е. Медицинская реабилитация: задачи и пути решения. *Клин. питание и метаболизм*. 2020; 1 (1): 8–9.
[Ivanova G. E. Medical rehabilitation: problems and solutions. *Clin. Nutr. Metabolism*. 2020; 1 (1): 8–9 (in russ.)]. <https://doi.org/10.17816/clinutr33032>
 13. Белая книга по физической и реабилитационной медицине в Европе. Введение, краткий обзор и методология. *Европ. журн. по физ. и реабилитац. мед.* 2018; 54 (2): 10–36.
[European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Introduction, Executive Summary, and Methodology. *Europ. J. Phys. Rehab. Med.* 2018; 54 (2): 10–36 (in russ.)].
 14. Смычѣк В. Б. Медицинская реабилитация: история становления, современное состояние, перспективы развития. *Физ. и реабилитац. мед.* 2020; 2 (2): 7–17.
[Smychek V.B. Medical Rehabilitation: History of Formation, Modern Condition, Prospects of the Development. *Phys. rehab. Med.* 2020; 2 (2); 7–17 (in russ.)]. <https://doi.org/10.26211/2658-4522-2020-2-2-7-17>
 15. Турзин П. С., Ходырева Л. А., Дударева А. А. Динамика соотношения численности «врач–средний медицинский персонал». *Экспер. и клин. урол.* 2020; (1): 22–27.
[Turzin P.S., Khodyreva L.A., Dudareva A.A. Dynamics of the relationship of numbers «doctor–medium staff». *Exper. clin. Urol.* 2020; (1): 22–27 (in russ.)]. <https://doi.org/10.29188/2222-8543-2020-12-1-22-27>
 16. Приказ Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 3 сентября 2018 г. № 572н «Об утверждении профессионального стандарта „Специалист по медицинской реабилитации“».
[Order of the Ministry of Labor and Social Development of the Russian Federation № 572n dated September 3, 2018 «On approval of the professional standard „Specialist in medical rehabilitation“» (in russ.)].
 17. Приказ Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 476н «Об утверждении профессионального стандарта „Медицинская сестра по реабилитации“».
[Order of the Ministry of Labor and Social Development of the Russian Federation № 476n dated July 31, 2020 «On approval of the professional standard „Rehabilitation nurse“» (in russ.)].
 18. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2022 г. № 727н «О внесении изменений в Порядок организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н».
[Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 727n dated November 7, 2022 «On Amendments to the Procedure for Organizing Medical Rehabilitation of Adults, Approved by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation № 788n dated July 31, 2020» (in russ.)].
 19. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 мая 2014 г. № 505 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.02 Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)» (с изменениями на основании приказа Минпросвещения России от 03.02.2022 № 50 с 25 марта 2022 г.).
[Order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation № 505 dated May 12, 2014 «On approval of the Federal State Educational Standard of secondary vocational education in the specialty 34.02.02 Medical massage (for training persons with visual disabilities)» (as amended on the basis of the order of the Ministry of Education of Russia dated 03.02.2022 № 50 from March 25, 2022) (in russ.)].
 20. Приказ Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 27 августа 2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
[Order of the Ministry of Labor and Social Development of the Russian Federation № 585n dated August 27, 2019 «On classifications and criteria used in the implementation of medical and social expertise of citizens by Federal state institutions of medical and social expertise» (in russ.)].

21. Разумов А. Н. О достижении национальных целей развития Российской Федерации на период до 2024 г. в части влияния санаторно-курортного оздоровления, восстановительного лечения и медицинской науки на здоровьесбережение населения. *Вопр. курортол., физиотер. и ЛФК.* 2019; 2–2 (96): 5–9.
[Razumov A. N. On achieving the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2024 in terms of the impact of sanatorium and resort rehabilitation, rehabilitation treatment and medical science on the health of the population. *Probl. Balneol. Physiother. Exercise Ther.* 2019; 2–2 (96): 5–9 (in russ.)].

Сведения об авторе:

Михаил Анатольевич Ерёмушкин, докт. мед. наук, профессор, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, профессор кафедры физической терапии, спортивной медицины и медицинской реабилитации
eLibrary SPIN: 5602-6899

Information about author:

Michael A. Eremushkin, Dr. Sci. (Med.), professor, Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Professor of the Department of Physical Therapy, Sports Medicine and Medical Rehabilitation
eLibrary SPIN: 5602-6899