Пилотные проекты в системе медицинской реабилитации

ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ «РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ». ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ПРОТОКОЛ

Г. Е. Иванова[1], *доктор медицинских наук,*
А. А. Белкин[2], *доктор медицинских наук,*
А. Ф. Беляев[3], *доктор медицинских наук,*
Р. А. Бодрова[4], *кандидат медицинских наук,*
Т. В. Буйлова[5], *доктор медицинских наук,*
Е. В. Мельникова*[6], *доктор медицинских наук,*
И. Е. Мишина[7], *доктор медицинских наук,*
С. В. Прокопенко[8], *доктор медицинских наук,*
А. М. Сарана[9], *кандидат медицинских наук,*
Л. В. Стаховская[1], *доктор медицинских наук,*
А. Ю. Суворов[1], *кандидат медицинских наук,*
Д. Р. Хасанова[10], *доктор медицинских наук,*
М. Б. Цыкунов[11], *доктор медицинских наук,*
А. А. Шмонин[6], *кандидат медицинских наук,*
Н. А. Шамалов[1], *доктор медицинских наук*

[1] ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова», 117997, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1
[2] ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, Россия, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3
[3] ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 690002, Россия, г. Владивосток, просп. Острякова, д. 2
[4] ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Минздрава России», 420012, Россия, г. Казань, ул. Муштари, д. 11
[5] ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского», 603950, Россия, г. Нижний Новгород, пр. Гагарина, д. 23
[6] ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова», 197022, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8
[7] ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8.
[8] ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого», 660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1
[9] СПбГБУЗ «Городская больница № 40 Курортного района», 197706, Россия, г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул. Борисова, д. 9
[10] ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, Россия, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.
[11] ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова Минздрава России», 127299, Россия, г. Москва, ул. Приорова, д. 10

** Ответственный за переписку (corresponding author): melnikovae2002@mail.ru*

ВВЕДЕНИЕ

С 1 сентября 2015 г. в 13 субъектах Российской Федерации (Московская область, Санкт-Петербург, Ленинградская область, Нижегородская область, Свердловская область, Самарская область, Республика Татарстан, Красноярский край, Приморский край, Тверская область, Республика Чувашия, Ивановская область, Пермский край) началась реализация Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реа-

билитации в Российской Федерации» в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 г. Проект реализуется по профилям оказания медицинской помощи, выбранным самостоятельно субъектом РФ, который участвует в пилотном проекте: неврология, кардиология, травматология-ортопедия (табл. 1). С целью максимальной детализации процесса организации проекта в каждом из профилей обозначены модели пациентов, максимально отражающие особенности медицинской реабилитации:

– острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (неврология),
– дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава с тотальным эндопротезированием сустава (травматология-ортопедия),
– острый инфаркт миокарда (ОИМ) (кардиология).

Основаниями для проведения пилотного проекта явились:

– письмо заместителя Министра здравоохранения Т. В. Яковлевой от 14.08.2015 №17-5/10/2-4691 «О проведении пилотного проекта “Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации”».
– письмо первого заместителя Министра здравоохранения И. Н. Каграманяна от 26.08.2015 №16-2/10/2-4972 «О проведении пилотного проекта “Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации”».

Цель пилотного проекта – продемонстрировать эффективность «новой» модели медицинской реабилитации по сравнению с прежней (традиционной) моделью у трех категорий пациентов (с ОНМК, ОИМ и после эндопротезирования тазобедренного сустава).

ЗАДАЧИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

1. Оценить клиническую эффективность «новой» модели медицинской реабилитации по сравнению с прежней моделью у трех категории пациентов (с ОНМК, ОИМ и после эндопротезирования тазобедренного сустава) по следующим показателям:
   – летальность на каждом этапе реабилитации,
   – количество осложнений,
   – продолжительность реабилитационного лечения (длительность госпитализации, длительность пребывания на амбулаторном этапе),
   – степень восстановления функций, активности и участия.
2. Рассчитать экономическое преимущество «новой» модели медицинской реабилитации у трех категории пациентов (с ОНМК, ОИМ и после эндопротезирования тазобедренного сустава) по расчету финансовых затрат на один случай реабилитации и на полный курс реабилитации.
3. Изучить особенности нарушений функционирования и участия у каждой категории пациентов в процессе медицинской реабилитации (с ОНМК, ОИМ и после эндопротезирования тазобедренного сустава).
4. Обосновать валидизацию шкал, применяемых для мониторирования эффективности реабилитационного процесса у пациентов

Таблица 1. Профили оказания помощи по медицинской реабилитации, выбранные субъектами РФ – участниками пилотного проекта

Субъект РФ	Профиль медицинской реабилитации
Московская область	Неврология
Санкт-Петербург	Неврология, кардиология, травматология-ортопедия
Ленинградская область	Кардиология
Нижегородская область	Травматология-ортопедия
Свердловская область	Неврология
Самарская область	Травматология-ортопедия
Республика Татарстан	Неврология, травматология-ортопедия
Красноярский край	Неврология
Приморский край	Неврология, травматология-ортопедия
Тверская область	Неврология
Республика Чувашия	Неврология, травматология-ортопедия, кардиология
Ивановская область	Кардиология
Пермский край	Неврология

трех категорий (с ОНМК, ОИМ и после эндопротезирования тазобедренного сустава).
5. Разработать методологические основы для создания регистра пациентов, получающих медицинскую реабилитацию в РФ.
6. Разработать основы для создания системы оценки качества медицинской реабилитационной помощи в РФ.

ОПИСАНИЕ ПРОЕКТА

В ходе пилотного проекта будут сравниваться две системы реабилитации: «новая» и «привычная», традиционная (табл. 2). В субъектах Российской Федерации планируется выбрать медицинские организации, оказывающие помощь по медицинской реабилитации 1, 2, и 3-го этапов и имеющие сходное оснащение и штатное расписание в соответствии с порядками оказания помощи по профилям:

– приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.12 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»,
– приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения» (по профилю «неврология»),
– приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» (по профилю «кардиология»),
– приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2012 № 901н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия».

В 1-й фазе реализации пилотного проекта мультидисциплинарные команды профильных отделений медицинских организаций продолжат работать по традиционной «привычной» схеме, но с использованием набора шкал для оценки эффективности проведения мероприятий по медицинской реабилитации, а также единой формы заключительного (переводного/выписного/посмертного) эпикризов. Члены мультидисциплинарных команд будут обучены правильному использованию оценочных шкал и ознакомлены с формой эпикриза.

Во 2-й фазе медицинские организации приступят к работе по «новой» модели с реализацией проблемно-ориентированного мультидисциплинарного подхода и применением Международной классификации функционирования (МКФ), клинических шкал с целью проведения своевременной экспертизы и маршрутизации пациентов в медицинские организации или их структурные подразделения для продолжения реабилитационных мероприятий, адекватных характеру и уровню функциональных нарушений, с обязательным использованием новых управленческих технологий работы мультидисциплинарных бригад (МДБ) и современных реабилитационных технологий. Отличия двух моделей реабилитации представлены в таблице 2.

Для каждого из трех профилей формулируются критерии включения/невключения пациента в проект и учета его в системе мониторинга. В исследовании принимают участие все пациенты, соответствующие критериям включения и не соответствующие критериям невключения.

Одним из важных условий успешного участия реабилитационного центра 1, 2 и 3-го уровней является наличие сплоченной и полной реабилитационной МДБ. На каждого участника МДБ возлагаются функциональные обязанности по оценке состояния пациента и проведению реабилитационных мероприятий в рамках его компетенции. В данном проекте предусмотрены оценочные шкалы для каждого участника МДБ. Таким образом, при оценке результатов по завершении проекта появляется возможность объективно доказать необходимость включения в состав бригады каждого специалиста. К тому же после окончания пилотного проекта практическое применение оценочных шкал позволит контролировать эффективность работы каждого участника МДБ. Рекомендованный состав МДБ по профилю «неврология»: врач-специалист по медицинской реабилитации – невролог, медсестра, инструктор-методист ЛФК, инструктор ЛФК, логопед, психолог, реаниматолог, по профилю «кардиология»: врач-специалист по медицинской реабилитации – кардиолог, медсестра, инструктор-методист ЛФК, инструктор ЛФК, психолог, реаниматолог, по профилю «травматология-ортопедия»: врач-специалист по медицинской реабилитации, медсестра, медицинская сестра по массажу, специалисты по ФТЛ, инструктор-методист ЛФК, инструктор ЛФК, психолог, врач-хирург травматолог-ортопед. Во второй фазе пилотного проекта в соответствии с «новой» моделью реабилитации в составе МДБ появляется новый специалист – эрготерапевт, который получит специальное обучение в рамках образовательной программы. Выполнять функциональные обязанности эрготерапевта и проходить обучение могут специалисты, имеющие высшее педагогическое, высшее психологическое, сестринское или высшее медицинское образование.

В первой фазе пилотного проекта будут использованы только критерии включения, а вопросы маршрутизации пациентов будут решаться на

Таблица 2. Сравнение «привычной» (традиционной) и «новой» моделей реабилитации

Параметр	«Привычная»	«Новая»
Отношения врач/пациент	Подход, при котором пациент рассматривается как пассивный получатель услуги	Пациентоориентированный подход
Диагноз	По Международной классификации болезней (МКБ-10)	По МКБ-10 и по МКФ
Задачи врача-специалиста по профилю оказываемой помощи (лечащего врача)	Назначить консультации необходимых специалистов, проводящих реабилитационные мероприятия в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи	Организовать своевременное обсуждение проблем пациента, добиться формулирования цели реабилитации и краткосрочных и долговременных задач, критериев оценки эффективности реабилитационного лечения, организовать эффективное использование рабочего времени и оборудования, необходимого для реабилитации, адекватных решаемым задачам технологий
Образование	Подготовка по отдельным специальностям лечебная физкультура (ЛФК), физиотерапия (ФТЛ), рефлексотерапия (РТ), массаж, мануальная терапия и т. д.	Единая система обучения для всех специалистов с высшим медицинским образованием по медицинской реабилитации в соответствии с Европейской программой подготовки врача по физической и реабилитационной медицине, модульный принцип, сетевая форма реализации образовательных программ
Организация работы	Каждый работает в соответствии с должностными обязанностями, каждый специалист самостоятельно решает, какое лечение нужно пациенту по его профилю (ФТЛ, ЛФК…)	Мультидисциплинарный подход. Специалисты при совместном обсуждении устанавливают цель реабилитации, задачи, время решения, исполнителей, исходя из потребности пациента. Все координирует врач по профилю оказания медицинской помощи
Состав реабилитационной команды	Инструктор-методист и врач ЛФК, врач и медсестра по ФТЛ, РТ, инструктор по ЛФК, м. с. по массажу, логопед, клинический психолог (психотерапевт), медицинская сестра	*Врач-клиницист по профилю оказываемой помощи*, инструктор-методист и врач ЛФК, врач и медсестра по ФТЛ, специалист РТ, *эрготерапевт*, инструктор по ЛФК, медсестра по массажу, логопед, клинический психолог (психотерапевт), медицинская сестра
Сроки госпитализации	Фиксированные (14, 21 и 30 дней, в зависимости от этапа) в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи	В зависимости от целей и задач. При достижении целей, выполнении задач или достижении определенных клинических / инструментальных параметров пациент переводится на следующий этап или выписывается
Критерии перевода на следующий этап реабилитации	Завершение выполнения стандарта медицинской помощи	Единый алгоритм завершения реабилитационных мероприятий на определенном этапе (для всех участников проекта) с выбором определенной формы медицинской организации (для III этапа) и выбором следующих мероприятий
Оплата случая	Фиксированная по законченному случаю	По клинико-статистической группе (КСГ) на каждом из трех этапов реабилитации
Объем выполненной работы	В соответствии со стандартом лечения	Необходимый для достижения целей в каждом конкретном случае
Аудит проведения реабилитационных мероприятий	Нет	Внутренний и внешний

основании требований стандартов оказания медицинской помощи. Во второй фазе пилотного проекта планируется использовать четко регламентированные критерии перевода с этапа на этап, выработанные профессиональным сообществом на основании собственного опыта работы и данных научной литературы.

МЕТОДЫ СБОРА ИНФОРМАЦИИ – ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИРОВАНИЯ

Для сбора информации о реабилитации каждого пациента, включенного в пилотный проект (рис. 1), будут вводиться данные в электронную систему мониторирования реабилитации (программа “ICF-reader”). На время проведения исследования данная программа будет предоставлена всем участникам проекта, которым необходимо будет пройти обучение по работе с программой и правильному использованию шкал.

Для контроля и обеспечения преемственности вводится специальная единая форма эпикриза для каждого профиля проекта. Переводной / выписной / посмертный эпикриз является основным отчетным документом и должен включать в себя данные о:

– причинах заболевания, приведшего к изменению уровня функционирования,
– инвалидности по отношению к уровню функционирования до заболевания,
– условиях существования (факторах среды и персональных факторах),
– нарушениях, которые возникли в результате заболевания,
– полученном лечении, в том числе описание реабилитационных технологий.

Эпикриз должен содержать следующие пункты:
– ф., и., о., возраст, число месяц и год рождения.
– учреждение, в котором пациент получал лечение и реабилитацию,
– этап реабилитации (1, 2, 3-й), уровень реабилитации (1, 2, 3-й),
– сроки госпитализации (включая количество койко-дней),
– анамнез заболевания (с учетом инвалидности до заболевания, личных факторов и факторов окружающей среды),
– соматический, неврологический, ортопедический статус при поступлении и выписке (в зависимости от профиля),
– результаты обследований, выполненных во время лечения,
– оценка по шкалам при поступлении и при выписке,
– проведенное лечение и объем реабилитационных мероприятий (перечень, частота, специальность и квалификация исполнителя),
– список осложнений, которые возникли у пациента: рецидив клинических симптомов, пролежни, пневмония, сепсис, мочевая инфекция, острый живот, запоры, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, инфаркт миокарда, ТЭЛА, переломы костей, повреждения связочного аппарата и мягких тканей и др.,
– нозологический диагноз (основной, осложнения, сопутствующий),
– диагноз по МКФ – только во второй фазе пилотного проекта,
– отдельные вопросы для каждого направления.

В процессе реабилитации или по завершении таковой на каждом этапе врач:
– оставляет эпикриз по предлагаемой форме,
– часть информации вводит в программу “ICF-reader”.

Программа “ICF-reader” может помочь сформировать документацию для принятия пациента или при выписке, переводе больного.

Возможности программы “ICF-reader” в первую фазу исследования:
– проверка пациента на соответствие критериям включения,
– шифровка персональных данных пациента для обеспечения возможности их пересылки между центрами и создания базы больных,
– создание базы данных пациентов для обеспечения преемственности между реабилитационными центрами (этапами реабилитации),
– сбор информации для связи с больным,
– сбор данных о контекстуальных факторах, которые важны для реабилитации (анкета пациента),

Рис. 1. Схема мониторирования эффективности реабилитации

– сбор информации о заболевании (анамнез заболевания),
– сохранение информации о диагнозе,
– сохранение информации о неврологическом / соматическом / ортопедическом статусе,
– сохранение информации о примененных реабилитационных технологиях,
– возможность оценки по шкалам,
– сохранение данных об исходах реабилитации.

Результатом работы программы является аккумуляция и анализ всей собранной информации.

Каждому пациенту присваивается индивидуальный номер, который является его персональным идентификатором в электронной базе программы “ICF-reader”. При отсылке данных в центральную базу фамилия больного сохраняться не будет. Таким образом, обеспечивается дополнительная защита персональных данных. Получить доступ к информации о пациенте из общей базы программы “ICF-reader” на 2-м и 3-м этапах реабилитации можно, зная индивидуальный номер, который указывается в переводном эпикризе.

В каждом центре назначается ответственный за работу с программой “ICF-reader”, которому предоставляется доступ (пароль и логин), а также инструкция по установке программы на компьютеры центра. Ответственный за работу с программой регистрирует специалистов центра и следит за правильностью заполнения информации о пациенте. В случае потери персонального номера пациента на последующих этапах реабилитации ответственный на основании запроса может выдать данный номер, сверив информацию с базой своего центра.

Во второй фазе исследования после обучения врачей принципам формулирования реабилитационного диагноза и современным подходам к реабилитации в соответствии с «новой» моделью в программе “ICF-reader” открывается возможность устанавливать реабилитационный диагноз на основе МКФ, а также опция оценки по МКФ с использованием оценочных шкал.

Через 3 месяца (на 90-й день) после начала 1-го этапа реабилитации проводится опрос всех пациентов для оценки конечных точек и результатов реабилитации. Связь с больным осуществляется по телефону медицинским персоналом (врачом или психологом) третьего этапа реабилитации, который прошел специальное обучение в рамках образовательной программы пилотного проекта (дистанционная лекция продолжительностью 1 час).

Должны быть получены по телефону у пациента или его родственника следующие сведения:
1. Пациент жив или нет.
2. Были ли повторные госпитализации, не связанные с реабилитацией.
3. Оценка по модифицированной шкале Рэнкина.
4. Оценка качества жизни по опроснику EuroQ-5-D (при возможности).

При наступлении летального исхода конечные точки заполняются в электронной системе на основании посмертного эпикриза. Связь с больными, которые прошли только один или несколько этапов реабилитации, осуществляется независимо от прохождения 3-го этапа реабилитации и считается одним из компонентов реабилитационного процесса в форме телереабилитации. В программе “ICF-reader” ответственным специалистам будет предоставлен специальный доступ (пароль и логин) для выбора пациентов, у которых следует взять интервью по телефону (из списка пациентов, срок проведения телефонного интервью которых приближается). Интервьюеру будет доступен номер телефона, имя и отчество пациента, координаты родственников.

Обучение специалиста, ответственного за проведение интервью (дистанционная лекция продолжительностью 1 час), включает подготовку по вопросам о:
– правилах ведения интервью, общения в нестандартных ситуациях и разрешения конфликтов, инициируемых пациентом или его родственниками;
– проведения оценки ЧЕГО? по модифицированной шкале Рэнкина по телефону;
– проведения оценки качества жизни по опроснику EuroQ-5D по телефону.

По результатам интервью заполняется раздел «Конечные точки» в программе “ICF-reader”.

Для оценки стоимости реабилитации в реабилитационные центры региональными координаторами (совместно с комитетами, департаментами и министерствами здравоохранения субъектов) будет направлен запрос с целью получения информации о стоимости каждого законченного случая. Группа центральных координаторов предоставит регионам список центров с указанием номеров историй болезни и сроков госпитализации, по которым следует предоставить информацию. Сбор информации будет происходить один раз в три месяца.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА

Статистическая обработка полученной информации будет включать четыре этапа (рис. 2):

Рис. 2. Схема анализа результатов и статистического анализа

1. Оценка эффективности реабилитации. Используется сравнение результатов каждого центра 1-й и 2-й фазы.
2. Во 2-й фазе оценивается эффективность реабилитации в зависимости от различных показателей (многофакторный анализ):
   – пола,
   – возраста,
   – региона,
   – стационара,
   – этапа и уровня реабилитации,
   – характера нарушений функционирования (нарушение восприятия, нарушение глотания, речи, нарушение ходьбы, нарушение функции руки, нарушении координации, нарушение чувствительности, нарушение мочеиспускания, дефекации, сексуальных функций, коммуникации и др.),
   – характера основного процесса,
   – тяжести основного процесса,
   – сопутствующих процессов,
   – осложнений.
3. Анализ по МКФ с оценкой задействованных доменов. В результате может быть создана адаптированная в Российской Федерации форма для работы с МКФ с детализацией до 3-го и 4-го уровня по наиболее актуальным доменам.
4. Использование технологии добычи данных (Data mining) – создание экспертной системы исходя из сочетания признаков:
   – устанавливая показатели на выходе, можно выработать критерии перевода на следующий этап, исходя не из собственных убеждений, а из объективных результатов.
   – можно оценить реабилитационный потенциал на основании показателей, использованных на протяжении всего исследования.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Использование «новой» системы по сравнению с прежней будет способствовать:

– уменьшению летальности, количества осложнений, частоты перехода на инвалидность, сроков лечения, повышению качества жизни,
– разработке научно обоснованных показателей перевода с одного этапа реабилитации на другой, а также экспертной системы для оценки реабилитационного потенциала,
– формированию научной основы для создания системы оценки качества работы реабилитационных центров,
– экономному расходованию ресурсов, конкретизации протоколов и выявлению наиболее эффективных инструментов диагностики и лечения,
– доказательству преимуществ сетевой модели обучения специалистов, работающих в реабилитационных центрах,
– созданию сквозной трехэтапной специализированной по профилю оказания медицинской помощи системы регистрации пациентов, включенных в процесс медицинской реабилитации,
– обоснованию алгоритма для расчета стоимости услуг по медицинской реабилитации на различных этапах медицинской реабилитации.

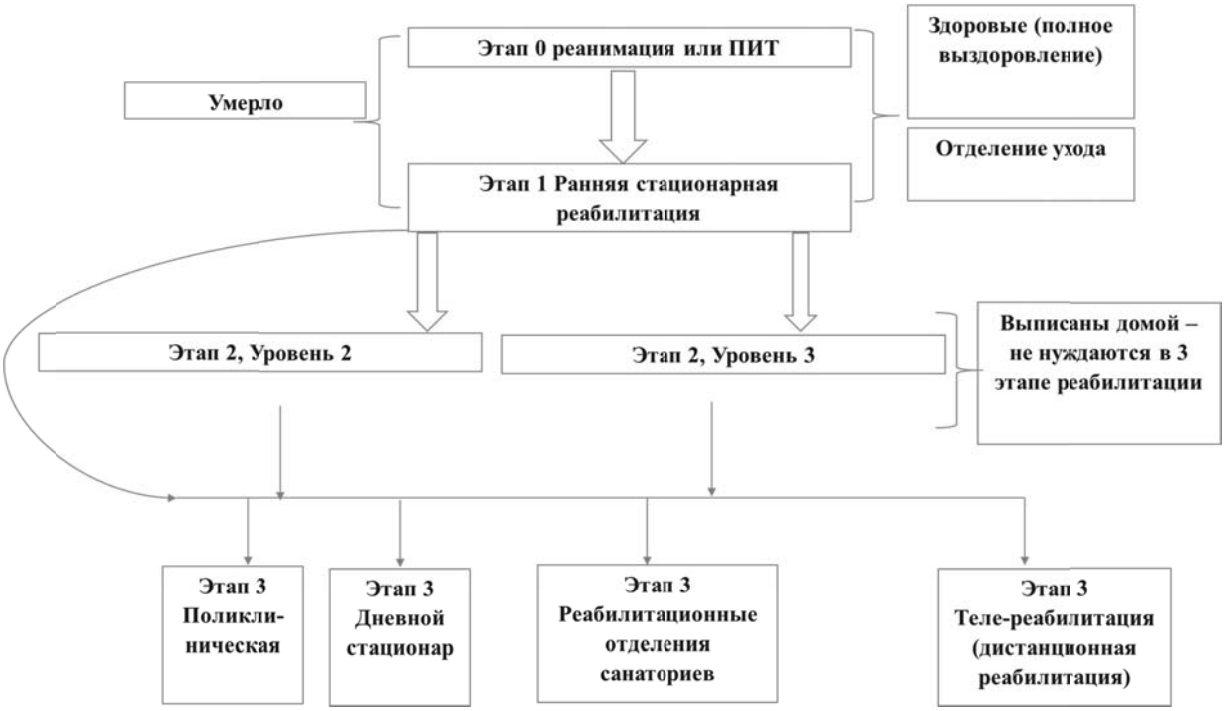

Рис. 3. Общая схема маршрутизации пациентов в процессе реабилитации

ПРИЛОЖЕНИЕ

Руководитель проекта: Иванова Галина Евгеньевна – главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава РФ.

Консультанты по профилям проекта: Гусев Евгений Иванович – главный внештатный специалист по неврологии Минздрава РФ, Зинченко Юрий Петрович – главный внештатный специалист по медицинской психологии Минздрава РФ, Миронов Сергей Павлович – главный внештатный специалист по травматологии и ортопедии Минздрава РФ, Чазова Ирина Евгеньевна – главный внештатный специалист по кардиологии Минздрава РФ, Шкловский Виктор Маркович – ведущий специалист по нейродефектологии Минздрава РФ?.

Научно-организационный комитет: Аронов Давид Меерович, Белкин Андрей Августович, Беляев Анатолий Федорович, Бодрова Резеда Ахметовна, Бойцов Сергей Анатольевич, Бронников Владимир Анатольевич, Бубнова Марина Геннадьевна, Буйлова Татьяна Валентиновна, Власов Тимур Дмитриевич, Гречко Андрей Вячеславович, Иванова Наталья Евгеньевна, Комаров Александр Николаевич, Котельников Геннадий Петрович, Котов Сергей Викторович, Кривобородов Григорий Георгиевич, Лядов Константин Викторович, Мельникова Елена Валентиновна, Мишина Ирина Евгеньевна, Прокопенко Семен Владимирович, Салюков Роман Вячеславович, Сарана Андрей Михайлович, Сидякина Ирина Владимировна, Скоромец Александр Анисимович, Смирнова Светлана Николаевна, Сорокоумов Виктор Александрович, Стаховская Людмила Витальевна, Суворов Андрей Юрьевич, Супонева Наталья Александровна, Хасанова Дина Рустемовна, Цыкунов Михаил Борисович, Шамалов Николай Анатольевич, Шляхто Евгений Владимирович, Шмонин Алексей Андреевич, Яшков Александр Владимирович.

Исполнительный комитет: Алашеев Андрей Марисович, Алейников Алексей Валентинович, Балашова Ирина Николаевна, Бахарева Ольга Николаевна, Белкин Андрей Августович, Беляев Анатолий Федорович, Бодрова Резеда Ахметовна, Боринский Станислав Юрьевич, Бронников Владимир Анатольевич, Буйлова Татьяна Валентиновна, Энгаус Роман Ефимович, Гущенков Андрей Геннадьевич, Иванова Вера Владимировна, Исаева Наталья Викторовна, Карпухин Алексей Сергеевич, Котов Сергей Викторович, Кривошапко Сергей Валерьевич, Кузьмин Игорь Иванович, Мальцева Мария Николаевна, Мельникова Елена Валентиновна, Мизурова Татьяна Николаевна, Мишина Ирина Евгеньевна, Морозов Иван Николаевич, Назаров Михаил Валерьевич, Нестерин Кирилл Валерьевич, Новиков Дмитрий Вениаминович, Новосельский Александр Николаевич, Прокопенко Семен Владимирович, Сарана Андрей Михайлович, Секирин Алексей Борисович, Сидоркина Людмила Александровна, Суворов Андрей Юрьевич, Тихилов Рашид Муртузалиевич, Тюрина Татьяна Венедиктовна, Хасанова

Дина Рустемовна, Чичановская Леся Васильевна, Шамалов Николай Анатольевич, Шмонин Алексей Андреевич, Яшков Александр Владимирович.

Координаторы системы мониторинга реабилитации: Мельникова Елена Валентиновна, Шмонин Алексей Андреевич.

Ведущий IT-специалист: Никифоров Владимир Витальевич.

Статистика: заведующий лабораторией биомедицинской статистики НИЦ ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова канд. биол. наук Вербицкая Елена Владимировна.

Рецензенты:
Nicolas Christodoulou – MD, PhD, SPRM (GR), Life Fellow European Board of Physical & Rehabilitation Medicine, President of the UEMS PRM Section, President of the UEMS MJC on Sports Medicine, President of the Cyprus Society of Physical & Rehabilitation Medicine, Honorary Board Member of the Mediterranean Forum of PRM, Professor at the European University Cyprus – Medical School, Med. Dir. of the Limassol Centre of Physical and Rehabilitation Medicine.
Mauro Zampolini – General Secretary UEMS-PRM Section (European Union of Medical Specialist – Physical and Rehabilitation Medicine), Director of the Rehabilitation Network of Umbria Region, Director of Department of Rehabilitation, Unità Sanitaria Locale Umbria N° 2 – NHS, Director of Neurology and Rehabilitation Ward, Foligno Hospital, Via M. Arcamone, 06034 – Foligno (Perugia) – Italy.
Alvydas Juocevicius – Professor of PRM, UEMS PRM Section Delegate, vice-president of UEMS PRM Board, Head of the Department of the Rehabilitation, Physical and Sports Medicine, Faculty of Medicine, Vilnius Universit.
Enrique Varela-Donoso – MD, PhD, SPRM(GR), Professor of PRM, UEMS PRM Section Delegate, Spain.

PILOT PROJECT "DEVELOPMENT OF MEDICAL REHABILITATION SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION". GENERAL PRINCIPLES AND PROTOCOL

Ivanova G.E., Belkin A.A., Belyaev A.F., Bodrova R.A., Builova T.V., Melnikova E.V., Mishina I.E., Prokopenko S.V., Sarana A.M., Stakhovskaya L.V., Suvorov A.Yu., Khasanova D.R., Tsykunov M.B., Shmonin A.A., Shamalov N.A.