

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный детский
специалист невролог
Департамента здравоохранения
города Москвы д.м.н.


Т.Е. Батышева

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом
по науке Департамента
здравоохранения города Москвы

№ 8



ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Временное методическое руководство № 70

Москва 2020

Учреждения-разработчики: ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители: заместитель директора по медицинской работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук **Ю.А. Климов**; заместитель директора по организационно-методической работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» **М.В. Лалабекова**; ученый секретарь ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» кандидат биологических наук **С.В. Тихонов**; директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы по детской неврологии, главный внештатный специалист Минздрава России по детской реабилитации, доктор медицинских наук, профессор **Т.Т. Батышева**; директор ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, доктор экономических наук, кандидат педагогических наук, профессор. **Е.И. Аксенова**; заведующая научно-исследовательским отделом ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ, доктор медицинских наук **О.В. Быкова**, заместитель директора по медицинской работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» **М.Н. Саржина**, заведующая 1 психоневрологическим отделением С.С. Дарьина; заведующая отделением лечебной физкультуры **Е.А. Селиванова**; медицинский психолог **Х.Х. Ахматханова**, начальник Управления информатизации **А.В. Бахаев**, ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, начальник отдела информационной безопасности ГБУ НИИОЗММ ДЗМ И.Н. Махров.

Рецензенты: Зав. Центром высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, д.м.н., профессор Берсенева Е.А.

Директор НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ФГБУ «ФЦМН» МР, главный внештатный специалист ДЗМ невролог, д.м.н. Шамалов Н.А.

Назначение: для педиатров, неврологов, психиатров, логопедов, психологов и организаторов здравоохранения амбулаторных и стационарных ЛПУ педиатрического профиля

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ВВЕДЕНИЕ

Напряженная эпидемиологическая ситуация, сложившаяся в Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызвала необходимость поиска новых форм медицинской помощи детям, обеспечивающих непрерывность процесса оказания медицинской реабилитации детям, и, при этом, не предусматривающих ежедневного посещения ими лечебных учреждений.

Наиболее безопасной формой оказания реабилитационных услуг в условиях карантина, является их проведение с применением цифровых дистанционных технологий.

С целью решения этой задачи Научно-практическим центром детской психоневрологии ДЗМ в сотрудничестве с Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ успешно реализован проект лечения детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата с применением дистанционных технологий.

Цифровой дневной стационар для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями работает в очно-заочном режиме. Дети и их родители в ежедневном режиме получают доступ к медицинским и психологическим консультациям, а также виртуальным практическим занятиям.

На лечение принимаются дети с ранее установленным диагнозом при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к проведению медицинской реабилитации. Длительность реабилитации в отделении с использованием современных медицинских технологий составляет от 14 до 20 дней.

При регистрации на цифровой платформе у каждого ребенка формируется личный кабинет и цифровой календарь занятий. Для работы с каждым ребенком создается мультидисциплинарная реабилитационная команда, состоящая из специалистов как медицинских, так и немедицинских специальностей. Руководителем группы является лечащий врач. Задачами мультидисциплинарной реабилитационной команды являются: проведение интерактивных занятий с ребенком, и обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, законных представителей ребенка и самого ребенка.

В рамках работы дистанционного дневного стационара проводятся занятия лечебной и адаптивной физической культурой, адаптивным спортом, психологические и логопедические коррекции. Активно используются компьютерные развивающие игры, адаптированные для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями.

Наряду с медицинскими процедурами реализуется образовательный и психолого-педагогический блок, направленный на повышение грамотности родителей, оказание психологической помощи семьям с больными детьми.

Проект учитывает требования действующего законодательства в сфере применения дистанционных технологий. Работа проводится на базе защищенной цифровой платформы, обеспечивающей защиту персональных данных пациентов.

ДЕТИ И ПОДРОСТКИ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В МОСКВЕ

На 1 января 2020 года численность детского населения г. Москвы увеличилась на 114593 человек и составила 2031362. Число детей до 1 года за прошедший период увеличилось на 1589, составив 93256 человек. Общее количество прикрепленного детского населения выросло на 5,6 %.

В 2019 году отмечалось увеличение количества детей и подростков с патологией нервной системы и рост показателя детской заболеваемости по данному профилю (таблица 9).

Таблица 9. Количество детей и подростков с патологией нервной системы за 2012-2019 гг. в г. Москве (абсолютное число/показатели 1:100000) по данным окружных детских неврологов г. Москвы

Годы	Количество детей с неврологической патологией-диспансерный учет	
	Абсолютное количество	Показатели 1:100000
2012г.	29222	1546,5
2013г.	30765	1649,6
2014г.	31173	1685,2
2015г.	32105	1735,2
2016г.	32517	1840,6
2017г.	32311	1703,6
2018г.	31133	1624,0
2019 г.	31781	1564,5

()

По данным окружных детских неврологов г. Москвы, среди детей диспансерной группы с неврологической патологией под наблюдением находится 31781 детей, в возрасте до 1 года - 2312 человек.

В динамике с 2013 по 2017- 2019 год на фоне повышения общего числа заболеваний у детей в Москве отмечается рост числа болезней нервной системы, ставших причиной инвалидности, с 37,4 до 48,1- 48,7 на 10 000 детского населения, соответственно. Среди болезней нервной системы, которые обусловили возникновение инвалидности у детей 0-17 лет в Москве, наибольший удельный вес (от 65 до 70%) за последние пять лет составляет ДЦП (таблица 10). Относительный показатель заболеваемости детей ДЦП по сравнению с прошлым годом не изменился, несмотря на увеличение числа детей с этой патологией.

Таблица 2. Динамика количества детей и подростков и показателя заболеваемости ДЦП в 2012-2019гг., г. Москва (абсолютное число/показатель на 1000, по данным ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»)

Годы/ количество детей и подростков с ДЦП	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Количество детей и подростков с ДЦП (абс. число)	4924	5200	5404	5730	6294	6281	6438	7041
Количество детей и подростков с ДЦП (показатели 1:1000)	2,7	2,8	2,9	3,1	3,4	3,3	3,4	3,4

На втором месте после ДЦП, среди причин первичной детской инвалидности занимает эпилепсия, особенно ее резистентные к терапии формы. В 2019 году отмечается значительный рост количества пациентов педиатрического возраста с этим тяжелым заболеванием, что, с

одной стороны возможно связано с оптимизацией диагностики эпилепсии, с другой стороны диктует необходимость коррекции подходов к терапии этой патологии (таблица 3).

Таблица 3. Количество детей и подростков с эпилепсией, включая резистентные формы эпилепсии 2012-2018 гг., г. Москва (абсолютное число) по данным ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» и окружных детских неврологов г. Москвы

Годы/ количество детей и подростков с эпилепсией	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Количество детей и подростков с эпилепсией (абс. число)	3945	4225	5121	5194	5694	6009	5993	7256
Количество детей и подростков с резистентными формами эпилепсии (абс. число)	342	431	502	510	524	425	638	684

В то же время отмечается некоторое снижение количества детей и подростков с невралгией лицевого нерва и с последствием акушерских парезов на фоне поступательной тенденции к увеличению пациентов с поражениями периферической нервной системы (таблица 4).

Таблица 4. Динамика количества детей и подростков с поражением периферической нервной системы в 2013-2018гг., г. Москва (абсолютное число) по данным окружных детских неврологов г. Москвы.

Годы/количество детей и подростков	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Поражения периферической нервной системы всего, из них	684	802	739	726	803	765	970
последствия акушерских парезов	239	253	304	260	270	245	231
невралгии лицевого нерва	150	171	172	202	215	212	203

В соответствии с общемировыми тенденциями здравоохранения, в столице за 2019 год был зарегистрирован некоторый рост количества детей и подростков со спинальными мышечными атрофиями, наследственными и другими генетическими синдромами (таблица 5), что можно расценивать как позитивное увеличение информированности и настороженности специалистов по отношению к врожденным и наследственным патологиям в целом.

Таблица 5. Динамика количества детей и подростков с наследственными заболеваниями нервной системы в 2013-2019гг., г. Москва (абс. число) по данным окружных детских неврологов г. Москвы.

Годы /количество детей и подростков с наследственными заболеваниями	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Спинальные мышечные атрофии	81	72	89	89	85	101	126

Мышечные дистрофии	72	81	110	115	109	127	121
Наследственная моторная и сенсорная невропатия	55	60	70	81	82	85	86
Врожденные миопатии, в т. ч. Митохондриальные	66	66	67	69	64	77	72
Наследственные атаксии	13	15	22	22	30	29	24
Миотонические расстройства	9	12	11	11	13	11	21
Факоматозы	204	244	286	298	317	338	284
Другие генетические синдромы	259	341	407	443	575	445	478
Всего:	759	891	1062	1128	1275	1213	1212

Травматические повреждения центральной нервной системы также вносит значимую лепту в формирование детской и подростковой неврологической заболеваемости, в 2019 году, по сравнению с 2018 годом, отмечается тенденция к увеличению числа детей и подростков, поставленных на диспансерный учет по поводу черепно-мозговых и спинномозговых травм (таблица 6).

Таблица 6. Динамика количества детей и подростков с последствиями черепно-мозговых и спинномозговых травм в 2012-2019гг., г. Москва (абс. число) по данным окружных детских неврологов г. Москвы.

Годы / количество детей и подростков с последствиями травм	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Последствия черепно-мозговых травм	1908	2911	3915	2874	2618	2125	1782	1867
Последствия спинномозговых травм	31	34	36	49	37	54	40	43

В целом, по данным 2019 года, нужно отметить увеличение количества инвалидов детей и подростков с патологией нервной системы и маломобильных пациентов (таблица 7), причем на фоне небольшого увеличения абсолютного числа детей-инвалидов с патологиями нервной системы обращает внимание стремительный рост количества детей с нарушением передвижения и самообслуживания (таблица 7).

Таблица 7. Динамика количества инвалидов - детей и подростков с патологией нервной системы в 2013-2019 гг., г. Москва (абс. число) по данным НИИОЗММ

Годы/ количество инвалидов	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Всего инвалидов детей и подростков с патологией нервной системы	8160	8753	9458	10119	9931	9459	10183
из них с проблемами самообслуживания	1260	1483	1858	1339	1355	1198	6 776

Рост детской неврологической заболеваемости (особенно инвалидизирующих нозологических групп) неизбежно приводит к росту реабилитационной потребности детского населения по неврологическому профилю. В 2019 году количество детей и подростков с болезнями нервной системы, получивших медицинскую реабилитацию закономерно увеличилось, по сравнению с 2018 годом, преимущественно за счет мощностей стационаров (таблица 8).

Таблица 8. Количество детей и подростков с патологией нервной системы, получивших восстановительное лечение в 2013-2019 гг., г. Москва (абс. число/%) по данным окружных детских неврологов г. Москвы

Лечение/ годы	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Стационарное лечение	12177	39,1	12675	37,8	13139	39,1	14469	44,7	14484	47,5	17280	54,4
Амбулаторное лечение	24617	78,9	22619	67,4	18749	55,8	18495	57,2	17983	57,7	16943	53,3
Санаторно-курортное лечение	1805	5,8	2055	6,1	2304	6,9	1945	6,0	1436	4,6	1584	5,0
Всего детей и подростков с патологией нервной системы	31173		32105		33617		32311		31133		31781	

Стационарные формы медицинской реабилитации для детей с инвалидизирующими болезнями нервной системы являются, безусловно, предпочтительными по эффективности, так как они дают возможность не просто провести реабилитационную процедуру по перечню, а вовлекают в реабилитационный процесс ближайшее окружение ребенка, делая ее максимально персонализированной и продолженной.

Тем не менее, у стационарных форм реабилитационной помощи есть свои недостатки – они более дорогостоящие и всегда сопряжены с эпидемическими рисками, так как большинство детей с хронической неврологической патологией имеют дефекты вакцинации и подвержены повышенной инфекционной заболеваемости.

Наша сегодняшняя задача, с учетом карантинных мероприятий и потребностей педиатрического контингента, нуждающегося в реабилитации – поиск компромиссных форм медицинской реабилитации, которые бы сочетали в себе эффективность стационарного и безопасность дистанционного курса, не повышая при этом финансовых нагрузок на столичное здравоохранение.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО РЕАБИЛИТОЛОГА

Современная медицина основана на признании того, что биологические процессы лежат в основе клинических синдромов и симптомов у пациента. В актуальной биомедицинской модели плохое здоровье рассматривается как проблема, которая возникает непосредственно из-за болезней, травм или других проблем со здоровьем и находится внутри человека. Медицинское обслуживание, необходимое для лечения больного человека, предоставляется медицинскими работниками, цель которых состоит в том, чтобы добиться исцеления с помощью лечения или хирургического вмешательства, адаптации к состоянию, если оно не излечимо, и поведенческих изменений личности.

Описания доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, относятся к данному конкретному моменту, т.е. это моментальная фиксация увиденного. Однако их многократное использование во времени дает возможность характеризовать траекторию разворачивания процесса во времени и по существу.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в МКБ-10 (аббревиатура “Международной классификации болезней”), которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в МКФ (аббревиатура “Международной классификации функционирования”).

МКФ включает все аспекты здоровья человека и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, описывая их в терминах доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. В реальной жизни, в которой используется МКФ, применяются правила распределения кодов между специалистами (ответственность за оценку) и в зависимости от целей использования МКФ, правила выбора соответствующих случаю категорий. Для эпидемиологических исследований, в большинстве случаев, возможно использование двухуровневой классификации, тогда для адекватной оценки ситуации может понадобиться от 3 до 18 кодов. Для целей реабилитации следует использовать более подробную четырехуровневую версию.

ВОЗ разработан Базовый набор (БН) МКФ для детей и подростков с ДЦП в возрасте от 0 до 18 лет. *БН МКФ* – это максимально-оптимальный набор значимых доменов Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), используемых при формировании программы реабилитации детей-инвалидов с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП). Базовый набор МКФ содержит краткий список категорий МКФ, которые считаются релевантными для описания людей с данным состоянием здоровья (например, ДЦП) или в контексте, связанным со здоровьем. На этом примере можно наглядно продемонстрировать принцип использования МКФ в детской неврологической реабилитации.

Базовый набор МКФ для детского церебрального паралича (ДЦП)

Для практической работы с определенной нозологией удобно применять не полную классификацию, а Базовые наборы МКФ (БН МКФ). В настоящее время их разработано более 40, но только два из них для детей: БН МКФ для обследования детей/подростков с церебральным параличом и БН МКФ для людей с расстройством аутистического спектра. БН МКФ всегда включают в себя все домены классификации, разрабатываются ВОЗ около трех лет в соответствии с определенной процедурой и после апробации на всех континентах с выборкой порядка 3-5 тысяч пациентов и при прохождении согласительных комиссий утверждаются ВОЗ.

БН МКФ для детей/подростков с церебральным параличом может быть комплексным, кратким и по возрастам. Комплексный чаще всего используется для научных целей, краткий – для статистических, по возрастам – непосредственно для работы специалистов. Ниже приведена Карта определения значимых категорий МКФ и степени их выраженности у детей с ЦП (полная), которая может использоваться для «ручной/письменной» оценки [Шошмин, Пономаренко, 2018], и остальные составляющие БН МКФ в переводе Сотрудничающего центра ВОЗ Семьяства международных классификаций ВОЗ в Российской Федерации.

Для рутинной работы разработаны определенные правила использования категорий МКФ для составления категориального профиля. Категориальный профиль состоит из категорий МКФ, которые имеют отношение к описанию фактического состояния пациента. При выборе категорий МКФ удобно ориентироваться на БН МКФ, задающие определенные рамки работы специалисту. Однако, надо учитывать, что БН МКФ не является догмой, в рутинной работе можно использовать только те категории МКФ, на которые возможно воздействовать, либо которые могут иметь отрицательное влияние на пациента и/или важны для последующих этапов реабилитации. Кроме того, допускается произвольно добавлять другие категории в соответствии с характеристикой пациента.

Краткий (общий) базовый набор МКФ для обследования детей/подростков с церебральным параличом

	<p>Общие умственные функции, требующиеся, чтобы понимать и конструктивно объединять различные умственные функции, включая все познавательные функции и их развитие на протяжении жизни.</p> <p><i>Включено: функции интеллектуального роста; интеллектуальная задержка, умственная задержка, деменция</i></p> <p><i>Исключено: функции памяти (b144); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164)</i></p>
b134	<p>Функции сна</p> <p>Общие умственные функции периодического, обратимого и селективного физического и умственного отстранения непосредственно от окружающей среды, которое сопровождается характерными физиологическими изменениями.</p> <p><i>Включено: функции количества сна, засыпания, поддержания и качества сна; функции, вовлеченные в цикл сна, например, в развитие бессонницы, гиперсомнии и нарколепсии</i></p> <p><i>Исключено: функции сознания (b110); волевые и побудительные функции (b130); функции внимания (b140); психомоторные функции (b147)</i></p>
b167	<p>Умственные функции речи</p> <p>Специфические умственные функции распознавания и использования знаков, символов и других компонентов языка.</p> <p><i>Включено: функции восприятия и расшифровки устной, письменной речи или других форм языка типа языка знаков; функции выражения в виде устной, письменной речи или других форм языка; интегральные функции языка, речи и письма, например, ответственные за появление афазии восприятия, выражения, Брока, Вернике и проводниковой</i></p> <p><i>Исключено: функции внимания (b140); функции памяти (b144); функции восприятия (b156); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164); функции вычисления (b172); умственные функции по выполнению сложных движений (b176); глава 2 «Сенсорные функции и боль»; глава 3 «Функции голоса и речи»</i></p>
b210	<p>Функции зрения</p> <p>Сенсорные функции, относящиеся к восприятию света, а также ощущению формы, размера, контура и цвета визуальных стимулов.</p> <p><i>Включено: функции остроты зрения; функции полей зрения; качества зрения; функции ощущения света и цвета, остроты зрения вдали и вблизи, монокулярное и бинокулярное зрение; панорамное зрение; нарушения, такие как близорукость, дальновзоркость, астигматизм, гемиянопия, дальтонизм, туннельное зрение, центральная и периферическая скотома, диплопия, ночная слепота и нарушение адаптации к свету</i></p> <p><i>Исключено: функции восприятия (b156)</i></p>
b280	<p>Ощущение боли</p> <p>Ощущение неприятного чувства, указывающего на потенциальное или фактическое повреждение какой-либо структуры тела.</p> <p><i>Включено: ощущения генерализованной или локализованной боли в одной или нескольких частях тела, боль в дерматоме, схваткообразная боль, жгучая боль, тупая боль, ноющая боль; нарушения, такие как миалгия, аналгезия, гипералгезия</i></p>
b710	<p>Функции подвижности сустава</p> <p>Функции объема и свободы движения в суставах.</p> <p><i>Включено: функции подвижности отдельных или нескольких суставов, позвоночных, плечевых, локтевых, запястий, бедренных, коленных, голеностопных суставов, мелких суставов рук и ног; подвижность суставов общая; нарушения, такие как чрезмерная подвижность суставов, скованность суставов, скованность плеч, артрит</i></p> <p><i>Исключено: функции стабильности сустава (b715); контроль произвольных двигательных функций (b760)</i></p>
b735	<p>Функции мышечного тонуса</p>

	<p>Функции, связанные с напряжением мышц в покое и сопротивлением, оказываемым при пассивном движении.</p> <p><i>Включено: функции, связанные с тонусом изолированных мышц и мышечных групп, мышц одной конечности, одной стороны тела и нижней половины тела, мышц всех конечностей, мышц туловища и всех мышц тела; нарушения, такие как гипотония, гипертония, мышечная спастичность</i></p> <p><i>Исключено: функции мышечной силы (b730); функции мышечной выносливости (b740)</i></p>
b760	<p>Контроль произвольных двигательных функций</p> <p>Функции, связанные с контролем и координацией произвольных движений.</p> <p><i>Включено: функции контроля простых произвольных движений и сложных произвольных движений, координации произвольных движений, опорных функций руки и ноги, моторной координации право – лево, координации глаз – рука и координации глаз – нога; нарушения, такие как проблемы контроля и координации, дисдиадохокинезия</i></p> <p><i>Исключено: функции мышечной силы (b730); непроизвольные двигательные функции (b765); функции стереотипа походки (b770)</i></p>
s110	Структура головного мозга
d415	<p>Поддержание положения тела</p> <p>Пребывание в необходимом положении сколько требуется, например, сидя или стоя на работе или в школе.</p> <p><i>Включено: нахождение в положении лежа, на корточках, на коленях, стоя и сидя</i></p>
d440	<p>Использование точных движений кисти</p> <p>Выполнение координированных действий кистями рук с объектами, способность хватать, манипулировать и отпускать их с помощью кисти руки, пальцев и большого пальца руки, например, чтобы взять монеты со стола, набрать номер телефона или нажать на ручку.</p> <p><i>Включено: подборание, захват, манипулирование и отпускание</i></p> <p><i>Исключено: поднятие и перенос объектов (d430)</i></p>
d450	<p>Ходьба</p> <p>Передвижение по поверхности пешком, шаг за шагом, так, что одна нога всегда касается поверхности, например, при прогулке, ходьбе вперед, назад, боком.</p> <p><i>Включено: ходьба на короткие или длинные расстояния; ходьба по различным поверхностям; ходьба вокруг препятствий</i></p> <p><i>Исключено: перемещение тела (d420), передвижение способами, отличающимися от ходьбы (d455)</i></p>
d460	<p>Передвижение в различных местах</p> <p>Ходьба и передвижение в разнообразных местах и ситуациях, например, ходьба из комнаты в комнату в квартире, в пределах здания, или вдоль улицы города.</p> <p><i>Включено: передвижение в пределах своего жилища и других зданий, ползание или преодоление препятствий в пределах своего жилища и других зданий; ходьба и передвижение вне своего дома и вне других зданий</i></p>
d530	<p>Физиологические отправления</p> <p>Подготовка и осуществление физиологических отправлений (при менструации, мочеиспускании и дефекации) и последующее выполнение гигиенических мероприятий.</p> <p><i>Включено: регуляция мочеиспускания, дефекации и мероприятия, связанные с менструацией</i></p> <p><i>Исключено: мытье (d510); уход за частями тела (d520)</i></p>
d550	<p>Прием пищи</p> <p>Выполнение координированных действий и требований при приеме приготовленной пищи, поднесении ее ко рту, потреблении ее культурно приемлемыми способами, например, резка, ломка пищи на куски, открывание бутылок и банок, использование столовых приборов, прием пищи, прием пищи на</p>

	<p>банкете или обеде. <i>Исключено: питье (d560)</i></p>
d710	<p>Базисные межличностные взаимодействия Взаимодействие с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме, например, оказание внимания и уважения в подходящих случаях, или ответ на чувства других. <i>Включено: уважение и сердечность в отношениях, положительное восприятие отношений, проявление терпимости в отношениях; критика в отношениях, намеки в отношениях; допустимый физический контакт в отношениях</i></p>
d760	<p>Семейные отношения Создание и поддержание семейных и родственных отношений, например, с ближайшим и расширенным семейным окружением, с воспитывающей и приемной семьей, а также другого, более отдаленного уровня родственных отношений, например, с троюродными братьями и сестрами, опекунами. <i>Включено: отношения «родители – дети», «дети – родители», детей в семье, с дальними родственниками</i></p>
e115	<p>Изделия и технологии для личного повседневного использования Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми повседневно, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их. <i>Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для персонального использования</i></p>
e120	<p>Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми повседневно для движения и перемещений внутри и снаружи строений, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их. <i>Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений</i></p>
e125	<p>Средства и технологии коммуникации Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми в их деятельности для обмена и получения информации, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их. <i>Включено: основные и вспомогательные средства и технологии коммуникации</i></p>
e150	<p>Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования Продукция и технологии обустройства внутренней и внешней окружающей среды, которые запланированы, спроектированы и выполнены для общественного пользования, включая адаптированные или специально разработанные их виды. <i>Включено: дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства входов и выходов, внутренних удобств и указателей</i></p>
e310	<p>Семья и ближайшие родственники Индивиды, связанные рождением, браком или другими отношениями, признанными в культурной среде как близкородственные, например, супруги, партнеры, родители, кровные братья и сестры, дети, опекуны, приемные родители, бабушки и дедушки. <i>Исключено: отдаленные родственники (e315); персонал, осуществляющий уход и помощь (e340)</i></p>
e320	<p>Друзья Индивиды, с которыми близкие и продолжающиеся отношения характеризуются полным доверием и взаимопомощью.</p>
e460	<p>Общественные установки</p>

	Общие или специфичные мнения и точки зрения, в общем разделяемые людьми одной культуры, общества, субкультуры или какой-либо другой социальной группы, относительно других индивидов или вопросов, касающихся социальных, политических и экономических проблем, которые влияют на индивидуальное или групповое поведение и действия индивидов.
e580	Службы, административные системы и политика здравоохранения Службы, административные системы и политика для предотвращения болезней и лечения, обеспечения медицинской реабилитацией и пропаганды здорового образа жизни. <i>Исключено: службы, административные системы и политика общей социальной поддержки (e575)</i>

ЦИФРОВОЙ СТАЦИОНАР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ «ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР 2.0»

Дневной стационар 2.0 создан для проведения дистанционной реабилитации детей в домашних условиях в онлайн-режиме с использованием цифровых технологий.

Проект представляет собой курс медицинской реабилитации на цифровой медицинской платформе (www.dp.nioz.ru). Цифровая платформа имеет открытую информационную часть и закрытый сегмент. В открытой части расположена информация о проекте, участниках, реабилитационных программах, регламентах проведения реабилитации с использованием цифрового стационара.

Доступ к закрытой части осуществляется с учетом уникальной идентификации пользователей. Администратор цифрового стационара по запросу формирует права доступа к информации, размещенной в закрытой части системы. Участники проекта в зависимости от разграничений прав доступа получают пароли и логины от личных кабинетов.

Реабилитационным занятиям Индивидуального реабилитационного плана (ИРП) предшествует консилиум мультидисциплинарной реабилитационной команды (МРК), одним из полноправных участников которой является мама (опекун) больного ребенка, с формированием реабилитационного диагноза и подбором индивидуальной реабилитационной программы. Перед разработкой индивидуальной реабилитационной программы специалисты собирают у родителей (опекунов) пациента информацию о наличии в доме реабилитационного оборудования и технических средств реабилитации, об имеющихся условиях для занятий и режиме дня ребенка, и выбирают реабилитационную тактику после анализа полученной информации. Нагрузка зависит от возраста и состояния ребенка, от возможностей родителей, но в среднем – это три онлайн сессии в день.

В мультидисциплинарную реабилитационную команду входят: лечащий врач (невролог), мама (опекун) ребенка, врач лечебной физкультуры (ФРМ), инструктор ЛФК, логопед, психолог, арт-терапевт, врачи специалисты (по показаниям): офтальмолог, кардиолог, хирург, ЛОР-врач, эндокринолог, психиатр, медицинская сестра – координатор. Руководителем группы является лечащий врач. Задача команды: проведение занятий с ребенком, обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, родителей ребенка и самого ребенка.

Курс медицинской реабилитации в условиях дистанционного дневного стационара занимает от 14 до 21 дня и включает в себя интерактивные занятия ЛФК, АФК, адаптивным спортом и танцами, психологическая и логопедическая коррекция, логопедом, арт-терапевтические сессии. Занятия могут носить как индивидуальный характер, так и мини-групповой (не более 5 человек в группе). Каждое занятие сопровождается рекомендацией сильного «домашнего задания», материалы для выполнения которого собраны на сайте в разделе «библиотека» и представляют собой как специально созданные собственные наработки сотрудников НПЦ детской психоневрологии ДЗМ, так и тщательно подобранные и

адаптированные для родителей данные открытого информационного пространства. Контент представлен в виде текстовой, аудио- и видеоинформации.

Каждый день стационара фиксируется в виде бумажной/электронной медицинской истории болезни лечащим врачом, а также мамой (опекуном) пациента в личном кабинете на сайте.

Основным техническим требованием для осуществления качественного реабилитационного процесса является бесперебойная интернет-связь. Программа, которую использует ИТ платформа, может быть установлена на любой современный гаджет – от телефона до стационарного компьютера.

Цифровой дневной стационар для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями работает в очно-заочном режиме. Это значит, что на лечение принимаются дети с ранее установленным диагнозом, то есть, ранее осмотренные очно специалистами МРК, и при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к проведению дистанционной медицинской реабилитации.

Цифровые решения, используемые в проекте, позволяют проводить как интерактивные занятия, так и консультации.

Роль родителей (опекунов) пациента в удаленной реабилитации детей с психоневрологической патологией – ключевая. Родители – это глаза и руки специалистов, проводник знаний и умений. Не секрет, что нередко, измученные бытовыми проблемами родители, под гнетом эмоциональных перегрузок, пытаются переложить реабилитационную нагрузку ребенка на медицинский персонал стационара, воспринимая реабилитационный процесс дискретно, как госпитализации, между которыми семья занимается «другими делами». Цифровые технологии такой подход исключают. В лечение ребенка вовлекаются даже те члены семьи, которые раньше, осознанно или нет, от него дистанцировались.

Для фиксации эффективности реабилитационного курса специалисты используют профильные шкалы (по МКФ и с учетом нозологических форм), тем не менее, крайне важна фиксация достижений ребенка его родителями (опекунами). В этом заключается основная цель реабилитации – дать пациенту навыки, которые будут способствовать его дальнейшей социальной адаптации.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Для организации работы цифрового стационара медицинские работники, участвующие в проекте, распределяются в мультидисциплинарные реабилитационные команды (МРК). Для каждого члена МРК администратором Цифрового стационара определяются роли, включая «лечащий врач», «медицинская сестра», «врач».

Для каждого члена МРК администратором Цифрового стационара формируется «личный кабинет». Далее все взаимодействие между членами МРК происходит в рамках работы в «личном кабинете» Цифрового стационара.

Лечащий врач по результатам очного консилиума МРК формирует индивидуальный реабилитационный план (ИРП) в цифровом формате. Лечащий врач осуществляет контроль плана реабилитации и фиксирует достижения пациента. Лечащий врач имеет право проводить корректировку ИРП по результатам занятий с пациентами. Лечащий врач имеет право выступать в роли и врача ИРП, непосредственно проводить занятия с пациентом.

Медицинская сестра на основании ИРП формирует электронное расписание каждого пациента. С учетом рабочей нагрузки врачей – членом МРК формируется расписание каждого врача. Медицинская сестра обеспечивает назначение конкретного медицинского специалиста для каждого пациента.

Врачи МРК осуществляют занятия и консультации ИРП. Врачи при подготовке к занятиям с пациентами посредством цифровой платформы формируют план проведения занятия, определяют форму контроля результатов обучения, размещают материалы для самостоятельных занятий по итогам совместного занятия.

В разделе «библиотека» по каждому пациенту размещаются информационные, методические и инструктивные материалы, которые используются для организации домашних занятий с родителями (законными представителями) пациента.

ЭТАП ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ И КОНСУЛЬТАЦИЙ В РАМКАХ ИПР. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЫ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Врач при проведении занятия с пациентом использует исключительно цифровую платформу «Цифровой стационар». В личном кабинете врача размещена информация: о членах МРК и их контакты; база пациентов с указанием ИПР; актуальное расписание занятий на ближайший месяц по каждому прикрепленному пациенту; библиотека; база знаний врача; доступ в мгновенный чат с пациентом; доступ во врачебный консилиум; доступ к видео-конференц связи для проведения занятий по защищенным информационным каналам; форма промежуточного заключения по итогам занятия.

В личном кабинете пациента размещается информация о МРК, лечащем враче с контактами для оперативной связи; медицинской сестре с контактами для оперативной связи; ИПР; расписание занятий и консультаций; библиотека; форма анкеты для обратной связи по итогам занятия/консультации; доступ в мгновенный чат с пациентом; доступ во врачебный консилиум; доступ к видео-конференц связи для проведения занятий по защищенным информационным каналам. Расписание пациента включает указание на занятие, время проведения занятия, ФИО и должность врача-члена МРК.

В процессе занятия врач осуществляет видеоконференц связь с пациентом. Продолжительность занятия составляет от 30 минут до 45 минут.

При опоздании на занятие более чем на 15 минут пациентом, занятие автоматически переносится на заранее забронированное медицинской сестрой время (в течении ИПР занятия для каждого пациента планируются на 14 дней. Имеется возможностью переноса не более 3х занятий на более поздний срок в период с 15-21 день ИПР).

В процессе проведения занятия или консультации врач имеет возможность взаимодействия с пациентом, родителем или законным представителем через функцию «мгновенный чат». Имеется возможность обмена сообщениями, файлами.

При проведении занятия имеется возможность проведения врачебного консилиума несколькими специалистами МРК. Для этого в рамках заранее определенного занятия для пациента по видеоконференцсвязи происходит подключение нескольких членов МРК.

Взаимодействие между членами МРК, пациентом и (или) его законным представителем осуществляется в дистанционном режиме on-line, мгновенном чате, а также возможен обмен файлами между участниками. В мгновенном чате участники процесса размещают необходимую информацию для проведения занятия. В личных кабинетах участников сохраняется история взаимодействия через функцию «мгновенный чат».

По итогам проведения каждого занятия с пациентом врач формирует «промежуточное заключение», которое мгновенно направляется лечащему врачу.

Пациент и (или) его законный представитель по завершении каждого занятия заполняет анкету обратной связи, которая находится в его «личном кабинете» и становится активной по завершении занятия.

ЗАВЕРШАЮЩИЙ ЭТАП. АНАЛИТИКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

По итогам реализации ИПР лечащий врач обобщает и анализирует промежуточные заключения врачей МРК, формирует итоговое заключение о достигнутых результатах реабилитации пациента.

Лечащий врач обобщает и анализирует результаты получения обратной связи от пациентов и (или) их законных представителей. Готовит предложения для руководителя цифрового стационара по совершенствованию работы цифровой платформы.

Результаты ИПР пациента размещаются в личном кабинете лечащего врача по каждому пациенту. Направляются посредством функций Личного кабинета Цифрового стационара руководителю.

На итоговом врачебном консилиуме МРК принимается решение о реабилитационных достижениях пациента, осуществляется фиксация результатов работы МРК, анализируется

успешность реабилитационных мероприятий и оценка удовлетворенности пациента, родителя (законного представителя). Итоговый врачебный консилиум МРК проводится в формате цифрового совещания посредством видеоконференц связи в личных кабинетах специалистов МРК.

СООТВЕТСТВИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТРЕБОВАНИЯМ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ

1. Все компьютерное оборудование (далее - оборудование) и программное обеспечение (далее - ПО) используемые для дистанционного цифрового стационара, должны соответствовать действующим нормам и правилам техники безопасности, пожарной безопасности и взрывобезопасности, а также охраны окружающей среды при эксплуатации.

2. Внешние элементы оборудования, находящиеся под напряжением, должны иметь защиту от случайного прикосновения, а сами технические средства иметь зануление или защитное заземление в соответствии с ГОСТ 12.1.030-81 и ПУЭ.

3. Система электропитания должна обеспечивать защитное отключение при перегрузках и коротких замыканиях в цепях нагрузки, а также аварийное ручное отключение.

4. Общие требования пожарной безопасности должны соответствовать нормам на бытовое электрооборудование. В случае возгорания не должно выделяться ядовитых газов и дымов. После снятия электропитания должно быть допустимо применение любых средств пожаротушения.

5. Факторы, оказывающие вредные воздействия на здоровье со стороны всех элементов системы (в том числе инфракрасное, ультрафиолетовое, рентгеновское и электромагнитное излучения, вибрация, шум, электростатические поля, ультразвук строчной частоты и т.д.), не должны превышать действующих норм (СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03 от 03.06.2003).

6. Оборудование и ПО должны иметь функции контроля доступа, идентификации (аутентификации).

7. Идентификация медицинской организации и медицинских работников должна осуществляться с использованием федеральных регистров медицинских организаций и медицинских работников. Пользователи информационной системы должны однозначно идентифицироваться и аутентифицироваться для всех видов доступа, кроме тех видов доступа, которые определяются как действия, разрешенные до идентификации и аутентификации в соответствии с мерой защиты информации УПД.11.

Аутентификация пользователя осуществляется с использованием паролей, аппаратных средств, биометрических характеристик, иных средств или в случае многофакторной (двухфакторной) аутентификации - определенной комбинации указанных средств.

В информационной системе должна быть обеспечена возможность однозначного сопоставления идентификатора пользователя с запускаемыми от его имени процессами.

8. Оборудование и ПО должны обеспечивать выполнение требований законодательства по защите персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных", Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 "Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных", Указ Президента РФ от 17.03.2008 N 351 (ред. от 22.05.2015) "О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена", Приказа ФСТЭК России от 18.02.2013 № 21 «Об утверждении Составы и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных, Методического документа. Меры защиты информации в государственных информационных системах" (утв. ФСТЭК России 11.02.2014).

Нормативно-технические документы

1. **Оборудование и ПО** должно соответствовать законодательным, нормативным и методическим документам Российской Федерации, в том числе в части определения прав собственности на информацию и обеспечения контроля целостности и подлинности информации.

При разработке системы и создании проектно-эксплуатационной документации следует руководствоваться требованиями следующих нормативных документов Госстандарта:

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

Федеральный закон от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья"

Федеральный закон Российской Федерации от 27 декабря 2002 года № 184-ФЗ "О техническом регулировании".

Федеральный закон Российской Федерации от 8* июля 2006 года № 152-ФЗ "Закон о персональных данных".

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий"

ГОСТ Р ИСО/ТС 18308-2008 Информатизация здоровья. Требования к архитектуре электронного учета здоровья.

Методические рекомендации для организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости от 23.12.2009.

Методические рекомендации по составлению Частной модели угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных учреждений здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости от 23.12.2009.

ГОСТ 34. Информационная технология. Комплекс стандартов на автоматизированные системы.

ГОСТ 34.601-90. Комплекс стандартов на автоматизированные системы. Автоматизированные системы. Стадии создания.

ГОСТ 34.603-92. Информационная технология. Комплекс стандартов на автоматизированные системы. Виды испытаний автоматизированных систем.

ГОСТ Р 50923-96 Дисплеи. Рабочее место оператора. Общие эргономические требования и требования к производственной среде. Методы измерения.

ГОСТ Р 50948-2001. Средства отображения информации индивидуального пользования. Общие эргономические требования и требования безопасности.

ГОСТ Р 50949-2001. Средства отображения информации индивидуального пользования. Методы измерений и оценки эргономических параметров и параметров безопасности.

ГОСТ 51583-2000 Порядок создания АС в защищенном исполнении.

ГОСТ Р 52636-2006 Электронная история болезни. Общие положения.

ГОСТ Р 52979-2008 Информатизация здоровья. Состав данных сводного регистра застрахованных граждан для электронного обмена этими данными. Общие требования.

ГОСТ 12.2.032-78 Система стандартов безопасности труда. Рабочее место при выполнении работ сидя. Общие эргономические требования.

ГОСТ 12.2.003-91 Система стандартов безопасности труда. Оборудование производственное. Общие требования безопасности.

ГОСТ 12.2.007.0-75 Система стандартов безопасности труда. Изделия электротехнические. Общие требования безопасности.

СП 2.2.1.1312-03 Санитарно-эпидемиологические правила.

СанПиН 2.2.2/2.4. 1340-03 Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работ".

СНиП 12-03-2001 Безопасность труда в строительстве. Часть 1. Общие требования.

2. Во исполнение требований законодательства Российской Федерации «О персональных данных» участники информационного взаимодействия (оператор) обязан предусмотреть в процессе своей работы:

- назначение ответственного за организацию обработки персональных данных;
- разработка и утверждение политики информационной безопасности, локальные нормативные акты (организационно-распорядительные документы) в организации для обеспечения безопасности информации;
- определение перечня лиц, доступ которым разрешен для осуществления обработки информации (персональных данных), с целью выполнения трудовых и функциональных обязанностей;
- провести инструктаж работников учреждения, допущенных установленным порядком к обработке информации ограниченного доступа (ПДн);

3. Требования к конфигурации оборудования

Оборудование должно обеспечивать вычислительные мощности достаточные для выполнения решаемых задач.

Рекомендуемый состав работ :

- обеспечение интеграционного слоя (промежуточное ПО): серверы приложений, очереди сообщений, веб-платформы и порталы;
- обеспечение инфраструктурных сервисов (служба каталога, электронная почта и средства совместной работы, терминальные службы, файловые службы, службы печати, прочие (DNS, NTP, ...));
- обеспечение возможности организации криптографической защиты информации, передаваемой по каналам связи;
- обеспечение функций системы управления: управление отказами, управление производительностью, резервное копирование и восстановление, управление конфигурациями, мониторинг приложений, управление событиями, мониторинг серверов, сетевой мониторинг.

4. Требования к степени приспособляемости (к изменению условий эксплуатации), масштабируемости оборудования и ПО

Оборудование и ПО должно обладать свойствами приспособляемости и масштабируемости, заключающимися в возможности сохранения или повышения производительности при изменении условий эксплуатации, гибкости по отношению к изменениям, не связанным с коренным изменением нормативных документов, регулирующих деятельность пользователей.

Требования к приспособляемости оборудования заключаются в обеспечении возможности его работоспособности в следующих случаях:

- при изменении количества потребителей информации;
- при изменении требований к безопасности, передаваемой через оборудование информации.

5. Влияние изменение количества потребителей информации

Изменение количества потребителей информации изменяет нагрузку на вычислительные мощности оборудования, что может вызвать необходимость повышения способности поддерживать увеличившееся количество одновременных обращений пользователей без существенной потери производительности и отказов в обслуживании обращений (нагрузочной способности) серверов. Оборудование и ПО должны адаптироваться

к увеличению количества потребителей информации без необходимости изменения архитектуры Системы.

6. Влияние изменение требований к безопасности информации, обрабатываемой с помощью оборудования и ПО

Изменение требований к безопасности оборудования и ПО оказывает влияние на все его составные части. Оборудование и ПО должны адаптироваться в соответствии с изменяющимися требованиями с соблюдением следующих условий:

- в процессе адаптации защищенность не должна становиться хуже существующей на момент начала опытной эксплуатации;
- процесс адаптации не должен прерывать доступа потребителей информации к информационным ресурсам;
- процесс адаптации не должен затрагивать тех пользователей, на которых не распространяются новые требования.

7. Требования к масштабируемости

Масштабируемость можно определить, как возможность оборудования и ПО обрабатывать возрастающие требования и нагрузку, сохраняя при этом достаточную производительность.

Оборудование и ПО должны позволять управлять рабочей нагрузкой должны позволять динамически перераспределять ресурсы и обеспечивать возможность автоматической балансировки загрузки.

8. Требования к надежности

Надежность оборудования и ПО заключается в продолжении работы при возникновении неполадок, сбоев в работе оборудования и ПО.

9. Показатели надежности:

Отказы и сбои в работе оборудования и ПО не должны приводить к разрушению данных и сказываться на работоспособности оборудования и ПО в целом;

При возникновении сбоев в оборудовании и ПО, включая аварийное отключение электропитания, оборудование и ПО должны автоматически восстанавливать свою работоспособность после устранения сбоев и корректного перезапуска аппаратного обеспечения (за исключением случаев повреждения рабочих носителей информации с исполняемым программным кодом);

Оборудование и ПО должны обеспечивать корректную обработку ошибочных ситуаций с возможностью дальнейшего продолжения работы без аварийного закрытия подсистем, за исключением случаев, когда ошибка делает дальнейшую работу невозможной;

Надежность оборудования и ПО должна быть обеспечена комплексом мероприятий отладки, поиска и исключения ошибок на этапах разработки функциональной архитектуры и экспериментальной проверки оборудования и ПО.

10. Требования по сохранности информации при авариях

ПО должно автоматически восстанавливать свое функционирование при корректном перезапуске оборудования. Кроме этого, оборудование и ПО в части сохранности информации при авариях должны будут учитывать Концепцию резервирования Системы, разрабатываемую Минздравсоцразвития России.

11. Требования к патентной чистоте

Используемое оборудование и ПО должны иметь патентную чистоту и быть сертифицированы (если требуется) на территории Российской Федерации для работы в используемых режимах.

11. Режимы функционирования оборудования и ПО

Основным режимом функционирования оборудования и ПО является нормальный режим.

При нормальном режиме функционирования оборудования и ПО соблюдаются следующие требования:

- оборудование и ПО обеспечивают возможность функционирования в круглосуточном режиме, за исключением случаев, обусловленных возникновением форс-мажорных обстоятельств.

- оборудование и ПО, в тех случаях обеспечивает возможность круглосуточного функционирования, с перерывами на обслуживание, за исключением случаев, обусловленных возникновением форс-мажорных обстоятельств.

Необходимо строго выдерживать все условия эксплуатации оборудования и ПО, указанные в соответствующих технических описаниях и инструкциях по эксплуатации, для обеспечения нормального режима функционирования системы.

При нормальном режиме:

- исправно работает весь комплекс оборудования и ПО;
- исправно функционирует ПО (возникновение небольших сбоев при работе ПО не относится к критическому режиму);
- в оборудовании и ПО исполняются все запущенные процессы.

Чтобы предотвратить возникновение аварийных ситуаций, необходимо обеспечить постоянное диагностирование и мониторинг оборудования и ПО.

12. Требования к конфигурации рабочего места

Оборудование должно обеспечивать вычислительные мощности достаточные для выполнения решаемых задач.

Рекомендуемые к реализации технические требования к АРМ:

№	Наименование параметра	Техническая характеристика
1.	Процессор	Intel Core 2 Due или другой схожий по производительности x86-совместимый процессор с количеством ядер 2 и более
2.	Объем оперативной	Не менее 2 Гб
3.	Сетевое оборудование	Наличие сетевого адаптера
4.	Экран	Минимальное разрешение экрана дисплея – 1280x800 и выше
5.	Операционная система	Windows XP, 7,8 и выше
6.	Браузер	Explorer, Mozilla FireFox, Opera, Yandex, Safari и т.д.
7.	Канал связи	Канал связи не менее 10 Мбит/с

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Медицинская реабилитация детей (МР) является я одним из важнейших направлений развития здравоохранения. Актуальность развития МР обусловлена значимыми успехами современной медицины по выхаживанию недоношенных детей, а также возросшими возможностями по спасения жизней юных пациентов после тяжелых заболеваний или травм. В задачи современной медицинской реабилитации входит восстановление ранее утраченных функций или формирование новых навыков.

Этиология, патогенез, осложнения многих заболеваний, и, соответственно, концепция выздоровления, у детей значительно отличаются от таковых у взрослого населения. Помимо этого, для достижения цели реабилитации (в т.ч. для обеспечения приверженности лечению), процесс реабилитации детей должен быть семейно – ориентирован, и в случае, когда ребенок – сирота, в реабилитации должен активно участвовать его законный представитель. Сроки проведения реабилитации в детской практике так же отличаются, в связи с более быстрым истощением ресурсов организма с одной стороны (меньше продолжительность) и необходимостью постоянного курсового воздействия на растущий организм ребенка с другой (чаще курсы). В то же время реабилитационные воздействия на ребенка, как правило, более результативны чем на взрослого, в связи с более выраженной нейропластичностью. И, наконец, необходимо помнить, что целью восстановительного лечения у детей является не только возвращение утраченных функций (собственно реабилитация), но и продолжение процессов развития с формированием новых навыков (абилитация).

Действующие нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской реабилитации на территории Российской Федерации не учитывали всех особенностей педиатрического контингента пациентов, что привело к необходимости создания нового порядка реабилитации детей.

Порядок создавался на основе особенностей детской популяции, комплексного подхода к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов по основным классам заболеваний или отдельным нозологическим формам с учетом возрастных и анатомо-физиологических особенностей детей, тяжести течения основного заболевания, реабилитационного потенциала, наличия сопутствующих заболеваний, нарушений мнестико-интеллектуальной сферы.

Для корректной оценки эффективности применения методик медицинской реабилитации в Порядке прописано применение Международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКФ является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности. МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ, для применения в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья.

Одним из условий эффективного использования МКФ является работа в мультидисциплинарной команде. В Порядке, соответственно, предусмотрена мультидисциплинарная реабилитационная команда (МРК) – группа, объединяющая специалистов, оказывающих медицинскую реабилитацию. Введение МРК в процесс реабилитации позволяет обеспечить целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации, которая формируется на функциональной основе индивидуально для каждого ребенка. В задачу МРК входит:

- оценка клинического состояния здоровья ребенка перед началом проведения медицинской реабилитации;
- оценка (диагностика) исходного реабилитационного статуса
- установление реабилитационного диагноза; оценку реабилитационного потенциала
- формирование цели проведения реабилитационных мероприятий
- формирование индивидуального плана медицинской реабилитации

- оценка в динамике клинического состояния
- оценка реабилитационного статуса
- оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий по окончании курса медицинской реабилитации;
- обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, законных представителей ребенка и самого ребенка (при наличии возможности)

В зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации с учетом; тяжести состояния ребенка; течения (формы) заболевания; стадии (периода) течения заболевания, а также других факторов вводится определение «уровень курации». Критерии определения уровня курации сопоставимы со шкалой оценки GMFCS у детей с церебральными параличами.

Выделяют следующие уровни курации:

- *V уровень курации* – крайне тяжелое или тяжелое состояние, с тяжелыми нарушениями функций организма, выраженными в терминологии МКФ;
- *IV уровень курации* – тяжелое или среднетяжелое состояние, требующее круглосуточного наблюдения, с тяжелыми и умеренными нарушениями функций организма, выраженными в терминологии МКФ;
- *III уровень курации* – среднетяжелое состояние, с умеренными нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ;
- *II уровень курации* – легкое состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ;
- *I уровень курации* – удовлетворительное состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ.

В зависимости от уровня курации, в Порядке прописывается этапность проведения медицинской реабилитации (табл. №1).

Первый этап медицинской реабилитации детей осуществляется в острый период: в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или острый период травмы, послеоперационный период: при V уровне курации в помощь оказывается в стационарных условиях отделений анестезиологии-реанимации или палат реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания, учреждений родовспоможения; при IV уровне курации – в стационарных условиях профильных отделений медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, учреждений родовспоможения.

Второй этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения: при IV, III уровнях курации - в стационарных условиях в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций; при III уровне курации – в условиях дневного стационара в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций.

Третий этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения: при III, II, I уровнях курации – в условиях дневного стационара и/или в амбулаторных условиях в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Таблица 1. Этапность проведения медицинской реабилитации в зависимости от уровня курации пациента и уровня медицинского учреждения.

Этапы реабилитации	Уровень учреждения	Место оказания	Кто оказывает	Уровень курации (пациент)
--------------------	--------------------	----------------	---------------	---------------------------

I этап реабилитации	3, 2 уровень медицинского учреждения (стационар)	Реанимационное отделение; специализированное отделение (хирургическое, неврологическое и т.д.)	Специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (МПК)	V уровень IV уровень
II этап реабилитации	3, 2 уровень медицинского учреждения (стационар)	Реабилитационные отделения (стационар и дневной стационар)	Специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (МПК)	IV уровень III уровень
III этап реабилитации	1 уровень медицинского учреждения (стационар, амбулатория)	Дневной стационар, амбулаторное звено	Специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (МПК)	III уровень II уровень I уровень

Медицинская реабилитация, например, дистанционная настройка речевого процессора системы кохлеарной имплантации, детям может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Приложения к Порядку организации медицинской реабилитации детям включают в себя правила организации деятельности отделения медицинской реабилитации детям по следующим направлениям:

- Детское нейрореабилитационное отделение «неврология»
- Детское ортопедическое реабилитационное отделение «травматология-ортопедия»;
- Детское соматическое реабилитационное отделение «педиатрия», «детская кардиология», «пульмонология» или другой специальности в зависимости от профильности отделения;
- Детское офтальмологическое или сурдологическое реабилитационное отделение «офтальмология» или «сурдология-оториноларингология» соответственно;
- Детское онкологическое реабилитационное отделение «детская онкология».

Все врачи-специалисты отделений медицинской реабилитации должны пройти обучение в системе непрерывного медицинского образования (НМО) по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам медицинской реабилитации в детском возрасте.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЛФК В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

По определению ВОЗ, реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушением функций в результате тяжелых заболеваний, операций, травм и других причин по возможности полное их функциональное восстановление и возвращение к нормальной жизнедеятельности.

Следует заметить, что у детей (в отличие от взрослых) реабилитация обеспечивает не только восстановление, но и дальнейшее возрастное развитие всех органов и функциональных систем, предупреждая дисгармоничность роста и развития.

Здоровье детей является важным аспектом для здоровья всего человечества в целом, так как все то, что закладывается в детстве, человек переносит во взрослую жизнь. Своевременное развитие движений является одним из основных условий правильного формирования детского организма и характеристикой хорошего физического, нервно-психического развития ребенка любого возраста.

Основные принципы успешной реабилитации двигательных нарушений у детей и подростков:

- Раннее начало;
- Длительность и непрерывность;
- Соблюдение 3-х этапов реабилитации;
- Комплексность (сочетание различных методов реабилитации);
- Активное участие в реабилитации самого пациента и членов его семьи.

Физическая реабилитация (кинезотерапия, лечебная гимнастика, медицинский массаж) является одним из основных компонентов комплексного лечения детей с церебральным параличом, поскольку она способствует улучшению статики, локомоции и двигательных возможностей ребенка. Особое внимание уделяется тем двигательным навыкам, которые более всего необходимы в жизни, навыкам и умениям, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание.

Важно! *Отдельные технологии физической реабилитации рекомендуются к использованию после предварительного обучения методике их проведения родителей (законных представителей) ребенка.*

Организация службы отделения ЛФК в условиях цифровой медицины основывается на тех же принципах, что и в режиме круглосуточного пребывания, исключая оценку и использование тех приемов, которые подразумевают прямой контакт с пациентом: массаж, пассивную гимнастику с инструктором и т.д.

Первичный осмотр пациента врачом ЛФК осуществляется в реальном времени, с использованием цифровой платформы TrueConf, которая обеспечивает общение врача ЛФК и пациента или его законного представителя. Изучив заключение лечащего врача и консультацию

узких специалистов, если в этом нуждался пациент, врач ЛФК производит осмотр ребёнка по средствам видеосвязи в первый день госпитализации ребёнка. Набор тестов, проводимых специалистом ЛФК, определяется следующими параметрами:

- *развитыми моторными навыками ребенка,*
- *жалобами родителя,*
- *анамнезом жизни,*
- *анамнезом заболевания.*

Полученную информацию о развитии ребенка, его физическом статусе врач ЛФК фиксирует в форме 042-У, которая является неотъемлемой частью медицинской документации отделения ЛФК, а также письменной формой передачи информации от врача ЛФК к инструктору ЛФК.

В заключение врач ЛФК оценивает статус ребенка, вовлеченные домены в системе МКФ, ставит задачи и цели данной реабилитации. Своё заключение врач отражает в истории болезни на листе осмотра врача ЛФК.

Инструктор ЛФК - основной исполнитель осуществляющий решение поставленных задач. На основании поставленных врачом ЛФК задач, инструктор ЛФК выстраивает комплекс упражнений для работы с конкретным пациентом. Ежедневная работа ребенка с инструктором происходит также с использованием цифровой платформы ThruConf. Под контролем инструктора ЛФК ребенок выполняет комплекс упражнений. Любой из участников проводимого занятия находится на прямой связи друг с другом: пациент может говорить о своих ощущениях во время занятий, инструктор может вносить корректировку или замечания по правильности выполнения упражнений.

Минимальный срок госпитализации для цифрового дневного стационара составляет 14 дней. Первичный осмотр врача ЛФК осуществляется в 1 день госпитализации пациента, заключительный осмотр врача ЛФК происходит в день выписки пациента.

Продолжительность занятия колеблется от 15 до 25 минут и зависит от возраста ребёнка, его физических возможностей и степени физической подготовки. Количество занятий в среднем составляет 8-10 процедур но может быть увеличено по показаниям и определяется лечащим врачом. Ежедневно инструктор ведет учёт занятий и заполняет дневник инструктора с подробным описанием наполненности занятия, его продолжительности и оценкой показателей ЧСС, ЧДД до и после занятия.

Измерение показателей осуществляется родителем ребенка или законным представителем. Дневник инструктора является неотъемлемой частью истории болезни. По окончании курса лечебной гимнастики инструктор сообщает врачу ЛФК о завершении.

Заключительный осмотр врача ЛФК проводится в день выписки пациента. В формате цифрового общения врач проводит осмотр ребёнка и проводит тесты, которые использовались при первичном осмотре. Своё окончательное заключение о динамике процесса реабилитации врач отражает в истории болезни.

Результаты проведенного курса лечебной гимнастики врач ЛФК оценивает по выбранным доменам в системе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), сравнивая с исходными значениями. Результат считается положительным, когда числовой показатель, отражающий степень нарушения функции, снижается на 1 балл.

За время работы с пациентами по каналам цифровой связи в нашем отделении прошли курс реабилитации более 500 пациентов. У значительной части детей отмечается положительная динамика в виде улучшения функций. Из числа опрошенных родителей 96% говорят о значимости для их ребенка именно непрерывной реабилитации и выражают благодарность за возможность такой реабилитации в условиях эпидемиологического неблагополучия с вирусом COVID -19.

Упражнения, направленные на формирование моторного контроля, используемые в физической реабилитации детей

Тренировка удержания головы. В положении на спине вырабатывается умение приподнимать голову, поворачивать ее в стороны. Это важно для освоения следующего

двигательного навыка — поворотов и присаживания. В положении на животе, для облегчения удержания головы, под голову и плечи подкладывают валик.

Тренировка поворотов туловища. Повороты со спины на бок и со спины на живот стимулируют подъем головы, тормозят влияние шейных тонических рефлексов, развивают координацию движений, равновесие. В положении на боку ребенок видит свои руки, что способствует выработке зрительно-моторных координации. Кроме того, вращательные движения необходимы для поддержания равновесия.

Тренировка ползания на четвереньках. Вначале необходимо тренировать поднятие головы и опору на предплечья и кисти в положении на животе. В положении на четвереньках тренируется способность правильно удерживать позу, опираясь на раскрытые кисти и колени, отрабатывается реакция равновесия, перенос массы тела, опираясь то на одну руку или одну ногу, то на другую. При этом необходимо следить за правильным (разогнутым) положением головы. Для ползания на четвереньках необходимо правильно перемещать центр тяжести, сохранять равновесие и совершать реципрокные движения конечностями

Тренировка сидения. Умение сидеть требует хорошего контроля головы, распространения реакций выпрямления на туловище, наличия реакций равновесия и защитной функции рук. Кроме того, важна коррекция патологических поз. Устойчивость в положении сидя облегчает свободные движения рук, при этом спина должна быть выпрямлена, голова приподнята.

Тренировка стояния. Способность к стоянию основывается на освоении сидения и вставания на колени. В позе на коленях легче, чем в положении стоя, тренируются реакции равновесия туловища, поскольку благодаря большей площади менее выражена реакция страха падения. Тренировка ходьбы на коленях закрепляет реципрокную функцию мышц конечностей, необходимую для вертикальной ходьбы. Тренировка функции стояния предусматривает формирование равномерной опоры на стопы, контроль вертикальной позы туловища и сохранение реакций равновесия.

Тренировка ходьбы. Для тренировки ходьбы необходима вертикальная установка головы и туловища, перемещение центра тяжести на опорную ногу, перемещение не опорной ноги, правильная постановка стоп, возможность сохранять позу стоя при опоре на каждую ногу, равномерное распределение массы тела на обе стопы, правильное направление движения и ритм. Сначала ребенка обучают ходьбе с поддержкой (руками взрослого, параллельными брусками, канатом, подвесной дорожкой, шведской стенкой и пр.). Затем ребенок учится ходить самостоятельно.

Наряду с формированием основных двигательных навыков и умений в физической реабилитации детей необходимо решать следующие задачи:

- нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей;
- нормализация дыхательной функции;
- формирование навыка правильной осанки и правильной установки стоп;
- коррекция сенсорных расстройств;
- коррекция координационных нарушений (мелкой моторики кисти, статического и динамического равновесия, ритмичности движений, ориентировки в пространстве);
- тренировка мышечно-суставного чувства;
- профилактика и коррекция контрактур;
- активизация психических процессов и познавательной деятельности.

Нормализация дыхательной функции:

Умение правильно дышать повышает физическую работоспособность, улучшает обмен веществ, восстанавливает речь. При ДЦП дыхание слабое, поверхностное, движения плохо сочетаются с дыханием, нарушена речь. В занятиях ЛФК используют как статические, так и динамические дыхательные упражнения в разных исходных положениях с разным темпом, ритмом, с акцентом на вдох или выдох, с использованием различных предметов (пускание мыльных пузырей, игра на духовых инструментах и пр.). Дыхание связано также с речью, поэтому используют звукоречевую гимнастику, и с осанкой, поэтому обучение дыханию сочетают с коррекцией осанки.

Коррекция осанки

При ДЦП наиболее часто формируется нарушение осанки во фронтальной плоскости, круглая спина (кифоз и кифосколиоз). Для нормализации осанки необходимо решать такие задачи, как формирование навыка правильной осанки, создание мышечного корсета (преимущественное укрепление мышц брюшного пресса и разгибателей спины в грудном отделе позвоночника) и коррекция имеющихся деформаций (кифоза, сколиоза). ЛФК проводится по методике коррекции нарушений осанки во фронтальной и сагиттальной плоскостях и методике сколиоза.

Нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей:

Для детей с церебральной патологией работа на суставах верхних и нижних конечностей начинается с самых простых движений, с облегченных исходных положений, в сочетании с другими методами (массаж, тепловые процедуры, ортопедические укладки и пр.). Необходимо добиваться постепенного увеличения амплитуды движения в суставах конечностей, отрабатывать все возможные движения в каждом суставе. При этом можно использовать упражнения в сопротивлении в сочетании с расслаблением и маховыми движениями. Можно также использовать различные предметы (гимнастическую палку, мяч, скакалку для верхних конечностей, гимнастическую стенку, следовые дорожки, параллельные брусья для нижних конечностей)

Особенное внимание следует обратить на разработку ограниченных движений — разгибание и отведение в плечевом суставе, разгибание и супинация в локтевом суставе, разгибание пальцев и отведение большого пальца в кисти, разгибание и отведение в тазобедренном суставе, разгибание в коленном суставе, разгибание в голеностопном суставе и опору на полную стопу.

Коррекция мелкой моторики и манипулятивной функции рук

Манипулятивная функция важна для самообслуживания ребенка и для овладения профессиональными навыками. При этом самым важным является оппозиционный хват большого пальца. Существуют следующие виды схватов кисти: шаровидный, цилиндрический, крючковидный, межпальцевой и оппозиционный. В занятиях ЛФК необходимо отрабатывать все виды схватов. Для тренировки кинестетического чувства важна адаптация руки ребенка к форме различных предметов при обучении захвату. Для отработки навыков самообслуживания ребенок тренируется захватывать ложку, вилку, застегивать пуговицы и кнопки на одежде, складывать кубики, мозаику, рисовать, включать свет, набирать номер телефона, закручивать кран, расчесываться и пр. Можно использовать различные игры и занятия в виде шитья, склеивания, разрезания ножницами, печатания на машинке. После развития дифференцированной деятельности пальцев особенно важно начинать обучение письму.

Коррекция сенсорных расстройств

В связи с двигательной недостаточностью у детей ограничена манипулятивно-предметная деятельность, затруднено восприятие предметов на ощупь, недоразвита зрительно-моторная координация. Для коррекции сенсорных расстройств необходимо развивать все виды восприятия, формировать сенсорные эталоны цвета, формы, величины предметов, развивать мышечно-суставное чувство, развивать речь и высшие психические функции (внимание, память, мышление).

Профилактика и коррекция контрактур

Аномальное распределение мышечного тонуса быстро приводит к развитию контрактур и деформаций, тормозит формирование произвольной моторики. Профилактику и коррекцию контрактур можно проводить как с помощью физических упражнений, так и с помощью вспомогательных средств. Из упражнений наиболее целесообразны упражнения в расслаблении, растягивании, потряхивании, а из вспомогательных средств, способствующих сохранению правильного положения различных звеньев тела, используются лонгеты, шины, тютюры, воротники, валики, грузы и др. Вспомогательные средства могут использоваться как для разгрузки (воротник Шанца, корсеты), так и для коррекции патологических поз (лонгеты, шины, аппараты). Вспомогательные средства способствуют торможению патологической тонической активности, нормализации реципрокных взаимоотношений мышц-антагонистов. Ортопедический режим следует чередовать с различными видами лечебной гимнастики для борьбы с контрактурами.

Потряхивание по Фелсу

Вышележащую часть конечности фиксируют и производят вначале короткие и плавные движения потряхивающего характера нижележащей части, по мере наступления расслабления мышц, подвергающихся потряхивающим движениям, амплитуда и скорость потряхивания возрастают. Для расслабления всей конечности потряхивание производят за ее дистальный отдел (за кисть с фиксацией лучезапястного сустава).

Применение технологии лечебно-профилактического (оздоровительного) массажа в физической реабилитации детей с помощью мамы (опекуна)

Задача массажа - профилактика поражений жизнеобеспечивающих органов и систем. Нормализация мышечного тонуса. Стимуляция экстракардиальных факторов кровообращения, профилактика гипостатических пневмоний, улучшение трофических процессов на периферии.

Направленность массажа - релаксирующая, для того чтобы избежать повышения мышечного тонуса и развития осложнений.

Рабочие сегменты:

- область спины;
- нижние конечности;
- со стороны груди;
- верхние конечности.

Важно! Все массажные приемы выполняются на уровне давления не превышающем уровень порога болевой чувствительности.

Время одного сеанса зависит от количества рабочих сегментов, время работы на одном рабочем сегменте 5-7 минут.

Техника массажа. В начале процедуры массажа наносим смазывающее вещество на руку, это может быть массажное масло либо крем (важно чтобы он обеспечивал оптимальное свойство скольжения и сцепления с телом пациента). При этом оцениваем температуру и консистенцию масла. Немного согрев его в руке наносим на область рабочего сегмента. Поглаживающими движениями кисти распределяем по всему рабочему сегменту (захватываем мышцы и соединительнотканые структуры). Стараемся равномерно смазать кожный покров до необходимой степени скольжения руки. Важно чтобы не было проскальзывания и как следствие этого излишнего напряжения руки, либо наоборот если кожа окажется сухой, то будет прерывистое движение кисти и как следствие поверхностная болезненность, препятствующая глубокому проникновению рабочей части кисти при выполнении приема разминание.

Используемые массажные приемы:

- поглаживание;
- выжимание;
- поверхностная лабильная вибрация подушечками пальцев;
- разминание (преимущественно финским стилем проведения).

Массаж начинается с выполнения приемов, которые объединяются в одну группу - общий пасс. Это приемы - поглаживание, выжимание и вибрация. Они оказывают влияние на улучшение лимфатического и венозного оттока (компонентов периферического кровотока).

По своей биомеханической сущности эти приемы имеют как схожие параметры (поглаживание и выжимание выполняются по оттоку венозной крови и лимфы к ближайшим крупным лимфоузлам), так и отличные друг от друга (различный уровень давления). Выполняются они в пределах полутора двух минут на рабочий сегмент. Причем, не сразу выдавая всю «порцию общего пасса» а разбивая на небольшие отрезки по 3-4 пасса, вначале процедуры, в конце и между выполнением приема разминание.

Итак, начинаем с выполнения приема поглаживание, рука при этом, скользит по поверхности тела не собирая кожу в складку и повторяя все контуры массируемого участка тела. Направление движения - центростремительное. Возврат кисти в исходное положение после выполнения пасса поглаживания может осуществляться через вибрацию подушечками пальцев. Либо если выполняется поглаживание по типу финского то кисть возвращается в начало движения через касание тела мизинцем, поворачиваясь при этом ладонной частью вверх. Это позволяет не терять контакта кисти массажиста с телом пациента и воспринимается как целостный неделимый процесс массажа.

Разновидности могут быть такие: прямолинейное, спиралевидное, попеременное, финское поглаживание. Выполнив 5-6 пассивных поглаживаний переходим к следующему массажному приему выжимание. Особенностью последнего является только прямолинейный характер движения. Направление также центростремительное. Рабочая часть кисти при этом воздействует на всю глубину подлежащих тканей, плотно прилегая к телу, а при некоторых разновидностях обхватывая массируемый сегмент (выжимание обхватом), как бы собирая впереди себя определенную складку и продвигая её, без отрыва кисти от тела. Возврат руки в начало рабочего сегмента может выполняться также через прием «вибрация», который выполняется без учета центростремительности, и таким образом не нарушает технологическую схему процедуры. Либо через касание тела мизинцем как при финском поглаживании.

Разновидности могут быть такие: основанием ладони, бугром большого пальца, подушечками пальцев. Выполняя общий пассивный массаж, мы захватываем и соединительнотканые структуры и мышцы. Далее переходим к выполнению приема разминание, который характеризуется спиралевидным характером движения и ритмично изменяющимся давлением. Время выполнения на одном рабочем сегменте 3-4 минуты.

Важно! Все массажные приемы выполняются мамой (опекуном) пациента под визуальным контролем инструктора в интерактивном режиме.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Онлайн-формат коррекционно-логопедических и педагогических занятий представляет собой индивидуальные, а в некоторых случаях и групповые занятия специалистов НПЦ ДП.

Индивидуальные логопедические занятия с детьми раннего возраста основываются на методике коррекции речевого и психического развития у детей с неврологической патологией в раннем возрасте Архиповой Е.Ф. Предварительно проводится исследование уровня доречевого развития, включающего характеристику голосовой активности, функции общения; характеристику сенсорного развития – слухового/звукового и зрительного; ориентировочно-познавательной деятельности и двигательного развития, а также характеристику артикуляционного аппарата, голоса и дыхания.

Такие занятия предполагают активное участие мамы (опекуна), которая ранее уже была на логопедических занятиях и может по инструкции логопеда выполнить пассивную, пассивно-активную артикуляционную гимнастику, дыхательные упражнения, которые направлены на увеличение объема и силы выдоха с последующей вокализацией, а также стимулировать элементы подражательности в развитии активных дыхательных и артикуляционных движений.

Также с учетом взаимодействия взрослого и ребенка, создания эмоционально положительного фона, по рекомендациям и инструкциям логопеда строится работа по стимуляции голосовых реакций и речевой активности - гуления, лепета, развитию зрительного и слухового восприятия, зрительно-моторной координации ребенка.

Основным видом занятий с ребенком является эмоционально окрашенная игра, направленная на стимуляцию психического развития ребенка, в которой на начальных этапах он занимает пассивную позицию, а на последующих – более активную.

С детьми дошкольного и младшего школьного возраста коррекционно-логопедическая работа проводится также с участием взрослого и строится на общем системном подходе, который опирается на

представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии.

При коррекции дизартрических (речедвигательных) расстройств на индивидуальных занятиях проводится артикуляционная гимнастика для нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Дыхательная и голосовая гимнастика – для формирования силы, продолжительности, звонкости голоса в речевом потоке, выработке синхронности, голоса, дыхания и артикуляции. Работа основывается на методике речевой помощи детям с двигательной патологией Архиповой Е.Ф., Панченко И.И., Приходько О.Г.,

Также на индивидуальных занятиях у дошкольников и младших школьников проводится работа по развитию фонематического восприятия и звукового анализа (если нарушен не только фонетический строй речи, но и фонематические процессы). При смешанном, сложном речевом расстройстве, проявляющемся в нарушении всех компонентов речи, проводится коррекционная работа по развитию лексико-грамматического строя речи и развитию связного речевого высказывания. Такая коррекционная работа основывается на методике формирования и развития речи у детей дошкольного возраста Каше Г.А., Филичевой Т.Б., Чиркиной Г.В., Лалаевой Р.И., Серебряковой Н.В., Ефименковой Л.Н.

Активное вовлечение родителей ребенка во многом является залогом эффективности на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия.

Работа с младшими школьниками направлена на предупреждение и преодоление нарушений письма и чтения: формирование полноценных фонематических процессов, формирование и развитие представлений о звуко-буквенном составе слова, навыках анализа и синтеза звуко-слогового состава слова, развитие лексико-грамматических средств языка, совершенствование умений и навыков построения связного высказывания и реализация его в разных ситуациях общения.

Педагогический блок работы представлен также индивидуальными и групповыми занятиями по лепке, конструированию, рисованию. Дети с большим интересом участвуют в занятиях такого формата и активно делятся своими впечатлениями после них.

Творческие занятия направлены на расширение представлений детей о мире вокруг, развитие памяти, внимания, сенсорной чувствительности при восприятии форм, фактуры, цвета и т.д., стимуляции речевой активности (младшие дошкольники называют образы, предметы воплощенные в поделке, старшие дошкольники учатся придумывать целые сюжеты по мотивам своих поделок). На таких занятиях воспитывается умение планировать свою деятельность, направленную на реализацию того или иного замысла. Формируются эстетические представления – дети ищут и находят новые сочетания цветов, фактур, дают оценку готовому продукту, а также учатся быть дисциплинированными, усидчивыми и аккуратным в работе.

Родители также вовлечены в творческий процесс и активно взаимодействуют с ребенком на всех этапах занятия, что способствует эмоциональному подъему, мотивации к дальнейшей совместной деятельности, а также выявлению склонностей и способностей своего ребенка к разным видам творчества.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Особенностями психического развития у детей с хроническими заболеваниями центральной нервной системы, в частности, с ДЦП являются: инертность психических процессов, замедленность включения и переключения в заданиях, персеверативность мышления, перцептивные нарушения, недостаточность концентрации внимания и способности удерживать воспринятый материал, неустойчивость организационной деятельности, легкая утомляемость и быстрая истощаемость, наступающие при незначительном психическом и физическом напряжении.

Запас сведений и общих представлений у детей с ДЦП, как правило, неравномерно снижен, (порой не знают вещей, которыми пользуются в быту) что обусловлено, во многом

социальной депривацией, ограничением социальных контактов, хроническим госпитализмом и педагогической запущенностью.

Также недостаточность информационного запаса объясняется особенностями двигательного дефекта пациента, затрудняющего не только передвижение, но и познание свойств предметов окружающего мира путем манипулирования с ними. Более того, у детей с ДЦП нередко затруднена фиксация взгляда в связи со слабостью бинокулярного оптического фиксационного рефлекса и наличием стволовых нередуцированных рефлексов.

Другой своеобразной особенностью психического развития при ДЦП является неравномерный, диссоциированный характер интеллектуальной недостаточности – задержка формирования одних познавательных функций и относительная сохранность других.

Таким образом, при ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Все вышперечисленное, безусловно, затрудняет интерактивное цифровое взаимодействие с больным ребенком, поэтому перед выработкой индивидуальной реабилитационной тактики, необходимо проведение **нейропсихологической диагностики**.

«Отсчитывание» как вариант от 100 по 7: для проверки состояния внимания, степени истощаемости, наличие трудностей при вычислении, удерживание программы.

Тест Векслера (вербальная часть) на определения уровня интеллекта

«Составление множества слов из длинного слова» для тренировки гибкости мышления, расширение словарного запаса и кругозора, развитие внимания, развития грамотности.

Для исследования и развития процессов обобщения и логики: «Четвертый лишний», «Классификация предметов», «Простые аналогии», «Сложные аналогии»

Для исследования памяти:

«10 слов» - цель: оценка состояния слуховой памяти на слова, утомляемости, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания.

«Пиктограмма» - направлена на изучение опосредованного запоминания. Опосредованное запоминание (А.Н. Леонтьев) - методика направлена на исследование способности пользования вспомогательными средствами (в данной методике - предметными картинками) для запоминания и припоминания. От момента запоминания и до момента отсроченного воспроизведения должно пройти (40 - 60 мин).

Для исследования внимания: таблицы Шульце.

Важно! Большинство тестовых заданий в процессе психологической сессии можно использовать как тренинговые программы и наоборот, например:

Настольная игра «Доббль» - различные модификации. Для развития внимания, скорости реакции, навыков коммуникации, умения соревноваться и проигрывать. Набор карточек с изображениями по категориям для расширения запаса знаний и общих представлений.

Игра «Съедобное – несъедобное» для развития кругозора, развития гибкости мышления

Методика «Друдлы» - загадка-головоломка, рисунок, на основании которого невозможно точно сказать, что это такое. Нужно представить, чтобы это могло быть. Можно дорисовать. Для детей дошкольного возраста можно показать простые фигуры и попросить дорисовать, что может из этого получиться. Игра на развитие воображения, гибкости мышления..

Шкала тревоги Спилбергера-Ханина для детей и взрослых - позволяет оценить уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), так и личностную тревожность (как устойчивая характеристика человека).

Проективные методики:

«Несуществующее животное», «Рисунок вулкана» и «Рисунок кактуса» для работы с агрессией и отношением к окружающим,

«Визуализация чувств» представить и нарисовать свои чувства в данный момент. Данная методика для работы с эмоциональным состоянием.

«Три дерева» - помогает определить возможные семейные конфликты и их причины и подобрать оптимальный вариант налаживания отношений тестируемого с близкими.

«Моя семья», «Семья животных» - является вариантом методики «Рисунок семьи» и используется как для более младших, так и для более старших детей в случае необходимости замаскировать цели обследования.

Арт-терапевтические техники:

«Рисунок настроения» - позволяет оценить текущее состояние.

«Метафорический автопортрет» - выявляет состояние и способность удовлетворять основные базовые потребности, способствует к ресурсному состоянию.

Игротерапия: Знакомство с куклой; Скажи игрушки добрые слова.

Сказкотерапия: например, "Репка". Цель - взаимопомощь в семье.

Аналитическая психология: рисунок мануалы, обсуждения состояния в метафоре, соотношение текущего состояния с событиями прошлого.

Телесно-ориентированная психотерапия: дыхательная техника, работа с опорой в теле (ее поиск).

Важно! Родителям (опекунам) пациентов удаленного цифрового стационара также была предложена психотерапевтическая помощь.

В ходе консультирования родителей пациентов были в основном использованы медитативные и релаксационные техники в рамках сказкотерапии: работа с медитативными сказками.

Медитативные сказки создаются для накопления положительного образного опыта, снятия психоэмоционального напряжения, создания в душе лучших моделей взаимоотношений, развития личностного ресурса.

Главное назначение медитативных сказок - сообщение нашему бессознательному позитивных "идеальных" моделей взаимоотношений с окружающим Миром и другими людьми. Поэтому отличительная особенность медитативных сказок – это отсутствие конфликтов и злых героев.

- техники телесно-ориентированной психотерапии, в частности, дыхательная техника, работа с опорой;

- АВС-анализ в рамках когнитивно-поведенческой терапии: в схеме АВС, под А подразумевается ситуация, под В — мысль, под С — реакция.

- арт-терапевтические техники: «Метафорический автопортрет», «Рисунок настроения», мандалатерапия и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За истекший период в формате цифровой реабилитации пролечено более 500 детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Во всех случаях специалистами достигнут положительный эффект, сопоставимый с результатами очной медицинской реабилитации, что подтверждается результатами объективных тестов и положительными отзывами родителей.

Каждый день работы с цифровыми медицинскими технологиями открывает новые возможности и перспективы. Если в начале пути задачей удаленного стационара было поддержать в трудное время пациентов нашего Научно-практического центра, то теперь, оглядываясь на первые результаты, становится ясно, что количество пациентов, нуждающихся в цифровой реабилитации, значительно превосходит масштабы одного лечебного учреждения.

Полученные успехи позволяют с полной уверенностью рекомендовать апробированный формат медицинской помощи, для его распространения по всей стране, что позволит удовлетворить потребности детского населения в квалифицированной медицинской помощи не только в условиях карантина, но и в обычном эпидемическом режиме, снизив нагрузку на койки круглосуточного стационара и увеличив охват детского населения реабилитационной помощью.

Приложение 1

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ОТ 23 ОКТЯБРЯ 2019 Г. N 878Н "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ"

В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) приказываю:

1. Утвердить Порядок организации медицинской реабилитации детей согласно приложению.
2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Врио Министра

Н.А. Хорова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 23 декабря 2019 г.
Регистрационный N 56954

**Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2019 г. N 878н**

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации медицинской реабилитации детей на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов по основным классам заболеваний или отдельным нозологическим формам с учетом возрастных и анатомо-физиологических

особенностей детей, тяжести течения основного заболевания, реабилитационного потенциала, наличия сопутствующих заболеваний, нарушений мнестико-интеллектуальной сферы.

2. Медицинская реабилитация детей осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации (далее - медицинские организации).

3. Медицинская реабилитация детей осуществляется в плановой форме при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний.

4. Медицинская реабилитация детей осуществляется при оказании:

первичной медико-санитарной помощи;

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

5. Медицинская реабилитация детей осуществляется в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

6. Медицинская реабилитация детей, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, осуществляется в максимально ранние сроки от начала заболевания ребенка, когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций и (или) жизнедеятельности.

7. Медицинская реабилитация детей осуществляется в зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации (далее - уровень курации) с учетом:

тяжести состояния ребенка (выраженности развившихся нарушений функций, структур и систем организма, ограничения активности у ребенка и его участия во взаимодействии с окружающей средой) - состояние крайне тяжелое, тяжелое, среднетяжелое, легкое);

течения (формы) заболевания - острое, подострое, хроническое;

стадии (периода) течения заболевания - разгар клинических проявлений, рецидив, ремиссия;

наличия осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, ухудшающих течение основного заболевания.

8. Критерии определения уровней курации:

V уровень курации - крайне тяжелое или тяжелое состояние, с тяжелыми нарушениями функций организма, выраженными в терминологии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее - МКФ); острое течение, стадия обострения или рецидива, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в любой стадии, ухудшающих течение основного заболевания;

IV уровень курации - тяжелое или среднетяжелое состояние, требующее круглосуточного наблюдения, с тяжелыми и умеренными нарушениями функций организма, выраженными в терминологии МКФ, острое или подострое течение, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) тяжелых или среднетяжелых сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии; тяжелое состояние, хроническое течение, стадия ремиссии, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) тяжелых или среднетяжелых# сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии или при высоком риске возникновения осложнения;

III уровень курации - среднетяжелое состояние, с умеренными нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ хроническое течение, стадия ремиссии, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии или при высоком риске возникновения осложнения;

II уровень курации - легкое состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ, хроническое течение, стадия ремиссии, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии;

I уровень курации - удовлетворительное состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ, хроническое течение, стадия ремиссии.

9. Медицинская реабилитация детей осуществляется в три этапа:

Первый этап осуществляется в острый период, в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или острый период травмы, послеоперационный период:

при V уровне курации в стационарных условиях отделений анестезиологии-реанимации или палат реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания, учреждений родовспоможения;

при IV уровне курации - в стационарных условиях профильных отделений медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, учреждений родовспоможения.

Второй этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения:

при IV, III уровнях курации - в стационарных условиях в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций;

при III уровне курации - в условиях дневного стационара в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций.

Третий этап осуществляется после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения при III, II, I уровнях курации - в условиях дневного стационара и/или в амбулаторных условиях в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь.

10. Медицинская реабилитация детей осуществляется специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды (далее - МРК) - группы, объединяющей специалистов, оказывающих медицинскую реабилитацию, с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации, и которая формируется на функциональной основе индивидуально для каждого ребенка в зависимости от нозологии, тяжести, периода и особенностей течения заболевания, этапа оказания медицинской реабилитации.

11. Медицинская реабилитация детей на первом этапе осуществляется специалистами МРК отделения медицинской реабилитации для детей.

12. Медицинская реабилитация детей на втором этапе осуществляется специалистами МРК специализированных отделений медицинской реабилитации для детей.

13. Медицинская реабилитация детей на третьем этапе осуществляется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям¹, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

14. Лечащий врач медицинской организации, в которой ребенку оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь или первичная медико-санитарная медицинская помощь, в том числе диспансерное наблюдение, после определения медицинских показаний и отсутствия противопоказаний к проведению медицинской реабилитации принимает решение о направлении ребенка на медицинскую реабилитацию и сроках ее проведения, о выборе этапа медицинской реабилитации и группы медицинской организации, оказывающей медицинскую реабилитацию, в соответствии клиническими рекомендациями по профилю заболевания и в соответствии с пунктами 7 - 9, 21 настоящего Порядка.

15. Лечащим врачом медицинской организации, оказывающей медицинскую реабилитацию, проводятся следующие действия:

оценка клинического состояния здоровья ребенка перед началом проведения медицинской реабилитации;

оценка (диагностика) исходного реабилитационного статуса (состояния функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья ребенка, классифицированного МКФ) с учетом

заключений специалистов МРК по результатам их осмотров перед началом проведения медицинской реабилитации;

установление реабилитационного диагноза ребенку (врачебного заключения о выраженности патологических нарушений, основанного на всесторонней диагностике функционирующих систем организма, выраженного в принятой терминологии МКФ любого уровня детализации, в том числе с применением базового набора МКФ, описывающей все компоненты здоровья и ограничений жизнедеятельности), дополнительно к имеющемуся клиническому диагнозу в соответствии с Международной классификации болезней десятого пересмотра;

оценка реабилитационного потенциала (показателя, оценивающего максимально возможный уровень восстановления или (и) компенсации нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности ребенка, в намеченный отрезок времени, с учетом индивидуальных резервов организма и компенсаторных возможностей ребенка, факторов риска возникновения осложнений и факторов среды обитания, ограничивающих (способствующих) проведение(ю) реабилитационных мероприятий (в том числе приверженность (комплаентность) законного представителя и (или) ребенка к лечению), и определяемый в соответствии с оценочными шкалами, указанными в клинических рекомендациях по профилю заболевания);

формирование цели проведения реабилитационных мероприятий (желаемого результата (эффективности) проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на реализацию реабилитационного потенциала в обозначенный период проведения медицинской реабилитации) с учетом заключений специалистов МРК перед началом проведения медицинской реабилитации;

формирование индивидуального плана медицинской реабилитации (далее - ИПМР) ребенка - индивидуального комплекса реабилитационных мероприятий, ориентированных на выполнение цели проведения реабилитационных мероприятий, и определение оптимальной продолжительности курса медицинской реабилитации перед началом проведения медицинской реабилитации в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания;

оценка в динамике клинического состояния здоровья ребенка во время проведения реабилитационных мероприятий, в том числе с целью выявления рисков развития осложнений, с периодичностью не реже 1 раза в 3 дня, для детей в возрасте до трех лет - ежедневно с фиксацией данных в истории болезни, в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии - не реже 3 раз в день;

оценка реабилитационного статуса ребенка в динамике с учетом заключений специалистов МРК, назначающих реабилитационные мероприятия, по результатам осмотра ребенка не реже 1 раза в неделю и по окончании курса медицинской реабилитации;

оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий по окончании курса медицинской реабилитации с учетом заключений специалистов МРК, назначающих реабилитационные мероприятия, по результатам их осмотров ребенка по окончании курса медицинской реабилитации;

оценка реабилитационного прогноза (вероятности реализации реабилитационного потенциала) по окончании курса медицинской реабилитации;

выдача медицинских рекомендаций о необходимости проведения реабилитационных мероприятий, разрешенных к применению в домашних условиях, и других видов реабилитации (психолого-педагогической коррекции, социальной реабилитации, физической реабилитации), в том числе по подбору индивидуальных технических средств реабилитации (при наличии показаний), которые вносятся в выписной эпикриз, выдаваемый законному представителю на руки.

16. Специалисты МРК проводят следующие действия:

участие в оценке исходного статуса реабилитационного статуса и оценке реабилитационного потенциала у ребенка;

формирование цели проведения реабилитационных мероприятий перед началом проведения медицинской реабилитации;

осуществление комплекса реабилитационных мероприятий в соответствии с ИПМР с учетом толерантности ребенка к нагрузкам;

осмотры ребенка специалистами МРК, назначающими реабилитационные мероприятия, не реже 1 раза в неделю и по окончании курса медицинской реабилитации;

оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий по окончании курса медицинской реабилитации;

обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, законных представителей ребенка и самого ребенка (при наличии возможности).

17. Направление на другие виды реабилитации, в том числе в рамках реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации, осуществляет врач-педиатр отделения медико-социальной помощи детской поликлиники (детского поликлинического отделения), к которой прикреплен ребенок, в соответствии с рекомендациями, указанными в выписном эпикризе из медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию детям.

18. При наличии медицинских показаний медицинская реабилитация по решению лечащего врача оказывается с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование², утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

19. Осуществление медицинской реабилитации при оказании специализированной медицинской, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в соответствии с положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи¹ и в соответствии с порядком организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы³, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

20. Медицинская реабилитация, в том числе дистанционная настройка речевого процессора системы кохлеарной имплантации, детям может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий⁴, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

21. Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию детям на втором этапе медицинской реабилитации делятся на четыре группы:

первая группа - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь детям, и санаторно-курортные организации субъектов Российской Федерации, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара;

вторая группа - федеральные санаторно-курортные организации, имеющие в своей структуре отделение медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара;

третья группа - центры медицинской реабилитации для детей и медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, и (или) в условиях дневного стационара;

четвертая группа - федеральные центры медицинской реабилитации для детей и федеральные медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

22. На первом этапе медицинской реабилитации специалисты МРК осуществляют медицинскую реабилитацию на койках детских специализированных отделений, в том числе отделений (палат) реанимации и интенсивной терапии, медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

23. На втором этапе медицинской реабилитации специализированные отделения медицинской реабилитации для детей в стационарных условиях создаются с коечной мощностью не менее 30 коек, в условиях дневного стационара - не менее 15 мест в смену.

Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций отделения медицинской реабилитации для детей могут быть многопрофильными (осуществляющими медицинскую реабилитацию по разным профилям) с сохранением количества должностей специалистов МРК специализированных отделений медицинской реабилитации для детей, либо устанавливаются исходя из меньшей коечной мощности отделения.

24. На третьем этапе медицинской реабилитации для организаций территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством⁵, количество должностей специалистов МРК устанавливается вне зависимости от численности прикрепленного детского населения.

25. Медицинская реабилитация детей осуществляется в соответствии с приложениями N 1 - N 21 к настоящему Порядку.

¹ Пункт 1 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" (далее - Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

² Пункт 5 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

³ Часть 8 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31 N 4791).

⁴ Часть 1 статьи 36.1 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2015, N 10, ст. 1425).

⁵ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. N 1156-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 35, ст. 3774; 2019, N 40, ст. 5569).

**Приложение N 1
к Порядку организации
медицинской реабилитации детей,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2019 г. N 878н**

**ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
(ДЕТСКОГО НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ)**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности отделения медицинской реабилитации для детей с заболеваниями нервной системы (детского нейрореабилитационного отделения) (далее - Отделение), осуществляющего медицинскую реабилитацию в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

2. Отделение создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

3. В Отделение направляются дети после перенесенных черепно-мозговых и спинномозговых травм и операций на головном или спинном мозге (после заживления раны и снятия швов, после окончания иммобилизации), с хроническим течением заболеваний нервной системы вне обострения, осложненных наличием двигательных нарушений, соответствующих 5-3 уровню по шкале GMFCS (шкале больших моторных навыков), которые могут сочетаться с речевыми, мнестическими, глазодвигательными и другими нарушениями; заболеваниями периферической нервной системы, осложненных двигательными, чувствительными нарушениями.

4. Отделение организуется при наличии в медицинской организации функционирующих: отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии (для медицинских организаций 3 и 4 групп, осуществляющих медицинскую реабилитацию детей на втором этапе в стационарных условиях), организованного в соответствии с порядком оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"¹, утвержденного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

рентгеновского отделения (кабинета), оснащенного стационарным рентгенодиагностическим аппаратом (за исключением стоматологических) и (или) стационарным аппаратом рентгеновской компьютерной томографии (за исключением стоматологических), и (или) аппаратом магнитно-резонансной томографии (для медицинских организаций 3 и 4 групп, осуществляющих медицинскую реабилитацию детей на втором этапе в стационарных условиях);

отделения (кабинета) функциональной диагностики;

отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики;

клинико-диагностической лаборатории;

кабинета врача-офтальмолога;

кабинет врача-уролога-андролога (для медицинских организаций 3 и 4 групп, осуществляющих медицинскую реабилитацию детей на втором этапе в стационарных условиях);

стерилизационной.

5. Отделение возглавляет заведующий отделением, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в структуре которой создано Отделение.

6. На должность заведующего Отделением назначается медицинский работник, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"² по специальности "неврология", имеющий стаж работы по данной специальности не менее трех лет, прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам медицинской реабилитации в детском возрасте.

7. На должности врача-невролога и врачей-специалистов Отделения назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"² без предъявления требований к стажу работы, прошедшие обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам медицинской реабилитации в детском возрасте.

8. На должности медицинских работников со средним медицинским образованием Отделения назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием².

9. Структура и штатная численность Отделения устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создано Отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и коечной мощности с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением N 2 к Порядку организации медицинской реабилитации детей, утвержденному настоящим приказом.

Рекомендуемые штатные нормативы Отделения не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

10. Оснащение Отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением N 3 к Порядку организации медицинской реабилитации детей, утвержденному настоящим приказом.

11. В структуре Отделения рекомендуется предусматривать:

кабинет заведующего Отделением (в Отделении с коечной мощностью 30 коек и более);

ординаторскую;

кабинет старшей медицинской сестры;

кабинет (кабинеты) для осмотра детей;

помещение для медицинских сестер;

пост (посты) сестринский;

палаты;

кабинет для массажа;

зал (кабинеты) для занятий лечебной физкультурой (кинезиотерапией) (может (могут) располагаться за пределами отделения);

кабинет (кабинеты) физиотерапии (может (могут) располагаться за пределами отделения);

кабинет рефлексотерапии (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп);
кабинет мануальной терапии (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 4 группы);
логопедический кабинет (кабинеты);
кабинет (кабинеты) медицинского психолога;
кабинет для проведения эрготерапии (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп, при наличии должности эргоспециалиста);
кабинет (кабинеты) для проведения арттерапии (может (могут) располагаться за пределами отделения);
зал (кабинет) с имитацией зон кухни, магазина, транспорта (может располагаться за пределами отделения; для стационарных условий);
кабинет для проведения терапии с использованием медицинского оборудования с биологической обратной связью (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп);
кабинет для сухого гидромассажа (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп);
кабинет (зал) для механотерапии (может располагаться за пределами отделения);
кабинет (кабинеты) для роботизированной механотерапии (может (могут) располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 4 группы);
процедурный кабинет;
душевую (для стационарных условий) и туалеты для детей и сопровождающих лиц;
игровую комнату (для стационарных условий);
раздаточную (для стационарных условий);
комнату (помещение) для приема пищи;
помещение сестры-хозяйки (для стационарных условий);
помещение для чистого белья (для стационарных условий);
помещение для сбора грязного белья (для стационарных условий);
помещение (помещения) для хранения передвижного и резервного медицинского оборудования;
помещение для хранения каталок, инвалидных кресел-колясок (для стационарных условий);
душевую (для стационарных условий) и туалет для медицинских работников;
санитарную комнату;
учебный класс (для стационарных условий);
комнату (помещение) для дневного пребывания сопровождающих (для стационарных условий);
комнату (помещение) для дневного пребывания сопровождающих с детьми (для дневного стационара);
помещение (помещения) для хранения одежды медицинских работников, детей и сопровождающих лиц (может (могут) располагаться за пределами отделения, для стационарных условий).

12. Основными функциями Отделения являются:

осуществление медицинской реабилитации с учетом стандартов медицинской помощи и в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания;
обеспечение преемственности в организации оказания медицинской помощи детям с заболеваниями нервной системы;
направление детей на консультацию к врачу-специалисту медицинской организации, в которой им оказывается медицинская реабилитация, или иных медицинских организаций, при наличии медицинских показаний;
перевод в профильные медицинские организации в связи с обострением основного или сопутствующего заболевания, или возникновением острого или подострого сопутствующего заболевания;
освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики и реабилитации при осуществлении медицинской реабилитации;
разработка и внедрение новых медицинских технологий по медицинской реабилитации (для медицинских организаций 4 группы);

организация, обеспечение и оптимизация режима дня детей;
оказание консультативной помощи законным представителям детей, нуждающихся в медицинской реабилитации, по вопросам медицинской реабилитации детей и обучение их реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, и (или) навыкам ухода за тяжелобольными детьми;
разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы;
осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
осуществление консультативной и организационно-методической помощи медицинским отделениям и медицинским организациям по вопросам медицинской реабилитации;
организация и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в отделении;
направление извещения в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром отравлении;
ведение медицинской документации;
представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти³,
предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения⁴;
иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13. Отделение может использоваться в качестве клинической базы научных организаций и образовательных организаций, осуществляющих деятельность по реализации основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ медицинского образования.

14. Для обеспечения своей деятельности Отделение использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой оно создано.

¹ Пункт 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

² Пункт 5.2.2 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526) (далее - Положение о Министерстве).

³ Пункт 11 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

⁴ Часть 1 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31, ст. 4791).

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» В
ЦИФРОВОМ ФОРМАТЕ (С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)**

1. Настоящее Положение устанавливает порядок организации деятельности дневного стационара ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» (далее ДС(ц)), оказывающего первичную специализированную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь с применением дистанционных технологий (в цифровом формате);
2. В своей деятельности ДС(ц) руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России, Департамента здравоохранения города Москвы и настоящим Положением, составленным в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 09.12.1999 № 438;
3. ДС(ц) выполняет работы (оказывает услуги) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности в соответствии с разрешенными лицензией видами деятельности по профилям: неврология, психиатрия;
4. ДС(ц) не является отдельным структурным подразделением медицинской организации. ДС(ц) - это форма предоставления существующими в структуре медицинской организации структурными подразделениями комплекса медицинских услуг, предусмотренных государственным заданием для дневного стационара;
5. ДС(ц) организуется для проведения профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий детскому населению города Москвы, нуждающемуся в ежедневном медицинском наблюдении, но не требующему круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных цифровых медицинских технологий (включая дистанционные) в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных;
6. ДС(ц) для осуществления своей деятельности использует базовый цифровой портал, предоставленный ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», а также, в случае необходимости, иные, разрешенные законодательством Российской Федерации, методы коммуникации с пациентами и их законными представителями (телефон, электронная почта, коммуникационные программы и приложения и т.д.);
7. ДС(ц) осуществляет следующие функции:
 - 7.1. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий детям и подросткам из числа пациентов, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;
 - 7.2. Подбор адекватной терапии хроническим больным из числа пациентов, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» (например, при изменении степени тяжести заболевания, при необходимости коррекции назначений пациентам, получающим постоянную фармакотерапию и т.д.);
 - 7.3. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий (включая дистанционные) больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, из числа пациентов, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;
8. Структура и штатная численность структурных подразделений, оказывающих медицинские услуги в формате ДС(ц), устанавливаются директором ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности находящихся на лечении пациентов;
9. Работу структурных подразделений в формате ДС(ц) возглавляют заведующие этими подразделениями, назначенные на должность и освобожденные от должности директором ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;

10. В ДС(ц) ведение больных осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады, возглавляемой лечащим врачом;
11. При необходимости лечащий врач привлекает к работе мультидисциплинарной бригады соответствующих врачей-консультантов;
12. ДС(ц) для обеспечения своей деятельности использует возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;
13. ДС(ц) принимает на лечение детей и подростков, постоянно проживающих в городе Москве, страдающих заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», нуждающихся в ежедневном медицинском наблюдении, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;
14. Все медицинские манипуляции, проводимые специалистами мультидисциплинарной бригады, врачами-консультантами, отражаются в первичной медицинской документации (медицинская карта больного дневного стационара);
15. Ответственный за ведение первичной медицинской документации – лечащий врач;
16. Правила ведения первичной медицинской документации в ДС(ц) соответствуют правилам ее ведения, утвержденным ранее для «Медицинской карты больного дневного стационара»;
17. В ДС(ц) ведется учетно-отчетная медицинская документация в соответствии с Приказом Минздрава России от 30.12.2002 № 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации";
18. Непосредственное руководство деятельностью ДС(ц) осуществляется заместителем директора ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» по медицинской части;
19. Заместитель директора ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» по медицинской части вправе, по согласованию с директором, привлекать для обеспечения работы ДС(ц) любых специалистов, как являющихся штатными работниками медицинской организации, так и внешних консультантов;
20. Контроль за деятельностью ДС(ц) осуществляется директором ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 30 ноября 2017 г. N 965н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

В соответствии с частью 1 статьи 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31, ст. 4791) приказываю:

Утвердить прилагаемый порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 30 ноября 2017 г. N 965н

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет правила применения телемедицинских технологий при организации и оказании медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения медицинской помощи и включает:

- а) порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;
- б) порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

2. Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с целью получения:

- а) заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее - консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;
- б) протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации.

3. Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в целях:

- а) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности

лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

б) принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации) <1>.

<1> Статья 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724, 2017, N 31, ст. 4791).

4. Медицинская организация оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

II. Правила организации медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

5. Для осуществления дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой или дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями медицинская организация, медицинский работник которой осуществляет оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее - консультирующая медицинская организация), обеспечивает необходимое помещение, средства связи и оборудование для проведения консультаций (консилиумов врачей). В случае осуществления консультаций с применением телемедицинских технологий в мобильных условиях, консультирующая медицинская организация обеспечивает мобильные средства связи и оборудование для проведения консультаций.

6. Руководитель консультирующей медицинской организации привлекает медицинских работников из числа сотрудников для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий.

7. В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации.

8. Консультация с применением телемедицинских технологий считается завершенной после получения запросившей организацией (пациентом или его законным представителем) медицинского заключения по результатам консультации или протокола консилиума врачей или предоставления доступа к соответствующим данным и направления уведомления по указанным контактным данным запросившей организации (пациента или его законного представителя).

9. Консультант (врачи - участники консилиума) несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, в пределах данного им медицинского заключения.

10. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется медицинскими работниками, сведения о которых внесены в Федеральный регистр медицинских работников <2>, а также при условии регистрации соответствующих медицинских организаций в Федеральном реестре медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - Единая система).

<2> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 г. N 1159н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2014 г., регистрационный N 32044).

11. Медицинские организации оказывают медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий с использованием Единой системы, государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинской организации, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг (далее -

иные информационные системы).

III. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

12. Телемедицинские технологии могут использоваться при оказании следующих видов медицинской помощи:

- а) первичной медико-санитарной помощи;
- б) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- в) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- г) паллиативной медицинской помощи.

13. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий может оказываться в любых условиях: вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно. Условия оказания помощи определяются фактическим местонахождением пациента.

14. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий проводятся:

- а) в экстренной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного;
- б) в неотложной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного;
- в) в плановой форме - при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью.

IV. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи в режиме реального времени, отложенных консультаций

15. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

16. Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени предусматривает консультацию (консилиум врачей), при которой медицинский работник (лечащий врач, либо фельдшер, акушер, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья) и (или) пациент (или его законный представитель) непосредственно взаимодействует с консультантом (врачами - участниками консилиума) либо пациент (или его законный представитель) непосредственно взаимодействует с медицинским работником.

17. Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме отложенных консультаций предусматривает консультацию, при которой консультант (врачи - участники консилиума) дистанционно изучает медицинские документы пациента и иную информацию о состоянии здоровья пациента, готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с лечащим врачом и (или) медицинским работником, проводящим диагностическое исследование, и (или) пациентом (или его законным представителем).

V. Доступность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

18. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются с учетом соблюдения установленных требований к срокам проведения консультаций.

19. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в экстренной форме осуществляются в сроки от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса на проведение консультации (консилиума врачей) в консультирующую медицинскую

организацию и от 3 до 24 часов с момента поступления запроса в консультирующую медицинскую организацию при проведении консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий в неотложной форме.

20. Исчисление сроков при проведении консультаций (консилиумов врачей) в плановой форме осуществляется с момента поступления запроса на проведение такой консультации (консилиума врачей) и медицинской документации, необходимой для их проведения.

21. Сроки оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий на возмездной основе определяются согласно условиям договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены иные требования.

VI. Порядок проведения консультаций (консилиумов врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах с применением телемедицинских технологий

22. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах являются:

а) лечащий врач;

б) консультант (врачи - участники консилиума).

23. Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в экстренной и неотложной формах устанавливает лечащий врач.

24. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

25. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми врачами - участниками консилиума.

26. Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ лечащего врача к медицинскому заключению (протоколу консилиума врачей) и сопутствующим материалам.

VII. Порядок проведения консультаций (консилиумов врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в плановой форме с применением телемедицинских технологий

27. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий являются в плановой форме:

а) лечащий врач;

б) консультант (врачи - участники консилиума).

28. Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в плановой форме устанавливает лечащий врач.

29. Предварительно лечащий врач обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется консультация (консилиум врачей).

30. Лечащий врач формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации и согласует его.

31. Лечащий врач подготавливает клинические данные пациента (данные осмотра, диагностических и лабораторных исследований, иные данные) в электронном виде и направляет их консультанту (врачам - участникам консилиума) либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим медицинским данным пациента.

32. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант (врачи - участники консилиума) оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

33. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми участниками консилиума.

34. Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ лечащего врача к медицинскому заключению (протоколу консилиума врачей) и сопутствующим материалам.

VIII. Порядок проведения консультаций при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований

35. Участниками консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований являются:

- а) лечащий врач;
- б) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование;
- в) консультант.

36. Необходимость проведения консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований устанавливает лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование.

37. Лечащий врач оформляет направление для проведения диагностического исследования согласно требованиям к порядку оформления направления на соответствующий вид диагностического исследования.

38. Медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, предоставляет лечащему врачу результаты диагностического исследования.

39. Лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации и согласовывает его.

40. Лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, подготавливает результаты диагностического исследования в электронном виде и направляет их консультанту либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим данным.

41. По результатам проведения консультации консультант оформляет медицинское заключение.

42. Медицинское заключение направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным.

43. Медицинское заключение направляется в электронном виде медицинскому работнику, осуществляющему диагностическое исследование, либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным.

IX. Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями

44. Участниками консультаций являются:

- а) пациент и (или) его законный представитель;
- б) медицинский работник (медицинские работники).

45. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий выбор консультирующей медицинской организации и врача-консультанта осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке <3>.

<3> Статья 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724, 2017, N 31, ст. 4791).

46. Консультирующая медицинская организация, а также организация, являющаяся оператором иных информационных систем, предоставляют пациенту и (или) его законному представителю в доступной форме, в том числе посредством размещения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", следующую информацию:

- а) о консультирующей медицинской организации, участвующей в оказании консультации: наименование консультирующей медицинской организации; место нахождения; контактная информация (контактный телефон, адрес электронной почты); лицензия на осуществление соответствующих видов деятельности;

перечень профилей оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

б) об организации, являющейся оператором иных информационных систем:

наименование организации;

место нахождения;

контактная информация (контактный телефон, адрес электронной почты);

место хранения документации и сопутствующих документов, полученных в результате оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (наименование информационной системы и наименование и контакты оператора информационной системы);

в) о консультанте, враче - участнике консилиума:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

сведения об образовании (наименование образовательной организации, год окончания, специальность, квалификация, курсы повышения квалификации, сертификаты);

сведения о медицинской организации (наименование, место нахождения, контактные данные) или сведения об индивидуальном предпринимателе, осуществляющем медицинскую деятельность на основании лицензии, а также сведения о лицензии на осуществление соответствующих видов деятельности;

занимаемая должность в медицинской организации;

стаж работы по специальности (лет);

сведения о квалификационной категории, ученой степени;

сведения о предыдущих местах работы по медицинской специальности (наименование организации, занимаемая должность, период работы (лет) (при наличии);

существенные условия договора на оказание соответствующих услуг;

график работы консультантов;

г) сведения о порядке и условиях оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, включая:

порядок оформления информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

возможность получения анонимной (или с использованием технологии псевдонимизации) платной консультации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, и порядок получения таких консультаций;

порядок идентификации и аутентификации пациента (или его законного представителя) с использованием единой системы идентификации и аутентификации (обязательно в случае получения консультаций в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи);

порядок оформления согласия пациента на обработку персональных данных, данных о состоянии его здоровья в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

возмездный или безвозмездный характер консультации (платная, бесплатная);

стоимость оказания консультации и порядок ее оплаты (в случае оказания платной консультации);

порядок получения медицинского заключения по результатам проведенной консультации;

технические требования к электронным документам, предоставляемым пациентом (или его законным представителем) медицинскому работнику;

режим оказания медицинской организацией медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

д) об информационных системах, используемых при консультации, и операторах указанных систем:

наименование информационной системы;

наименование и контакты оператора информационной системы, используемой при консультации;

место хранения документации и сопутствующих документов, полученных в результате оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при

дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (наименование информационной системы и наименование и контакты оператора информационной системы).

47. При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного пациенту лечения, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

48. Результатом консультации является медицинское заключение или при условии предварительного установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации) по данному обращению, - соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации пациента лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

49. В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации пациенту или его законному представителю о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

50. Информация, указанная в пунктах 48 и 49 настоящего Порядка, направляется в электронном виде пациенту и (или) его законному представителю, либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным, в том числе путем ее размещения на информационном ресурсе, посредством которого осуществляется консультация.

Х. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента

51. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом, включая программу и порядок дистанционного наблюдения, по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза заболевания.

52. Участниками дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента являются:

а) пациент и (или) его законный представитель;

б) лечащий врач по случаю обращения, в рамках которого осуществляется дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также, при необходимости, медицинский работник, осуществляющий дистанционное наблюдение и (или) экстренное реагирование при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений.

53. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента осуществляется с использованием Единой системы, и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, и (или) медицинских информационных систем, и (или) иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг <4>.

<4> Часть 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724, 2017, N 31, ст. 4791).

54. При дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациента в том числе осуществляется:

а) дистанционное получение данных о состоянии здоровья пациента в автоматическом режиме при использовании медицинских изделий, имеющих функции передачи данных, в том числе в информационных системах, используемых для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента;

б) ручной ввод данных о состоянии здоровья пациента, в том числе ручной ввод данных с медицинских изделий, не имеющих функции передачи данных;

- в) регистрация и контроль актуальности сведений о медицинских изделиях, используемых для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента;
- г) направление сообщений лечащему врачу, в том числе от пациентов, операторов информационных систем, используемых для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента, а также медицинских работников, обеспечивающих дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента;
- д) документирование фактов передачи и получения данных о состоянии здоровья пациента;
- е) обработка данных о состоянии здоровья пациента;
- ж) доступ лечащего врача, который назначил дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента после очного приема (осмотра, консультации), а также при необходимости медицинского работника, осуществляющего дистанционное наблюдение и (или) экстренное реагирование при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений, к сведениям о состоянии здоровья пациента;
- з) контроль показателей состояния здоровья пациента;
- и) индивидуальная настройка предельных значений показателей состояния здоровья пациента;
- к) направление сообщений пациенту;
- л) экстренное реагирование при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений;
- м) передача и отображение сведений о состоянии здоровья пациента в электронной медицинской карте пациента;
- н) организация и ведение личного кабинета пациента;
- о) настройка различных видов автоматизированных уведомлений.

55. Пациент (его законный представитель) при осуществлении дистанционного наблюдения за состоянием его здоровья:

- а) использует медицинские изделия в соответствии с инструкцией по их применению;
- б) собственноручно вводит достоверные данные о состоянии здоровья;
- в) соблюдает правила пользования информационными системами, используемыми для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента, установленные операторами указанных информационных систем.

56. Лечащий врач, назначивший дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, обязан обеспечить экстренное реагирование по месту нахождения пациента при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений.

XI. Документирование и хранение информации, полученной по результатам оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

57. Документирование информации о проведении консультации с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в медицинскую документацию, осуществляется с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

58. Материалы, полученные по результатам дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, медицинских работников и пациентов (или их законных представителей), включая материалы, направленные на консультацию, медицинские заключения по результатам консультаций и протоколы консилиумов врачей, данные, внесенные в медицинскую документацию пациента, данные, формирующиеся в результате дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента (далее - документация), а также аудио- и видеозаписи консультаций и консилиумов врачей, текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме (далее - сопутствующие материалы), подлежат хранению.

59. Документация подлежит внесению в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы консультирующей медицинской организации.

60. Хранение документации осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации.

61. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

62. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями настоящего Порядка, законодательства Российской Федерации.

63. Хранение документации в случае использования Единой системы, государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, медицинской информационной системы медицинской организации, иной информационной системы обеспечивается средствами указанных систем.

64. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

29 июля 2017 года

Приложение 4
N 242-ФЗ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВОПРОСАМ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ**

Принят
Государственной Думой
21 июля 2017 года

Одобен
Советом Федерации
25 июля 2017 года

Статья 1

Внести в статью 26 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 2, ст. 219; 2003, N 27, ст. 2700; 2011, N 49, ст. 7019; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4238) следующие изменения:

1) пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Рецепты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ,

оформляются на специальных бланках на бумажном носителе и (или) формируются с согласия пациента или его законного представителя в форме электронных документов, подписанных с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи лечащего врача или фельдшера, акушерки, на которых возложены функции лечащего врача, и соответствующей медицинской организации.";

2) пункт 2 после слов "правила оформления" дополнить словами ", в том числе в форме электронных документов,".

Статья 2

Внести в Федеральный закон от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 16, ст. 1815; 2011, N 50, ст. 7351; 2012, N 26, ст. 3446; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 52, ст. 7540; 2015, N 29, ст. 4367) следующие изменения:

1) пункт 53 статьи 4 изложить в следующей редакции:

"53) рецепт на лекарственный препарат - медицинский документ установленной формы, содержащий назначение лекарственного препарата для медицинского применения, выданный медицинским работником в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска на бумажном носителе или с согласия пациента или его законного представителя в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, либо документ установленной формы, содержащий назначение лекарственного препарата для ветеринарного применения, выданный ветеринарным работником в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска на бумажном носителе;"

2) статью 6 дополнить пунктом 4 следующего содержания:

"4) принятие решения об использовании на территории субъекта Российской Федерации наряду с рецептами на лекарственные препараты, оформленными на бумажном носителе, рецептов на лекарственные препараты, сформированных в форме электронных документов."

Статья 3

Внести в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3446; 2013, N 27, ст. 3477; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; 2014, N 30, ст. 4257; N 43, ст. 5798; N 49, ст. 6927, 6928; 2015, N 1, ст. 85; N 10, ст. 1425; N 27, ст. 3951; N 29, ст. 4397; 2016, N 1, ст. 9, 28; N 15, ст. 2055; N 18, ст. 2488; N 27, ст. 4219; 2017, N 18, ст. 2663) следующие изменения:

1) статью 2 дополнить пунктом 22 следующего содержания:

"22) телемедицинские технологии - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.";

2) статью 10 дополнить пунктом 10 следующего содержания:

"10) применением телемедицинских технологий.";

3) в части 2 статьи 14:

а) в пункте 11 слова "электронном виде" заменить словами "форме электронных документов, порядков их ведения";

б) в пункте 16 слова "и выписывания" исключить;

4) часть 7 статьи 20 изложить в следующей редакции:

"7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации гражданина и оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы

идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, может быть сформировано в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.";

5) часть 5 статьи 22 изложить в следующей редакции:

"5. Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.";

6) часть 8 статьи 34 изложить в следующей редакции:

"8. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.";

7) дополнить статьей 36.2 следующего содержания:

"Статья 36.2. Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий

1. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

2. Консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

1) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

3. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

4. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации). Дистанционное наблюдение осуществляется на основании данных о пациенте, зарегистрированных с применением медицинских изделий, предназначенных для мониторинга состояния организма человека, и (или) на основании данных, внесенных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, или государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, или медицинскую информационную систему, или информационные системы, указанные в части 5 статьи 91 настоящего Федерального закона.

5. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

6. В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации.

7. Документирование информации об оказании медицинской помощи пациенту с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в его медицинскую документацию, осуществляется с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника.";

8) абзац первый части 4 статьи 37 после слов "Стандарт медицинской помощи разрабатывается" дополнить словами "в порядке, установленном уполномоченным

федеральным органом исполнительной власти,";

9) пункт 4 части 2 статьи 73 изложить в следующей редакции:

"4) назначать лекарственные препараты в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;"

10) в пункте 6 части 1 статьи 74 слово "выписывать" заменить словами "выдавать рецепты на";

11) в статье 78:

а) пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3) выдавать медицинские заключения, справки, рецепты на лекарственные препараты и медицинские изделия на бумажном носителе и (или) с согласия пациента или его законного представителя в форме электронных документов с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;"

б) пункт 5 изложить в следующей редакции:

"5) создавать медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах, об оказываемой им медицинской помощи, о медицинской деятельности медицинских организаций с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.";

12) статью 91 изложить в следующей редакции:

"Статья 91. Информационное обеспечение в сфере здравоохранения

1. Информационное обеспечение в сфере здравоохранения осуществляется посредством создания, развития и эксплуатации федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, информационных систем в сфере здравоохранения Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, информационных систем фармацевтических организаций (далее - информационные системы в сфере здравоохранения).

2. В информационных системах в сфере здравоохранения осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществлении медицинской и иной деятельности в сфере охраны здоровья. Обработка персональных данных в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

3. Операторами информационных систем в сфере здравоохранения являются уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, иные федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченные высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации на создание, развитие и эксплуатацию государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации (далее - уполномоченные органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации), организации, назначенные указанными органами, органы управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части, касающейся персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования, медицинские организации и фармацевтические организации.

4. Требования к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Иные информационные системы, предназначенные для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг (далее - иные информационные системы), могут

взаимодействовать с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями в порядке, на условиях и в соответствии с требованиями, установленными Правительством Российской Федерации.

6. Иные информационные системы подключаются к единой государственной системе в сфере здравоохранения уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и к единой системе идентификации и аутентификации федеральным исполнительным органом государственной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере информационных технологий.";

13) дополнить статьей 91.1 следующего содержания:

"Статья 91.1. Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

1. В целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения уполномоченным федеральным органом исполнительной власти создается, развивается и эксплуатируется единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее - единая система).

2. Положение о единой системе, в том числе порядок доступа к информации, содержащейся в ней, порядок и сроки представления информации в единую систему, порядок обмена информацией с использованием единой системы, утверждается Правительством Российской Федерации.

3. Единая система включает в себя:

1) сведения, содержащиеся в федеральных информационных системах в сфере здравоохранения, федеральных базах данных и федеральных регистрах в сфере здравоохранения, ведение которых осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти с использованием единой системы;

2) сведения о медицинских организациях, за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в которых федеральными законами предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба;

3) указанные в статье 93 настоящего Федерального закона сведения о лицах, которые участвуют в осуществлении медицинской деятельности;

4) указанные в статье 94 настоящего Федерального закона и обезличенные в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере средств массовой информации, сведения о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования;

5) сведения о медицинской документации, по составу которых невозможно определить состояние здоровья гражданина, и сведения о медицинской организации, в которой медицинская документация создана и хранится;

6) сведения статистического наблюдения в сфере здравоохранения, а также сводную аналитическую информацию по вопросам осуществления медицинской деятельности и оказания медицинской помощи;

7) сведения об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

8) сведения, необходимые для осуществления мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд;

9) сведения об организации обеспечения граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями (изделиями медицинского назначения) и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии со статьей 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи", пунктами 19 и 20 части 1 статьи 14, статьей 44 и пунктом 5 части 2 статьи 81 настоящего Федерального закона;

10) классификаторы, справочники и иную нормативно-справочную информацию в сфере здравоохранения, перечень, порядок ведения и использования которой определяются

уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4. Единая система обеспечивает ведение федеральных регистров, предусмотренных частью 2.1 статьи 43, частями 4, 8 статьи 44 настоящего Федерального закона, статьей 24.1 Закона Российской Федерации от 15 мая 1991 года N 1244-1 "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС".

5. Единая система обеспечивает возможность предоставления гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме посредством единого портала государственных и муниципальных услуг, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации.

6. Поставщиками информации в единую систему являются:

1) уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;

2) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и иные федеральные органы исполнительной власти в соответствии с полномочиями, установленными законодательством Российской Федерации;

3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации;

4) уполномоченные органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

5) органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

6) медицинские организации и фармацевтические организации;

7) организации, являющиеся операторами иных информационных систем, указанных в части 5 статьи 91 настоящего Федерального закона.

7. Пользователями информации, содержащейся в единой системе, являются органы и организации, указанные в части 6 настоящей статьи, а также граждане.

8. Доступ к информации, содержащейся в единой системе, предоставляется поставщикам информации в единую систему, а также органам и организациям, являющимся пользователями единой системы, в соответствии с их компетенцией, установленной федеральными законами и принятыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации.;"

14) в статье 92:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

"1. При осуществлении медицинской деятельности ведется учет персональных данных лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования (далее - персонифицированный учет).";

б) в части 2 слова "операторы информационных систем, указанные в части 2 статьи 91" заменить словами "операторы информационных систем в сфере здравоохранения, указанные в части 3 статьи 91";

в) часть 4 изложить в следующей редакции:

"4. При ведении персонифицированного учета должны обеспечиваться конфиденциальность персональных данных лиц, которые участвуют в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, и безопасность указанных персональных данных с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных.;"

15) в статье 93:

а) в наименовании слова "в оказании медицинских услуг" заменить словами "в осуществлении медицинской деятельности";

б) в абзаце первом слова "в оказании медицинских услуг" заменить словами "в осуществлении медицинской деятельности";

в) пункт 11 изложить в следующей редакции:

"11) сведения об образовании, в том числе данные об организациях, осуществляющих

образовательную деятельность по реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования, о документах об образовании и (или) о квалификации, о договоре о целевом обучении, а также данные о сертификате специалиста или аккредитации специалиста;"

г) в пункте 12 слова "оказывающей медицинские услуги" заменить словами "осуществляющей медицинскую деятельность";

д) в пункте 13 слова "оказывающей медицинские услуги" заменить словами "осуществляющей медицинскую деятельность";

е) дополнить пунктом 14 следующего содержания:

"14) сведения о членстве в медицинских профессиональных некоммерческих организациях, указанных в статье 76 настоящего Федерального закона (при наличии).";

16) в статье 94:

а) наименование изложить в следующей редакции:

"Статья 94. Сведения о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования";

б) в абзаце первом слова "оказываются медицинские услуги" заменить словами "оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования";

в) в пункте 14 слова "оказавшей медицинские услуги" заменить словами "осуществляющей медицинскую деятельность";

г) пункт 18 изложить в следующей редакции:

"18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах";

д) пункт 21 изложить в следующей редакции:

"21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты";

е) в пункте 23 слова "медицинскую услугу" заменить словами "медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования".

Статья 4

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2018 года.

2. Положения статьи 26 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (в редакции настоящего Федерального закона), статей 4 и 6 Федерального закона от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" (в редакции настоящего Федерального закона), пункта 3 статьи 78 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции настоящего Федерального закона) в части, касающейся формирования и выдачи рецептов на лекарственные препараты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, в форме электронных документов, применяются с 1 января 2019 года.

3. Положения частей 3 и 6 статьи 91.1 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции настоящего Федерального закона) не применяются до 1 января 2019 года в части, касающейся предоставления информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, в отношении медицинских организаций частной системы здравоохранения, если такие медицинские организации ранее не приняли решения о предоставлении информации в указанную систему.

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН

Москва, Кремль
29 июля 2017 года
N 242-ФЗ

Учреждения-разработчики: ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», Государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Составители: заместитель директора по медицинской работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук **Ю.А. Климов**; ученый секретарь ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» кандидат биологических наук **С.В. Тихонов**; директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы по детской неврологии, главный внештатный специалист Минздрава России по детской реабилитации, доктор медицинских наук, профессор **Т.Т. Батышева**; директор ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, доктор экономических наук, кандидат педагогических наук, профессор. **Е.И. Аксенова**; заведующая научно-исследовательским отделом ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ, доктор медицинских наук **О.В. Быкова**, заместитель директора по медицинской работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» **М.Н. Саржина**, заведующая 1 психоневрологическим отделением С.С. Дарьина; заведующая отделением лечебной физкультуры **Е.А. Селиванова**; медицинский психолог **Х.Х. Ахматханова**, начальник Управления информатизации **А.В. Бахаев**, ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, начальник отдела информационной безопасности ГБУ НИИОЗММ ДЗМ И.Н. Махров.

Назначение: для педиатров, неврологов, психиатров, логопедов, психологов и организаторов здравоохранения амбулаторных и стационарных ЛПУ педиатрического профиля

ВВЕДЕНИЕ

Напряженная эпидемиологическая ситуация, сложившаяся в Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, вызвала необходимость поиска новых форм медицинской помощи детям, обеспечивающих непрерывность процесса оказания медицинской реабилитации детям, и, при этом, не предусматривающих ежедневного посещения ими лечебных учреждений.

Наиболее безопасной формой оказания реабилитационных услуг в условиях карантина, является их проведение с применением цифровых дистанционных технологий.

С целью решения этой задачи Научно-практическим центром детской психоневрологии ДЗМ в сотрудничестве с Научно-исследовательским институтом организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ успешно реализован проект лечения детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата с применением дистанционных технологий.

Цифровой дневной стационар для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями работает в очно-заочном режиме. Дети и их родители в ежедневном режиме получают доступ к медицинским и психологическим консультациям, а также виртуальным практическим занятиям.

На лечение принимаются дети с ранее установленным диагнозом при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к проведению медицинской реабилитации. Длительность реабилитации в отделении с использованием современных медицинских технологий составляет от 14 до 20 дней.

При регистрации на цифровой платформе у каждого ребенка формируется личный кабинет и цифровой календарь занятий. Для работы с каждым ребенком создается мультидисциплинарная реабилитационная команда, состоящая из специалистов как медицинских, так и немедицинских специальностей. Руководителем группы является лечащий врач. Задачами мультидисциплинарной реабилитационной команды являются: проведение интерактивных занятий с ребенком, и обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, законных представителей ребенка и самого ребенка.

В рамках работы дистанционного дневного стационара проводятся занятия лечебной и адаптивной физической культурой, адаптивным спортом, психологические и логопедические коррекции. Активно используются компьютерные развивающие игры, адаптированные для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями.

Наряду с медицинскими процедурами реализуется образовательный и психолого-педагогический блок, направленный на повышение грамотности родителей, оказание психологической помощи семьям с больными детьми.

Проект учитывает требования действующего законодательства в сфере применения дистанционных технологий. Работа проводится на базе защищенной цифровой платформы, обеспечивающей защиту персональных данных пациентов.

На 1 января 2020 года численность детского населения г. Москвы увеличилась на 114593 человек и составила 2031362. Число детей до 1 года за прошедший период увеличилось на 1589, составив 93256 человек. Общее количество прикрепленного детского населения выросло на 5,6 %.

В 2019 году отмечалось увеличение количества детей и подростков с патологией нервной системы и рост показателя детской заболеваемости по данному профилю (таблица 9).

Таблица 9. Количество детей и подростков с патологией нервной системы за 2012-2019 гг. в г. Москве (абсолютное число/показатели 1:100000) по данным окружных детских неврологов г. Москвы

Годы	Количество детей с неврологической патологией-диспансерный учет	
	Абсолютное количество	Показатели 1:100000
2012г.	29222	1546,5
2013г.	30765	1649,6
2014г.	31173	1685,2
2015г.	32105	1735,2
2016г.	32517	1840,6
2017г.	32311	1703,6
2018г.	31133	1624,0
2019 г.	31781	1564,5

)

По данным окружных детских неврологов г. Москвы, среди детей диспансерной группы с неврологической патологией под наблюдением находится 31781 детей, в возрасте до 1 года - 2312 человек.

В динамике с 2013 по 2017- 2019 год на фоне повышения общего числа заболеваний у детей в Москве отмечается рост числа болезней нервной системы, ставших причиной инвалидности, с 37,4 до 48,1- 48,7 на 10 000 детского населения, соответственно. Среди болезней нервной системы, которые обусловили возникновение инвалидности у детей 0-17 лет в Москве, наибольший удельный вес (от 65 до 70%) за последние пять лет составляет ДЦП (таблица 10). Относительный показатель заболеваемости детей ДЦП по сравнению с прошлым годом не изменился, несмотря на увеличение числа детей с этой патологией.

Таблица 2. Динамика количества детей и подростков и показателя заболеваемости ДЦП в 2012-2019гг., г. Москва (абсолютное число/показатель на 1000, по данным ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»)

Годы/ количество детей и подростков с ДЦП	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Количество детей и подростков с ДЦП (абс. число)	4924	5200	5404	5730	6294	6281	6438	7041
Количество детей и подростков с ДЦП (показатели 1:1000)	2,7	2,8	2,9	3,1	3,4	3,3	3,4	3,4

На втором месте после ДЦП, среди причин первичной детской инвалидности занимает эпилепсия, особенно ее резистентные к терапии формы. В 2019 году отмечается значительный рост количества пациентов педиатрического возраста с этим тяжелым заболеванием, что, с одной стороны возможно связано с оптимизацией диагностики эпилепсии, с другой стороны диктует необходимость коррекции подходов к терапии этой патологии (таблица 3).

Таблица 3. Количество детей и подростков с эпилепсией, включая резистентные формы эпилепсии 2012-2018 гг., г. Москва (абсолютное число) по данным ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» и окружных детских неврологов г. Москвы

Годы/ количество детей и подростков с эпилепсией	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Количество детей и подростков с эпилепсией (абс. число)	3945	4225	5121	5194	5694	6009	5993	7256
Количество детей и подростков с резистентными формами эпилепсии (абс. число)	342	431	502	510	524	425	638	684

В то же время отмечается некоторое снижение количества детей и подростков с невралгией лицевого нерва и с последствием акушерских парезов на фоне поступательной тенденции к увеличению пациентов с поражениями периферической нервной системы (таблица 4).

Таблица 4. Динамика количества детей и подростков с поражением периферической нервной системы в 2013-2018 гг., г. Москва (абсолютное число) по данным окружных детских неврологов г. Москвы.

Годы/количество детей и подростков	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Поражения периферической нервной системы всего, из них	684	802	739	726	803	765	970
последствия акушерских парезов	239	253	304	260	270	245	231
невралгии лицевого нерва	150	171	172	202	215	212	203

В соответствии с общемировыми тенденциями здравоохранения, в столице за 2019 год был зарегистрирован некоторый рост количества детей и подростков со спинальными мышечными атрофиями, наследственными и другими генетическими синдромами (таблица 5), что можно расценивать как позитивное увеличение информированности и настороженности специалистов по отношению к врожденным и наследственным патологиям в целом.

Таблица 5. Динамика количества детей и подростков с наследственными заболеваниями нервной системы в 2013-2019 гг., г. Москва (абс. число) по данным окружных детских неврологов г. Москвы.

Годы /количество детей и подростков с наследственными заболеваниями	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Спинальные мышечные атрофии	81	72	89	89	85	101	126
Мышечные дистрофии	72	81	110	115	109	127	121
Наследственная моторная и сенсорная невропатия	55	60	70	81	82	85	86

Врожденные миопатии, в т. ч. Митохондриальные	66	66	67	69	64	77	72
Наследственные атаксии	13	15	22	22	30	29	24
Миотонические расстройства	9	12	11	11	13	11	21
Факоматозы	204	244	286	298	317	338	284
Другие генетические синдромы	259	341	407	443	575	445	478
Всего:	759	891	1062	1128	1275	1213	1212

Травматические повреждения центральной нервной системы также вносит значимую лепту в формирование детской и подростковой неврологической заболеваемости, в 2019 году, по сравнению с 2018 годом, отмечается тенденция к увеличению числа детей и подростков, поставленных на диспансерный учет по поводу черепно-мозговых и спинномозговых травм (таблица 6).

Таблица 6. Динамика количества детей и подростков с последствиями черепно-мозговых и спинномозговых травм в 2012-2019гг., г. Москва (абс. число) по данным окружных детских неврологов г. Москвы.

Годы / количество детей и подростков с последствиями травм	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Последствия черепно-мозговых травм	1908	2911	3915	2874	2618	2125	1782	1867
Последствия спинномозговых травм	31	34	36	49	37	54	40	43

В целом, по данным 2019 года, нужно отметить увеличение количества инвалидов детей и подростков с патологией нервной системы и маломобильных пациентов (таблица 7), причем на фоне небольшого увеличения абсолютного числа детей-инвалидов с патологиями нервной системы обращает внимание стремительный рост количества детей с нарушением передвижения и самообслуживания (таблица 7).

Таблица 7. Динамика количества инвалидов - детей и подростков с патологией нервной системы в 2013-2019 гг., г. Москва (абс. число) по данным НИИОЗММ

Годы/ количество инвалидов	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Всего инвалидов детей и подростков с патологией нервной системы	8160	8753	9458	10119	9931	9459	10183
из них с проблемами самообслуживания	1260	1483	1858	1339	1355	1198	6 776

Рост детской неврологической заболеваемости (особенно инвалидизирующих нозологических групп) неизбежно приводит к росту реабилитационной потребности детского населения по неврологическому профилю. В 2019 году количество детей и подростков с болезнями нервной системы, получивших медицинскую реабилитацию закономерно увеличилось, по сравнению с 2018 годом, преимущественно за счет мощностей стационаров (таблица 8).

Таблица 8. Количество детей и подростков с патологией нервной системы, получивших восстановительное лечение в 2013-2019 гг., г. Москва (абс. число/%) по данным окружных детских неврологов г. Москвы

Лечение/ годы	2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Стационарное лечение	12177	39,1	12675	37,8	13139	39,1	14469	44,7	14484	47,5	17280	54,4
Амбулаторное лечение	24617	78,9	22619	67,4	18749	55,8	18495	57,2	17983	57,7	16943	53,3
Санаторно-курортное лечение	1805	5,8	2055	6,1	2304	6,9	1945	6,0	1436	4,6	1584	5,0
Всего детей и подростков с патологией нервной системы	31173		32105		33617		32311		31133		31781	

Стационарные формы медицинской реабилитации для детей с инвалидизирующими болезнями нервной системы являются, безусловно, предпочтительными по эффективности, так как они дают возможность не просто провести реабилитационную процедуру по перечню, а вовлекают в реабилитационный процесс ближайшее окружение ребенка, делая ее максимально персонализированной и продолженной.

Тем не менее, у стационарных форм реабилитационной помощи есть свои недостатки – они более дорогостоящие и всегда сопряжены с эпидемическими рисками, так как большинство детей с хронической неврологической патологией имеют дефекты вакцинации и подвержены повышенной инфекционной заболеваемости.

Наша сегодняшняя задача, с учетом карантинных мероприятий и потребностей педиатрического контингента, нуждающегося в реабилитации – поиск компромиссных форм медицинской реабилитации, которые бы сочетали в себе эффективность стационарного и безопасность дистанционного курса, не повышая при этом финансовых нагрузок на столичное здравоохранение.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО РЕАБИЛИТОЛОГА

Современная медицина основана на признании того, что биологические процессы лежат в основе клинических синдромов и симптомов у пациента. В актуальной биомедицинской модели плохое здоровье рассматривается как проблема, которая возникает непосредственно из-за болезней, травм или других проблем со здоровьем и находится внутри человека. Медицинское обслуживание, необходимое для лечения больного человека, предоставляется медицинскими

работниками, цель которых состоит в том, чтобы добиться исцеления с помощью лечения или хирургического вмешательства, адаптации к состоянию, если оно не излечимо, и поведенческих изменений личности.

Описания доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем, относятся к данному конкретному моменту, т.е. это моментальная фиксация увиденного. Однако их многократное использование во времени дает возможность характеризовать траекторию разворачивания процесса во времени и по существу.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройство, травма и т.п.) изначально классифицированы в МКБ-10 (аббревиатура “Международной классификации болезней”), которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничения жизнедеятельности, связанные с изменениями здоровья, классифицируются в МКФ (аббревиатура “Международной классификации функционирования”).

МКФ включает все аспекты здоровья человека и некоторые составляющие благополучия, относящиеся к здоровью, описывая их в терминах доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем. В реальной жизни, в которой используется МКФ, применяются правила распределения кодов между специалистами (ответственность за оценку) и в зависимости от целей использования МКФ, правила выбора соответствующих случаю категорий. Для эпидемиологических исследований, в большинстве случаев, возможно использование двухуровневой классификации, тогда для адекватной оценки ситуации может понадобиться от 3 до 18 кодов. Для целей реабилитации следует использовать более подробную четырехуровневую версию.

ВОЗ разработан Базовый набор (БН) МКФ для детей и подростков с ДЦП в возрасте от 0 до 18 лет. *БН МКФ* – это максимально-оптимальный набор значимых доменов Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), используемых при формировании программы реабилитации детей-инвалидов с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП). Базовый набор МКФ содержит краткий список категорий МКФ, которые считаются релевантными для описания людей с данным состоянием здоровья (например, ДЦП) или в контексте, связанным со здоровьем. На этом примере можно наглядно продемонстрировать принцип использования МКФ в детской неврологической реабилитации.

Базовый набор МКФ для детского церебрального паралича (ДЦП)

Для практической работы с определенной нозологией удобно применять не полную классификацию, а Базовые наборы МКФ (БН МКФ). В настоящее время их разработано более 40, но только два из них для детей: БН МКФ для обследования детей/подростков с церебральным параличом и БН МКФ для людей с расстройством аутистического спектра. БН МКФ всегда включают в себя все домены классификации, разрабатываются ВОЗ около трех лет в соответствии с определенной процедурой и после апробации на всех континентах с выборкой порядка 3-5 тысяч пациентов и при прохождении согласительных комиссий утверждаются ВОЗ.

БН МКФ для детей/подростков с церебральным параличом может быть комплексным, кратким и по возрастам. Комплексный чаще всего используется для научных целей, краткий – для статистических, по возрастам – непосредственно для работы специалистов. Ниже приведена Карта определения значимых категорий МКФ и степени их выраженности у детей с ЦП (полная), которая может использоваться для «ручной/письменной» оценки [Шошмин, Пономаренко, 2018], и остальные составляющие БН МКФ в переводе Сотрудничающего центра ВОЗ Семейства международных классификаций ВОЗ в Российской Федерации.

Для рутинной работы разработаны определенные правила использования категорий МКФ для составления категориального профиля. Категориальный профиль состоит из категорий МКФ, которые имеют отношение к описанию фактического состояния пациента. При выборе категорий МКФ удобно ориентироваться на БН МКФ, задающие определенные рамки работы специалисту. Однако, надо учитывать, что БН МКФ не является догмой, в рутинной работе можно использовать только те категории МКФ, на которые возможно воздействовать, либо

которые могут иметь отрицательное влияние на пациента и/или важны для последующих этапов реабилитации. Кроме того, допускается произвольно добавлять другие категории в соответствии с характеристикой пациента.

Краткий (общий) базовый набор МКФ для обследования детей/подростков с церебральным параличом

b117	<p>Интеллектуальные функции Общие умственные функции, требующиеся, чтобы понимать и конструктивно объединять различные умственные функции, включая все познавательные функции и их развитие на протяжении жизни. <i>Включено: функции интеллектуального роста; интеллектуальная задержка, умственная задержка, деменция</i> <i>Исключено: функции памяти (b144); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164)</i></p>
b134	<p>Функции сна Общие умственные функции периодического, обратимого и селективного физического и умственного отстранения непосредственно от окружающей среды, которое сопровождается характерными физиологическими изменениями. <i>Включено: функции количества сна, засыпания, поддержания и качества сна; функции, вовлеченные в цикл сна, например, в развитие бессонницы, гиперсомнии и нарколепсии</i> <i>Исключено: функции сознания (b110); волевые и побудительные функции (b130); функции внимания (b140); психомоторные функции (b147)</i></p>
b167	<p>Умственные функции речи Специфические умственные функции распознавания и использования знаков, символов и других компонентов языка. <i>Включено: функции восприятия и расшифровки устной, письменной речи или других форм языка типа языка знаков; функции выражения в виде устной, письменной речи или других форм языка; интегральные функции языка, речи и письма, например, ответственные за появление афазии восприятия, выражения, Брока, Вернике и проводниковой</i> <i>Исключено: функции внимания (b140); функции памяти (b144); функции восприятия (b156); функции мышления (b160); познавательные функции высокого уровня (b164); функции вычисления (b172); умственные функции по выполнению сложных движений (b176); глава 2 «Сенсорные функции и боль»; глава 3 «Функции голоса и речи»</i></p>
b210	<p>Функции зрения Сенсорные функции, относящиеся к восприятию света, а также ощущению формы, размера, контура и цвета визуальных стимулов. <i>Включено: функции остроты зрения; функции полей зрения; качества зрения; функции ощущения света и цвета, остроты зрения вдали и вблизи, монокулярное и бинокулярное зрение; панорамное зрение; нарушения, такие как близорукость, дальнозоркость, астигматизм, гемиянопия, дальтонизм, туннельное зрение, центральная и периферическая скотома, диплопия, ночная слепота и нарушение адаптации к свету</i> <i>Исключено: функции восприятия (b156)</i></p>
b280	<p>Ощущение боли Ощущение неприятного чувства, указывающего на потенциальное или фактическое повреждение какой-либо структуры тела. <i>Включено: ощущения генерализованной или локализованной боли в одной или нескольких частях тела, боль в дерматоме, схваткообразная боль, жгучая боль, тупая боль, ноющая боль; нарушения, такие как миалгия, аналгезия, гипералгезия</i></p>
b710	<p>Функции подвижности сустава</p>

	<p>Функции объема и свободы движения в суставах. <i>Включено: функции подвижности отдельных или нескольких суставов, позвоночных, плечевых, локтевых, запястий, бедренных, коленных, голеностопных суставов, мелких суставов рук и ног; подвижность суставов общая; нарушения, такие как чрезмерная подвижность суставов, скованность суставов, скованность плеч, артрит</i> <i>Исключено: функции стабильности сустава (b715); контроль произвольных двигательных функций (b760)</i></p>
b735	<p>Функции мышечного тонуса Функции, связанные с напряжением мышц в покое и сопротивлением, оказываемым при пассивном движении. <i>Включено: функции, связанные с тонусом изолированных мышц и мышечных групп, мышц одной конечности, одной стороны тела и нижней половины тела, мышц всех конечностей, мышц туловища и всех мышц тела; нарушения, такие как гипотония, гипертония, мышечная спастичность</i> <i>Исключено: функции мышечной силы (b730); функции мышечной выносливости (b740)</i></p>
b760	<p>Контроль произвольных двигательных функций Функции, связанные с контролем и координацией произвольных движений. <i>Включено: функции контроля простых произвольных движений и сложных произвольных движений, координации произвольных движений, опорных функций руки и ноги, моторной координации право – лево, координации глаз – рука и координации глаз – нога; нарушения, такие как проблемы контроля и координации, дисдиадохокинезия</i> <i>Исключено: функции мышечной силы (b730); произвольные двигательные функции (b765); функции стереотипа походки (b770)</i></p>
s110	Структура головного мозга
d415	<p>Поддержание положения тела Пребывание в необходимом положении сколько требуется, например, сидя или стоя на работе или в школе. <i>Включено: нахождение в положении лежа, на корточках, на коленях, стоя и сидя</i></p>
d440	<p>Использование точных движений кисти Выполнение координированных действий кистями рук с объектами, способность хватать, манипулировать и отпускать их с помощью кисти руки, пальцев и большого пальца руки, например, чтобы взять монеты со стола, набрать номер телефона или нажать на ручку. <i>Включено: подборание, захват, манипулирование и отпускание</i> <i>Исключено: поднятие и перенос объектов (d430)</i></p>
d450	<p>Ходьба Передвижение по поверхности пешком, шаг за шагом, так, что одна нога всегда касается поверхности, например, при прогулке, ходьбе вперед, назад, боком. <i>Включено: ходьба на короткие или длинные расстояния; ходьба по различным поверхностям; ходьба вокруг препятствий</i> <i>Исключено: перемещение тела (d420), передвижение способами, отличающимися от ходьбы (d455)</i></p>
d460	<p>Передвижение в различных местах Ходьба и передвижение в разнообразных местах и ситуациях, например, ходьба из комнаты в комнату в квартире, в пределах здания, или вдоль улицы города. <i>Включено: передвижение в пределах своего жилища и других зданий, ползание или преодоление препятствий в пределах своего жилища и других зданий; ходьба и передвижение вне своего дома и вне других зданий</i></p>
d530	<p>Физиологические отправления Подготовка и осуществление физиологических отправлений (при менструации, мочеиспускании и дефекации) и последующее выполнение гигиенических</p>

	<p>мероприятий. <i>Включено: регуляция мочеиспускания, дефекации и мероприятия, связанные с менструацией</i> <i>Исключено: мытье (d510); уход за частями тела (d520)</i></p>
d550	<p>Прием пищи Выполнение координированных действий и требований при приеме приготовленной пищи, поднесении ее ко рту, потреблении ее культурно приемлемыми способами, например, резка, ломка пищи на куски, открывание бутылок и банок, использование столовых приборов, прием пищи, прием пищи на банкете или обеде. <i>Исключено: питье (d560)</i></p>
d710	<p>Базисные межличностные взаимодействия Взаимодействие с людьми в соответствии с ситуацией и в социально приемлемой форме, например, оказание внимания и уважения в подходящих случаях, или ответ на чувства других. <i>Включено: уважение и сердечность в отношениях, положительное восприятие отношений, проявление терпимости в отношениях; критика в отношениях, намеки в отношениях; допустимый физический контакт в отношениях</i></p>
d760	<p>Семейные отношения Создание и поддержание семейных и родственных отношений, например, с ближайшим и расширенным семейным окружением, с воспитывающей и приемной семьей, а также другого, более отдаленного уровня родственных отношений, например, с троюродными братьями и сестрами, опекунами. <i>Включено: отношения «родители – дети», «дети – родители», детей в семье, с дальними родственниками</i></p>
e115	<p>Изделия и технологии для личного повседневного использования Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми повседневно, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их. <i>Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для персонального использования</i></p>
e120	<p>Изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми повседневно для движения и перемещений внутри и снаружи строений, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их. <i>Включено: основные и вспомогательные изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений</i></p>
e125	<p>Средства и технологии коммуникации Оборудование, изделия и технологии, используемые людьми в их деятельности для обмена и получения информации, включая адаптированные или специально разработанные их виды, располагающиеся внутри, на теле или рядом с индивидом, использующим их. <i>Включено: основные и вспомогательные средства и технологии коммуникации</i></p>
e150	<p>Дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования Продукция и технологии обустройства внутренней и внешней окружающей среды, которые запланированы, спроектированы и выполнены для общественного пользования, включая адаптированные или специально разработанные их виды. <i>Включено: дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства входов и выходов, внутренних удобств и указателей</i></p>
e310	<p>Семья и ближайшие родственники Индивиды, связанные рождением, браком или другими отношениями,</p>

	<p>признанными в культурной среде как близкородственные, например, супруги, партнеры, родители, кровные братья и сестры, дети, опекуны, приемные родители, бабушки и дедушки.</p> <p><i>Исключено: отдаленные родственники (e315); персонал, осуществляющий уход и помощь (e340)</i></p>
e320	<p>Друзья</p> <p>Индивиды, с которыми близкие и продолжающиеся отношения характеризуются полным доверием и взаимопомощью.</p>
e460	<p>Общественные установки</p> <p>Общие или специфичные мнения и точки зрения, в общем разделяемые людьми одной культуры, общества, субкультуры или какой-либо другой социальной группы, относительно других индивидов или вопросов, касающихся социальных, политических и экономических проблем, которые влияют на индивидуальное или групповое поведение и действия индивидов.</p>
e580	<p>Службы, административные системы и политика здравоохранения</p> <p>Службы, административные системы и политика для предотвращения болезней и лечения, обеспечения медицинской реабилитацией и пропаганды здорового образа жизни.</p> <p><i>Исключено: службы, административные системы и политика общей социальной поддержки (e575)</i></p>

ЦИФРОВОЙ СТАЦИОНАР РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ «ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР 2.0»

Дневной стационар 2.0 создан для проведения дистанционной реабилитации детей в домашних условиях в онлайн-режиме с использованием цифровых технологий.

Проект представляет собой курс медицинской реабилитации на цифровой медицинской платформе (www.dp.nioz.ru). Цифровая платформа имеет открытую информационную часть и закрытый сегмент. В открытой части расположена информация о проекте, участниках, реабилитационных программах, регламентах проведения реабилитации с использованием цифрового стационара.

Доступ к закрытой части осуществляется с учетом уникальной идентификации пользователей. Администратор цифрового стационара по запросу формирует права доступа к информации, размещенной в закрытой части системы. Участники проекта в зависимости от разграничений прав доступа получают пароли и логины от личных кабинетов.

Реабилитационным занятиям Индивидуального реабилитационного плана (ИРП) предшествует консилиум мультидисциплинарной реабилитационной команды (МРК), одним из полноправных участников которой является мама (опекун) больного ребенка, с формированием реабилитационного диагноза и подбором индивидуальной реабилитационной программы. Перед разработкой индивидуальной реабилитационной программы специалисты собирают у родителей (опекунов) пациента информацию о наличии в доме реабилитационного оборудования и технических средств реабилитации, об имеющихся условиях для занятий и режиме дня ребенка, и выбирают реабилитационную тактику после анализа полученной информации. Нагрузка зависит от возраста и состояния ребенка, от возможностей родителей, но в среднем – это три онлайн сессии в день.

В мультидисциплинарную реабилитационную команду входят: лечащий врач (невролог), мама (опекун) ребенка, врач лечебной физкультуры (ФРМ), инструктор ЛФК, логопед, психолог, арт-терапевт, врачи специалисты (по показаниям): офтальмолог, кардиолог, хирург, ЛОР-врач, эндокринолог, психиатр, медицинская сестра – координатор. Руководителем группы является лечащий врач. Задача команды: проведение занятий с ребенком, обучение

реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, родителей ребенка и самого ребенка.

Курс медицинской реабилитации в условиях дистанционного дневного стационара занимает от 14 до 21 дня и включает в себя интерактивные занятия ЛФК, АФК, адаптивным спортом и танцами, психологическая и логопедическая коррекция, логопедом, арт-терапевтические сессии. Занятия могут носить как индивидуальный характер, так и мини-групповой (не более 5 человек в группе). Каждое занятие сопровождается рекомендацией посильного «домашнего задания», материалы для выполнения которого собраны на сайте в разделе «библиотека» и представляют собой как специально созданные собственные наработки сотрудников НПЦ детской психоневрологии ДЗМ, так и тщательно подобранные и адаптированные для родителей данные открытого информационного пространства. Контент представлен в виде текстовой, аудио- и видеоинформации.

Каждый день стационара фиксируется в виде бумажной/электронной медицинской истории болезни лечащим врачом, а также мамой (опекуном) пациента в личном кабинете на сайте.

Основным техническим требованием для осуществления качественного реабилитационного процесса является бесперебойная интернет-связь. Программа, которую использует IT платформа, может быть установлена на любой современный гаджет – от телефона до стационарного компьютера.

Цифровой дневной стационар для детей с психоневрологической патологией и двигательными нарушениями работает в очно-заочном режиме. Это значит, что на лечение принимаются дети с ранее установленным диагнозом, то есть, ранее осмотренные очно специалистами МРК, и при наличии показаний и отсутствии противопоказаний к проведению дистанционной медицинской реабилитации.

Цифровые решения, используемые в проекте, позволяют проводить как интерактивные занятия, так и консультации.

Роль родителей (опекунов) пациента в удаленной реабилитации детей с психоневрологической патологией – ключевая. Родители – это глаза и руки специалистов, проводник знаний и умений. Не секрет, что нередко, измученные бытовыми проблемами родители, под гнетом эмоциональных перегрузок, пытаются переложить реабилитационную нагрузку ребенка на медицинский персонал стационара, воспринимая реабилитационный процесс дискретно, как госпитализации, между которыми семья занимается «другими делами». Цифровые технологии такой подход исключают. В лечение ребенка вовлекаются даже те члены семьи, которые раньше, осознанно или нет, от него дистанцировались.

Для фиксации эффективности реабилитационного курса специалисты используют профильные шкалы (по МКФ и с учетом нозологических форм), тем не менее, крайне важна фиксация достижений ребенка его родителями (опекунами). В этом заключается основная цель реабилитации – дать пациенту навыки, которые будут способствовать его дальнейшей социальной адаптации.

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Для организации работы цифрового стационара медицинские работники, участвующие в проекте, распределяются в мультидисциплинарные реабилитационные команды (МРК). Для каждого члена МРК администратором Цифрового стационара определяются роли, включая «лечащий врач», «медицинская сестра», «врач».

Для каждого члена МРК администратором Цифрового стационара формируется «личный кабинет». Далее все взаимодействие между членами МРК происходит в рамках работы в «личном кабинете» Цифрового стационара.

Лечащий врач по результатам очного консилиума МРК формирует индивидуальный реабилитационный план (ИРП) в цифровом формате. Лечащий врач осуществляет контроль плана реабилитации и фиксирует достижения пациента. Лечащий врач имеет право проводить корректировку ИРП по результатам занятий с пациентами. Лечащий врач имеет право выступать в роли и врача ИРП, непосредственно проводить занятия с пациентом.

Медицинская сестра на основании ИПР формирует электронное расписание каждого пациента. С учетом рабочей нагрузки врачей – членом МРК формируется расписание каждого врача. Медицинская сестра обеспечивает назначение конкретного медицинского специалиста для каждого пациента.

Врачи МРК осуществляют занятия и консультации ИПР. Врачи при подготовке к занятиям с пациентами посредством цифровой платформы формируют план проведения занятия, определяют форму контроля результатов обучения, размещают материалы для самостоятельных занятий по итогам совместного занятия.

В разделе «библиотека» по каждому пациенту размещаются информационные, методические и инструктивные материалы, которые используются для организации домашних занятий с родителями (законными представителями) пациента.

ЭТАП ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ И КОНСУЛЬТАЦИЙ В РАМКАХ ИПР. ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ ПЛАТФОРМЫ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Врач при проведении занятия с пациентом использует исключительно цифровую платформу «Цифровой стационар». В личном кабинете врача размещена информация: о членах МРК и их контакты; база пациентов с указанием ИПР; актуальное расписание занятий на ближайший месяц по каждому прикрепленному пациенту; библиотека; база знаний врача; доступ в мгновенный чат с пациентом; доступ во врачебный консилиум; доступ к видео-конференц связи для проведения занятий по защищенным информационным каналам; форма промежуточного заключения по итогам занятия.

В личном кабинете пациента размещается информация о МРК, лечащем враче с контактами для оперативной связи; медицинской сестре с контактами для оперативной связи; ИПР; расписание занятий и консультаций; библиотека; форма анкеты для обратной связи по итогам занятия/консультации; доступ в мгновенный чат с пациентом; доступ во врачебный консилиум; доступ к видео-конференц связи для проведения занятий по защищенным информационным каналам. Расписание пациента включает указание на занятие, время проведения занятия, ФИО и должность врача-члена МРК.

В процессе занятия врач осуществляет видеоконференц связь с пациентом. Продолжительность занятия составляет от 30 минут до 45 минут.

При опоздании на занятие более чем на 15 минут пациентом, занятие автоматически переносится на заранее забронированное медицинской сестрой время (в течении ИПР занятия для каждого пациента планируются на 14 дней. Имеется возможность переноса не более 3х занятий на более поздний срок в период с 15-21 день ИПР).

В процессе проведения занятия или консультации врач имеет возможность взаимодействия с пациентом, родителем или законным представителем через функцию «мгновенный чат». Имеется возможность обмена сообщениями, файлами.

При проведении занятия имеется возможность проведения врачебного консилиума несколькими специалистами МРК. Для этого в рамках заранее определенного занятия для пациента по видеоконференцсвязи происходит подключение нескольких членов МРК.

Взаимодействие между членами МРК, пациентом и (или) его законным представителем осуществляется в дистанционном режиме on-line, мгновенном чате, а также возможен обмен файлами между участниками. В мгновенном чате участники процесса размещают необходимую информацию для проведения занятия. В личных кабинетах участников сохраняется история взаимодействия через функцию «мгновенный чат».

По итогам проведения каждого занятия с пациентом врач формирует «промежуточное заключение», которое мгновенно направляется лечащему врачу.

Пациент и (или) его законный представитель по завершении каждого занятия заполняет анкету обратной связи, которая находится в его «личном кабинете» и становится активной по завершении занятия.

ЗАВЕРШАЮЩИЙ ЭТАП. АНАЛИТИКА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

По итогам реализации ИПР лечащий врач обобщает и анализирует промежуточные заключения врачей МРК, формирует итоговое заключение о достигнутых результатах реабилитации пациента.

Лечащий врач обобщает и анализирует результаты получения обратной связи от пациентов и (или) их законных представителей. Готовит предложения для руководителя цифрового стационара по совершенствованию работы цифровой платформы.

Результаты ИПР пациента размещаются в личном кабинете лечащего врача по каждому пациенту. Направляются посредством функций Личного кабинета Цифрового стационара руководителю.

На итоговом врачебном консилиуме МРК принимается решение о реабилитационных достижениях пациента, осуществляется фиксация результатов работы МРК, анализируется успешность реабилитационных мероприятий и оценка удовлетворенности пациента, родителя (законного представителя). Итоговый врачебный консилиум МРК проводится в формате цифрового совещания посредством видеоконференц связи в личных кабинетах специалистов МРК.

СООТВЕТСТВИЕ КОМПЬЮТЕРНОГО ОБОРУДОВАНИЯ И ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТРЕБОВАНИЯМ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ

1. Все компьютерное оборудование (далее - оборудование) и программное обеспечение (далее - ПО) используемые для дистанционного цифрового стационара, должны соответствовать действующим нормам и правилам техники безопасности, пожарной безопасности и взрывобезопасности, а также охраны окружающей среды при эксплуатации.

2. Внешние элементы оборудования, находящиеся под напряжением, должны иметь защиту от случайного прикосновения, а сами технические средства иметь зануление или защитное заземление в соответствии с ГОСТ 12.1.030-81 и ПУЭ.

3. Система электропитания должна обеспечивать защитное отключение при перегрузках и коротких замыканиях в цепях нагрузки, а также аварийное ручное отключение.

4. Общие требования пожарной безопасности должны соответствовать нормам на бытовое электрооборудование. В случае возгорания не должно выделяться ядовитых газов и дымов. После снятия электропитания должно быть допустимо применение любых средств пожаротушения.

5. Факторы, оказывающие вредные воздействия на здоровье со стороны всех элементов системы (в том числе инфракрасное, ультрафиолетовое, рентгеновское и электромагнитное излучения, вибрация, шум, электростатические поля, ультразвук строчной частоты и т.д.), не должны превышать действующих норм (СанПиН 2.2.2./2.4.1340-03 от 03.06.2003).

6. Оборудование и ПО должны иметь функции контроля доступа, идентификации (аутентификации).

7. Идентификация медицинской организации и медицинских работников должна осуществляться с использованием федеральных регистров медицинских организаций и медицинских работников. Пользователи информационной системы должны однозначно идентифицироваться и аутентифицироваться для всех видов доступа, кроме тех видов доступа, которые определяются как действия, разрешенные до идентификации и аутентификации в соответствии с мерой защиты информации УПД.11.

Аутентификация пользователя осуществляется с использованием паролей, аппаратных средств, биометрических характеристик, иных средств или в случае многофакторной (двухфакторной) аутентификации - определенной комбинации указанных средств.

В информационной системе должна быть обеспечена возможность однозначного сопоставления идентификатора пользователя с запускаемыми от его имени процессами.

8. Оборудование и ПО должны обеспечивать выполнение требований законодательства по защите персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года

№ 152-ФЗ "О персональных данных", Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 "Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных", Указ Президента РФ от 17.03.2008 N 351 (ред. от 22.05.2015) "О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена", Приказа ФСТЭК России от 18.02.2013 № 21 «Об утверждении Состав и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных, Методического документа. Меры защиты информации в государственных информационных системах" (утв. ФСТЭК России 11.02.2014).

Нормативно-технические документы

1. **Оборудование и ПО** должно соответствовать законодательным, нормативным и методическим документам Российской Федерации, в том числе в части определения прав собственности на информацию и обеспечения контроля целостности и подлинности информации.

При разработке системы и создании проектно-эксплуатационной документации следует руководствоваться требованиями следующих нормативных документов Госстандарта:

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

Федеральный закон от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты российской федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья"

Федеральный закон Российской Федерации от 27 декабря 2002 года № 184-ФЗ "О техническом регулировании".

Федеральный закон Российской Федерации от 8* июля 2006 года № 152-ФЗ "Закон о персональных данных".

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий"

ГОСТ Р ИСО/ТС 18308-2008 Информатизация здоровья. Требования к архитектуре электронного учета здоровья.

Методические рекомендации для организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости от 23.12.2009.

Методические рекомендации по составлению Частной модели угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных учреждений здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости от 23.12.2009.

ГОСТ 34. Информационная технология. Комплекс стандартов на автоматизированные системы.

ГОСТ 34.601-90. Комплекс стандартов на автоматизированные системы. Автоматизированные системы. Стадии создания.

ГОСТ 34.603-92. Информационная технология. Комплекс стандартов на автоматизированные системы. Виды испытаний автоматизированных систем.

ГОСТ Р 50923-96 Дисплей. Рабочее место оператора. Общие эргономические требования и требования к производственной среде. Методы измерения.

ГОСТ Р 50948-2001. Средства отображения информации индивидуального пользования. Общие эргономические требования и требования безопасности.

ГОСТ Р 50949-2001. Средства отображения информации индивидуального пользования. Методы измерений и оценки эргономических параметров и параметров безопасности.

ГОСТ 51583-2000 Порядок создания АС в защищенном исполнении.

ГОСТ Р 52636-2006 Электронная история болезни. Общие положения.

ГОСТ Р 52979-2008 Информатизация здоровья. Состав данных сводного регистра застрахованных граждан для электронного обмена этими данными. Общие требования.

ГОСТ 12.2.032-78 Система стандартов безопасности труда. Рабочее место при выполнении работ сидя. Общие эргономические требования.

ГОСТ 12.2.003-91 Система стандартов безопасности труда. Оборудование производственное. Общие требования безопасности.

ГОСТ 12.2.007.0-75 Система стандартов безопасности труда. Изделия электротехнические. Общие требования безопасности.

СП 2.2.1.1312-03 Санитарно-эпидемиологические правила.

СанПиН 2.2.2/2.4. 1340-03 Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организации работ".

СНиП 12-03-2001 Безопасность труда в строительстве. Часть 1. Общие требования.

2. Во исполнение требований законодательства Российской Федерации «О персональных данных» участники информационного взаимодействия (оператор) обязан предусмотреть в процессе своей работы:

- назначение ответственного за организацию обработки персональных данных;
- разработка и утверждение политики информационной безопасности, локальные нормативные акты (организационно-распорядительные документы) в организации для обеспечения безопасности информации;
- определение перечня лиц, доступ которым разрешен для осуществления обработки информации (персональных данных), с целью выполнения трудовых и функциональных обязанностей;
- провести инструктаж работников учреждения, допущенных установленным порядком к обработке информации ограниченного доступа (ПДн);

3. Требования к конфигурации оборудования

Оборудование должно обеспечивать вычислительные мощности достаточные для выполнения решаемых задач.

Рекомендуемый состав работ :

- обеспечение интеграционного слоя (промежуточное ПО): серверы приложений, очереди сообщений, веб-платформы и порталы;
- обеспечение инфраструктурных сервисов (служба каталога, электронная почта и средства совместной работы, терминальные службы, файловые службы, службы печати, прочие (DNS, NTP, ...));
- обеспечение возможности организации криптографической защиты информации, передаваемой по каналам связи;
- обеспечение функций системы управления: управление отказами, управление производительностью, резервное копирование и восстановление, управление конфигурациями, мониторинг приложений, управление событиями, мониторинг серверов, сетевой мониторинг.

4. Требования к степени приспособляемости (к изменению условий эксплуатации), масштабируемости оборудования и ПО

Оборудование и ПО должно обладать свойствами приспособляемости и масштабируемости, заключающимися в возможности сохранения или повышения производительности при изменении условий эксплуатации, гибкости по отношению к

изменениям, не связанным с коренным изменением нормативных документов, регулирующих деятельность пользователей.

Требования к приспособляемости оборудования заключаются в обеспечении возможности его работоспособности в следующих случаях:

- при изменении количества потребителей информации;
- при изменении требований к безопасности, передаваемой через оборудование информации.

5. Влияние изменение количества потребителей информации

Изменение количества потребителей информации изменяет нагрузку на вычислительные мощности оборудования, что может вызвать необходимость повышения способности поддерживать увеличившееся количество одновременных обращений пользователей без существенной потери производительности и отказов в обслуживании обращений (нагрузочной способности) серверов. Оборудование и ПО должны адаптироваться к увеличению количества потребителей информации без необходимости изменения архитектуры Системы.

6. Влияние изменение требований к безопасности информации, обрабатываемой с помощью оборудования и ПО

Изменение требований к безопасности оборудования и ПО оказывает влияние на все его составные части. Оборудование и ПО должны адаптироваться в соответствии с изменяющимися требованиями с соблюдением следующих условий:

- в процессе адаптации защищенность не должна становиться хуже существующей на момент начала опытной эксплуатации;
- процесс адаптации не должен прерывать доступа потребителей информации к информационным ресурсам;
- процесс адаптации не должен затрагивать тех пользователей, на которых не распространяются новые требования.

7. Требования к масштабируемости

Масштабируемость можно определить, как возможность оборудования и ПО обрабатывать возрастающие требования и нагрузку, сохраняя при этом достаточную производительность.

Оборудование и ПО должны позволять управлять рабочей нагрузкой должны позволять динамически перераспределять ресурсы и обеспечивать возможность автоматической балансировки загрузки.

8. Требования к надежности

Надежность оборудования и ПО заключается в продолжении работы при возникновении неполадок, сбоев в работе оборудования и ПО.

9. Показатели надежности:

Отказы и сбои в работе оборудования и ПО не должны приводить к разрушению данных и сказываться на работоспособности оборудования и ПО в целом;

При возникновении сбоев в оборудовании и ПО, включая аварийное отключение электропитания, оборудование и ПО должны автоматически восстанавливать свою работоспособность после устранения сбоев и корректного перезапуска аппаратного обеспечения (за исключением случаев повреждения рабочих носителей информации с исполняемым программным кодом);

Оборудование и ПО должны обеспечивать корректную обработку ошибочных ситуаций с возможностью дальнейшего продолжения работы без аварийного закрытия подсистем, за исключением случаев, когда ошибка делает дальнейшую работу невозможной;

Надежность оборудования и ПО должна быть обеспечена комплексом мероприятий отладки, поиска и исключения ошибок на этапах разработки функциональной архитектуры и экспериментальной проверки оборудования и ПО.

10. Требования по сохранности информации при авариях

ПО должно автоматически восстанавливать свое функционирование при корректном перезапуске оборудования. Кроме этого, оборудование и ПО в части сохранности информации при авариях должны будут учитывать Концепцию резервирования Системы, разрабатываемую Минздравсоцразвития России.

11. Требования к патентной чистоте

Используемое оборудование и ПО должны иметь патентную чистоту и быть сертифицированы (если требуется) на территории Российской Федерации для работы в используемых режимах.

11. Режимы функционирования оборудования и ПО

Основным режимом функционирования оборудования и ПО является нормальный режим.

При нормальном режиме функционирования оборудования и ПО соблюдаются следующие требования:

- оборудование и ПО обеспечивают возможность функционирования в круглосуточном режиме, за исключением случаев, обусловленных возникновением форс-мажорных обстоятельств.

- оборудование и ПО, в тех случаях обеспечивает возможность круглосуточного функционирования, с перерывами на обслуживание, за исключением случаев, обусловленных возникновением форс-мажорных обстоятельств.

Необходимо строго выдерживать все условия эксплуатации оборудования и ПО, указанные в соответствующих технических описаниях и инструкциях по эксплуатации, для обеспечения нормального режима функционирования системы.

При нормальном режиме:

- исправно работает весь комплекс оборудования и ПО;
- исправно функционирует ПО (возникновение небольших сбоев при работе ПО не относится к критическому режиму);
- в оборудовании и ПО исполняются все запущенные процессы.

Чтобы предотвратить возникновение аварийных ситуаций, необходимо обеспечить постоянное диагностирование и мониторинг оборудования и ПО.

12. Требования к конфигурации рабочего места

Оборудование должно обеспечивать вычислительные мощности достаточные для выполнения решаемых задач.

Рекомендуемые к реализации технические требования к АРМ:

№	Наименование параметра	Техническая характеристика
1.	Процессор	Intel Core 2 Due или другой схожий по производительности x86-совместимый процессор с количеством ядер 2 и более
2.	Объем оперативной	Не менее 2 Гб

3.	Сетевое оборудование	Наличие сетевого адаптера
4.	Экран	Минимальное разрешение экрана дисплея – 1280x800 и выше
5.	Операционная система	Windows XP, 7,8 и выше
6.	Браузер	Explorer, Mozilla FireFox, Opera, Yandex, Safari и т.д.
7.	Канал связи	Канал связи не менее 10 Мбит/с

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Медицинская реабилитация детей (МР) является я одним из важнейших направлений развития здравоохранения. Актуальность развития МР обусловлена значимыми успехами современной медицины по выхаживанию недоношенных детей, а также возросшими возможностями по спасения жизней юных пациентов после тяжелых заболеваний или травм. В задачи современной медицинской реабилитации входит восстановление ранее утраченных функций или формирование новых навыков.

Этиология, патогенез, осложнения многих заболеваний, и, соответственно, концепция выздоровления, у детей значительно отличаются от таковых у взрослого населения. Помимо этого, для достижения цели реабилитации (в т.ч. для обеспечения приверженности лечению), процесс реабилитации детей должен быть семейно – ориентирован, и в случае, когда ребенок – сирота, в реабилитации должен активно участвовать его законный представитель. Сроки проведения реабилитации в детской практике так же отличаются, в связи с более быстрым истощением ресурсов организма с одной стороны (меньше продолжительность) и необходимостью постоянного курсового воздействия на растущий организм ребенка с другой (чаще курсы). В то же время реабилитационные воздействия на ребенка, как правило, более результативны чем на взрослого, в связи с более выраженной нейропластичностью. И, наконец, необходимо помнить, что целью восстановительного лечения у детей является не только возвращение утраченных функций (собственно реабилитация), но и продолжение процессов развития с формированием новых навыков (абилитация).

Действующие нормативные документы, регламентирующие оказание медицинской реабилитации на территории Российской Федерации не учитывали всех особенностей педиатрического контингента пациентов, что привело к необходимости создания нового порядка реабилитации детей.

Порядок создавался на основе особенностей детской популяции, комплексного подхода к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов по основным классам заболеваний или отдельным нозологическим формам с учетом возрастных и анатомо-физиологических особенностей детей, тяжести течения основного заболевания, реабилитационного потенциала, наличия сопутствующих заболеваний, нарушений мнестико-интеллектуальной сферы.

Для корректной оценки эффективности применения методик медицинской реабилитации в Порядке прописано применение Международной классификации функционирования ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКФ является стандартом ВОЗ в области

измерения состояния здоровья и инвалидности. МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ, для применения в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья.

Одним из условий эффективного использования МКФ является работа в мультидисциплинарной команде. В Порядке, соответственно, предусмотрена мультидисциплинарная реабилитационная команда (МРК) – группа, объединяющая специалистов, оказывающих медицинскую реабилитацию. Введение МРК в процесс реабилитации позволяет обеспечить целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации, которая формируется на функциональной основе индивидуально для каждого ребенка. В задачу МРК входит:

- оценка клинического состояния здоровья ребенка перед началом проведения медицинской реабилитации;
- оценка (диагностика) исходного реабилитационного статуса
- установление реабилитационного диагноза; оценку реабилитационного потенциала
- формирование цели проведения реабилитационных мероприятий
- формирование индивидуального плана медицинской реабилитации
- оценка в динамике клинического состояния
- оценка реабилитационного статуса
- оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий по окончании курса медицинской реабилитации;
- обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, законных представителей ребенка и самого ребенка (при наличии возможности)

В зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации с учетом; тяжести состояния ребенка; течения (формы) заболевания; стадии (периода) течения заболевания, а также других факторов вводится определение «уровень курации». Критерии определения уровня курации сопоставимы со шкалой оценки GMFCS у детей с церебральными параличами.

Выделяют следующие уровни курации:

- *V уровень курации* – крайне тяжелое или тяжелое состояние, с тяжелыми нарушениями функций организма, выраженными в терминологии МКФ;
- *IV уровень курации* – тяжелое или среднетяжелое состояние, требующее круглосуточного наблюдения, с тяжелыми и умеренными нарушениями функций организма, выраженными в терминологии МКФ;
- *III уровень курации* – среднетяжелое состояние, с умеренными нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ;
- *II уровень курации* – легкое состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ;
- *I уровень курации* – удовлетворительное состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ.

В зависимости от уровня курации, в Порядке прописывается этапность проведения медицинской реабилитации (табл. №1).

Первый этап медицинской реабилитации детей осуществляется в острый период: в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или острый период травмы, послеоперационный период: при V уровне курации в помощь оказывается в стационарных условиях отделений анестезиологии-реанимации или палат реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания, учреждений родовспоможения; при IV уровне курации – в стационарных условиях профильных отделений медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, учреждений родовспоможения.

Второй этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения: при IV, III уровнях курации - в стационарных условиях в

реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций; при III уровне курации – в условиях дневного стационара в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций.

Третий этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения: при III, II, I уровнях курации – в условиях дневного стационара и/или в амбулаторных условиях в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Таблица 1. Этапность проведения медицинской реабилитации в зависимости от уровня курации пациента и уровня медицинского учреждения.

Этапы реабилитации	Уровень учреждения	Место оказания	Кто оказывает	Уровень курации (пациент)
I этап реабилитации	3, 2 уровень медицинского учреждения (стационар)	Реанимационное отделение; специализированное отделение (хирургическое, неврологическое и т.д.)	Специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (МПК)	V уровень IV уровень
II этап реабилитации	3, 2 уровень медицинского учреждения (стационар)	Реабилитационные отделения (стационар и дневной стационар)	Специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (МПК)	IV уровень III уровень
III этап реабилитации	1 уровень медицинского учреждения (стационар, амбулатория)	Дневной стационар, амбулаторное звено	Специалисты мультидисциплинарной реабилитационной команды (МПК)	III уровень II уровень I уровень

Медицинская реабилитация, например, дистанционная настройка речевого процессора системы кохлеарной имплантации, детям может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Приложения к Порядку организации медицинской реабилитации детям включают в себя правила организации деятельности отделения медицинской реабилитации детям по следующим направлениям:

- Детское нейрореабилитационное отделение «неврология»
- Детское ортопедическое реабилитационное отделение «травматология-ортопедия»;
- Детское соматическое реабилитационное отделение «педиатрия», «детская кардиология», «пульмонология» или другой специальности в зависимости от профильности отделения;
- Детское офтальмологическое или сурдологическое реабилитационное отделение «офтальмология» или «сурдология-оториноларингология» соответственно;
- Детское онкологическое реабилитационное отделение «детская онкология».

Все врачи-специалисты отделений медицинской реабилитации должны пройти обучение в системе непрерывного медицинского образования (НМО) по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам медицинской реабилитации в детском возрасте.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ОТДЕЛЕНИЯ ЛФК В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

По определению ВОЗ, реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушением функций в результате тяжелых заболеваний, операций, травм и других причин по возможности полное их функциональное восстановление и возвращение к нормальной жизнедеятельности.

Следует заметить, что у детей (в отличие от взрослых) реабилитация обеспечивает не только восстановление, но и дальнейшее возрастное развитие всех органов и функциональных систем, предупреждая дисгармоничность роста и развития.

Здоровье детей является важным аспектом для здоровья всего человечества в целом, так как все то, что закладывается в детстве, человек переносит во взрослую жизнь. Своевременное развитие движений является одним из основных условий правильного формирования детского организма и характеристикой хорошего физического, нервно-психического развития ребенка любого возраста.

Основные принципы успешной реабилитации двигательных нарушений у детей и подростков:

- Раннее начало;
- Длительность и непрерывность;
- Соблюдение 3-х этапов реабилитации;
- Комплексность (сочетание различных методов реабилитации);
- Активное участие в реабилитации самого пациента и членов его семьи.

Физическая реабилитация (кинезотерапия, лечебная гимнастика, медицинский массаж) является одним из основных компонентов комплексного лечения детей с церебральным параличом, поскольку она способствует улучшению статики, локомоции и двигательных возможностей ребенка. Особое внимание уделяется тем двигательным навыкам, которые более всего необходимы в жизни, навыкам и умениям, обеспечивающим ребенку ходьбу, предметно-практическую деятельность, самообслуживание.

Важно! *Отдельные технологии физической реабилитации рекомендуются к использованию после предварительного обучения методике их проведения родителей (законных представителей) ребенка.*

Организация службы отделения ЛФК в условиях цифровой медицины основывается на тех же принципах, что и в режиме круглосуточного пребывания, исключая оценку и использование тех приемов, которые подразумевают прямой контакт с пациентом: массаж, пассивную гимнастику с инструктором и т.д.

Первичный осмотр пациента врачом ЛФК осуществляется в реальном времени, с использованием цифровой платформы ThruConf, которая обеспечивает общение врача ЛФК и пациента или его законного представителя. Изучив заключение лечащего врача и консультацию узких специалистов, если в этом нуждался пациент, врач ЛФК производит осмотр ребёнка по средствам видеосвязи в первый день госпитализации ребёнка. Набор тестов, проводимых специалистом ЛФК, определяется следующими параметрами:

- *развитыми моторными навыками ребенка,*
- *жалобами родителя,*
- *анамнезом жизни,*
- *анамнезом заболевания.*

Полученную информацию о развитии ребенка, его физическом статусе врач ЛФК фиксирует в форме 042-У, которая является неотъемлемой частью медицинской документации отделения ЛФК, а также письменной формой передачи информации от врача ЛФК к инструктору ЛФК.

В заключение врач ЛФК оценивает статус ребенка, вовлеченные домены в системе МКФ, ставит задачи и цели данной реабилитации. Своё заключение врач отражает в истории болезни на листе осмотра врача ЛФК.

Инструктор ЛФК - основной исполнитель осуществляющий решение поставленных задач. На основании поставленных врачом ЛФК задач, инструктор ЛФК выстраивает комплекс упражнений для работы с конкретным пациентом. Ежедневная работа ребенка с инструктором происходит также с использованием цифровой платформы ThruConf. Под контролем инструктора ЛФК ребенок выполняет комплекс упражнений. Любой из участников проводимого занятия находится на прямой связи друг с другом: пациент может говорить о своих ощущениях во время занятий, инструктор может вносить корректировку или замечания по правильности выполнения упражнений.

Минимальный срок госпитализации для цифрового дневного стационара составляет 14 дней. Первичный осмотр врача ЛФК осуществляется в 1 день госпитализации пациента, заключительный осмотр врача ЛФК происходит в день выписки пациента.

Продолжительность занятия колеблется от 15 до 25 минут и зависит от возраста ребёнка, его физических возможностей и степени физической подготовки. Количество занятий в среднем составляет 8-10 процедур но может быть увеличено по показаниям и определяется лечащим врачом. Ежедневно инструктор ведет учёт занятий и заполняет дневник инструктора с подробным описанием наполненности занятия, его продолжительности и оценкой показателей ЧСС, ЧДД до и после занятия.

Измерение показателей осуществляется родителем ребенка или законным представителем. Дневник инструктора является неотъемлемой частью истории болезни. По окончании курса лечебной гимнастики инструктор сообщает врачу ЛФК о завершении.

Заключительный осмотр врача ЛФК поводится в день выписки пациента. В формате цифрового общения врач проводит осмотр ребёнка и проводит тесты, которые использовались при первичном осмотре. Своё окончательное заключение о динамике процесса реабилитации врач отражает в истории болезни.

Результаты проведенного курса лечебной гимнастики врач ЛФК оценивает по выбранным доменам в системе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), сравнивая с исходными значениями. Результат считается положительным, когда числовой показатель, отражающий степень нарушения функции, снижается на 1 балл.

За время работы с пациентами по каналам цифровой связи в нашем отделении прошли курс реабилитации более 500 пациентов. У значительной части детей отмечается положительная динамика в виде улучшения функций. Из числа опрошенных родителей 96% говорят о значимости для их ребенка именно непрерывной реабилитации и выражают благодарность за возможность такой реабилитации в условиях эпидемиологического неблагополучия с вирусом COVID -19.

Упражнения, направленные на формирование моторного контроля, используемые в физической реабилитации детей

Тренировка удержания головы. В положении на спине вырабатывается умение приподнимать голову, поворачивать ее в стороны. Это важно для освоения следующего двигательного навыка — поворотов и присаживания. В положении на животе, для облегчения удержания головы, под голову и плечи подкладывают валик.

Тренировка поворотов туловища. Повороты со спины на бок и со спины на живот стимулируют подъем головы, тормозят влияние шейных тонических рефлексов, развивают координацию движений, равновесие. В положении на боку ребенок видит свои руки, что способствует выработке зрительно-моторных координации. Кроме того, вращательные движения необходимы для поддержания равновесия.

Тренировка ползания на четвереньках. Вначале необходимо тренировать поднятие головы и опору на предплечья и кисти в положении на животе. В положении на четвереньках тренируется способность правильно удерживать позу, опираясь на раскрытые кисти и колени, отрабатывается реакция равновесия, перенос массы тела, опираясь то на одну руку или одну ногу, то на другую. При этом необходимо следить за правильным (разогнутым) положением головы. Для ползания на четвереньках необходимо правильно перемещать центр тяжести, сохранять равновесие и совершать реципрокные движения конечностями

Тренировка сидения. Умение сидеть требует хорошего контроля головы, распространения реакций выпрямления на туловище, наличия реакций равновесия и защитной функции рук. Кроме того, важна коррекция патологических поз. Устойчивость в положении сидя облегчает свободные движения рук, при этом спина должна быть выпрямлена, голова приподнята.

Тренировка стояния. Способность к стоянию основывается на освоении сидения и вставания на колени. В позе на коленях легче, чем в положении стоя, тренируются реакции равновесия туловища, поскольку благодаря большей площади менее выражена реакция страха падения. Тренировка ходьбы на коленях закрепляет реципрокную функцию мышц конечностей, необходимую для вертикальной ходьбы. Тренировка функции стояния предусматривает формирование равномерной опоры на стопы, контроль вертикальной позы туловища и сохранение реакций равновесия.

Тренировка ходьбы. Для тренировки ходьбы необходима вертикальная установка головы и туловища, перемещение центра тяжести на опорную ногу, перемещение не опорной ноги, правильная постановка стоп, возможность сохранять позу стоя при опоре на каждую ногу, равномерное распределение массы тела на обе стопы, правильное направление движения и ритм. Сначала ребенка обучают ходьбе с поддержкой (руками взрослого, параллельными

брусьями, канатом, подвесной дорогой, шведской стенкой и пр.). Затем ребенок учится ходить самостоятельно.

Наряду с формированием основных двигательных навыков и умений в физической реабилитации детей необходимо решать следующие задачи:

- нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей;
- нормализация дыхательной функции;
- формирование навыка правильной осанки и правильной установки стоп;
- коррекция сенсорных расстройств;
- коррекция координационных нарушений (мелкой моторики кисти, статического и динамического равновесия, ритмичности движений, ориентировки в пространстве);
- тренировка мышечно-суставного чувства;
- профилактика и коррекция контрактур;
- активизация психических процессов и познавательной деятельности.

Нормализация дыхательной функции:

Умение правильно дышать повышает физическую работоспособность, улучшает обмен веществ, восстанавливает речь. При ДЦП дыхание слабое, поверхностное, движения плохо сочетаются с дыханием, нарушена речь. В занятиях ЛФК используют как статические, так и динамические дыхательные упражнения в разных исходных положениях с разным темпом, ритмом, с акцентом на вдох или выдох, с использованием различных предметов (пускание мыльных пузырей, игра на духовых инструментах и пр.). Дыхание связано также с речью, поэтому используют звукоречевую гимнастику, и с осанкой, поэтому обучение дыханию сочетают с коррекцией осанки.

Коррекция осанки

При ДЦП наиболее часто формируется нарушение осанки во фронтальной плоскости, круглая спина (кифоз и кифосколиоз). Для нормализации осанки необходимо решать такие задачи, как формирование навыка правильной осанки, создание мышечного корсета (преимущественное укрепление мышц брюшного пресса и разгибателей спины в грудном отделе позвоночника) и коррекция имеющихся деформаций (кифоза, сколиоза). ЛФК проводится по методике коррекции нарушений осанки во фронтальной и сагиттальной плоскостях и методике сколиоза.

Нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей:

Для детей с церебральной патологией работа на суставах верхних и нижних конечностей начинается с самых простых движений, с облегченных исходных положений, в сочетании с другими методами (массаж, тепловые процедуры, ортопедические укладки и пр.). Необходимо добиваться постепенного увеличения амплитуды движения в суставах конечностей, отрабатывать все возможные движения в каждом суставе. При этом можно использовать упражнения в сопротивлении в сочетании с расслаблением и маховыми движениями. Можно также использовать различные предметы (гимнастическую палку, мяч, скакалку для верхних конечностей, гимнастическую стенку, следовые дорожки, параллельные брусья для нижних конечностей)

Особенное внимание следует обратить на разработку ограниченных движений — разгибание и отведение в плечевом суставе, разгибание и супинация в локтевом суставе, разгибание пальцев и отведение большого пальца в кисти, разгибание и отведение в тазобедренном суставе, разгибание в коленном суставе, разгибание в голеностопном суставе и опору на полную стопу.

Коррекция мелкой моторики и манипулятивной функции рук

Манипулятивная функция важна для самообслуживания ребенка и для овладения профессиональными навыками. При этом самым важным является оппозиционный хват большого пальца. Существуют следующие виды хватов кисти: шаровидный, цилиндрический, крючковидный, межпальцевой и оппозиционный. В занятиях ЛФК необходимо отрабатывать все виды хватов. Для тренировки кинестетического чувства важна адаптация руки ребенка к форме различных предметов при обучении захвату. Для отработки навыков самообслуживания ребенок тренируется захватывать ложку, вилку, застегивать пуговицы и кнопки на одежде,

складывать кубики, мозаику, рисовать, включать свет, набирать номер телефона, закручивать кран, расчесываться и пр. Можно использовать различные игры и занятия в виде шитья, склеивания, разрезания ножницами, печатания на машинке. После развития дифференцированной деятельности пальцев особенно важно начинать обучение письму.

Коррекция сенсорных расстройств

В связи с двигательной недостаточностью у детей ограничена манипулятивно-предметная деятельность, затруднено восприятие предметов на ощупь, недоразвита зрительно-моторная координация. Для коррекции сенсорных расстройств необходимо развивать все виды восприятия, формировать сенсорные эталоны цвета, формы, величины предметов, развивать мышечно-суставное чувство, развивать речь и высшие психические функции (внимание, память, мышление).

Профилактика и коррекция контрактур

Аномальное распределение мышечного тонуса быстро приводит к развитию контрактур и деформаций, тормозит формирование произвольной моторики. Профилактику и коррекцию контрактур можно проводить как с помощью физических упражнений, так и с помощью вспомогательных средств. Из упражнений наиболее целесообразны упражнения в расслаблении, растягивании, потряхивании, а из вспомогательных средств, способствующих сохранению правильного положения различных звеньев тела, используются лонгеты, шины, тьюторы, воротники, валики, грузы и др. Вспомогательные средства могут использоваться как для разгрузки (воротник Шанца, корсеты), так и для коррекции патологических поз (лонгеты, шины, аппараты). Вспомогательные средства способствуют торможению патологической тонической активности, нормализации реципрокных взаимоотношений мышц-антагонистов. Ортопедический режим следует чередовать с различными видами лечебной гимнастики для борьбы с контрактурами.

Потряхивание по Фелсу

Вышележащую часть конечности фиксируют и производят вначале короткие и плавные движения потряхивающего характера нижележащей части, по мере наступления расслабления мышц, подвергающихся потряхивающим движениям, амплитуда и скорость потряхивания возрастают. Для расслабления всей конечности потряхивание производят за ее дистальный отдел (за кисть с фиксацией лучезапястного сустава).

Применение технологии лечебно-профилактического (оздоровительного) массажа в физической реабилитации детей с помощью мамы (опекуна)

Задача массажа - профилактика поражений жизнеобеспечивающих органов и систем. Нормализация мышечного тонуса. Стимуляция экстракардиальных факторов кровообращения, профилактика гипостатических пневмоний, улучшение трофических процессов на периферии.

Направленность массажа - релаксирующая, для того чтобы избежать повышения мышечного тонуса и развития осложнений.

Рабочие сегменты:

- область спины;
- нижние конечности;
- со стороны груди;
- верхние конечности.

Важно! Все массажные приемы выполняются на уровне давления не превышающем уровень порога болевой чувствительности.

Время одного сеанса зависит от количества рабочих сегментов, время работы на одном рабочем сегменте 5-7 минут.

Техника массажа. В начале процедуры массажа наносим смазывающее вещество на руку, это может быть массажное масло либо крем (важно чтобы он обеспечивал оптимальное свойство скольжения и сцепления с телом пациента). При этом оцениваем температуру и консистенцию масла. Немного согрев его в руке наносим на область рабочего сегмента. Поглаживающими движениями кисти распределяем по всему рабочему сегменту (захватываем мышцы и соединительнотканые структуры). Стараемся равномерно смазать кожный покров до

необходимой степени скольжения руки. Важно чтобы не было проскальзывания и как следствие этого излишнего напряжения руки, либо наоборот если кожа окажется сухой, то будет прерывистое движение кисти и как следствие поверхностная болезненность, препятствующая глубокому проникновению рабочей части кисти при выполнении приема разминание.

Используемые массажные приемы:

- *поглаживание;*
- *выжимание;*
- *поверхностная лабильная вибрация подушечками пальцев;*
- *разминание (преимущественно финским стилем проведения).*

Массаж начинается с выполнения приемов, которые объединяются в одну группу - общий пасс. Это приемы - поглаживание, выжимание и вибрация. Они оказывают влияние на улучшение лимфатического и венозного оттока (компонентов периферического кровотока).

По своей биомеханической сущности эти приемы имеют как схожие параметры (поглаживание и выжимание выполняются по оттоку венозной крови и лимфы к ближайшим крупным лимфоузлам), так и отличные друг от друга (различный уровень давления). Выполняются они в пределах полутора двух минут на рабочий сегмент. Причем, не сразу выдавая всю «порцию общего пасса» а разбивая на небольшие отрезки по 3-4 пасса, вначале процедуры, в конце и между выполнением приема разминание.

Итак, начинаем с выполнения приема поглаживание, рука при этом, скользит по поверхности тела не собирая кожу в складку и повторяя все контуры массируемого участка тела. Направление движения - центростремительное. Возврат кисти в исходное положение после выполнения пасса поглаживания может осуществляться через вибрацию подушечками пальцев. Либо если выполняется поглаживание по типу финского то кисть возвращается в начало движения через касание тела мизинцем, поворачиваясь при этом ладонной частью вверх. Это позволяет не терять контакта кисти массажиста с телом пациента и воспринимается как целостный неделимый процесс массажа.

Разновидности могут быть такие: прямолинейное, спиралевидное, попеременное, финское поглаживание. Выполнив 5-6 пассов поглаживания переходим к следующему массажному приему выжимание. Особенностью последнего является только прямолинейный характер движения. Направление также центростремительное. Рабочая часть кисти при этом воздействует на всю глубину подлежащих тканей, плотно прилегая к телу, а при некоторых разновидностях обхватывая массируемый сегмент (выжимание обхватом), как бы собирая впереди себя определенную складку и продвигая её, без отрыва кисти от тела. Возврат руки в начало рабочего сегмента может выполняться также через прием «вибрация», который выполняется без учета центростремительности, и таким образом не нарушает технологическую схему процедуры. Либо через касание тела мизинцем как при финском поглаживании.

Разновидности могут быть такие: основанием ладони, бугром большого пальца, подушечками пальцев. Выполняя общий пасс, мы захватываем и соединительнотканые структуры и мышцы. Далее переходим к выполнению приема разминание, который характеризуется спиралевидным характером движения и ритмично изменяющимся давлением. Время выполнения на одном рабочем сегменте 3-4 минуты.

Важно! Все массажные приемы выполняются мамой (опекуном) пациента под визуальным контролем инструктора в интерактивном режиме.

ЛОГОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Онлайн-формат коррекционно-логопедических и педагогических занятий представляет собой индивидуальные, а в некоторых случаях и групповые занятия специалистов НПЦ ДП.

Индивидуальные логопедические занятия с детьми раннего возраста основываются на методике коррекции речевого и психического развития у детей с неврологической патологией в раннем возрасте Архиповой Е.Ф. Предварительно проводится исследование уровня доречевого развития, включающего характеристику голосовой активности, функции общения; характеристику сенсорного развития – слухового/звукового и зрительного; ориентировочно-познавательной деятельности и двигательного развития, а также характеристику артикуляционного аппарата, голоса и дыхания.

Такие занятия предполагают активное участие мамы (опекуна), которая ранее уже была на логопедических занятиях и может по инструкции логопеда выполнить пассивную, пассивно-активную артикуляционную гимнастику, дыхательные упражнения, которые направлены на увеличение объема и силы выдоха с последующей вокализацией, а также стимулировать элементы подражательности в развитии активных дыхательных и артикуляционных движений.

Также с учетом взаимодействия взрослого и ребенка, создания эмоционально положительного фона, по рекомендациям и инструкциям логопеда строится работа по стимуляции голосовых реакций и речевой активности - гуления, лепета, развитию зрительного и слухового восприятия, зрительно-моторной координации ребенка.

Основным видом занятий с ребенком является эмоционально окрашенная игра, направленная на стимуляцию психического развития ребенка, в которой на начальных этапах он занимает пассивную позицию, а на последующих – более активную.

С детьми дошкольного и возраста коррекционно-логопедическая работа проводится также с участием взрослого и строится на общем системном подходе, который опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии.

При коррекции дизартрических (речедвигательных) расстройств на индивидуальных занятиях проводится артикуляционная гимнастика для нормализации тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата. Дыхательная и голосовая гимнастика – для формирования силы, продолжительности, звонкости голоса в речевом потоке, выработке синхронности, голоса, дыхания и артикуляции. Работа основывается на методике речевой помощи детям с двигательной патологией Архиповой Е.Ф., Панченко И.И., Приходько О.Г.,

Также на индивидуальных занятиях у дошкольников и младших школьников проводится работа по развитию фонематического восприятия и звукового анализа (если нарушен не только фонетический строй речи, но и фонематические процессы). При смешанном, сложном речевом расстройстве, проявляющемся в нарушении всех компонентов речи, проводится коррекционная работа по развитию лексико-грамматического строя речи и развитию связного речевого высказывания. Такая коррекционная работа основывается на методике формирования и развития речи у детей дошкольного возраста Каше Г.А., Филичевой Т.Б., Чиркиной Г.В., Лалаевой Р.И., Серебряковой Н.В., Ефименковой Л.Н.

Активное вовлечение родителей ребенка во многом является залогом эффективности на всех этапах коррекционно-логопедического воздействия.

Работа с младшими школьниками направлена на предупреждение и преодоление нарушений письма и чтения: формирование полноценных фонематических процессов, формирование и развитие представлений о звуко-буквенном составе слова, навыках анализа и синтеза звуко-слового состава слова, развитие лексико-грамматических средств языка, совершенствование умений и навыков построения связного высказывания и реализация его в разных ситуациях общения.

Педагогический блок работы представлен также индивидуальными и групповыми занятиями по лепке, конструированию, рисованию. Дети с большим интересом участвуют в занятиях такого формата и активно делятся своими впечатлениями после них.

Творческие занятия направлены на расширение представлений детей о мире вокруг, развитие памяти, внимания, сенсорной чувствительности при восприятии форм, фактуры, цвета и т.д., стимуляции речевой активности (младшие дошкольники называют образы, предметы воплощенные в поделке, старшие дошкольники учатся придумывать целые сюжеты по мотивам своих поделок). На таких занятиях воспитывается умение планировать свою деятельность, направленную на реализацию того или иного замысла. Формируются эстетические представления – дети ищут и находят новые сочетания цветов, фактур, дают оценку готовому продукту, а также учатся быть дисциплинированными, усидчивыми и аккуратным в работе.

Родители также вовлечены в творческий процесс и активно взаимодействуют с ребенком на всех этапах занятия, что способствует эмоциональному подъему, мотивации к дальнейшей совместной деятельности, а также выявлению склонностей и способностей своего ребенка к разным видам творчества.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Особенностями психического развития у детей с хроническими заболеваниями центральной нервной системы, в частности, с ДЦП являются: инертность психических процессов, замедленность включения и переключения в заданиях, персеверативность мышления, перцептивные нарушения, недостаточность концентрации внимания и способности удерживать воспринятый материал, неустойчивость организационной деятельности, легкая утомляемость и быстрая истощаемость, наступающие при незначительном психическом и физическом напряжении.

Запас сведений и общих представлений у детей с ДЦП, как правило, неравномерно снижен, (порой не знают вещей, которыми пользуются в быту) что обусловлено, во многом социальной депривацией, ограничением социальных контактов, хроническим госпитализмом и педагогической запущенностью.

Также недостаточность информационного запаса объясняется особенностями двигательного дефекта пациента, затрудняющего не только передвижение, но и познание свойств предметов окружающего мира путем манипулирования с ними. Более того, у детей с ДЦП нередко затруднена фиксация взора в связи со слабостью бинокулярного оптического фиксационного рефлекса и наличием стволовых нередуцированных рефлексов.

Другой своеобразной особенностью психического развития при ДЦП является неравномерный, диссоциированный характер интеллектуальной недостаточности – задержка формирования одних познавательных функций и относительная сохранность других.

Таким образом, при ДЦП отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем. Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с церебральным параличом.

Все вышеперечисленное, безусловно, затрудняет интерактивное цифровое взаимодействие с больным ребенком, поэтому перед выработкой индивидуальной реабилитационной тактики, необходимо проведение **нейропсихологической диагностики**.

«Отсчитывание» как вариант от 100 по 7: для проверки состояния внимания, степени истощаемости, наличие трудностей при вычислении, удерживание программы.

Тест Векслера (вербальная часть) на определения уровня интеллекта

«Составление множества слов из длинного слова» для тренировки гибкости мышления, расширение словарного запаса и кругозора, развитие внимания, развития грамотности.

Для исследования и развития процессов обобщения и логики: «Четвертый лишний», «Классификация предметов», «Простые аналогии», «Сложные аналогии»

Для исследования памяти:

«10 слов» - цель: оценка состояния слуховой памяти на слова, утомляемости, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания.

«Пиктограмма» - направлена на изучение опосредованного запоминания. Опосредованное запоминание (А.Н. Леонтьев) - методика направлена на исследование способности пользования вспомогательными средствами (в данной методике - предметными картинками) для запоминания и припоминания. От момента запоминания и до момента отсроченного воспроизведения должно пройти (40 - 60 мин).

Для исследования внимания: таблицы Шульте.

Важно! Большинство тестовых заданий в процессе психологической сессии можно использовать как тренинговые программы и наоборот, например:

Настольная игра «Доббль» - различные модификации. Для развития внимания, скорости реакции, навыков коммуникации, умения соревноваться и проигрывать. Набор карточек с изображениями по категориям для расширения запаса знаний и общих представлений.

Игра «Съедобное – несъедобное» для развития кругозора, развития гибкости мышления

Методика «Друдлы» - загадка-головоломка, рисунок, на основании которого невозможно точно сказать, что это такое. Нужно представить, чтобы это могло быть. Можно дорисовать. Для детей дошкольного возраста можно показать простые фигуры и попросить дорисовать, что может из этого получиться. Игра на развитие воображения, гибкости мышления..

Шкала тревоги Спилбергера-Ханина для детей и взрослых - позволяет оценить уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние), так и личностную тревожность (как устойчивая характеристика человека).

Проективные методики:

«Несуществующее животное», «Рисунок вулкана» и «Рисунок кактуса» для работы с агрессией и отношением к окружающим,

«Визуализация чувств» представить и нарисовать свои чувства в данный момент. Данная методика для работы с эмоциональным состоянием.

«Три дерева» - помогает определить возможные семейные конфликты и их причины и подобрать оптимальный вариант налаживания отношений тестируемого с близкими.

«Моя семья», «Семья животных» - является вариантом методики «Рисунок семьи» и используется как для более младших, так и для более старших детей в случае необходимости замаскировать цели обследования.

Арт-терапевтические техники:

«Рисунок настроения» - позволяет оценить текущее состояние.

«Метафорический автопортрет» - выявляет состояние и способность удовлетворять основные базовые потребности, способствует к ресурсному состоянию.

Игротерапия: Знакомство с куклой; Скажи игрушки добрые слова.

Сказкотерапия: например, "Репка ". Цель - взаимопомощь в семье.

Аналитическая психология: рисунок мануалы, обсуждения состояния в метафоре, соотношение текущего состояние с событиями прошлого.

Телесно-ориентированная психотерапия: дыхательная техника, работа с опорой в теле (ее поиск).

Важно! Родителям (опекунам) пациентов удаленного цифрового стационара также была предложена психотерапевтическая помощь.

В ходе консультирования родителей пациентов были в основном использованы медитативные и релаксационные техники в рамках сказкотерапии: работа с медитативными сказками.

Медитативные сказки создаются для накопления положительного образного опыта, снятия психоэмоционального напряжения, создания в душе лучших моделей взаимоотношений, развития личностного ресурса.

Главное назначение медитативных сказок - сообщение нашему бессознательному позитивных "идеальных" моделей взаимоотношений с окружающим Миром и другими людьми. Поэтому отличительная особенность медитативных сказок – это отсутствие конфликтов и злых героев.

- техники телесно-ориентированной психотерапии, в частности, дыхательная техника, работа с опорой;
- АВС-анализ в рамках когнитивно-поведенческой терапии: в схеме АВС, под А подразумевается ситуация, под В — мысль, под С — реакция.
- арт-терапевтические техники: «Метафорический автопортрет», «Рисунок настроения», мандалатерапия и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За истекший период в формате цифровой реабилитации пролечено более 500 детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

Во всех случаях специалистами достигнут положительный эффект, сопоставимый с результатами очной медицинской реабилитации, что подтверждается результатами объективных тестов и положительными отзывами родителей.

Каждый день работы с цифровыми медицинскими технологиями открывает новые возможности и перспективы. Если в начале пути задачей удаленного стационара было поддержать в трудное время пациентов нашего Научно-практического центра, то теперь, оглядываясь на первые результаты, становится ясно, что количество пациентов, нуждающихся в цифровой реабилитации, значительно превосходит масштабы одного лечебного учреждения.

Полученные успехи позволяют с полной уверенностью рекомендовать апробированный формат медицинской помощи, для его распространения по всей стране, что позволит удовлетворить потребности детского населения в квалифицированной медицинской помощи не только в условиях карантина, но и в обычном эпидемическом режиме, снизив нагрузку на койки круглосуточного стационара и увеличив охват детского населения реабилитационной помощью.

Приложение 1

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ОТ 23 ОКТЯБРЯ 2019 Г. N 878Н "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ"

В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) приказываю:

1. Утвердить Порядок организации медицинской реабилитации детей согласно приложению.
2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2021 года.

Врио Министра

Н.А. Хорова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 23 декабря 2019 г.
Регистрационный N 56954

Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. N 878н

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации медицинской реабилитации детей на основе комплексного применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов по основным классам заболеваний или отдельным нозологическим формам с учетом возрастных и анатомо-физиологических особенностей детей, тяжести течения основного заболевания, реабилитационного потенциала, наличия сопутствующих заболеваний, нарушений мнестико-интеллектуальной сферы.
2. Медицинская реабилитация детей осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации (далее - медицинские организации).
3. Медицинская реабилитация детей осуществляется в плановой форме при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний.
4. Медицинская реабилитация детей осуществляется при оказании: первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
5. Медицинская реабилитация детей осуществляется в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
6. Медицинская реабилитация детей, в том числе детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, осуществляется в максимально ранние сроки от начала заболевания ребенка, когда риск развития осложнений не превышает перспективу восстановления функций и (или) жизнедеятельности.
7. Медицинская реабилитация детей осуществляется в зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации (далее - уровень курации) с учетом:

тяжести состояния ребенка (выраженности развившихся нарушений функций, структур и систем организма, ограничения активности у ребенка и его участия во взаимодействии с окружающей средой) - состояние крайне тяжелое, тяжелое, среднетяжелое, легкое); течения (формы) заболевания - острое, подострое, хроническое; стадии (периода) течения заболевания - разгар клинических проявлений, рецидив, ремиссия; наличия осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний, ухудшающих течение основного заболевания.

8. Критерии определения уровней курации:

V уровень курации - крайне тяжелое или тяжелое состояние, с тяжелыми нарушениями функций организма, выраженными в терминологии Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее - МКФ); острое течение, стадия обострения или рецидива, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в любой стадии, ухудшающих течение основного заболевания;

IV уровень курации - тяжелое или среднетяжелое состояние, требующее круглосуточного наблюдения, с тяжелыми и умеренными нарушениями функций организма, выраженными в терминологии МКФ, острое или подострое течение, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) тяжелых или среднетяжелых сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии; тяжелое состояние, хроническое течение, стадия ремиссии, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) тяжелых или среднетяжелых# сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии или при высоком риске возникновения осложнения;

III уровень курации - среднетяжелое состояние, с умеренными нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ хроническое течение, стадия ремиссии, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии или при высоком риске возникновения осложнения;

II уровень курации - легкое состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ, хроническое течение, стадия ремиссии, в том числе при наличии осложнений основного заболевания и (или) сопутствующих заболеваний в стадии ремиссии;

I уровень курации - удовлетворительное состояние, с легкими нарушениями функций, выраженными в терминологии МКФ, хроническое течение, стадия ремиссии.

9. Медицинская реабилитация детей осуществляется в три этапа:

Первый этап осуществляется в острый период, в стадии обострения (рецидива) основного заболевания или острый период травмы, послеоперационный период:

при V уровне курации в стационарных условиях отделений анестезиологии-реанимации или палат реанимации и интенсивной терапии медицинских организаций по профилю основного заболевания, учреждений родовспоможения;

при IV уровне курации - в стационарных условиях профильных отделений медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, учреждений родовспоможения.

Второй этап медицинской реабилитации детей осуществляется после окончания острого (подострого) периода заболевания или травмы, при хроническом течении основного заболевания вне обострения:

при IV, III уровнях курации - в стационарных условиях в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций;

при III уровне курации - в условиях дневного стационара в реабилитационных центрах или отделениях медицинской реабилитации медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, отделениях медицинской реабилитации, являющихся структурными подразделениями санаторно-курортных организаций.

Третий этап осуществляется после окончания острого (подострого) периода или травмы, при хроническом течении заболевания вне обострения при III, II, I уровнях курации - в условиях дневного стационара и/или в амбулаторных условиях в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь.

10. Медицинская реабилитация детей осуществляется специалистами мультидисциплинарной реабилитационной команды (далее - МРК) - группы, объединяющей специалистов, оказывающих медицинскую реабилитацию, с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации целей медицинской реабилитации, и которая формируется на функциональной основе индивидуально для каждого ребенка в зависимости от нозологии, тяжести, периода и особенностей течения заболевания, этапа оказания медицинской реабилитации.

11. Медицинская реабилитация детей на первом этапе осуществляется специалистами МРК отделения медицинской реабилитации для детей.

12. Медицинская реабилитация детей на втором этапе осуществляется специалистами МРК специализированных отделений медицинской реабилитации для детей.

13. Медицинская реабилитация детей на третьем этапе осуществляется в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям¹, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

14. Лечащий врач медицинской организации, в которой ребенку оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь или первичная медико-санитарная медицинская помощь, в том числе диспансерное наблюдение, после определения медицинских показаний и отсутствия противопоказаний к проведению медицинской реабилитации принимает решение о направлении ребенка на медицинскую реабилитацию и сроках ее проведения, о выборе этапа медицинской реабилитации и группы медицинской организации, оказывающей медицинскую реабилитацию, в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания и в соответствии с пунктами 7 - 9, 21 настоящего Порядка.

15. Лечащим врачом медицинской организации, оказывающей медицинскую реабилитацию, проводятся следующие действия:

оценка клинического состояния здоровья ребенка перед началом проведения медицинской реабилитации;

оценка (диагностика) исходного реабилитационного статуса (состояния функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья ребенка, классифицированного МКФ) с учетом заключений специалистов МРК по результатам их осмотров перед началом проведения медицинской реабилитации;

установление реабилитационного диагноза ребенку (врачебного заключения о выраженности патологических нарушений, основанного на всесторонней диагностике функционирующих систем организма, выраженного в принятой терминологии МКФ любого уровня детализации, в том числе с применением базового набора МКФ, описывающей все компоненты здоровья и ограничений жизнедеятельности), дополнительно к имеющемуся клиническому диагнозу в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра;

оценка реабилитационного потенциала (показателя, оценивающего максимально возможный уровень восстановления или (и) компенсации нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности ребенка, в намеченный отрезок времени, с учетом индивидуальных резервов организма и компенсаторных возможностей ребенка, факторов риска возникновения осложнений и факторов среды обитания, ограничивающих (способствующих) проведение(ю) реабилитационных мероприятий (в том числе приверженность (комплаентность) законного представителя и (или) ребенка к лечению), и определяемый в соответствии с оценочными шкалами, указанными в клинических рекомендациях по профилю заболевания);

формирование цели проведения реабилитационных мероприятий (желаемого результата (эффективности) проведения комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на реализацию реабилитационного потенциала в обозначенный период проведения медицинской

реабилитации) с учетом заключений специалистов МРК перед началом проведения медицинской реабилитации;

формирование индивидуального плана медицинской реабилитации (далее - ИПМР) ребенка - индивидуального комплекса реабилитационных мероприятий, ориентированных на выполнение цели проведения реабилитационных мероприятий, и определение оптимальной продолжительности курса медицинской реабилитации перед началом проведения медицинской реабилитации в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания;

оценка в динамике клинического состояния здоровья ребенка во время проведения реабилитационных мероприятий, в том числе с целью выявления рисков развития осложнений, с периодичностью не реже 1 раза в 3 дня, для детей в возрасте до трех лет - ежедневно с фиксацией данных в истории болезни, в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии - не реже 3 раз в день;

оценка реабилитационного статуса ребенка в динамике с учетом заключений специалистов МРК, назначающих реабилитационные мероприятия, по результатам осмотра ребенка не реже 1 раза в неделю и по окончании курса медицинской реабилитации;

оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий по окончании курса медицинской реабилитации с учетом заключений специалистов МРК, назначающих реабилитационные мероприятия, по результатам их осмотров ребенка по окончании курса медицинской реабилитации;

оценка реабилитационного прогноза (вероятности реализации реабилитационного потенциала) по окончании курса медицинской реабилитации;

выдача медицинских рекомендаций о необходимости проведения реабилитационных мероприятий, разрешенных к применению в домашних условиях, и других видов реабилитации (психолого-педагогической коррекции, социальной реабилитации, физической реабилитации), в том числе по подбору индивидуальных технических средств реабилитации (при наличии показаний), которые вносятся в выписной эпикриз, выдаваемый законному представителю на руки.

16. Специалисты МРК проводят следующие действия:

участие в оценке исходного статуса реабилитационного статуса и оценке реабилитационного потенциала у ребенка;

формирование цели проведения реабилитационных мероприятий перед началом проведения медицинской реабилитации;

осуществление комплекса реабилитационных мероприятий в соответствии с ИПМР с учетом толерантности ребенка к нагрузкам;

осмотры ребенка специалистами МРК, назначающими реабилитационные мероприятия, не реже 1 раза в неделю и по окончании курса медицинской реабилитации;

оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий по окончании курса медицинской реабилитации;

обучение реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, законных представителей ребенка и самого ребенка (при наличии возможности).

17. Направление на другие виды реабилитации, в том числе в рамках реализации Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации, осуществляет врач-педиатр отделения медико-социальной помощи детской поликлиники (детского поликлинического отделения), к которой прикреплен ребенок, в соответствии с рекомендациями, указанными в выписном эпикризе из медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию детям.

18. При наличии медицинских показаний медицинская реабилитация по решению лечащего врача оказывается с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование², утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

19. Осуществление медицинской реабилитации при оказании специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в соответствии с положением об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи¹ и в соответствии с порядком организации

оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы³, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

20. Медицинская реабилитация, в том числе дистанционная настройка речевого процессора системы кохlearной имплантации, детям может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий⁴, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

21. Медицинские организации, осуществляющие медицинскую реабилитацию детям на втором этапе медицинской реабилитации делятся на четыре группы:

первая группа - медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь детям, и санаторно-курортные организации субъектов Российской Федерации, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара;

вторая группа - федеральные санаторно-курортные организации, имеющие в своей структуре отделение медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара;

третья группа - центры медицинской реабилитации для детей и медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, и (или) в условиях дневного стационара;

четвертая группа - федеральные центры медицинской реабилитации для детей и федеральные медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

22. На первом этапе медицинской реабилитации специалисты МРК осуществляют медицинскую реабилитацию на койках детских специализированных отделений, в том числе отделений (палат) реанимации и интенсивной терапии, медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

23. На втором этапе медицинской реабилитации специализированные отделения медицинской реабилитации для детей в стационарных условиях создаются с коечной мощностью не менее 30 коек, в условиях дневного стационара - не менее 15 мест в смену.

Для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций отделения медицинской реабилитации для детей могут быть многопрофильными (осуществляющими медицинскую реабилитацию по разным профилям) с сохранением количества должностей специалистов МРК специализированных отделений медицинской реабилитации для детей, либо устанавливаются исходя из меньшей коечной мощности отделения.

24. На третьем этапе медицинской реабилитации для организаций территорий, подлежащих обслуживанию Федеральным медико-биологическим агентством⁵, количество должностей специалистов МРК устанавливается вне зависимости от численности прикрепленного детского населения.

25. Медицинская реабилитация детей осуществляется в соответствии с приложениями N 1 - N 21 к настоящему Порядку.

¹ Пункт 1 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" (далее - Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

² Пункт 5 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

³ Часть 8 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31 N 4791).

⁴ Часть 1 статьи 36.1 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2015, N 10, ст. 1425).

⁵ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. N 1156-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 35, ст. 3774; 2019, N 40, ст. 5569).

**Приложение N 1
к Порядку организации
медицинской реабилитации детей,
утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 23 октября 2019 г. N 878н**

**ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
(ДЕТСКОГО НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ)**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности отделения медицинской реабилитации для детей с заболеваниями нервной системы (детского нейрореабилитационного отделения) (далее - Отделение), осуществляющего медицинскую реабилитацию в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

2. Отделение создается как структурное подразделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара.

3. В Отделение направляются дети после перенесенных черепно-мозговых и спинномозговых травм и операций на головном или спинном мозге (после заживления раны и снятия швов, после окончания иммобилизации), с хроническим течением заболеваний нервной системы вне обострения, осложненных наличием двигательных нарушений, соответствующих 5-3 уровню по шкале GMFCS (шкале больших моторных навыков), которые могут сочетаться с речевыми, мнестическими, глазодвигательными и другими нарушениями; заболеваниями периферической нервной системы, осложненных двигательными, чувствительными нарушениями.

4. Отделение организуется при наличии в медицинской организации функционирующих: отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии (для медицинских организаций 3 и 4 групп, осуществляющих медицинскую реабилитацию детей на втором этапе в стационарных условиях), организованного в соответствии с порядком оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология"¹, утвержденного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

рентгеновского отделения (кабинета), оснащенного стационарным рентгенодиагностическим аппаратом (за исключением стоматологических) и (или) стационарным аппаратом рентгеновской компьютерной томографии (за исключением стоматологических), и (или) аппаратом магнитно-резонансной томографии (для медицинских организаций 3 и 4 групп, осуществляющих медицинскую реабилитацию детей на втором этапе в стационарных условиях);

отделения (кабинета) функциональной диагностики;

отделения (кабинета) ультразвуковой диагностики;

клинико-диагностической лаборатории;

кабинета врача-офтальмолога;

кабинет врача-уролога-андролога (для медицинских организаций 3 и 4 групп, осуществляющих медицинскую реабилитацию детей на втором этапе в стационарных условиях);

стерилизационной.

5. Отделение возглавляет заведующий отделением, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в структуре которой создано Отделение.

6. На должность заведующего Отделением назначается медицинский работник, соответствующий квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"² по специальности "неврология", имеющий стаж работы по данной специальности не менее трех лет, прошедший обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам медицинской реабилитации в детском возрасте.

7. На должности врача-невролога и врачей-специалистов Отделения назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"² без предъявления требований к стажу работы, прошедшие обучение по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации) по вопросам медицинской реабилитации в детском возрасте.

8. На должности медицинских работников со средним медицинским образованием Отделения назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием².

9. Структура и штатная численность Отделения устанавливаются руководителем медицинской организации, в составе которой создано Отделение, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и коечной мощности с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением N 2 к Порядку организации медицинской реабилитации детей, утвержденному настоящим приказом.

Рекомендуемые штатные нормативы Отделения не распространяются на медицинские организации частной системы здравоохранения.

10. Оснащение Отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением N 3 к Порядку организации медицинской реабилитации детей, утвержденному настоящим приказом.

11. В структуре Отделения рекомендуется предусматривать:

кабинет заведующего Отделением (в Отделении с коечной мощностью 30 коек и более);
ординаторскую;

кабинет старшей медицинской сестры;

кабинет (кабинеты) для осмотра детей;

помещение для медицинских сестер;

пост (посты) сестринский;

палаты;

кабинет для массажа;

зал (кабинеты) для занятий лечебной физкультурой (кинезиотерапией) (может (могут) располагаться за пределами отделения);

кабинет (кабинеты) физиотерапии (может (могут) располагаться за пределами отделения);

кабинет рефлексотерапии (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп);

кабинет мануальной терапии (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 4 группы);

логопедический кабинет (кабинеты);

кабинет (кабинеты) медицинского психолога;

кабинет для проведения эрготерапии (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп, при наличии должности эргоспециалиста);

кабинет (кабинеты) для проведения арттерапии (может (могут) располагаться за пределами отделения);

зал (кабинет) с имитацией зон кухни, магазина, транспорта (может располагаться за пределами отделения; для стационарных условий);

кабинет для проведения терапии с использованием медицинского оборудования с биологической обратной связью (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп);

кабинет для сухого гидромассажа (может располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 3 и 4 групп);
кабинет (зал) для механотерапии (может располагаться за пределами отделения);
кабинет (кабинеты) для роботизированной механотерапии (может (могут) располагаться за пределами отделения, для медицинских организаций 4 группы);
процедурный кабинет;
душевую (для стационарных условий) и туалеты для детей и сопровождающих лиц;
игровую комнату (для стационарных условий);
раздаточную (для стационарных условий);
комнату (помещение) для приема пищи;
помещение сестры-хозяйки (для стационарных условий);
помещение для чистого белья (для стационарных условий);
помещение для сбора грязного белья (для стационарных условий);
помещение (помещения) для хранения передвижного и резервного медицинского оборудования;
помещение для хранения каталок, инвалидных кресел-колясок (для стационарных условий);
душевую (для стационарных условий) и туалет для медицинских работников;
санитарную комнату;
учебный класс (для стационарных условий);
комнату (помещение) для дневного пребывания сопровождающих (для стационарных условий);
комнату (помещение) для дневного пребывания сопровождающих с детьми (для дневного стационара);
помещение (помещения) для хранения одежды медицинских работников, детей и сопровождающих лиц (может (могут) располагаться за пределами отделения, для стационарных условий).

12. Основными функциями Отделения являются:

осуществление медицинской реабилитации с учетом стандартов медицинской помощи и в соответствии с клиническими рекомендациями по профилю заболевания;
обеспечение преемственности в организации оказания медицинской помощи детям с заболеваниями нервной системы;
направление детей на консультацию к врачу-специалисту медицинской организации, в которой им оказывается медицинская реабилитация, или иных медицинских организаций, при наличии медицинских показаний;
перевод в профильные медицинские организации в связи с обострением основного или сопутствующего заболевания, или возникновением острого или подострого сопутствующего заболевания;
освоение и внедрение в клиническую практику современных методов профилактики и реабилитации при осуществлении медицинской реабилитации;
разработка и внедрение новых медицинских технологий по медицинской реабилитации (для медицинских организаций 4 группы);
организация, обеспечение и оптимизация режима дня детей;
оказание консультативной помощи законным представителям детей, нуждающихся в медицинской реабилитации, по вопросам медицинской реабилитации детей и обучение их реабилитационным мероприятиям, разрешенным к применению в домашних условиях, и (или) навыкам ухода за тяжелобольными детьми;
разработка и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы;
осуществление экспертизы временной нетрудоспособности;
осуществление консультативной и организационно-методической помощи медицинским отделениям и медицинским организациям по вопросам медицинской реабилитации;
организация и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных и паразитарных заболеваний в отделении;

направление извещения в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром отравлении;
ведение медицинской документации;
представление отчетности по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти³,
предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения⁴;
иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13. Отделение может использоваться в качестве клинической базы научных организаций и образовательных организаций, осуществляющих деятельность по реализации основных профессиональных образовательных программ и дополнительных профессиональных программ медицинского образования.

14. Для обеспечения своей деятельности Отделение использует возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в составе которой оно создано.

¹ Пункт 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

² Пункт 5.2.2 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526) (далее - Положение о Министерстве).

³ Пункт 11 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724).

⁴ Часть 1 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31, ст. 4791).

Приложение 2

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» В
ЦИФРОВОМ ФОРМАТЕ (С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)**

1. Настоящее Положение устанавливает порядок организации деятельности дневного стационара ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» (далее ДС(ц)), оказывающего первичную специализированную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь с применением дистанционных технологий (в цифровом формате);
2. В своей деятельности ДС(ц) руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России, Департамента здравоохранения города Москвы и настоящим Положением, составленным в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 09.12.1999 № 438;
3. ДС(ц) выполняет работы (оказывает услуги) на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности в соответствии с разрешенными лицензией видами деятельности по профилям: неврология, психиатрия;
4. ДС(ц) не является отдельным структурным подразделением медицинской организации. ДС(ц) - это форма предоставления существующими в структуре медицинской организации структурными подразделениями комплекса медицинских услуг, предусмотренных государственным заданием для дневного стационара;
5. ДС(ц) организуется для проведения профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий детскому населению города Москвы, нуждающемуся в ежедневном медицинском наблюдении, но не требующему круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных цифровых медицинских технологий (включая дистанционные) в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных;
6. ДС(ц) для осуществления своей деятельности использует базовый цифровой портал, предоставленный ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», а также, в случае необходимости, иные, разрешенные законодательством Российской Федерации, методы коммуникации с пациентами и их законными представителями (телефон, электронная почта, коммуникационные программы и приложения и т.д.);
7. ДС(ц) осуществляет следующие функции:
 - 7.1. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий детям и подросткам из числа пациентов, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;
 - 7.2. Подбор адекватной терапии хроническим больным из числа пациентов, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» (например, при изменении степени тяжести заболевания, при необходимости коррекции назначений пациентам, получающим постоянную фармакотерапию и т.д.);
 - 7.3. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий (включая дистанционные) больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, из числа пациентов, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;
8. Структура и штатная численность структурных подразделений, оказывающих медицинские услуги в формате ДС(ц), устанавливаются директором ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности находящихся на лечении пациентов;
9. Работу структурных подразделений в формате ДС(ц) возглавляют заведующие этими подразделениями, назначенные на должность и освобожденные от должности директором ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;
10. В ДС(ц) ведение больных осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады, возглавляемой лечащим врачом;
11. При необходимости лечащий врач привлекает к работе мультидисциплинарной бригады соответствующих врачей-консультантов;
12. ДС(ц) для обеспечения своей деятельности использует возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»;
13. ДС(ц) принимает на лечение детей и подростков, постоянно проживающих в городе Москве, страдающих заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата, находящихся под наблюдением в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», нуждающихся в ежедневном медицинском наблюдении, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;

14. Все медицинские манипуляции, проводимые специалистами мультидисциплинарной бригады, врачами-консультантами, отражаются в первичной медицинской документации (медицинская карта больного дневного стационара);
15. Ответственный за ведение первичной медицинской документации – лечащий врач;
16. Правила ведения первичной медицинской документации в ДС(ц) соответствуют правилам ее ведения, утвержденным ранее для «Медицинской карты больного дневного стационара»;
17. В ДС(ц) ведется учетно-отчетная медицинская документация в соответствии с Приказом Минздрава России от 30.12.2002 № 413 "Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации";
18. Непосредственное руководство деятельностью ДС(ц) осуществляется заместителем директора ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» по медицинской части;
19. Заместитель директора ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» по медицинской части вправе, по согласованию с директором, привлекать для обеспечения работы ДС(ц) любых специалистов, как являющихся штатными работниками медицинской организации, так и внешних консультантов;
20. Контроль за деятельностью ДС(ц) осуществляется директором ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ».

Приложение 3

Зарегистрировано в Минюсте России 9 января 2018 г. N 49577

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 30 ноября 2017 г. N 965н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ

ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

В соответствии с частью 1 статьи 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2017, N 31, ст. 4791) приказываю:

Утвердить прилагаемый порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

*Министр
В.И. СКВОРЦОВА*

*УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 30 ноября 2017 г. N 965н*

ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

I. Общие положения

1. Настоящий Порядок определяет правила применения телемедицинских технологий при организации и оказании медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения медицинской помощи и включает:

- а) порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой;
- б) порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

2. Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с целью получения:

- а) заключения медицинского работника сторонней медицинской организации, привлекаемого для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий (далее - консультант, врачи - участники консилиума) по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации;
- б) протокола консилиума врачей по вопросам оценки состояния здоровья пациента, уточнения диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности перевода в специализированное отделение медицинской организации либо медицинской эвакуации.

3. Телемедицинские технологии применяются при организации и оказании медицинской помощи при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями в целях:

- а) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;
- б) принятия решения о необходимости проведения очного приема врача (осмотра, консультации) <1>.

<1> Статья 36.2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724, 2017, N 31, ст. 4791).

4. Медицинская организация оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности.

II. Правила организации медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

5. Для осуществления дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой или дистанционного взаимодействия медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями медицинская организация, медицинский работник которой осуществляет оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (далее - консультирующая медицинская организация), обеспечивает необходимое помещение, средства связи и оборудование для проведения консультаций (консилиумов врачей). В случае осуществления консультаций с применением телемедицинских технологий в мобильных условиях, консультирующая медицинская организация обеспечивает мобильные средства связи и оборудование для проведения консультаций.

6. Руководитель консультирующей медицинской организации привлекает медицинских работников из числа сотрудников для проведения консультации и (или) участия в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий.

7. В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации.

8. Консультация с применением телемедицинских технологий считается завершенной после получения запросившей организацией (пациентом или его законным представителем) медицинского заключения по результатам консультации или протокола консилиума врачей или предоставления доступа к соответствующим данным и направления уведомления по указанным контактным данным запросившей организации (пациента или его законного представителя).

9. Консультант (врачи - участники консилиума) несет ответственность за рекомендации, предоставленные по результатам консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий, в пределах данного им медицинского заключения.

10. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется медицинскими работниками, сведения о которых внесены в Федеральный регистр медицинских работников <2>, а также при условии регистрации соответствующих медицинских организаций в Федеральном реестре медицинских организаций Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - Единая система).

<2> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 г. N 1159н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 апреля 2014 г., регистрационный N 32044).

11. Медицинские организации оказывают медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий с использованием Единой системы, государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинской организации, иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг (далее - иные информационные системы).

III. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

12. Телемедицинские технологии могут использоваться при оказании следующих видов медицинской помощи:

а) первичной медико-санитарной помощи;

- б) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- в) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- г) паллиативной медицинской помощи.

13. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий может оказываться в любых условиях: вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно. Условия оказания помощи определяются фактическим местонахождением пациента.

14. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий проводятся:

- а) в экстренной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни больного;
- б) в неотложной форме - при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни больного;
- в) в плановой форме - при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни больного, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния больного, угрозу его жизни и здоровью.

IV. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи в режиме реального времени, отложенных консультаций

15. Консультации (консилиумы врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий проводятся в режиме реального времени и (или) отложенных консультаций.

16. Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени предусматривает консультацию (консилиум врачей), при которой медицинский работник (лечащий врач, либо фельдшер, акушер, на которого возложены функции лечащего врача в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья) и (или) пациент (или его законный представитель) непосредственно взаимодействует с консультантом (врачами - участниками консилиума) либо пациент (или его законный представитель) непосредственно взаимодействует с медицинским работником.

17. Проведение консультации при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в режиме отложенных консультаций предусматривает консультацию, при которой консультант (врачи - участники консилиума) дистанционно изучает медицинские документы пациента и иную информацию о состоянии здоровья пациента, готовит медицинское заключение без использования непосредственного общения с лечащим врачом и (или) медицинским работником, проводящим диагностическое исследование, и (или) пациентом (или его законным представителем).

V. Доступность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

18. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются с учетом соблюдения установленных требований к срокам проведения консультаций.

19. Консультации (консилиумы врачей) с применением телемедицинских технологий в экстренной форме осуществляются в сроки от 30 минут до 2 часов с момента поступления запроса на проведение консультации (консилиума врачей) в консультирующую медицинскую организацию и от 3 до 24 часов с момента поступления запроса в консультирующую медицинскую организацию при проведении консультации (консилиума врачей) с применением телемедицинских технологий в неотложной форме.

20. Исчисление сроков при проведении консультаций (консилиумов врачей) в плановой форме осуществляется с момента поступления запроса на проведение такой консультации (консилиума врачей) и медицинской документации, необходимой для их проведения.

21. Сроки оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий на возмездной основе определяются согласно условиям договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены иные требования.

VI. Порядок проведения консультаций (консилиумов врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах с применением телемедицинских технологий
22. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной формах являются:

а) лечащий врач;

б) консультант (врачи - участники консилиума).

23. Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в экстренной и неотложной формах устанавливает лечащий врач.

24. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

25. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми врачами - участниками консилиума.

26. Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ лечащего врача к медицинскому заключению (протоколу консилиума врачей) и сопутствующим материалам.

VII. Порядок проведения консультаций (консилиумов врачей) при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в плановой форме с применением телемедицинских технологий
27. Участниками консультаций (консилиумов врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий являются в плановой форме:

а) лечащий врач;

б) консультант (врачи - участники консилиума).

28. Необходимость проведения консультации (консилиума врачей) при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в плановой форме устанавливает лечащий врач.

29. Предварительно лечащий врач обеспечивает проведение обследования пациента по имеющемуся у пациента заболеванию или состоянию, по которому требуется консультация (консилиум врачей).

30. Лечащий врач формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации и согласует его.

31. Лечащий врач подготавливает клинические данные пациента (данные осмотра, диагностических и лабораторных исследований, иные данные) в электронном виде и направляет их консультанту (врачам - участникам консилиума) либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим медицинским данным пациента.

32. По результатам проведения консультации (консилиума врачей) консультант (врачи - участники консилиума) оформляет медицинское заключение (протокол консилиума врачей).

33. В случае проведения консилиума врачей протокол консилиума врачей подписывается всеми участниками консилиума.

34. Подписанное медицинское заключение (протокол консилиума врачей) направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ лечащего врача к медицинскому заключению (протоколу консилиума врачей) и сопутствующим материалам.

VIII. Порядок проведения консультаций при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований
35. Участниками консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения

заклучения по результатам диагностических исследований являются:

- а) лечащий врач;
- б) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование;
- в) консультант.

36. Необходимость проведения консультаций с применением телемедицинских технологий в целях вынесения заключения по результатам диагностических исследований устанавливает лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование.

37. Лечащий врач оформляет направление для проведения диагностического исследования согласно требованиям к порядку оформления направления на соответствующий вид диагностического исследования.

38. Медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, предоставляет лечащему врачу результаты диагностического исследования.

39. Лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, формирует направление на консультацию согласно требованиям к порядку оформления направлений на консультации и согласовывает его.

40. Лечащий врач и (или) медицинский работник, осуществляющий диагностическое исследование, подготавливает результаты диагностического исследования в электронном виде и направляет их консультанту либо обеспечивает дистанционный доступ к соответствующим данным.

41. По результатам проведения консультации консультант оформляет медицинское заключение.

42. Медицинское заключение направляется в электронном виде лечащему врачу либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным.

43. Медицинское заключение направляется в электронном виде медицинскому работнику, осуществляющему диагностическое исследование, либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным.

IX. Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями

44. Участниками консультаций являются:

- а) пациент и (или) его законный представитель;
- б) медицинский работник (медицинские работники).

45. При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках программы государственных гарантий выбор консультирующей медицинской организации и врача-консультанта осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке <3>.

<3> Статья 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724, 2017, N 31, ст. 4791).

46. Консультирующая медицинская организация, а также организация, являющаяся оператором иных информационных систем, предоставляют пациенту и (или) его законному представителю в доступной форме, в том числе посредством размещения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", следующую информацию:

- а) о консультирующей медицинской организации, участвующей в оказании консультации:
 - наименование консультирующей медицинской организации;
 - место нахождения;
 - контактная информация (контактный телефон, адрес электронной почты);
 - лицензия на осуществление соответствующих видов деятельности;
 - перечень профилей оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;
- б) об организации, являющейся оператором иных информационных систем:
 - наименование организации;

место нахождения;

контактная информация (контактный телефон, адрес электронной почты);

место хранения документации и сопутствующих документов, полученных в результате оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (наименование информационной системы и наименование и контакты оператора информационной системы);

в) о консультанте, враче - участнике консилиума:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

сведения об образовании (наименование образовательной организации, год окончания, специальность, квалификация, курсы повышения квалификации, сертификаты);

сведения о медицинской организации (наименование, место нахождения, контактные данные) или сведения об индивидуальном предпринимателе, осуществляющем медицинскую деятельность на основании лицензии, а также сведения о лицензии на осуществление соответствующих видов деятельности;

занимаемая должность в медицинской организации;

стаж работы по специальности (лет);

сведения о квалификационной категории, ученой степени;

сведения о предыдущих местах работы по медицинской специальности (наименование организации, занимаемая должность, период работы (лет) (при наличии);

существенные условия договора на оказание соответствующих услуг;

график работы консультантов;

г) сведения о порядке и условиях оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, включая:

порядок оформления информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

возможность получения анонимной (или с использованием технологии псевдонимизации) платной консультации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, и порядок получения таких консультаций;

порядок идентификации и аутентификации пациента (или его законного представителя) с использованием единой системы идентификации и аутентификации (обязательно в случае получения консультаций в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи);

порядок оформления согласия пациента на обработку персональных данных, данных о состоянии его здоровья в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

возмездный или безвозмездный характер консультации (платная, бесплатная);

стоимость оказания консультации и порядок ее оплаты (в случае оказания платной консультации);

порядок получения медицинского заключения по результатам проведенной консультации;

технические требования к электронным документам, предоставляемым пациентом (или его законным представителем) медицинскому работнику;

режим оказания медицинской организацией медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

д) об информационных системах, используемых при консультации, и операторах указанных систем:

наименование информационной системы;

наименование и контакты оператора информационной системы, используемой при консультации;

место хранения документации и сопутствующих документов, полученных в результате оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями (наименование информационной системы и наименование и контакты оператора информационной системы).

47. При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного пациенту лечения, в том числе формирование рецептов на лекарственные препараты в форме электронного документа, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).

48. Результатом консультации является медицинское заключение или при условии предварительного установления диагноза на очном приеме (осмотре, консультации) по данному обращению, - соответствующая запись о корректировке ранее назначенного лечения в медицинской документации пациента лечащим врачом, в том числе формирование рецепта на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

49. В случае обращения пациента без предварительного установления диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации) медицинское заключение может содержать рекомендации пациенту или его законному представителю о необходимости проведения предварительных обследований в случае принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

50. Информация, указанная в пунктах 48 и 49 настоящего Порядка, направляется в электронном виде пациенту и (или) его законному представителю, либо обеспечивается дистанционный доступ к соответствующим данным, в том числе путем ее размещения на информационном ресурсе, посредством которого осуществляется консультация.

Х. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента

51. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом, включая программу и порядок дистанционного наблюдения, по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза заболевания.

52. Участниками дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента являются:

а) пациент и (или) его законный представитель;

б) лечащий врач по случаю обращения, в рамках которого осуществляется дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, а также, при необходимости, медицинский работник, осуществляющий дистанционное наблюдение и (или) экстренное реагирование при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений.

53. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента осуществляется с использованием Единой системы, и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, и (или) медицинских информационных систем, и (или) иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг <4>.

<4> Часть 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724, 2017, N 31, ст. 4791).

54. При дистанционном наблюдении за состоянием здоровья пациента в том числе осуществляется:

а) дистанционное получение данных о состоянии здоровья пациента в автоматическом режиме при использовании медицинских изделий, имеющих функции передачи данных, в том числе в информационных системах, используемых для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента;

б) ручной ввод данных о состоянии здоровья пациента, в том числе ручной ввод данных с медицинских изделий, не имеющих функции передачи данных;

в) регистрация и контроль актуальности сведений о медицинских изделиях, используемых для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента;

- г) направление сообщений лечащему врачу, в том числе от пациентов, операторов информационных систем, используемых для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента, а также медицинских работников, обеспечивающих дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента;
- д) документирование фактов передачи и получения данных о состоянии здоровья пациента;
- е) обработка данных о состоянии здоровья пациента;
- ж) доступ лечащего врача, который назначил дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента после очного приема (осмотра, консультации), а также при необходимости медицинского работника, осуществляющего дистанционное наблюдение и (или) экстренное реагирование при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений, к сведениям о состоянии здоровья пациента;
- з) контроль показателей состояния здоровья пациента;
- и) индивидуальная настройка предельных значений показателей состояния здоровья пациента;
- к) направление сообщений пациенту;
- л) экстренное реагирование при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений;
- м) передача и отображение сведений о состоянии здоровья пациента в электронной медицинской карте пациента;
- н) организация и ведение личного кабинета пациента;
- о) настройка различных видов автоматизированных уведомлений.

55. Пациент (его законный представитель) при осуществлении дистанционного наблюдения за состоянием его здоровья:

- а) использует медицинские изделия в соответствии с инструкцией по их применению;
- б) собственноручно вводит достоверные данные о состоянии здоровья;
- в) соблюдает правила пользования информационными системами, используемыми для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента, установленные операторами указанных информационных систем.

56. Лечащий врач, назначивший дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента, обязан обеспечить экстренное реагирование по месту нахождения пациента при критическом отклонении показателей состояния здоровья пациента от предельных значений.

XI. Документирование и хранение информации, полученной по результатам оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

57. Документирование информации о проведении консультации с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в медицинскую документацию, осуществляется с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи.

58. Материалы, полученные по результатам дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой, медицинских работников и пациентов (или их законных представителей), включая материалы, направленные на консультацию, медицинские заключения по результатам консультаций и протоколы консилиумов врачей, данные, внесенные в медицинскую документацию пациента, данные, формирующиеся в результате дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента (далее - документация), а также аудио- и видеозаписи консультаций и консилиумов врачей, текстовые сообщения, голосовая информация, изображения, иные сообщения в электронной форме (далее - сопутствующие материалы), подлежат хранению.

59. Документация подлежит внесению в электронную медицинскую карту пациента медицинской информационной системы консультирующей медицинской организации.

60. Хранение документации осуществляется в течение сроков, предусмотренных для хранения соответствующей первичной медицинской документации.

61. Срок хранения сопутствующих материалов составляет один год.

62. Предоставление доступа к документации и сопутствующим материалам в течение сроков их хранения осуществляется в соответствии с требованиями настоящего Порядка, законодательства Российской Федерации.

63. Хранение документации в случае использования Единой системы, государственной

информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, медицинской информационной системы медицинской организации, иной информационной системы обеспечивается средствами указанных систем.

64. Предоставление документации (их копий) и выписок из них пациенту (или его законному представителю) осуществляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

29 июля 2017 года

Приложение 4
N 242-ФЗ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ВОПРОСАМ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Принят
Государственной Думой
21 июля 2017 года

Одобен
Советом Федерации
25 июля 2017 года

Статья 1

Внести в статью 26 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 2, ст. 219; 2003, N 27, ст. 2700; 2011, N 49, ст. 7019; 2013, N 48, ст. 6165; 2016, N 27, ст. 4238) следующие изменения:

1) пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Рецепты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ,

оформляются на специальных бланках на бумажном носителе и (или) формируются с согласия пациента или его законного представителя в форме электронных документов, подписанных с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи лечащего врача или фельдшера, акушерки, на которых возложены функции лечащего врача, и соответствующей медицинской организации.";

2) пункт 2 после слов "правила оформления" дополнить словами ", в том числе в форме электронных документов,".

Статья 2

Внести в Федеральный закон от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 16, ст. 1815; 2011, N 50, ст. 7351; 2012, N 26, ст. 3446; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 52, ст. 7540; 2015, N 29, ст. 4367) следующие изменения:

1) пункт 53 статьи 4 изложить в следующей редакции:

"53) рецепт на лекарственный препарат - медицинский документ установленной формы, содержащий назначение лекарственного препарата для медицинского применения, выданный медицинским работником в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска на бумажном носителе или с согласия пациента или его законного представителя в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, либо документ установленной формы, содержащий назначение лекарственного препарата для ветеринарного применения, выданный ветеринарным работником в целях отпуска лекарственного препарата или его изготовления и отпуска на бумажном носителе;"

2) статью 6 дополнить пунктом 4 следующего содержания:

"4) принятие решения об использовании на территории субъекта Российской Федерации наряду с рецептами на лекарственные препараты, оформленными на бумажном носителе, рецептов на лекарственные препараты, сформированных в форме электронных документов."

Статья 3

Внести в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3446; 2013, N 27, ст. 3477; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; 2014, N 30, ст. 4257; N 43, ст. 5798; N 49, ст. 6927, 6928; 2015, N 1, ст. 85; N 10, ст. 1425; N 27, ст. 3951; N 29, ст. 4397; 2016, N 1, ст. 9, 28; N 15, ст. 2055; N 18, ст. 2488; N 27, ст. 4219; 2017, N 18, ст. 2663) следующие изменения:

1) статью 2 дополнить пунктом 22 следующего содержания:

"22) телемедицинские технологии - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.";

2) статью 10 дополнить пунктом 10 следующего содержания:

"10) применением телемедицинских технологий.";

3) в части 2 статьи 14:

а) в пункте 11 слова "электронном виде" заменить словами "форме электронных документов, порядков их ведения";

б) в пункте 16 слова "и выписывания" исключить;

4) часть 7 статьи 20 изложить в следующей редакции:

"7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства содержится в медицинской документации гражданина и оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной

подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, может быть сформировано в форме электронного документа при наличии в медицинской документации пациента сведений о его законном представителе.";

5) часть 5 статьи 22 изложить в следующей редакции:

"5. Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.";

6) часть 8 статьи 34 изложить в следующей редакции:

"8. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.";

7) дополнить статьей 36.2 следующего содержания:

"Статья 36.2. Особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий

1. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий организуется и оказывается в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

2. Консультации пациента или его законного представителя медицинским работником с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

1) профилактики, сбора, анализа жалоб пациента и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента;

2) принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

3. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

4. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациента назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации). Дистанционное наблюдение осуществляется на основании данных о пациенте, зарегистрированных с применением медицинских изделий, предназначенных для мониторинга состояния организма человека, и (или) на основании данных, внесенных в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, или государственную информационную систему в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, или медицинскую информационную систему, или информационные системы, указанные в части 5 статьи 91 настоящего Федерального закона.

5. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

6. В целях идентификации и аутентификации участников дистанционного взаимодействия при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий используется единая система идентификации и аутентификации.

7. Документирование информации об оказании медицинской помощи пациенту с применением телемедицинских технологий, включая внесение сведений в его медицинскую документацию, осуществляется с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника.";

8) абзац первый части 4 статьи 37 после слов "Стандарт медицинской помощи разрабатывается" дополнить словами "в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти,";

9) пункт 4 части 2 статьи 73 изложить в следующей редакции:

"4) назначать лекарственные препараты в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;"

10) в пункте 6 части 1 статьи 74 слово "выписывать" заменить словами "выдавать рецепты на";

11) в статье 78:

а) пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3) выдавать медицинские заключения, справки, рецепты на лекарственные препараты и медицинские изделия на бумажном носителе и (или) с согласия пациента или его законного представителя в форме электронных документов с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;"

б) пункт 5 изложить в следующей редакции:

"5) создавать медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах, об оказываемой им медицинской помощи, о медицинской деятельности медицинских организаций с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.";

12) статью 91 изложить в следующей редакции:

"Статья 91. Информационное обеспечение в сфере здравоохранения

1. Информационное обеспечение в сфере здравоохранения осуществляется посредством создания, развития и эксплуатации федеральных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, информационных систем в сфере здравоохранения Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций, информационных систем фармацевтических организаций (далее - информационные системы в сфере здравоохранения).

2. В информационных системах в сфере здравоохранения осуществляются сбор, хранение, обработка и предоставление информации об органах, организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и об осуществлении медицинской и иной деятельности в сфере охраны здоровья. Обработка персональных данных в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляется с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

3. Операторами информационных систем в сфере здравоохранения являются уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, иные федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченные высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации на создание, развитие и эксплуатацию государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации (далее - уполномоченные органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации), организации, назначенные указанными органами, органы управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части, касающейся персонифицированного учета в системе обязательного медицинского страхования, медицинские организации и фармацевтические организации.

4. Требования к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Иные информационные системы, предназначенные для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг (далее - иные информационные системы), могут взаимодействовать с информационными системами в сфере здравоохранения и медицинскими организациями в порядке, на условиях и в соответствии с требованиями, установленными Правительством Российской Федерации.

6. Иные информационные системы подключаются к единой государственной системе в сфере здравоохранения уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и к единой системе идентификации и аутентификации федеральным исполнительным органом государственной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере информационных технологий.";

13) дополнить статьей 91.1 следующего содержания:

"Статья 91.1. Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

1. В целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения уполномоченным федеральным органом исполнительной власти создается, развивается и эксплуатируется единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (далее - единая система).

2. Положение о единой системе, в том числе порядок доступа к информации, содержащейся в ней, порядок и сроки представления информации в единую систему, порядок обмена информацией с использованием единой системы, утверждается Правительством Российской Федерации.

3. Единая система включает в себя:

1) сведения, содержащиеся в федеральных информационных системах в сфере здравоохранения, федеральных базах данных и федеральных регистрах в сфере здравоохранения, ведение которых осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти с использованием единой системы;

2) сведения о медицинских организациях, за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в которых федеральными законами предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба;

3) указанные в статье 93 настоящего Федерального закона сведения о лицах, которые участвуют в осуществлении медицинской деятельности;

4) указанные в статье 94 настоящего Федерального закона и обезличенные в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере средств массовой информации, сведения о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования;

5) сведения о медицинской документации, по составу которых невозможно определить состояние здоровья гражданина, и сведения о медицинской организации, в которой медицинская документация создана и хранится;

6) сведения статистического наблюдения в сфере здравоохранения, а также сводную аналитическую информацию по вопросам осуществления медицинской деятельности и оказания медицинской помощи;

7) сведения об организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

8) сведения, необходимые для осуществления мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд;

9) сведения об организации обеспечения граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями (изделиями медицинского назначения) и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии со статьей 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 года N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи",

пунктами 19 и 20 части 1 статьи 14, статьей 44 и пунктом 5 части 2 статьи 81 настоящего Федерального закона;

10) классификаторы, справочники и иную нормативно-справочную информацию в сфере здравоохранения, перечень, порядок ведения и использования которой определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4. Единая система обеспечивает ведение федеральных регистров, предусмотренных частью 2.1 статьи 43, частями 4, 8 статьи 44 настоящего Федерального закона, статьей 24.1 Закона Российской Федерации от 15 мая 1991 года N 1244-1 "О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС".

5. Единая система обеспечивает возможность предоставления гражданам услуг в сфере здравоохранения в электронной форме посредством единого портала государственных и муниципальных услуг, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации.

6. Поставщиками информации в единую систему являются:

1) уполномоченный федеральный орган исполнительной власти;

2) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и иные федеральные органы исполнительной власти в соответствии с полномочиями, установленными законодательством Российской Федерации;

3) Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации;

4) уполномоченные органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

5) органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;

6) медицинские организации и фармацевтические организации;

7) организации, являющиеся операторами иных информационных систем, указанных в части 5 статьи 91 настоящего Федерального закона.

7. Пользователями информации, содержащейся в единой системе, являются органы и организации, указанные в части 6 настоящей статьи, а также граждане.

8. Доступ к информации, содержащейся в единой системе, предоставляется поставщикам информации в единую систему, а также органам и организациям, являющимся пользователями единой системы, в соответствии с их компетенцией, установленной федеральными законами и принятыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации.";

14) в статье 92:

а) часть 1 изложить в следующей редакции:

"1. При осуществлении медицинской деятельности ведется учет персональных данных лиц, участвующих в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования (далее - персонифицированный учет).";

б) в части 2 слова "операторы информационных систем, указанные в части 2 статьи 91" заменить словами "операторы информационных систем в сфере здравоохранения, указанные в части 3 статьи 91";

в) часть 4 изложить в следующей редакции:

"4. При ведении персонифицированного учета должны обеспечиваться конфиденциальность персональных данных лиц, которые участвуют в осуществлении медицинской деятельности, лиц, которым оказывается медицинская помощь, а также лиц, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, и безопасность указанных персональных данных с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных.";

15) в статье 93:

а) в наименовании слова "в оказании медицинских услуг" заменить словами "в

осуществлении медицинской деятельности";

б) в абзаце первом слова "в оказании медицинских услуг" заменить словами "в осуществлении медицинской деятельности";

в) пункт 11 изложить в следующей редакции:

"11) сведения об образовании, в том числе данные об организациях, осуществляющих образовательную деятельность по реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования, о документах об образовании и (или) о квалификации, о договоре о целевом обучении, а также данные о сертификате специалиста или аккредитации специалиста;"

г) в пункте 12 слова "оказывающей медицинские услуги" заменить словами "осуществляющей медицинскую деятельность";

д) в пункте 13 слова "оказывающей медицинские услуги" заменить словами "осуществляющей медицинскую деятельность";

е) дополнить пунктом 14 следующего содержания:

"14) сведения о членстве в медицинских профессиональных некоммерческих организациях, указанных в статье 76 настоящего Федерального закона (при наличии).";

16) в статье 94:

а) наименование изложить в следующей редакции:

"Статья 94. Сведения о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования";

б) в абзаце первом слова "оказываются медицинские услуги" заменить словами "оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования";

в) в пункте 14 слова "оказавшей медицинские услуги" заменить словами "осуществляющей медицинскую деятельность";

г) пункт 18 изложить в следующей редакции:

"18) объем оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах;"

д) пункт 21 изложить в следующей редакции:

"21) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты;"

е) в пункте 23 слова "медицинскую услугу" заменить словами "медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования".

Статья 4

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2018 года.

2. Положения статьи 26 Федерального закона от 8 января 1998 года N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (в редакции настоящего Федерального закона), статей 4 и 6 Федерального закона от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" (в редакции настоящего Федерального закона), пункта 3 статьи 78 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции настоящего Федерального закона) в части, касающейся формирования и выдачи рецептов на лекарственные препараты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, в форме электронных документов, применяются с 1 января 2019 года.

3. Положения частей 3 и 6 статьи 91.1 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции настоящего Федерального закона) не применяются до 1 января 2019 года в части, касающейся предоставления информации в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, в отношении медицинских организаций частной системы здравоохранения, если такие медицинские организации ранее не приняли решения о предоставлении информации в указанную систему.

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН

Москва, Кремль
29 июля 2017 года
N 242-ФЗ