

## ПРЕДЫСТОРИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

# Белая книга по физической и реабилитационной медицине в Европе. Глава 2. В чем необходимость реабилитации для человека и для общества в целом

Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине

## АННОТАЦИЯ

В контексте Белой книги по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе, в настоящей статье описывается предыстория услуг ФРМ, включая следующее:

- Эпидемиологические аспекты функционирования и инвалидности
- Этические аспекты и права человека
- Системы реабилитации и здравоохранения
- Экономическое бремя инвалидности
- Влияние отсутствия реабилитации

На бремя инвалидности в обществе приходится планирование медицинских услуг, и в главе описывается обоснование специализированной реабилитации, предыстория ФРМ, и почему функциональная диагностика и разработка плана управления на основе функции является ее основной компетенцией.

В главе описывается рост бремени инвалидности из-за условий, наблюдаемых в практике ФРМ, а не тех заболеваний, которые способствуют физической нетрудоспособности, не включая психические заболевания, затруднения с обучением и т.д. Десять процентов населения Западной Европы имеют инвалидность и живут дольше, что приводит к увеличению расходов на здравоохранение и социальную помощь и большему воздействию сопутствующих заболеваний. В главе также описывается влияние и увеличение расходов при отсутствии реабилитации. Реабилитация не только эффективна на всех этапах заболевания, но и деньги, потраченные на нее, возвращаются в размере от 5 до 9 раз превышающим эти затраты (например, при возврате на работу). Специализированная реабилитация (предоставляемая службами ФРМ) крайне выгодна для всех неврологических состояний, что приводит к существенной экономии текущих расходов на уход, особенно у пациентов отделения интенсивной терапии. Дискриминация по признаку инвалидности была объявлена вне закона, и в тексте описывается правовой контекст и статус лица с ограниченными возможностями, проживающего в Европе. Во второй части освещаются конвенции Организации Объединенных Наций по правам человека, подтвержденные во «Всемирном докладе об инвалидности», а также принципы этической практики среди врачей ФРМ. Третья часть касается непостоянства доступности и финансирования реабилитационных услуг в разных странах. В главе также отдельно обсуждаются высокоспециализированные мероприятия (например, предоставленные врачом ФРМ) из специализированных методов лечения (таких как лечение пролежней) и общих методов лечения (например, после неосложненного перелома конечностей). Это имеет значение для организаций здравоохранения, организаций общественного здравоохранения, плательщиков, медицинских работников/учреждений, потребителей и общества.

Экономическое и социальное бремя инвалидности в обществе является значительным и имеет тенденцию к ухудшению, хотя его трудно определить количественно. Прямые затраты являются переменными и включают в себя дополнительные повседневные расходы лиц с ограниченными возможностями и государственные пособия по нетрудоспособности. Реабилитация играет ключевую роль в снижении этих затрат за счет содействия личному восстановлению и повышению эффективности посредством изменения факторов окружающей среды. В этой части описываются исследования экономии затрат путем реабилитации лиц с тяжелыми формами инвалидности. (Ссылка на данную статью: Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине. Белая книга по физической и реабилитационной медицине в Европе.

Глава 2. В чем необходимость реабилитации для человека и для общества в целом. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:46–55. DOI: 10.23736/S1973-9087.18.05145-6)

**Ключевые слова:** Физическая и реабилитационная медицина – Европа – Бремя инвалидности – Экономика – Права человека – Затраты на реабилитацию и ее влияние

## Введение

Белая книга (WB) по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе составлена четырьмя европейскими организациями ФРМ и представляет собой справочник для врачей ФРМ в Европе. WB преследует множество целей, в том числе создание унифицирующей структуры для европейских стран, информирование лиц, принимающих решения на европейском и национальном уровнях, о предоставлении учебных материалов для стажеров и врачей ФРМ и информации о ФРМ медицинскому сообществу, другим специалистам по реабилитации и общественности. В WB утверждается важность ФРМ как первичной медицинской специальности. Содержание включает определения и понятия ФРМ, объяснение необходимости реабилитации для человека и для общества в целом, основы ФРМ, историю специальности ФРМ, а также структуру и деятельность организаций ФРМ в Ев-

ропе, с последующим подробным изложением практика ФРМ, то есть знаний и навыков физических терапевтов и реабилитологов, области клинической компетенции ФРМ, местом специальности ФРМ в системе здравоохранения и обществе, образования и непрерывного профессионального развития врачей ФРМ, особенностей и проблем науки и исследований в ФРМ, а также задач и перспектив на будущее ФРМ.

В этой главе описывается предыстория контекста услуг ФРМ. Любое их планирование должно учитывать бремя инвалидности в обществе, и в главе дается обзор ситуации не только в Европе, но и в целом по всему миру. Специалисты ФРМ должны полагаться на этот контекст и уметь применять его для ведения практики в рамках принятых стандартов их специальности. Другие врачи, специалисты в области здравоохранения и специалисты по планированию услуг также должны быть осведомле-

ны о предыстории ФРМ и почему проведение функциональной диагностики и составление плана управления на основе функции является основным элементом компетенции в ФРМ.

### Эпидемиологические аспекты

#### Демографические изменения в Европе

Население Европы не только растет, но и недавно увеличилось от большого прилива мигрантов. Цифры в 2013 году указывают на 742,5 миллиона жителей, из которых 510 миллионов проживают в 28 государствах-членах Европейского Союза. Европейский союз медицинских специалистов (UEMS) включает в себя Большую Европу с 31 страной – странами-членами ЕС плюс Швейцария, Норвегия, Исландия). Турция, Израиль и Сербия являются ассоциированными членами, но Секция UEMS-PRM также включает страны-наблюдатели (Босния и Герцеговина, Черногория, FYROM, Грузия, Армения, Россия и Украина). UEMS стремится включить другие страны из Восточной Европы и те, которые граничат с Азией, такие как Беларусь, Казахстан и Азербайджан.

Таким образом, общая численность населения выросла до 851,6 млн. человек в соответствии с более поздними статистическими данными (2016 год). Ожидаемая продолжительность жизни также растет среди европейцев. Например, в Германии она выросла почти на 3 года в период между 1990 и 2000 годами, и считается, что к 2030 году один человек из четырех будет в возрасте 65 лет или старше.<sup>1,2</sup> В дополнение к стареющему населению наблюдается рост уровня инвалидности, что отражается на росте бремени ухода, более высоких издержек на здравоохранение и социальную помощь и большем воздействии сопутствующих заболеваний. Около 10% населения Западной Европы имеют инвалидность, согласно британским исследованиям.<sup>3,4</sup>

Необходимо также учитывать два важных фактора:

- Растет число людей со сложными функциональными нарушениями, выживших после серьезных заболеваний и травм.
- Многие из этих людей находятся в молодом возрасте на момент их происшествия / травмы и будут жить в течение многих десятилетий.<sup>5,6</sup>

Примеры многочисленны, например, инсульт, травматическое повреждение головного мозга, множественная травма и детская онкология, где лучше организованный уход в острую фазу и реабилитация привели к большей выживаемости и улучшению результатов.<sup>7-16</sup>

В современном обществе также существует ожидание качественного здравоохранения. Это предъявляет дополнительные требования ко всему медицинскому обслуживанию, включая врачей ФРМ. Работа с последствиями болезни и травм, такими как спастичность после кровоизлияния в головной или спинной мозг, означает не только улучшение жизни пациентов, но и пользу для экономики здравоохранения за счет сокращения расходов на лечение этих осложнений. Это будет оказывать прямое влияние на обеспечение ухода, трудовую жизнь и пенсии.<sup>12, 13, 17</sup> В частности, проблемы, такие как неподвижность, боль, питание, недержание, речевые нарушения, расстройства настроения и поведения становятся важными в дополнение к системным заболеваниям и осложнениям, приводящим к инвалидности. Реабилитация эффективна в снижении бремени инвалидности и в расширении воз-

можностей для людей с ограниченными возможностями. Проведение реабилитации может быть дешевле, чем ее отсутствие (17). Имеются убедительные доказательства того, что предотвращение осложнений неподвижности (например, пролежней и контрактур), черепно-мозговой травмы (например, поведенческих расстройств) и боли (например, изменения настроения) могут привести ко множеству благоприятных результатов.<sup>17</sup>

#### Эпидемиологические аспекты функционирования и инвалидности

Методология эпидемиологических исследований традиционно основывается на патологиях. В настоящее время объектом исследований становятся хронические заболевания, без надлежащего рассмотрения концепций функционирования, участия и качества жизни среди людей с ограниченными возможностями в качестве населения. Современный подход направлен на решение этих проблем, фокусируя внимание на ожидаемой продолжительности жизни (HALE) и годах жизни, скорректированных на нетрудоспособность (DALYs).

Это краткие показатели состояния здоровья населения, которые объединяют в себе информацию о смертности и не смертельных исходах болезни, обеспечивая представление о здоровье населения в одной цифре.

В дополнении к заболеваемости и распространенности наиболее частых патологий в области (инсульты, поражение спинного мозга, черепно-мозговые травмы, ампутация, ревматические заболевания, другие неврологические или опорно-двигательные нарушения, боль и т.д.), эпидемиология в ФРМ должна учитывать:

- возникающую в результате потерю функционирования по определению МКФ;
- естественную историю функций, деятельности и участия;
- необходимость в ресурсах и доступ к ним для использования в реабилитации (людские ресурсы, объекты, оборудование, материалы);
- доступ к имеющимся ресурсам ФРМ.

Такая информация помогает планировать и устанавливать очередность региональных, национальных и европейских служб в финансировании исследований и в развитии обучения, предоставляя информацию об эффективности и экономичности мероприятий ФРМ. Существует много отчетов, в которых приводятся данные о масштабах распространенности и заболеваемости основными нарушениями, которые наблюдаются в практике ФРМ. Некоторые примеры приведены в Приложении 3. Их воздействие вызывает особую обеспокоенность в ФРМ. В качестве примера можно привести результаты недавнего опроса в Португалии, в котором сообщалось, что, по меньшей мере, 0,7% всего населения было приковано к постели; 0,4% были прикованы к инвалидному креслу (необходимость в инвалидных колясках); 1,9% не могли проживать самостоятельно без помощи посторонних лиц; 9,0% не ходили или испытывали значительные трудности при ходьбе; нарушение перемещения с кровати и обратно; 6,2% не могли сходить в туалет без посторонней помощи; 8,6% нуждались в помощи, чтобы одеться или раздеться; 3,6% мужчин и 5,3% женщин страдали от недержания мочи; около 2,3% имели затруднение речи. Общая распространенность всех нарушений в обществе составляла 10%.<sup>18</sup> Таким образом, эпидемиологические данные подтверждают длительные

хронические заболевания среди населения в Европе и подчеркивают необходимость реабилитации в Европе. Конкретные эпидемиологические данные, сфокусированные на функционировании и сокращении дееспособности, необходимы для получения правильного представления о нашем прогрессе в мировой реабилитационной практике. Таким образом, возможно, можно догадаться о важности необходимости реабилитации и потенциально значительного вклада ФРМ в снижение этого бремени, а также в поддержание людей с ограниченными возможностями.

### Этические аспекты и права человека

Цель данной главы состоит в том, чтобы подчеркнуть прогресс, достигнутый на сегодняшний день в поддержке прав человека для людей с ограниченными возможностями, особенно когда они нуждаются в рекомендациях и лечении от служб ФРМ. В данной главе рассматриваются два аспекта: права человека как социальный подход (макроуровень) и этический подход к практической медицине (микроуровень). В действительности эти два аспекта взаимодействуют друг с другом.

Вывод заключается в том, что права человека играют все более важную роль в борьбе за улучшение здоровья и здравоохранения во всем мире. Они также имеют важные последствия для практикующих реабилитологов и исследователей и должны послужить фундаментом любой этической основы для реабилитации. Можно даже утверждать, что права и достоинство сами являются ценным результатом реабилитации.

Данная глава посвящена главным образом правам человека, но была включена, чтобы показать, какое место они занимают в практике ФРМ. Специалисты в этой области должны решать этические вопросы, касающиеся принципов и норм надлежащего профессионального поведения. Они также должны интересоваться знанием прав и обязанностей самих медицинских специалистов и их поведения по отношению к пациентам и коллегам-практикам, включая действия, предпринятые по уходу за пациентами и членами их семьи.

Они берут на себя ответственность придерживаться стандартов этической практики и поведения, установленных их профессией и в большинстве европейских государств (например, «Надлежащая медицинская практика» Генерального медицинского совета Великобритании). Она включает в себя этические аспекты в области ухода за пациентами, профессиональную командную работу и преодоление ограничений здравоохранения. Практикующие врачи должны принимать во внимание образ жизни людей с ограниченными возможностями и следовать общему профессиональному поведению в этических вопросах при проведении исследований реабилитации.

#### *Подход, основанный на соблюдении прав человека:*

Возможности прав человека претерпели значительные изменения в правовом поле, связанном с дискриминацией людей с ограниченными возможностями.

В настоящее время в мире насчитывается более одного миллиарда людей с ограниченными возможностями<sup>19</sup>, и они составляют значительную часть общества. Это около 106 миллионов человек, живущих в Европе. Таким образом, их права главенствующие, а сами люди не являются фракцией, требующей к себе внимания. Раньше их просто рассматривали как группу, которой нужно

оказывать помощь, но в Европе сейчас принято (или должно) считать нормой жизнь таких граждан в полной автономии, с включением, уважением и правами человека.<sup>20</sup> Это является основополагающим в тексте CRPD. Это также нашло поддержку в Стандарте о правах человека ООН, который составляет основу законодательства для предотвращения дискриминации в отношении людей по признаку инвалидности. В Декларации ООН о правах человека<sup>21</sup> говорится, что лицо с ограниченными возможностями не должно представлять собой объект ухода («пациент») на протяжении всей жизни. Вместо этого он или она является гражданином с особыми потребностями, связанными с определенным ограничением. Такие потребности должны удовлетворяться в обществе, но в «нормальном» контексте. Участие является основополагающим, а его центральный аспект является доступ к обществу. Это включает в себя физический доступ, например, в общественные и частные места и здания, а также в общественный транспорт, доступ к информации и т. д. В ряде европейских стран были установлены правила обеспечения доступности для строительства общественных зданий. Генеральная ассамблея ООН одобрила разработку стандартов ООН в декабре 1993 года, и ее разработка в рамках конвенции, предусматривающей полное участие и равенство инвалидов, имеет важное значение для определения основополагающих принципов. ВОЗ определяет инвалидность как взаимодействие человека с заболеванием и окружающей средой, которое решает дилемму между медицинским или социальным подходом.<sup>19</sup>

Совет Европы также опубликовал серию докладов и документов по правам человека для людей с ограниченными возможностями. Они не были подробно изложены здесь, поскольку были опубликованы во втором издании Белой книги.<sup>22, 23</sup> Их цели заключаются в следующем:

- улучшить качество жизни людей с ограниченными возможностями и их семей в течение следующего десятилетия;
- принять меры, направленные на улучшение качества жизни людей с ограниченными возможностями, которые должны основываться на надежной оценке их ситуации, потенциала и потребностей;
- разработать план действий для достижения этих целей;
- обеспечить равный доступ к занятости как ключевой элемент социального участия;
- применять инновационные подходы, в связи с увеличением продолжительности жизни людей с физическими, психологическими и умственными нарушениями;
- организовывать мероприятия для обеспечения хорошего физического и психического состояния здоровья на более поздних этапах жизни;
- укреплять поддерживающие структуры вокруг людей с ограниченными возможностями, нуждающихся во всесторонней поддержке;
- содействовать предоставлению качественных услуг;
- разрабатывать программы и ресурсы для удовлетворения потребностей людей с ограниченными возможностями.

В нескольких европейских странах также было создано законодательство о правах инвалидов.<sup>24</sup> В некоторых из них уже давно действует законодательство с общей политикой по реабилитации инвалидов (например, во Франции с 1975 года применяется Закон об инвалидах),

но большинство стран приняли анти-дискриминационное законодательство только в течение последних пятнадцати-двадцати лет, например Закон о равных возможностях для инвалидов (Германия), Основной закон (Италия), Закон о Конституции (Финляндия), Закон о защите прав инвалидов (Венгрия, 1998 год), «Здоровье для всех 2004» (Словения), Закон о дискриминации в отношении инвалидов 1996 года (Великобритания), «Toward Inclusion 2001» (книга «На пути к участию») (Великобритания) и т.д. Они заключаются в следующем:<sup>7</sup>

- Реабилитация и право на здоровье описаны во Всемирном докладе об инвалидности 2011 года и Конвенции ООН о правах человека 2005 года (19,25,26). Права человека основаны на ценностях FREDА (свобода, уважение, равенство, достоинство, автономия), которые обеспечивают свободу от дискриминации, особенно в случаях, когда речь идет о правах меньшинств. Все члены общества имеют право на здоровье с точки зрения детерминант здоровья, санитарии, пищу, воду, питание и право на реабилитацию. Концептуальное описание реабилитации ранее давалось в контексте его предоставления через сектор здравоохранения
- Реабилитация также находит поддержку в рамках международного права, и о ней много говорилось в декларациях и конвенциях, например, Конвенция ООН о правах инвалидов 2006 года.<sup>27</sup> В равной степени реабилитация поддерживается в соответствии с региональным законодательством ЕС, о чем и говорится в Европейской конвенции о правах человека. Наконец, ФРМ и службы здравоохранения помогают реализовывать подход, основанный на соблюдении прав человека, на практике реабилитации и предоставлении услуг ФРМ. Такие услуги должны свободно предоставляться, быть приемлемыми для пользователей, отличаться высоким качеством и быть доступными для всех (то есть недискриминационными, доступными физически и по стоимости, в рамках этики, однако это не закреплено в законе или конвенциях).
- Они должны также закреплять профессиональные ценности и стандарты, медицинское образование и профессиональную подготовку по вопросам этики и прав человека и информационно-пропагандистской деятельности

Рекомендации заключались в следующем:<sup>27</sup>

- продвижение профессиональных стандартов;
- упор на образовании и профессиональной подготовке медицинских студентов и врачей в вопросах этики и прав человека;
- содействие обучению среди людей с ограниченными возможностями, влияние на политиков и организация помощи по защите прав.

С точки зрения прав человека, практика реабилитации устанавливает основные стандарты медицинских услуг, которые должны быть:

- доступными с физической и информационной точки зрения;
- недискриминационными;
- доступными по цене;
- приемлемыми с точки зрения этики и культуры;
- адекватными с научной и медицинской точек зрения, и высочайшего качества.

Говоря о медико-санитарной помощи, основной целью политики здравоохранения является максимизация здоровья населения в пределах имеющихся ресурсов и в

рамках этических принципов, основанных на принципах справедливости и солидарности. Инновационные технологии, обеспечивающие терапевтический эффект, должны быть доступны по приемлемой цене.<sup>28</sup>

Ниже будут описаны подразумеваемые варианты на макро-, мезо- и микроуровне. В 2005 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Резолюцию «Инвалидность, включая профилактику, контроль и реабилитацию», и сформулировала несколько рекомендаций, поручив Генеральному директору ряд задач.<sup>29</sup> ВОЗ рассматривает инвалидность как проблему в области прав человека, общественного здравоохранения и развития.<sup>30, 31</sup>

#### *Применение принципов (медицинской) этики*

С точки зрения медицинской этики, что это значит для медицинской практики? Совместное принятие решений важно для врачей всех медицинских специальностей, но особенно важно для тех, кто занимается ФРМ. Принятие прав человека в качестве движущей силы для всеобъемлющей политики и медицинской этики является основополагающим принципом реабилитации пациентов и практика ФРМ. Отставание интересов в принятии решений на уровне правительства и планирования. В данной главе будут рассмотрены только этические принципы на макроуровне, т.е. в отношении политики здравоохранения.

Концептуальные решения, принимаемые обществом и органами здравоохранения, могут влиять на решения в отношении лиц с ограниченными возможностями. К ним относятся концепции инвалидности и ответы, описанные выше.

Во Всемирном докладе об инвалидности» (2011 год) и Конвенции о правах инвалидов Организации Объединенных Наций (CRPD, 2006) подчеркивается важность отстаивания прав людей с ограниченными возможностями в рамках Глобального плана действий ВОЗ по борьбе с инвалидностью на 2014–2021 гг.: «Улучшение здоровья для всех людей с ограниченными возможностями».<sup>18, 27, 30</sup> В статье 1 CRPD описывается цель конвенции: поощрять, защищать и обеспечивать всем людям с ограниченными возможностями полное и равное пользование всеми правами и основными свободами человека, и поддерживать уважение их врожденного достоинства. CRPD является юридически обязательной в странах, ратифицировавших ее, а Статья 26 «Абилитация и реабилитация» призывает государства организовывать, укреплять и расширять услуги в области всестороннего развития способностей и реабилитации, особенно в сфере здравоохранения, занятости, образования и социального обслуживания.

Все это закреплено в практике ФРМ и поддерживается врачами ФРМ, поэтому реабилитация стала ключевой стратегией в области здравоохранения в XXI веке.<sup>32</sup> Это должно удовлетворить растущую из-за успехов в области здравоохранения и медицинских технологий, стареющего населения, увеличения выживаемости и ожидаемой продолжительности жизни и большего бремени хронических и длительных заболеваний потребность в реабилитации, что приводит к дополнительным расходам на фоне сокращения бюджетов.

Этические и культурные аспекты также обсуждаются в других главах книги и показывают, что врачи ФРМ также выступают в качестве защитников в консультировании правительств и организаций по планированию здравоохранения при принятии решений. В главах показано,

что эти аспекты также рассматриваются в рамках учебных программ по реабилитации и последипломной подготовке. Специалистам, предоставляющим услуги ФРМ, потребуется время, чтобы обдумать такие вопросы.

### Системы реабилитации и здравоохранения

Доступ к услугам реабилитации и их финансирование меняются в зависимости от страны, и большинство таких изменений зависят от соответствующих социальных систем и систем здравоохранения.<sup>33, 34</sup> Различия также очевидны в способе сбора и расчета данных. В некоторых странах могут быть даже региональные различия. Заинтересованные стороны включают в себя органы здравоохранения (политики, а также администрации), общественные организации здравоохранения, плательщиков (медицинское и социальное страхование или другие организации, которые осуществляют финансирование здравоохранения и социальной помощи), поставщиков услуг, медицинских работников, потребителей и общество.

Доступ к реабилитационным мероприятиям регулируется назначениями врача ФРМ. Обсуждение реабилитации в Европе должно различать высокоспециализированные мероприятия, например, проводимые врачом ФРМ, от специализированных методов лечения, таких как лечение пролежней, и общих методов лечения, таких как мобилизация после, скажем, несложного перелома конечностей. Данная глава не в состоянии рассмотреть все эти вопросы, поскольку они оплачиваются по-разному, но так или иначе все они предоставляются. Плательщики и комиссары здравоохранения должны быть в курсе стоимости специализированных процедур, требующих участия многопрофильной команды, а не одного практикующего врача. Они могут показаться дорогими, однако в их пользу приводятся веские доводы их экономической эффективности в острой, подострой и хронической фазе.<sup>35, 36</sup> ФРМ представлена во всех, кроме одного из 34 членов UEMS, и каждая страна обязана определить, что будет, а что не будет финансироваться за счет обычных источников ресурсов.

Данная книга посвящена главным образом ФРМ в большинстве европейских стран. Мероприятия ФРМ входят в пакет государственного страхования, особенно реабилитация, проводимая специалистами в острой фазе заболевания, а в главе 8 описываются различные этапы процесса ФРМ. Тем не менее, почти повсеместно существует необходимость доплаты за счет пациента, как правило, это самая большая статья расходов при уходе во время хронических и длительных заболеваний.

Зачастую, пациенты обращаются в частные страховые компании и частные больницы для завершения своего лечения в дополнение к выше предоставленному государственному пакету услуг. Программы неотложной помощи ФРМ и физическая терапия могут быть ограничены по продолжительности или количеству сеансов, но больше всего различий существует в длительной реабилитации. Это, по-видимому, происходит из исторических различий, главным образом, между прошлым Восточной и Западной Европы, а также между северными и средиземноморскими районами. В некоторых странах отсутствует государственное финансирование длительного ухода, в особенности с момента недавнего финансового кризиса. В большинстве стран Центральной и Восточной Европы длительная реабилитация обычно относительно хорошо

организована и может сочетаться с процедурами в «SPA-центрах».

Неотложная помощь ФРМ (стационарная и амбулаторная), как правило, предоставляется в больницах неотложной помощи или общего профиля, или в частной практике (амбулаторно). Неотложная помощь предоставляется в больницах / центрах общего профиля и в специализированных медицинских учреждениях, тогда как долгосрочный уход в основном организуется в специализированных учреждениях, в зависимости иногда от социального обслуживания, а не здравоохранения. В некоторых странах пациенты получают доступ к программам ФРМ путем направления к врачу ФРМ, но существует тенденция направления пациентов больниц неотложной помощи для начала ранней реабилитации под наблюдением врачей ФРМ.

Хотя ФРМ признана почти во всех странах Европы, распределение специалистов по-прежнему относительно невелико. Существуют большие различия в количестве специалистов по странам, их роли в системе здравоохранения и в их условиях работы. В Приложении 2 показано изменение численности специалистов по странам, и, хотя оптимальное количество врачей ФРМ на единицу населения в Европе еще не установлено, очевидно, что между странами существует различие.

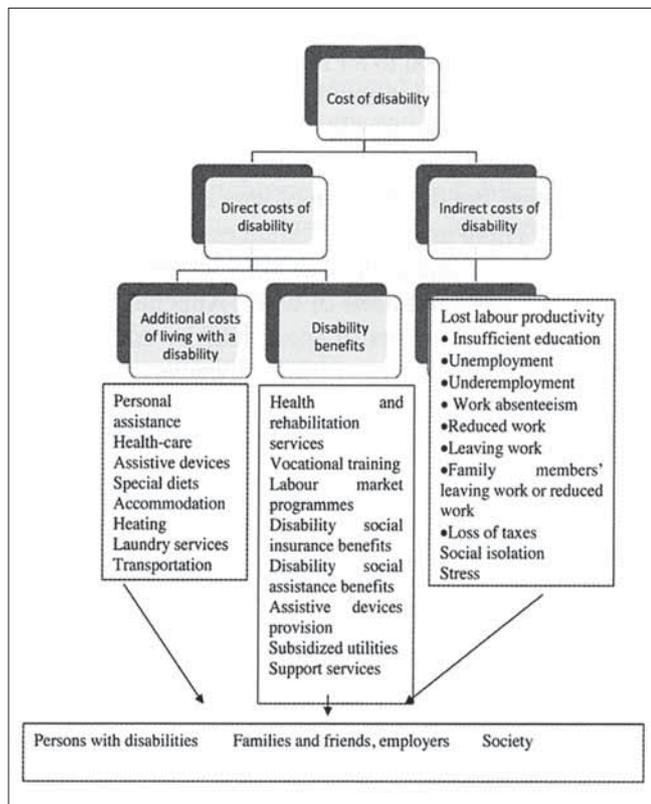
### Экономическое бремя инвалидности

#### *Затраты на инвалидность*

Экономическое бремя инвалидности приобретает все большее значение в противостоянии увеличению числа людей с ограниченными возможностями и последствиям растущей продолжительности жизни. Кроме того, экономический кризис в Европе поднимает вопрос о поддержке этих людей посредством экономической поддержки. Рост числа инвалидов уже накладывает экономическое и социальное бремя на общество, и ситуация усложняется, поскольку люди, рожденные во время двух демографических взрывов после Второй мировой войны, уже перешли отметку в 70 лет. Истинное число людей с тяжелой и умеренно тяжелой степенью инвалидностью трудно определить, но они, безусловно, предъявляют требования к здравоохранению на здравоохранение.

Одна из причин заключается в том, что определения инвалидности часто различаются в зависимости от дисциплины. Существуют также различные инструменты оценки и различные государственные программы по инвалидности, что затрудняет сравнение данных из разных источников (33). Кроме того, ограниченные данные о затратах на инвалидность не дают количественно оценить потери производительности, а общепринятых методов оценки затрат не существует.<sup>1</sup>

Чтобы лучше во всем разобраться, мы должны использовать определение инвалидности по МКФ<sup>37</sup>, что объясняется как функциональное ограничение, которое может быть связано не только с ухудшением или личным ограничением повседневной деятельности, но и со связью человека с окружающей средой, что включает нарушение функции на одном или нескольких из трех уровней: нарушения, ограничения активности и ограничения участия. Последующая утрата способности, на физическом или умственном уровне, снижает эффективность некоторых видов повседневной деятельности, увеличивая затраты на достижение определенного уровня самочувствия.



<i>Cost of disability</i>	<i>Затраты на инвалидность</i>
<i>Direct cost of disability</i>	<i>Прямые затраты на инвалидность</i>
<i>Indirect costs of disability</i>	<i>Косвенные затраты на инвалидность</i>
<i>Additional costs of living with a disability</i>	<i>Дополнительные повседневные расходы при инвалидности</i>
<i>Disability benefits</i>	<i>Пособия по инвалидности</i>
<i>Personal assistance</i>	<i>Персональная помощь</i>
<i>Health care</i>	<i>Здравоохранение</i>
<i>Assistive devices</i>	<i>Вспомогательные устройства</i>
<i>Special diets</i>	<i>Специальные диеты</i>
<i>Accommodation</i>	<i>Жилье</i>
<i>Heating</i>	<i>Лечение</i>
<i>Laundry services</i>	<i>Услуги прачечной</i>
<i>Transportation</i>	<i>Транспортировка</i>
<i>Health and rehabilitation services</i>	<i>Услуги здравоохранения и реабилитации</i>
<i>Vocational training</i>	<i>Профессиональное обучение</i>
<i>Labour market programmes</i>	<i>Программы рынка труда</i>
<i>Disability social assistance benefits</i>	<i>Пособия по социальной помощи инвалидам</i>
<i>Assistive devices provision</i>	<i>Предоставление вспомогательных устройств</i>
<i>Subsidized utilities</i>	<i>Предоставляемые субсидии</i>
<i>Support services</i>	<i>Службы поддержки</i>
<i>Lost labour productivity</i>	<i>Потеря трудовой производительности</i>
<i>Insufficient education</i>	<i>Недостаточное образование</i>
<i>Unemployment</i>	<i>Безработица</i>
<i>Underemployment</i>	<i>Неполная занятость</i>
<i>Work absenteeism</i>	<i>Отсутствие работы</i>
<i>Reduced work</i>	<i>Сокращенные рабочие часы</i>
<i>Leaving work</i>	<i>Увольнение</i>
<i>Family members' leaving work or reduced work</i>	<i>Отгулы членов семьи или сокращение рабочих часов</i>
<i>Loss of taxes</i>	<i>Потеря доходов от налогов</i>
<i>Social isolation</i>	<i>Социальная изоляция</i>
<i>Stress</i>	<i>Стресс</i>
<i>Persons with disabilities</i>	<i>Лица с ограниченными возможностями</i>
<i>Families and friends</i>	<i>Семьи и друзья</i>
<i>Society</i>	<i>Общество</i>

Рисунок 1. Затраты на инвалидность..

Согласно Всемирному отчету об инвалидности, затраты на инвалидность можно классифицировать как прямые и косвенные<sup>19</sup> (рисунок 1).

Прямые затраты можно разделить на две категории: (i) дополнительные расходы, которые инвалиды и их семьи несут на повседневные жизненные нужды, и (ii) пособия по инвалидности, предоставляемые правительствами.<sup>1</sup> В Великобритании затраты варьируются от 11% до 69% от стандартного дохода.<sup>38</sup> В Ирландии оценочная сумма затрат на инвалидность варьировалась от 20,3% до 37,3% от среднего еженедельного дохода в зависимости от продолжительности и степени ограничений этих людей. Уровень затрат выше у лиц с серьезными ограничениями.<sup>39</sup> 14% населения Боснии и Герцеговины<sup>40</sup> классифицируются, как лица с ограниченными возможностями.

Государственные расходы на программы по инвалидности включают пособия по получению полных и частичных льгот по инвалидности, а также планы досрочного выхода на пенсию по инвалидности или снижение трудоспособности. Расходы составляют около 2% валового внутреннего продукта (ВВП) с учетом пособий по болезни. Это почти в 2,5 раза превышает расходы на пособие по безработице и достигает около 5% ВВП в Нидерландах и Норвегии.<sup>40</sup> Таким образом, оценка потери производительности из-за инвалидности и соответствующих налогов является сложным процессом и нуждается в статистической информации.

Недавнее исследование показало, что стоимость инвалидности связана с двумя проблемами.<sup>41</sup> Первая – это финансовая. Люди с ограниченными возможностями могут столкнуться с большими трудностями при получении или сохранении работы, или получении более низкого дохода; при этом им, возможно, придется использовать свои собственные финансы / сбережения для удовлетворения своих нужд или им может потребоваться больший доход только для их повседневной жизни.

Вторая проблема связана с системами социальной защиты, которые предоставляют услуги посредством прямого налогообложения или обустройства окружающей среду, например, выделяют отдельную парковку или дотации на трудоустройство, направленные на компенсацию более высоких издержек, связанных с инвалидностью во многих странах.<sup>41</sup>

В Европе некоторые политические стратегии направлены на реинтеграцию инвалидов в работу, в то время как целью других является выплата компенсаций инвалидам.

По данным Евростата, общественные социальные расходы на инвалидность достигли 2% ВВП в ЕС-28 в 2012 году, начиная от 0,7% на Кипре до 4,4% в Дании.<sup>41</sup> Европейская комиссия подчеркнула в Европейской стратегии по борьбе с инвалидностью на 2010–2020 годы восемь областей для совместных действий между ЕС и странами-членами ЕС.

Они включают:

- доступность;
- участие;
- равенство;
- занятость;
- образование и обучение;
- социальную защиту;
- здоровье и внешнее воздействие.

*Роль реабилитации в снижении затрат на инвалидность*

Реабилитация играет принципиальную роль в снижении затрат на инвалидность за счет стимулирования

восстановления функционирования и усиления функции путем контроля факторов окружающей среды. Чтобы снизить затраты на инвалидность, такая гипотеза должна иметь хороший коэффициент рентабельности. Недавно, два исследования экономической эффективности стационарной реабилитации – одно для сложных неврологических нарушений в Великобритании (43), а другое для черепно-мозговых травм в Ирландии<sup>44</sup> – ясно продемонстрировали существенную текущую экономию затрат на уход в результате реабилитации, при среднем еженедельном снижении затрат на 760 фунтов стерлингов<sup>43</sup> или 639 фунтов стерлингов<sup>44</sup> на каждого пациента с сильно ограниченными возможностями. Возмещение затрат путем реабилитации было достигнуто за 14,2 или 15,6 месяца.<sup>43, 44</sup>

Важно отметить, что ожидаемая ежегодная экономия на одного пациента в такой группе пациентов с сильно ограниченными возможностями при поступлении в стационар на реабилитацию может составить 50 000 евро.<sup>44</sup> Программа нейробиологической реабилитации в стационаре во время подострой фазы черепно-мозговой травмы позволила сэкономить 1,13 млн. фунтов стерлингов для лиц, проходящих реабилитацию в первый год после черепно-мозговой травмы, и 0,86 млн. фунтов стерлингов для тех, кто проходит реабилитацию позже после травмы (более чем через один год).<sup>45</sup> Эти данные свидетельствуют о выходе преимуществ реабилитационных услуг (в том числе программ ФРМ) за рамки просто функционального улучшения, а также о значительной экономии средств как для семей, так и для сторонних плательщиков, а также для общества в целом. Экономическая эффективность реабилитации достигается в самых разных условиях при различных причинах инвалидности. Например, два исследования показали преимущества многодисциплинарной реабилитации боли при экономии затрат. Результатом явилась значительная экономия средств и на 42,98 дней отсутствия по болезни в течение одного года меньше по сравнению с пациентами, проходящими стандартное лечение.<sup>46</sup> В другом исследовании экономия составила 27 119 долларов США на семью в год после начала трехнедельной программы междисциплинарной детской реабилитации против хронических болей, профессиональной терапии, наземных и водных групповых упражнений, рекреационной терапии и психотерапии. Также наблюдалось значительное сокращение продолжительности госпитализации, посещения кабинетов врачей, служб физической и профессиональной терапии, сеансов психотерапии и пропущенных рабочих дней у родителей.<sup>47</sup> Также была продемонстрирована рентабельность долгосрочной сердечно-легочной реабилитации.<sup>48, 49</sup> Видны также преимущества с точки зрения восприятия инвалидности, значительно меньшее количество часов отсутствия по болезни, когда координированная и адаптированная программа профессиональной реабилитации (VR) предоставляется многопрофильной командой, работающей совместно под руководством врача ФРМ, по сравнению с контрольной группой с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Общая косвенная экономия средств составила около 1366 долларов США на человека в течение шести месяцев и 10 666 долларов США на человека после одного года участия в экспериментальной группе.<sup>50</sup> Кроме того, программы внебольничной реабилитации для длительного ухода за немощными пожилыми людьми оказались рентабельным с высокой степенью удовлетворенности пациентов. Тем не менее, по сравнению с традиционной стационарной реабилитацией, программа не сокращала продолжительность пре-

бывания в больнице или частоту повторной госпитализации.<sup>51</sup> Исследование профессиональных заболеваний опорно-двигательного аппарата показали, что ранняя реабилитация может привести к экономии медицинских расходов до 64% и расходов на пособия по инвалидности до 80%. Стоимость реабилитации также снизилась до 56% благодаря ее более раннему началу, а ожидаемая экономия средств составила примерно 170 000 долл. США на один случай.<sup>52</sup> В другом исследовании была рассчитана долгосрочная чистая экономия средств в размере 817 836 долл. США.<sup>53</sup>

Недавнее исследование рассеянного склероза выявило значительные различия между пациентами с низкой и с высокой степенью инвалидности – у последних значительно увеличилось число посещений медицинских учреждений и госпитализаций, ухудшилось качество жизни, начались более серьезные проблемы в работе, возросла безработица и возникла необходимость смены или прекращения работы, что привело к увеличению прямых и косвенных издержек, связанных с инвалидностью.<sup>54</sup> К этому расчету следует добавить дополнительные косвенные затраты на нетрудоспособность в размере 910 млн. евро (что составляет около 0,5% ВВП) для населения Португалии с ревматическими заболеваниями в 2013 году в результате досрочного выхода на пенсию. В эти цифры входят высокие годовые затраты по причине потерянных лет трудовой жизни.<sup>55</sup>

Известно, что в некоторых ситуациях реабилитационные мероприятия приводят к дополнительным затратам. Тем не менее, они могут быть связаны со значительным улучшением результатов лечения.

В некоторых других случаях реабилитационные мероприятия могут обеспечивать сходные клинические результаты при меньших затратах. Реабилитационные мероприятия могут сокращать другие расходы на здравоохранение или социальные услуги за счет поддержания производительности, которая была утрачена из-за основного заболевания или инвалидности.

### Влияние отсутствия реабилитации

**Ч**то произойдет в случае не предоставления услуг реабилитации и, в частности, физической и реабилитационной медицины (ФРМ)? Это может оказаться менее дорогостоящим, но приведет ли сокращение затрат на здравоохранение и социальную помощь к экономии в других сферах?<sup>43</sup> Таким образом, предоставление надлежащих услуг реабилитации является важным вопросом при планировании и обосновании услуг ФРМ как для отдельного человека, так и для его семьи или людей, осуществляющих уход, а также для других служб и общества в целом. Известно, что деньги, потраченные на реабилитацию, возвращаются в размере от 5 до 9 раз, превышающим эти затраты, и что реабилитация эффективна на всех этапах заболевания.<sup>22, 23</sup> Известно также, что специализированная реабилитация (предоставляемая службами ФРМ) чрезвычайно выгодна в экономическом плане для всех неврологических нарушений, что приводит к существенной экономии текущих расходов на уход, особенно у пациентов с сильно ограниченными возможностями.<sup>43</sup> Услуги ФРМ касаются реабилитационных потребностей людей со сложными потребностями, и по этой причине требуют значительных ресурсов в сфере здравоохранения. Например, прямые затраты на пациентов с инсультом со спастичностью в четыре раза больше, чем у таких же пациентов без спастичности.<sup>56</sup>

Примерами преимуществ услуг ФРМ являются:

- раннее устранение спастичности может предотвратить контрактуры и сократить время дальнейшей стационарной реабилитации;<sup>57</sup>
- ранняя выписка пациента после инсульта с последующей его поддержкой уменьшит общие расходы на здравоохранение;<sup>58</sup>
- услуги ФРМ связаны не только с более высоким показателем возврата к работе, но и оказывают поддержку людям на работе, принимая во внимание, что профессиональная реабилитация должна учитывать все факторы, необходимые для обеспечения максимальной вероятности устойчивого возвращения к работе.<sup>59</sup>

Реабилитационный потенциал человека нельзя рассматривать изолированно от возможного результата при отсутствии реабилитации. Вопрос, который пытается решить специалист по реабилитации, заключается в том, «улучшится ли состояние пациента, если программа реабилитации не будет проведена?» Естественная динамика заболевания и вытекающих из него нарушений и недостатков играют важную роль в конечном результате после реабилитации. Некоторые нарушения восстанавливаются спонтанно, а вмешательство на ранних этапах может создать ложное впечатление об эффективности терапии.<sup>60, 61</sup> С другой стороны, раннее вмешательство может привести к лучшему результату, даже если полное выздоровление не произойдет.<sup>62</sup>

Реабилитация может улучшить жизнь людей с ограниченными возможностями и их семей, но, что более важно, последствием отсутствия реабилитации может быть сокращение самостоятельного функционирования и качества жизни.<sup>63</sup> В больнице неотложной помощи многие поддающиеся исправлению проблемы, такие как проблемы с питанием, глотанием, мобильностью и оборудованием не могут быть устранены, так как основное внимание уделяется лечению первичных нарушений. Именно здесь врачи ФРМ могут помочь в предотвращении осложнений и обеспечить оптимальный уровень функционирования.<sup>64</sup>

Отсутствие реабилитации может привести к возникновению осложнений и потери функции, и, как результат, – к отсрочке выписки. Тем не менее, службы здравоохранения в законодательном порядке обязаны предоставлять реабилитационные услуги для удовлетворения медицинских нужд всех пациентов.<sup>65, 66</sup>

Отсутствие реабилитации при различных заболеваниях может привести к следующему:

- неподвижность, включая слабость, сердечно-респираторные нарушения, потеря мышечной массы, пролежни, спастичность, контрактуры и остеопороз;
- боль;
- проблемы с питанием;
- проблемы с глотанием;
- проблемы с мочевым пузырем и кишечником (запоры и недержание);
- речевые нарушения;
- когнитивные расстройства и неспособность к обучению;
- нарушения настроения и поведения;
- болезненность и хроническое заболевание по ряду причин; проблемы мочевого пузыря и сердечно-респираторные заболевания, сахарный диабет;
- осложнения основных заболеваний.

Зная об этом, услуги ФРМ должны оказываться в ходе длительного наблюдения за пациентами в процессе их перехода к жизни в сообществе, чтобы предотвратить:

- вторичные проблемы со здоровьем и социальную изоляцию;
- усталость членов семьи, ухаживающих за больным, и как следствие, разрушение отношений в семье;
- беспричинные вызовы практикующих врачей или социальных работников;
- экстренные повторные госпитализации;
- определение пациентов в дома инвалидов без необходимости;
- неуместное и несвоевременное назначение оборудования для инвалидов;
- невозможность обновлять оборудование для инвалидов с учетом развивающихся технологий, например, нейро-протезы.

Данный короткий текст не вдаётся в подробности о последствиях отсутствия реабилитации, но общим результатом могут явиться более низкие функциональные возможности и качество жизни человека. Это было наглядно показано в амбулаторных условиях за счет истощения ресурсов, затраченных при неотложной помощи и помощи в подострый период. Несколько инициатив признали этот поворот способностей вспять после выписки пациентов домой, а международная экспертная группа выпустила простой в использовании контрольный список с использованием в качестве модели людей, переживших инсульт.<sup>67</sup>

Контрольный список был проверен и признан полезным, и теперь может использоваться в качестве средства выявления проблем у людей с ограниченными возможностями, живущих дома или в муниципальных учреждениях.<sup>68</sup>

Опыт заключается в том, что многие люди страдают от исправимых осложнений из-за отсутствия реабилитации и медицинских услуг, и в конечном итоге тратят больше (например, на операции) на исправление ситуации или просто на повторное лечение, которое они могли бы уже «перерасти».

Описание последствий недостаточной реабилитации является важной задачей в продвижении и обосновании высококачественных услуг ФРМ.

### Список использованной литературы

1. Beyer H, Beyer L, Ewert Th, Gadomski M, Gutenbrunner Chr, Kröling P, et al. Weißbuch Physikalische Medizin und Rehabilitation. Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. 2002 M 1-M 30;
2. Deutscher Bundestag. Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. 4575 Drucksache / : Bundesdruckerei, Berlin; 2005;146.
3. Ward AB, Chamberlain MA. Disabled Young Adults. In Rehabilitation of the Physically Disabled Adult. 2nd Ed. Evans CD, Goodwill J, Chamberlain MA, Eds. London: Chapman & Hall; 1996.
4. Dennis M, Langhorne P. So stroke units save lives: where do we go from here? BMJ. 1994;1273–1277.
5. Brooks JC, Shavelle RM, Strauss DJ, Hammond FM, Harrison-Felix CL. Long-Term Survival After Traumatic Brain Injury Part II: Life Expectancy. Arch Phys Med Rehabil. 2015 Jun;96(6):1000–5.
6. Shavelle RM, Strauss DJ, Day SM, Ojdana KA. Life expectancy: In: Brain Injury Medicine: Principles and Practice. Zasler ND, Katz DI & Zafonte RD. Demos, New York; 2007. 247–261 p.
7. Rice-Oxley M, Turner-Stokes L. Effectiveness of brain injury rehabilitation. Clin Rehabil. 1999;13 Suppl 1:7–24.
8. Redmond AD, Johnstone S, Maryosh J, Templeton J. A trauma centre in the UK. Ann R Coll Surg Engl. 1993 Sep;75(5):317–20.

9. Templeton J. Organising the management of life-threatening injuries. *J Bone Joint Surg Br.* 1994 Jan;76(1):3–5.
10. Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo J, Bogousslavsky J, Hacke W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative (EUSI). *Cerebrovasc Dis.* 2000;1–11.
11. Anonymous. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2002;
12. National Clinical Guidelines for Stroke. Clinical Effectiveness and Evaluation Unit. 2nd Edition. Royal College of Physicians of London; 2004.
13. Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park Care Needs Assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil.* 1999 Jun;13(3):253–67.
14. Livingston MG, Brooks DN, Bond MR. Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1985 Sep;48(9):876–81.
15. British Society of Rehabilitation Medicine. Working Party Report on Traumatic Brain Injury. 1998 London;
16. McLellan DL. Rehabilitation. *British Medical Journal.* 1991;355–357.
17. Bent N, Tennant A, Swift T, Posnett J, Scuffham P, Chamberlain MA. Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *Lancet Lond Engl.* 2002 Oct 26;360(9342):1280–6.
18. Martin J, Meltzer H, Eliot D. Report 1 The Prevalence of Disability among Adults. Office of Population, Census and Surveys, Social Survey Division. London: OPCS Surveys of Disability in Great Britain; 1988.
19. WHO, World Bank. World Report on Disability. 2011.
20. United Nations. Standard Rules to provide persons with disability full participation and equality. New York; 1994.
21. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). New York; 2006.
22. Gutenbrunner C, Ward A, Chamberlain M. The White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med.* 2007 Jan;45(Suppl).
23. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. The White Book on Physical & Rehabilitation Medicine in Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2006;287–333.
24. Report of the Council of Europe. Recommendation R (92) A coherent policy for people with disabilities. Council of Europe. Strasbourg; 1992.
25. Skempes D, Stucki G, Bickenbach J. Health-related rehabilitation and human rights: analyzing states' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015 Jan;96(1):163–73.
26. United Nations. Convention on Human Rights. United Nations, New York; 2005.
27. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities 2005 & 2009. United Nations, New York.
28. Belgian EC Presidency. Report of the Belgian EC Presidency, adopted by the EC Council of Ministers of Health. 2010.
29. World Health Assembly Resolution. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. WHO 2002. 2002.
30. Global Disability Action Plan 2014–2021: Better health for all people with disabilities.
31. Gutenbrunner C, Negrini S, Kiekens C, Zampolini M, Nugraha B. The Global Disability Action Plan 2014–2021 of the World Health Organisation (WHO): a major step towards better health for all people with disabilities. Chance and challenge for Physical and Rehabilitation Medicine (PRM). *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015 Feb;51(1):1–4.
32. Stucki G. Olle Höök Lectureship 2015: The World Health Organization's paradigm shift and implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in rehabilitation. *J Rehabil Med.* 2016 Jun 13;48(6):486–93.
33. Turner-Stokes L, McCrone P, Jackson DM, Siegert RJ. The Needs and Provision Complexity Scale: a multicentre prospective cohort analysis of met and unmet needs and their cost implications for patients with complex neurological disability. *BMJ Open.* 2013;3(2).
34. Siegert RJ, Jackson DM, Playford ED, Fleminger S, Turner-Stokes L. A longitudinal, multicentre, cohort study of community rehabilitation service delivery in long-term neurological conditions. *BMJ Open.* 2014 Feb 28;4(2):e004231.
35. Ward AB, Gutenbrunner C, Damjan H, Giustini A, Delarque A. European Union of Medical Specialists (UEMS) section of Physical & Rehabilitation Medicine: a position paper on physical and rehabilitation medicine in acute settings. *J Rehabil Med.* 2010 May;42(5):417–24.
36. Ward AB, Gutenbrunner C, Giustini A, Delarque A, Fialka-Moser V, Kiekens C, et al. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). *J Rehabil Med.* 2012 Apr;44(4):289–98.
37. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health WHO Geneva 2001. 2001.
38. Zaidi A, Burchardt T. Comparing incomes when needs differ: equalization for the extra costs of disability in the UK. *Review of Income and Wealth;* 2015.
39. Cullinan J, Gannon B, Lyons S. Estimating the extra cost of living for people with disabilities. *Health Econ.* 2011 May;20(5):582–99.
40. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. *European Journal of Disability Research.* 2009;219–232.
41. Antón JA, Braña FJ, Muñoz de Bustillo R. An analysis of the cost of disability across Europe using the standard of living approach. 2016;281–306.
42. European Disability Strategy 2010–2020, A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe, (2010).
43. Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical data set. *BMJ Open.* 2016 Feb 24;6(2):e010238.
44. Cooney MT, Carroll Á. Cost effectiveness of inpatient rehabilitation in patients with brain injury. *Clin Med Lond Engl.* 2016 Apr;16(2):109–13.
45. Oddy M, da Silva Ramos S. The clinical and cost-benefits of investing in neurobehavioural rehabilitation: a multi-centre study. *Brain Inj.* 2013;27(13–14):1500–7.
46. Busch H, Bodin L, Bergström G, Jensen IB. Patterns of sickness absence a decade after pain-related multidisciplinary rehabilitation. *Pain.* 2011 Aug;152(8):1727–33.
47. Evans JR, Benore E, Banez GA. The Cost-Effectiveness of Intensive Interdisciplinary Pediatric Chronic Pain Rehabilitation. *J Pediatr Psychol.* 2016 Sep;41(8):849–56.
48. Dendale P, Hansen D, Berger J, Lamotte M. Long-term cost-benefit ratio of cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention. *Acta Cardiol.* 2008 Aug;63(4):451–6.
49. Ehlken N, Verduyn C, Tiede H, Staehler G, Karger G, Nechwatal R, et al. Economic evaluation of exercise training in patients with pulmonary hypertension. *Lung.* 2014 Jun;192(3):359–66.
50. Bültmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J. Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil.* 2009 Mar;19(1):81–93.
51. Sahota O, Pulikottil-Jacob R, Marshall F, Montgomery A, Tan W, Sach T. Comparing the cost-effectiveness and clinical effectiveness of a new community in-reach rehabilitation service with the cost-effectiveness and clinical effectiveness of an established hospital-based rehabilitation service for older people: a pragmatic randomised controlled trial with microcost and qualitative analysis – the Community In-reach Rehabilitation And Care Transition (CIRACT) study. *Health Services and Delivery Research;* 2016.
52. Theodore BR, Mayer TG, Gatchel RJ. Cost-effectiveness of early versus delayed functional restoration for chronic disabling occupational musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil.* 2015 Jun;25(2):303–15.
53. Lord RK, Mayhew CR, Korupolu R, Manthey EC, Friedman MA, Palmer JB, et al. ICU early physical rehabilitation programs: financial modeling of cost savings. *Crit Care Med.* 2013 Mar;41(3):717–24.
54. Jones E, Pike J, Marshall T, Ye X. Quantifying the relationship between increased disability and health care resource utilization, quality of life, work productivity, health care costs in patients with multiple sclerosis in the US. *BMC Health Serv Res;* 2016.

55. Laires PA, Gouveia M, Canhão H, Branco JC. The economic impact of early retirement attributed to rheumatic diseases: results from a nationwide population-based epidemiologic study. *Public Health*. 2016 Nov;140:151–62.
56. Lundström E, Smits A, Borg J, Terént A. Four-fold increase in direct costs of stroke survivors with spasticity compared with stroke survivors without spasticity: the first year after the event. *Stroke*. 2010 Feb;41(2):319–24.
57. Verplancke D, Snape S, Salisbury CF, Jones PW, Ward AB. A randomized controlled trial of botulinum toxin on lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury. *Clin Rehabil*. 2005 Mar;19(2):117–25.
58. Fjaertoft H, Indredavik B, Magnussen J, Johnsen R. Early supported discharge for stroke patients improves clinical outcome. Does it also reduce use of health services and costs? One-year followup of a randomized controlled trial. *Cerebrovasc Dis Basel Switz*. 2005;19(6):376–83.
59. Fadyl JK, McPherson KM, Schlüter PJ, Turner-Stokes L. Factors contributing to work-ability for injured workers: literature review and comparison with available measures. *Disability & Rehabilitation*. 2010;
60. Warner R. Stroke rehabilitation: benefits of educational initiatives. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2000 Nov 9;9(20):2155–62.
61. Grahn BEM, Borgquist LA, Ekdahl CS. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(2):214–21.
62. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions—a misguided enterprise? *Clin Rehabil*. 2005 Jan;19(1):1–3.
63. Quintard B, Croze P, Mazaux JM, Rouxel L, Joseph PA, Richer E, et al. Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine. *Ann Readaptation Med Phys Rev Sci Soc Francaise Reeducation Fonct Readaptation Med Phys*. 2002 Nov;45(8):456–65.
64. McLellan DL. Targets for Rehabilitation. *British Medical Journal*. 1985;1514.
65. Nybo T, Sainio M, Muller K. Stability of vocational outcome in adulthood after moderate to severe pre-school brain injury. *Journal of International Psychological Society*. 2004;719–23.
66. Association of British Neurologists, NeuroConcern Group of Medical Charities, British Society of Rehabilitation Medicine. *Neurological Rehabilitation in the United Kingdom*. 1992.
67. Philp I, Brainin M, Walker MF, Ward AB, Gillard P, Shields AL, et al. Development of a Post-stroke Checklist to Standardize Follow-up Care for Stroke Survivors. *Journal of Stroke & Cardiovascular Diseases*. 2013;e173–80.
68. Ward AB, Chen C, Norrving B, Gillard P, Walker MF, Blackburn S, et al. Evaluation of the Post Stroke Checklist: a pilot study in the United Kingdom and Singapore. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc*. 2014 Oct;9 Suppl A100:76–84.

---

В данной статье коллективное авторское название Альянса европейских организаций ФРМ включает:

- Европейскую академию реабилитационной медицины (EARM)
- Европейское общество по физической и реабилитационной медицине (ESPRM)
- Европейский союз медицинских специалистов – Секция физической и реабилитационной медицины (UEMS-PRM)
- Европейскую коллегия по физической и реабилитационной медицине (ECPRM) – обслуживается Советом UEMS-PRM
- редакторов третьего издания Белой книги по физической и реабилитационной медицине в Европе: Энтони Б. Уорд, Педро Кантоста, Мария Габриэлла Чераволо, Николас Христудулу, Ален Деларк, Кристоф Гутенбруннер, Шарлотта Кикенс, Саша Мославац, Энрике Варела-Доносо, Мауро Замполини, Стефано Негрини
- соавторов: Педро Кантоста, Шарлотта Кикенс, Энтони Б. Уорд, Мауро Замполини, Кароль Хорначек, Айдан Орал, Ллойд Брэдли, Рори О’Коннор, Кристоф Гутенбруннер, Эндрю Дж. Нейг, Геральдин Жакмин, Вера Нойманн, Питер Такач