

<https://doi.org/10.36425/rehab71384>

Организация многоуровневой междисциплинарной реабилитации в Нидерландах

Х. ван Дейк¹, Г.Е. Иванова², Р.А. Бодрова³, Л.Ш. Гумарова^{3, 4}, Г.З. Ахметзянова⁵

¹ Компания АМЕНР, Лейден, Нидерланды

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

³ Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

⁴ Городское автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 7» г. Казани, Казань, Российская Федерация

⁵ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Российская Федерация

В данной статье представлен опыт организации медицинской реабилитации в Нидерландах. Одной из особенностей голландской модели реабилитации является применение Международной классификации функционирования, ограничений здоровья и жизнедеятельности (МКФ). Система оказания реабилитационной помощи в Нидерландах имеет три разных уровня (медицинская реабилитация, система по уходу и восстановительное лечение), и в зависимости от тяжести состояния и коморбидности пациент направляется в учреждение одного из этих уровней. Так, к первому уровню относятся реабилитационные центры с амбулаторными отделениями реабилитации, ко второму — дома по уходу с медицинским обслуживанием; восстановительное лечение проводится в физио- и эрготерапевтических кабинетах. Все уровни вместе функционируют как единая система реабилитационных услуг, отражая важную характеристику системы здравоохранения в Нидерландах — децентрализацию при возможности и централизацию при необходимости. В целом реабилитационные учреждения встроены в общую систему здравоохранения, т. е. направлять пациентов на реабилитацию могут как врачи стационаров, так и врачи общей практики. Рассматриваются возможности дальнейшего совершенствования системы реабилитации и применения опыта другими странами.

Ключевые слова: Нидерланды; МКФ; медицинская реабилитация; система по уходу; восстановительное лечение; врач физической и реабилитационной медицины.

Для цитирования: Ван Дейк Х., Иванова Г.Е., Бодрова Р.А., Гумарова Л.Ш., Ахметзянова Г.З. Организация многоуровневой междисциплинарной реабилитации в Нидерландах. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2021;3(2):214–222. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab71384>

Поступила: 08.05.2021 **Принята:** 15.06.2021 **Опубликована:** 28.06.2021

Список сокращений

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
МДРК — мультидисциплинарная реабилитационная команда
МКФ — Международная классификация функционирования, ограничений здоровья и жизнедеятельности
ФРМ — физическая и реабилитационная медицина

Актуальность

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 15% населения мира имеет степень инвалидности, из них 2–4% (~110–190 млн человек) испытывают значительные трудности в функционировании [1], причем распространенность инвалидности увеличивается из-за старения населения и быстрого роста хронических неинфекционных заболеваний, что имеет серьезные последствия для системы здравоохранения. В частности, наблюдается рост числа людей с ограниченными возможностями, а также лиц с сопутствующими за-

Organization of Multilevel Interdisciplinary Rehabilitation in the Netherlands

H. van Dijk¹, G.E. Ivanova², R.A. Bodrova³, L.S. Gumarova^{3, 4}, G.Z. Akhmetzyanova⁵

¹ AMEHR, Leiden, Netherlands

² The Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russian Federation

³ Kazan State Medical Academy — branch Campus of the Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education "Russian Medical Academy of Continuous Professional Education" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Kazan, Russian Federation

⁴ Kazan City Clinical Hospital N 7, Kazan, Russian Federation

⁵ Kazan State Medical University, Kazan, Russian Federation

This article gives an overview of medical rehabilitation in the Netherlands. It shows that Dutch rehabilitation is based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and organized in three different levels: rehabilitation medicine, geriatric rehabilitation, and monodisciplinary therapy. The author describes these three levels in their distinctive scopes and numbers. Together they operate as a coherent rehabilitation service system that reflects an important characteristic of the system of health care in the Netherlands: decentralized if possible and centralized if necessary. The system is accessible for all and it is organized in a way that simple medical problems can be dealt with close to home, whereas specialized treatment is concentrated in rehabilitation centers spread over the country. The rehabilitation facilities are embedded in the general health care system: it is easy for hospitals as well as general practitioners to refer patients to rehabilitation. In conclusion, the possibilities of further improving the system of medical rehabilitation and the application of Dutch experience in other countries are considered.

Keywords: *the Netherlands; ICF; rehabilitation medicine; geriatric rehabilitation; monodisciplinary therapy; doctor of physical and rehabilitation medicine.*

For citation: Van Dijk H, Ivanova GE, Bodrova RA, Gumarova LS, Akhmetzyanova GZ. Organization of Multilevel Interdisciplinary Rehabilitation in the Netherlands. *Physical and rehabilitation medicine, medical rehabilitation*. 2021;3(2):214–222. DOI: <https://doi.org/10.36425/rehab71384>

Received: 08.05.2021 **Accepted:** 15.06.2021 **Published:** 28.06.2021

болевыми, что увеличивает рост спроса на услуги здравоохранения и ограничивает бюджеты [2]. Организация системы реабилитации повышает эффективность и снижает расходы на здравоохранение за счет сокращения вторичных осложнений, последующих госпитализаций и, соответственно, инвалидизации [3]. Кроме того, реабилитация связана с сокращением длительности пребывания пациентов в стационаре, а также с увеличением доли участия на рынке труда и занятости как отдельных пациентов, так и лиц, осуществляющих уход. Важно отметить, что Конвенция по правам инвалидов [4] признала доступ к реабилитации правом человека, подчеркнув обязанность государств обеспечивать равный доступ к надлежащим реабилитационным услугам и поддержку всех лиц с ограниченными возможностями [5].

В Нидерландах уделяется большое внимание реабилитации как важному инструменту показателей эффективности системы здравоохранения с учетом

рекомендаций Конвенции по правам инвалидов. Так, за последние десятилетия в 2,3 раза увеличилась доля пациентов, получающих лечение на базе дневного стационара, и составила 1390 на 100 000 населения. Отмечается также снижение количества госпитализаций в больницах. С 2002 г. по настоящее время средняя продолжительность пребывания в голландских больницах сократилась с 7,8 до 5,3 дня, что приблизило Нидерланды к странам с самой короткой длительностью госпитализации, таким как Норвегия и Дания. Уменьшение койко-дня было вызвано в том числе совершенствованием системы медицинской реабилитации [6]. Исследования показывают, что каждый евро, потраченный на реабилитацию, дает обществу возврат в размере пяти евро с точки зрения лучшего качества жизни для пролеченных пациентов, снижения затрат на другие медицинские услуги и повышения производительности труда, поскольку пациенты быстрее возвращаются к работе [7]. Внедрение Международной классификации

функционирования, ограничений здоровья и жизнедеятельности (МКФ) и ее применение в медицинской реабилитации на протяжении более 15 лет показало высокую эффективность. Учитывая высокие показатели эффективности системы здравоохранения, развитие и совершенствование системы реабилитации в Нидерландах является приоритетным направлением государственной политики [8].

В сфере здравоохранения реабилитация часто используется для обозначения предоставления программ лечения, направленных на восстановление функционирования. Согласно определению ВОЗ, реабилитация — это «комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию функционирования и снижение уровня инвалидности у людей с нарушениями здоровья при взаимодействии с окружающей средой» [2]. Это определение включает расширенную группу лиц с нарушениями здоровья, нуждающихся в реабилитации, например, пациентов с онкологическим заболеванием на ранней стадии, сахарным диабетом или депрессией. Согласно этому определению, реабилитацию можно рассматривать как совокупность вмешательств, включая медицинские, которые могут потребоваться в острой стадии заболевания для предотвращения потери функции. Кроме того, определение предусматривает интерактивную модель инвалидности на основе МКФ. По этой причине реабилитационные меры должны быть сосредоточены на индивидуальных потребностях. В целом понятие реабилитации ВОЗ отражает взгляд на реабилитацию как на стратегию улучшения положения населения, состояния его здоровья и функционирования на протяжении всей жизни.

На практике реабилитация охватывает широкий и разнообразный спектр медицинских услуг, направленных на улучшение физического, ум-

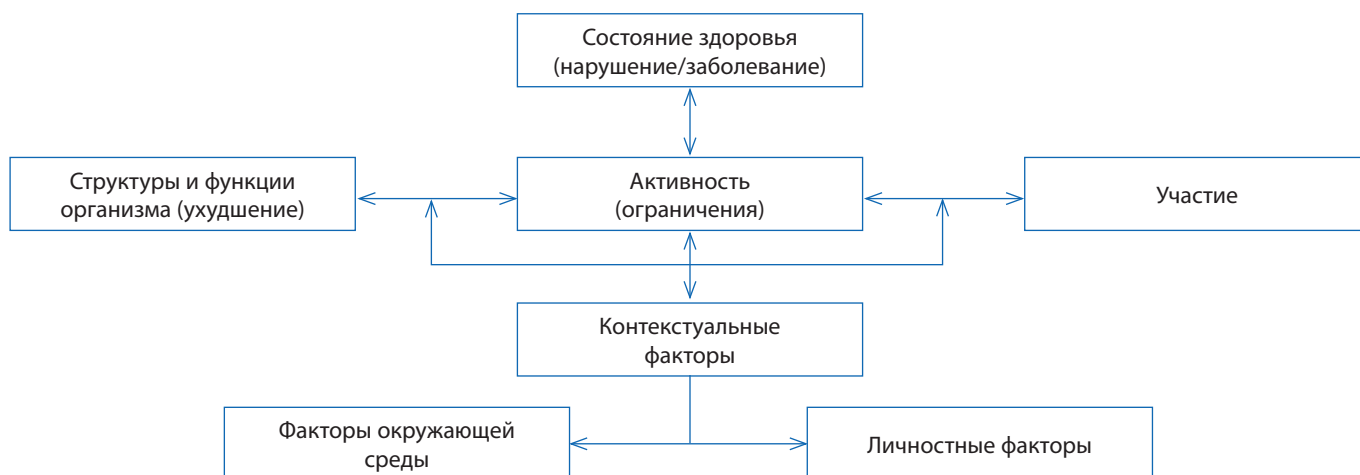
ственного, когнитивного и психического здоровья. В Нидерландах, как и большинстве стран Европы, эти услуги связаны с национальными программами здравоохранения и системой общественного здравоохранения и являются важным ресурсом для реализации политики в области здоровья и инвалидности, поскольку имеют цель оптимизировать возможности людей для полноценного участия в жизни общества [9].

Таким образом, реабилитация — это целенаправленный процесс, который включает в себя определение проблем и потребностей человека, желаемых целей, планирование и осуществление вмешательств, а также оценку их результатов. Результаты реабилитации обычно достигаются вследствие применения принципов и методов медицинской реабилитации, эрготерапии, логопедии и предоставления вспомогательных средств. Другие виды помощи, такие как психосоциальное консультирование, обучение лиц, осуществляющих уход, применение вспомогательных средств, также способствуют улучшению здоровья и жизнедеятельности человека. Все это важные составляющие реабилитации, которые учитываются государством для улучшения реабилитации на национальном уровне.

Система реабилитационной помощи населению в Нидерландах основана на принципах МКФ. Эта классификация во всем мире принята в качестве основы современной реабилитации (рис. 1).

МКФ может использоваться для описания состояния здоровья человека с точки зрения нарушений организма, ограничений в повседневной деятельности и ограничений в участии в общественной жизни. Кроме этого, в практике реабилитации МКФ используется для установки реабилитационного диагноза и формулировки цели реабилитации,

Рис. 1. Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья



а также для реализации базовых принципов реабилитации [10]. Использование МКФ в электронном виде поддерживается несколькими программными приложениями на всех трех уровнях реабилитации. Эти приложения предоставляются коммерческими организациями, конкурирующими на рынке электронного медицинского обеспечения. Стандарты обмена информацией о пациентах, определенные Министерством здравоохранения Нидерландов, носят очень общий характер. Как следствие, функциональная совместимость приложений довольно низкая, даже при использовании общих принципов МКФ. Возможно введение одного программного приложения, охватывающего реабилитацию на всех трех уровнях.

Уровни реабилитации в Нидерландах

За прошедшие годы реабилитация в развитых странах стала признанным и устоявшимся направлением в медицине, хотя существуют определенные различия в подходах и объемах. Реабилитация в Нидерландах многогранна и представлена разными уровнями и условиями, что обусловлено состоянием пациента, в частности наличием или отсутствием у него коморбидности (табл. 1).

Первичная помощь

Согласно закону о долговременном уходе, всем нуждающимся с физическими или умственными нарушениями в домах по уходу оказывается ежедневная или круглосуточная помощь, например сестринский уход или помощь в быту. Для таких пациентов в домах по уходу имеются специальные отделения для временного стационарного пребывания. Этот уход, согласно закону о базовом страховании (1998), не является собственно реабилитацией, но больным

помимо повседневной оказывается и дополнительная помощь, которая относится к первичной медицинской услуге.

Организация первичной медицинской помощи в домах по уходу является примером относительно нового типа учреждений, созданных для сопровождения пациентов на дому.

Медицинская реабилитация

В Нидерландах насчитывается 20 реабилитационных центров мощностью от 30 до 130 коек и общим коечным фондом 6800 единиц, принимающих пациентов в острой фазе заболевания сразу после выписки из стационара. Во всех центрах работают мультидисциплинарные реабилитационные команды (МДРК). Более крупные центры имеют опыт узкоспециализированного лечения пациентов с черепно-мозговой травмой, травмой спинного мозга, когнитивными нарушениями. В них предусмотрены амбулаторные отделения для пациентов с подострой фазой заболевания с целью обеспечения преемственности реабилитационного процесса.

Во многих больницах общего профиля также есть амбулаторные отделения реабилитации, обеспечивающие преемственность с одним из вышеупомянутых центров.

Существуют региональные системы реабилитационной службы: стабильные пациенты направляются из стационара в реабилитационный центр после оказания неотложной помощи; в подострой фазе они могут быть направлены в амбулаторные отделения при больницах для продолжения реабилитации.

Помимо реабилитационных центров и амбулаторных отделений существуют профильные клиники для реабилитации, например для пациентов с болью в спине или рассеянным склерозом.

Таблица 1. Уровни реабилитации в Нидерландах

Тяжесть и/или фаза заболевания	Низкая коморбидность	Высокая коморбидность
Тяжелая и/или острая	Медицинская реабилитация Реабилитационный центр со специализированными МДРК	Система по уходу Дома по уходу с отделением гериатрической реабилитации.
Средняя и/или подострая	Медицинская реабилитация Местные больницы с отделениями амбулаторной реабилитации; узкопрофильные клиники с МДРК	Пациенты после инсульта; травмы; эндопротезирования; ампутации, часто в сочетании с когнитивными и/или поведенческими расстройствами
Легкая и/или хроническая	Восстановительное лечение Представлена преимущественно в виде физиотерапии, а также эрготерапии или логопедии в монотерапевтических условиях	Первичная помощь Пребывание пациентов в домах по уходу после болезни/операции или временное пребывание для оценки состояния

Реабилитационные центры, отделения и профильные клиники представляют так называемую медицинскую реабилитацию. Здесь работают МДРК, возглавляемые квалифицированным специалистом (четыре года обучения) по физической и реабилитационной медицине (ФРМ).

Необходимо отметить, что с 2015 г. в Нидерландах был изменен закон о медицинском страховании. Согласно поправке, специализированная стационарная реабилитационная помощь включена в пакет льгот по базовому медицинскому страхованию.

Между Нидерландским обществом реабилитационной медицины и страховыми компаниями Нидерландов существует соглашение, определяющее показания для направления на медицинскую реабилитацию. В последние годы некоторые специализированные клиники сталкивались со страховыми компаниями, которые отказывались платить в случае, если цель реабилитации не была достигнута.

Система по уходу

Европейское гериатрическое медицинское общество опубликовало консенсусное заявление, в котором систему по уходу определяют как многомерный подход «диагностических и лечебных процедур, целью которых является оптимизация функциональных возможностей, стимулирование активности и сохранение функционального резерва и участия в жизни людей старшего возраста с ограниченными возможностями» [11]. Ясно, что в этом определении акцент делается не только на функциональные способности, но также на «повседневную деятельность» и «участие», демонстрируя связь с МКФ. В Нидерландах почти 150 домов по уходу имеют специальные отделения для гериатрической реабилитации. Ведущими центрами гериатрической реабилитации являются центр Topaz (www.topaz.nl) в Лейдене, филиал Медицинского центра Лейденского университета, и центр Laurens (www.laurens.nl) в Роттердаме, которые помимо гериатрической реабилитации предлагают уход на дому и долгосрочную помощь, включая психогериатрическую. Ведущие центры, работа которых основана на мультидисциплинарном подходе, предоставляют программы реабилитации для пожилых людей с последствиями инсульта, травм (вследствие падений), после эндопротезирования суставов, ампутации и других заболеваний.

С 2013 г. система по уходу относится к медицинской помощи, предусмотренной законом о базовом медицинском страховании. Это отражает идею о том, что реабилитация ведет к улучшению

качества жизни, в том числе для пожилых людей. Такой переход стал большим стимулом для инвестиций в профессиональную подготовку. Были представлены реабилитационные программы и система оценки результатов реабилитации. Так, в программе «Продолжаем работать дома вместе: план действий на 2018–2021 гг.» основное внимание уделяется интеграции реабилитации в сектор здравоохранения и формированию кадров. В частности, в этом плане подчеркивается важность гериатрической реабилитации путем включения дополнительных услуг специалиста в закон о медицинском страховании [2, 11].

До 2013 г. в домах по уходу за соматическую и психогериатрическую помощь отвечал специалист по гериатрической медицине. В некоторых домах по уходу обязанности такого врача сводились к функционалу врача общей практики. В течение многих лет врачи практиковались в основном на реабилитации пациентов, в том числе с когнитивными нарушениями. Разделение между гериатрической реабилитацией и психогериатрической помощью открыло новые возможности.

Решение о том, какой пациент имеет право на медицинскую или гериатрическую реабилитацию зависит от важных факторов, таких как тяжесть состояния, степень декомпенсации и коморбидность, влияющих на частоту и интенсивность терапии, которую может выдержать пациент. Врач ФРМ и специалист по гериатрии применяют одну и ту же систему оценки для принятия решения.

Финансовые ресурсы системы по уходу ограничены в сравнении с медицинской реабилитацией. Учитывая историю развития реабилитационной медицины, ожидается дальнейшее совершенствование системы по уходу, что неизбежно потребует дополнительных финансовых ресурсов.

В связи с высокой продолжительностью жизни повышается потребность в оказании гериатрической помощи. Кроме того, в связи с совершенствованием гериатрической помощи появляется все больше данных о конкретных методах лечения, которые благотворно влияют на самочувствие людей с деменцией. Развитие реабилитации в гериатрии позволяет как можно дольше сохранять национальное активное долголетие, независимость в быту.

Восстановительное лечение

В Нидерландах более 500 тыс. пациентов нуждаются в физиотерапии, эрготерапии или логопедической помощи и проходят лечение в монодисциплинарных условиях. Данный уровень реабилитации — восстановительное лечение, или монодисциплинарная те-

рапия, — отличается от медицинской реабилитации, основанной на мультидисциплинарном подходе.

Физиотерапевты в Нидерландах имеют четырехлетнюю программу бакалавриата, организованную университетами прикладных наук. Они имеют глубокие знания анатомии и физиологии опорно-двигательного аппарата, неврологии и достаточно квалифицированы, чтобы самостоятельно оказывать помощь. Физиотерапевты компетентны в выявлении и коррекции нарушений, связанных с подвижностью и физическим состоянием. Их подход не является сугубо функциональным, а основан на МКФ. В голландской системе здравоохранения методы физиотерапии относятся к первичной медицинской помощи, однако специалисты-физиотерапевты, являясь членами МДРК в медицинской реабилитации или в системе по уходу, вносят вклад в оказание специализированной медицинской помощи. Физиотерапевты работают в больницах, но подавляющее большинство — в небольших региональных клиниках, что обеспечивает высокую доступность физиотерапевтической помощи населению.

Услуги физиотерапевта не включены в пакет обязательного медицинского страхования (за исключением лиц младше 18 лет), и взрослые с легкими нарушениями или хроническими состояниями должны оплачивать первые 12–20 сеансов самостоятельно в течение календарного года [12]. Однако существует список компенсируемого страховыми компаниями лечения хронических состояний, в который физиотерапия включена как один из обязательных этапов при переходе пациента с другого уровня, а именно из медицинской реабилитации или системы по уходу.

Система реабилитационной службы

Реабилитация в Нидерландах характеризуется широкой концепцией лечения, а именно последовательным и своевременным оказанием медицинской помощи, охватывающей потребности различных пациентов, профессиональным персоналом и адекватной структурой финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования. Реабилитационные учреждения входят в единую межведомственную систему по оказанию помощи.

Каждое учреждение несет свою функцию в сети услуг, связанных между собой справочными линиями. Пациенты входят в систему (медицинскую реабилитацию, систему по уходу, восстановительное лечение) по направлению стационара общего профиля, специализированной клиники или врача общей практики, однако в случае монотерапии, на-

пример при болях в пояснице, пациент может обратиться к физиотерапевту самостоятельно.

В Нидерландах в рамках стандартов контроля качества имеются более широкие возможности по проектированию реабилитационных учреждений и формированию штатного состава.

Показатели эффективности реабилитации

Врач общей практики или семейный врач является «сторожем» голландской системы здравоохранения. Более 95% первичных медицинских вмешательств проводится врачом общей практики, и менее 5% пациентов направляется в стационар [13].

Существует много показателей эффективности реабилитации в Нидерландах. Экономическая эффективность реабилитационной медицины для голландского общества в целом описана выше как пятикратная окупаемость инвестиций [7]. Эффективность стационарного лечения в медицинской реабилитации и системе по уходу измеряется в процентом соотношении: от 80 до 90% пациентов возвращаются домой после лечения [14]. Более точные показатели связаны с улучшением физического и социального функционирования, качества жизни и удовлетворенности пациентов. Для измерения этих аспектов доступно несколько инструментов, но наиболее широкое распространение получили шкалы Бартела и Утрехтская шкала оценки и восстановления (UWES) [15].

Профессиональные организации врачей-реабилитологов, гериатров и физиотерапевтов разработали «банки знаний», содержащие рекомендации по реабилитационному лечению пациентов с разными заболеваниями [16–18]. Эти рекомендации основаны на фактических данных и консенсусе между назначениями специалистов мультидисциплинарных команд. Банки знаний содержат данные не только голландских, но и международных научных исследований.

Обсуждение

Система оказания медицинской помощи в Нидерландах на всех ее уровнях основана на МКФ, что обеспечивает полный охват населения реабилитационной помощью. Основные расходы осуществляются за счет средств страховых компаний, что позволяет большему числу лиц вернуться к профессиональной деятельности. Небольшое число реабилитационных центров обслуживает сложных пациентов с комплексом медицинских проблем. Здесь проходит лечение наименьшее количество стационарных пациентов с наивысшим уровнем затрат на одного

Таблица 2. Основные показатели реабилитации в Нидерландах

Показатель	Реабилитационная медицина	Гериатрическая реабилитация	Монотерапия
Общее число центров или клиник	40	150	7900
Численность населения на 1 центр или клинику	425 000	113 300	2200
<i>Стационары</i>			
Число пациентов на 100 000 жителей	39	306	-
Число коек на 100 000 жителей	6,5	33,5	-
Общее число коек	1105	5695	-
Средняя длительность пребывания (в днях)	61	40	-
Среднее количество часов лечения на 1 пациента	129	40	-
Средняя стоимость лечения на 1 пациента, €	41 400	13 700	-
<i>Амбулатории</i>			
Число на 100 000 населения	329	-	22 600
Среднее количество часов лечения на 1 пациента	25	-	7
Средняя стоимость лечения на 1 пациента, €	5500	-	391
<i>Консультации</i>			
Число на 100 000 населения	447	-	-
Средняя стоимость лечения на 1 пациента, €	842	-	-
Обеспеченность персоналом на 100 000 населения:			
Врачи ФРМ	4	10	-
Медсестры и персонал по уходу	8	97	-
Инструкторы	19	51	162
Общие затраты на лечение, на 100 000 населения, €	3 794 100	4 200 000	8 823 500

Примечание. ФРМ — физическая и реабилитационная медицина.

пациента. Пациенты без реабилитационного потенциала относятся к системе по уходу с разграничением гериатрической и психогериатрической помощи, что является основой для маршрутизации пожилых пациентов с высокой коморбидностью. Можно было бы предположить усиление амбулаторной гериатрической реабилитации, но возможности инструкторов на одного пациента слишком малы, чтобы оказать эту помощь. Внедрение в систему реабилитации восстановительного лечения (монодисциплинарной терапии) позволяет увеличить в несколько раз охват пациентов, остро нуждающихся в отдельных видах лечения и не требующих мультидисциплинарного подхода. В табл. 2 отражен этот принцип в показателях по реабилитации по состоянию на 2017 г. [19–22].

Интересно проецировать голландские показатели на другие страны. Это может стать первым шагом

для определения необходимости в реабилитации в Российской Федерации, Республике Татарстан или г. Казани. Однако требуется определенная коррекция, основанная на распространенности заболеваний и показателях реабилитации в России по сравнению с Нидерландами [19–22], что даст нам более или менее надежный обзор реабилитации в России по количеству пациентов.

Заключение

Организация реабилитации (и системы здравоохранения) в Нидерландах отражает уровень благосостояния, а также специфическую историю и культуру этой страны. Голландский опыт может быть применен к России только в том случае, если мы найдем организационные структуры, модели и системы, которые соответствуют финансовым ресурсам, а также истории и культурным особен-

ностям самой России. Это призыв для дальнейшего сотрудничества России и Нидерландов в области реабилитации.

Дополнительная информация Источник финансирования

Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Funding source

This study was not supported by any external sources of funding.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы / References

- World Health Organization; World Bank. World report on disability. World Health Organization: Geneva, Switzerland; 2011.
- World Health Organization. The need to scale up rehabilitation. In rehabilitation 2030: a call for action. World Health Organization: Geneva, Switzerland; 2017.
- Ward AB, Cantista P, Ceravolo MG, et al.; Rehabilitation Medicine (EARM); European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM); European Union of Medical Specialists PRM section (UEMS-PRM section); European College of Physical and Rehabilitation Medicine (ECPRM); et al. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Chapter 2. Why rehabilitation is needed by individual and society. *Eur J Phys Rehab Med.* 2018;54:166–176.
- UN General Assembly. Convention on the rights of persons with disabilities: resolution/adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106. Available from: <https://www.refworld.org/docid/45f973632.html>
- 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;96:163–173.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, et al. The Netherlands: health system review. *Health Systems Transit.* 2016;18(2):1–239.
- Kok L, Houkes A, Niessen N. Kosten en baten van revalidatie. SEO-Rapport; 2008. 68 p.
- Britnell M. In search of the perfect health system. Palgrave, London; 2015. 248 p.
- Skempes D. Health related rehabilitation and human rights: turning fine aspirations into measurable progress. Thesis, University of Lucerne, Lucerne, Switzerland; 2019.
- Мельникова Е.В., Буйлова Т.В., Бодрова Р.А., и др. Использование международной классификации функционирования (МКФ) в амбулаторной и стационарной медицинской реабилитации: инструкция для специалистов // Вестник восстановительной медицины. 2017. № 6. С. 7–20. [Melnikova EV, Buylova TV, Bodrova RA, et al. The use of the international classification of functioning (ICF) in outpatient and inpatient medical rehabilitation: instructions for specialists. *Bulletin of Restorative Medicine.* 2017;(6):7–20. (In Russ).]
- Ministry of Health Welfare and Sport. Program longer at home working together — Plan of Action 2018–2021. Ministry of Health, Welfare and Sport: The Hague, The Netherlands; 2018. 44 p.
- Kroneman M, Boerma W, van der Berg M, et al. The Netherlands: health system review. Vol. 18. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark; 2016. 239 p.
- Grund S, Gordon AL, van Balen R. European consensus on core principles and future priorities for geriatric rehabilitation: consensus statement. *Eur Geriatric Med.* 2020;233–238. doi: 10.1007/s41999-019-00274-1
- Информационная платформа по гериатрической реабилитации и реабилитационной медицине. [Information platform on geriatric rehabilitation and rehabilitation medicine. (In Russ).] Режим доступа: <https://www.actiz.nl/feiten-en-cijfers-overzichthttps://www.rijndam.nl/sites/default/files/OverRijndam/Resultaten%20revalidatiebehandeling%20na%20beroerte%202015.pdf>. Дата обращения: 15.04.2021.
- Реабилитационный центр г. Утрехта. [Utrecht Rehabilitation Center. (In Russ).] Режим доступа: <https://www.kcrutrecht.nl/producten/user/>. Дата обращения: 15.04.2021.
- Информационная платформа Голландского общества реабилитационной медицины. [Information platform of

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов

Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Author contribution

All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

- the Dutch Society for Rehabilitation Medicine. (In Russ.) Режим доступа: <https://revalidatiegeneeskunde.nl>. Дата обращения: 15.04.2021.
17. Информационная платформа Голландской ассоциации гериатров. [Information platform of the Dutch Geriatric Association. (In Russ.)] Режим доступа: www.verenso.nl. Дата обращения: 15.04.2021.
 18. Информационная платформа Королевского Голландского общества физиотерапевтов. [Information platform of the Royal Dutch Society of Physiotherapists. (In Russ.)] Режим доступа: <https://world.physio/membership/netherlands>. Дата обращения: 15.04.2021.
 19. Van Hien A. Ontwikkelingen rondom de rol van de nederlandse huisarts. CPB Memorandum. The Hague; 2008. 17 p.
 20. Информационная платформа для физиотерапевтов. [Information platform for physical therapists. (In Russ.)] Режим доступа: <https://www.kngf.nl/KNGF/Missie+%26+Visie/feiten--cijfers.html>. Дата обращения: 15.04.2021.
 21. Информационная платформа по гериатрической реабилитации. [Information platform for geriatric rehabilitation. (In Russ.)] Режим доступа: <https://www.actiz.nl/feiten-en-cijfers-overzicht/infographicGeriatrischeRevalidatiezorg>. Дата обращения: 15.04.2021.
 22. Независимая ассоциация реабилитационных центров Нидерландов. [Independent Association of Rehabilitation Centers in the Netherlands. (In Russ.)] Режим доступа: https://www.revalidatie.nl/userfiles/File/publicaties/Branche-rapport_RN_2017_DIGI.pdf. Дата обращения: 15.04.2021.

Информация об авторах

Бодрова Резеда Ахметовна, д.м.н., доцент [**Reseda A. Bodrova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Assistant Professor]; адрес: Россия, 420039, Казань, ул. Исаева, д. 5 [address: 5, Isaeva st., Kazan, 420039, Russia]; e-mail: bodrovarezeda@yandex.ru; eLibrary SPIN: 1201-5698
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3540-0162>

Хенрикус (Ханс) ван Дейк, канд. полит. наук [**Henricus (Hans) van Dijk**, Cand. Sci. (Political)]; e-mail: hans@amehr.nl
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5137-7436>

Иванова Галина Евгеньевна, д.м.н., профессор [**Galina E. Ivanova**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor];

e-mail: reabilivanova@mail.ru; eLibrary SPIN: 4049-4581

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3180-5525>

Гумарова Ляйсян Шамиловна, к.м.н. [**Lyaysyan Sh. Gumarova**, MD, Cand. Sci. (Med.)]; e-mail: lyaisan@inbox.ru; eLibrary SPIN: 7624-4490
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5276-5107>

Ахметзянова Гулиса Загитовна, к.м.н., доцент [**Gulisa Z. Akhmetzyanova**, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor]; e-mail: gulisa_ak@inbox.ru; eLibrary SPIN: 2480-0868

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5743-8113>