Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі.

Розділ 2 – Чому реабілітація потрібна індивідууму та суспільству

**Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини**

**РЕЗЮМЕ**

У контексті Білої Книги Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) в Європі цей документ описує підоснови контексту послуг ФРМ та включає наступне:

* Епідеміологічні аспекти функціонування та обмеження життєдіяльності
* Етичні аспекти та права людини
* Реабілітація та системи охорони здоров'я
* Економічний тягар обмежень життєдіяльності
* Вплив відсутності реабілітації

Планування послуг в охорони здоров'я визначає тягар обмежень життєдіяльності для суспільства, і цей розділ описує обґрунтування спеціалізованої реабілітації, підоснови ФРМ, а також чому основною компетенцією є функціональний діагноз та організаційний план, який ґрунтується на функції.

Розділ описує збільшення тягаря обмежень життєдіяльності внаслідок умов, що спостерігаються в практиці ФРМ, а не при всіх тих захворюваннях, що призводять до фізичних обмежень, і не включає психічні захворювання, обмеження життєдіяльності щодо навчання тощо. 10% населення Західної Європи мають обмеження життєдіяльності та довше виживають, що призводить до збільшення витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу та більшого впливу супутніх захворювань. Розділ також описує вплив і збільшення витрат при відсутності реабілітації. Не тільки гроші, витрачені на реабілітацію, відновлюються з п'яти-дев'яти кратними заощадженнями (*напр.* через повернення до праці), але й реабілітація ефективна впродовж усіх фаз станів здоров’я. Спеціалізована реабілітація (та, що надається службою ФРМ) є високорентабельною для всіх неврологічних станів, забезпечуючи істотну економію витрат на поточне лікування, особливо у пацієнтів з високим рівнем залежності.

Дискримінація за обмеженнями життєдіяльності є незаконною, та даний текст описує, яким є правовий контекст людини з обмеженнями життєдіяльності, яка живе в Європі. Друга частина висвітлює Конвенції Організації Об'єднаних Націй про права людини, підтверджені у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності, але також принципи етичної практики серед лікарів ФРМ.

Третя частина адресована до варіабельності доступу до та фінансування реабілітаційних послуг у різних країнах. Розділ також відокремлює високоспеціалізовані втручання (такі, що надаються лікарем ФРМ) від спеціалізованих втручань (таких, як менеджмент пролежнів) та загальних втручань (*напр.* після неускладненого перелому кінцівок). Це буде важливо для органів охорони здоров'я, організацій громадського здоров'я, платників, надавачів, професіоналів охорони здоров'я, споживачів та громади.

Економічний та соціальний тягар обмежень життєдіяльності для суспільства є значним і надалі буде погіршуватися, хоча це важко визначити кількісно. Прямі витрати варіюють та включають додаткові витрати на повсякденне життя особам з обмеженнями життєдіяльності та державну допомогу з обмежень життєдіяльності. Реабілітація має найважливішу роль у зниженні цих витрат шляхом сприяння особистому відновленню та збільшенню функцій шляхом впливу на фактори середовища. Ця частина описує дослідження з економії коштів шляхом реабілітації осіб з важкими обмеженнями життєдіяльності.

*Посилання на оригінальну версію статті*: European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Chapter 2. Why rehabilitation is needed by individual and society. Eur J Phys Rehabil Med. 2018 Apr;54(2):166-176.

*Посилання на українську версію статті*: Альянс Європейських органів Фізичної та Реабілітаційної Медицини. Біла Книга з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРM) в Європі. Розділ 2. Чому реабілітація потрібна індивідууму та суспільству. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини . 2018…..

**Ключові слова**: Фізична та реабілітаційна медицина; Європа; Тягар обмежень життєдіяльності; Економіка; Права людини; реабілітаційні витрати та вплив реабілітації.

**Введення**

Біла книга (БК) з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ФРМ) у Європі розроблена чотирма Європейськими Органами ФРМ і є довідником для лікарів ФРМ у Європі. Вона має кілька значень, що включають забезпечення консолідуючої системи для європейських країн, інформування осіб, що ухвалюють рішення на європейському та національному рівнях, пропонування навчальних матеріалів для резидентів та лікарів ФРМ та інформування про ФРМ медичної спільноти, інших фахівців реабілітації та громадськості. БК наголошує на важливості ФРМ, яка є первинною медичною спеціальністю. Зміст включає: визначення та поняття ФРМ, чому реабілітація потрібна окремим людям і суспільству, основи ФРМ, історія спеціальності ФРМ, структура і діяльність організацій ФРМ в Європі, знання і навички лікарів ФРМ, сфера клінічних компетентностей ФРМ, місце спеціальності ФРМ в системі охорони здоров'я і суспільстві, освіта та безперервний професійний розвиток лікарів ФРМ, особливості та проблеми науки та досліджень в ФРМ та проблеми та перспективи майбутнього ФРМ.

Цей розділ описує підоснови контексту послуг ФРМ. Будь-яке планування останньої має враховувати тягар обмежень життєдіяльності серед суспільства, а цей розділ дає огляд ситуації не тільки в Європі, але також і в цілому світі. Фахівці ФРМ повинні бути зв'язані з цим контекстом та вміти застосовувати його, що дозволить їм працювати в рамках стандартів, прийнятих для спеціальності. Інші лікарі, професіонали охорони здоров'я та менеджери також повинні знати підоснови ФРМ і чому визначення функціонального діагнозу та організаційного плану, який ґрунтується на функції, є ключовим елементом компетенції ФРМ.

**Епідеміологічні аспекти**

*Демографічні зміни в Європі*

Населення Європи не тільки зростає, а й нещодавно відбулася подальша експансія від великої кількості мігрантів. Цифри 2013 року вказують на загальне число у 742,5 мільйонів жителів, з яких 510 мільйонів проживають у 28 країнах-членах Європейського Союзу. Європейський Союз Медичних Спеціалістів (ЄСМС) включає в себе Великий Європейський Простір з 31 країною-членами ЄС, а також Швейцарією, Норвегією, Ісландією. Туреччина, Ізраїль та Сербія є асоційованими членами, однак Секція ФРМ ЄСМС також має країни-спостерігачі (Боснія і Герцеговина, Монтенегро, Македонія, Грузія, Вірменія, Росія та Україна). ЄСМС прагне включити інші країни зі Східної Європи та країни, що межують з Азією, такі як Білорусь, Казахстан та Азербайджан.

Таким чином, загальна чисельність населення зростає до 851,6 млн. осіб за даними останньої статистики (2016 р.). Очікувана тривалість життя серед європейців також зростає. Наприклад, в Німеччині вона зросла майже на 3 роки в період між 1990 та 2000 роками, та, до 2030 року, оцінюється, шо кожна четверта людина буде віком 65 років або старше1,2. Додатково до старіння популяції, спостерігається збільшення рівня обмежень життєдіяльності, що виражається у зростанні тягаря допомоги, збільшенні витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу, а також на збільшення впливу супутніх захворювань. Близько 10% населення Західної Європи зазнали обмежень життєдіяльності, як це описано в британському обзорі3,4.

Необхідно також розглянути два важливих фактори:

* Виживання після серйозних захворювань і травм залишає зростаючу кількість людей зі складними проблемами функціонального дефіциту.
* Багато хто з цих людей є молодими під час випадку / травми і будуть жити протягом багатьох десятиліть5,6.

Приклади є численними, *напр.* інсульт, черепно-мозкова травма, політравма та рак в дитячому віці, де краще організована гостра допомога та реабілітація призвели до більшого виживання і кращих результатів7-16.

В сучасному суспільстві також існує очікування хорошого здоров'я. Це ставить додаткові вимоги до всієї охорони здоров'я, включаючи лікарів ФРМ. Мати справу з наслідками захворювань і травм, такими, як спастичність, після уражень головного або спинного мозку, означає, що це не тільки покращення життя пацієнтів, але є й вигода для економіки охорони здоров'я за рахунок зниження витрат на лікування цих ускладнень. Це матиме прямий вплив на надання допомоги, трудове життя та пенсії12,13,17. Зокрема, такі проблеми, як знерухомленість, біль, харчування, нетримання, порушення комунікації, розлади настрою і поведінки стають важливими в доповненні до системної хвороби та до ускладнень існуючих станів, що призводять до обмежень життєдіяльності. Реабілітація є ефективною в зменшенні тягаря обмежень життєдіяльності та розширенні можливостей для людей з обмеженнями життєдіяльності. Є докази, що це може бути менш затратним, ніж відсутність надання такої допомоги17. Існують переконливі докази того, що попередження ускладнень знерухомленості (*напр.* пролежні і контрактури), черепно-мозкових травм (*напр.* поведінкові проблеми) та болю (*напр.* зміни настрою) можуть призвести до багатьох переваг17.

*Епідеміологія функціонування та обмежень життєдіяльності*

Епідеміологічні дослідження традиційно ґрунтували свою методологію на патологіях. В даний час вони почали розглядати хронічну хворобу, як суб'єкт, але ще не розглянули належним чином концепції функціонування, участі та якості життя осіб з обмеженнями життєдіяльності, як популяції. Сучасний підхід полягає у вирішенні цих проблем, зосереджуючи увагу на Очікуваній Тривалості Життя в Здоровому стані (ТЖЗ, Healthy Life Expectancy - HALE) та Роки Життя, Скориговані з Обмеженнями Життєдіяльності (РЖСОЖ, Disability-Adjusted Life-Years - DALYs). Це - сумарні показники популяційного здоров'я, які поєднують інформацію про смертність та нефатальні виходи здоров'я для демонстрації здоров'я населення в одному числі. Додатково до захворюваності та поширеності найчастіших патологій в певній області (інсульти, ураження спинного мозку, черепно-мозкові травми, ампутації, ревматологічні захворювання, інші неврологічні, або м'язово-скелетні стани, болі та ін.), епідеміологія у ФРМ повинна враховувати:

* результуючу втрату функціонування з точки зору категорій МКФ;
* природний розвиток функцій, активності та участі;
* потребу в та доступ до ресурсів для використання в реабілітації (людські ресурси, заклади, обладнання, матеріали);
* доступ до наявних ресурсів ФРМ.

Така інформація допомагає плануванню та визначенню пріоритетів регіональних, національних та європейських послуг, у фінансуванні досліджень та у розвитку навчання шляхом надання інформації про ефективність та ціну-ефективність втручань ФРМ. Є багато свідчень, що надають інформацію щодо частоти та поширеності основних станів, що призводять до обмежень життєдіяльності та спостерігаються в практиці ФРМ. Деякі приклади наведені у Додатку 3. ФРМ особливо стурбована їх впливом. Як приклад, ми можемо шукати результати нещодавнього опитування в Португалії, де повідомлялося, якнайменш 0,7% всього населення було прикуто до ліжка; 0,4% були обмежені сидінням (потребують візків); 1,9% не жили у власних домівках; 9,0% не ходили або мали суттєві обмеження при ходьбі; 8,5% були обмежені при пересуванні до та з ліжка; 6.2% не могли користуватися туалетом без сторонньої допомоги; 8,6% потребували сторонньої допомоги при одяганні або роздяганні; 3,6% чоловіків та 5,3% жінок мали нетримання сечі; біля 2,3% мали утруднення з мовою. Загальна поширеність усіх обмежень життєдіяльності в громаді становила 10%55.

Підсумовуючи, епідеміологічні дані підтримують тягар довготривалих станів серед населення Європи та підкреслюють потребу в реабілітації у Європі. Специфічні епідеміологічні дані, орієнтовані на функціонування та обмеження активності, мають важливе значення, щоб дати нам правильну ідею про те, як ми прогресуємо у глобальній реабілітаційній допомозі. Таким чином, можна припустити важливість потреби в реабілітації та потенційно значний внесок ФРМ у зниженні цього тягаря, а також розширення можливостей людей з обмеженнями життєдіяльності.

**Етичні аспекти та права людини**

Метою цієї глави є висвітлення сучасних досягнень в підтримці прав людини для осіб з обмеженнями життєдіяльності, зокрема, коли вони потребують порад та втручань від служб ФРМ. Цей розділ розглядає два аспекти: права людини як соціальний підхід (макрорівень) та етичний підхід до практики медицини (мікрорівень). Насправді існує взаємодія обох.

Висновок полягав у тому, що права людини відіграють все більшу роль у боротьбі за глобальне поліпшення здоров'я та охорону здоров'я. Вони також мають важливі наслідки для практиків реабілітації та дослідників, і повинні бути ядром будь-якої етичної основи для реабілітації. Можна навіть стверджувати, що права та гідність самі по собі є цінними результатами для реабілітації.

Цей розділ стосується переважно прав людини, але був включений, щоб показати їх місце у практиці ФРМ. Спеціалісти в цій галузі повинні вирішувати етичні питання щодо принципів та норм належної професійної поведінки. Вони також повинні піклуватися про знання прав та обов'язків фахівців охорони здоров'я та про їхню поведінку щодо пацієнтів та молодших колег, включаючи дії, що здійснюються під час допомоги пацієнтам та членам їх родин. Вони беруть на себе відповідальність за дотримання стандартів етичної практики та поведінки, встановлених професією, і вони викладені у всіх або більшості європейських держав, (*напр.* "Гарна медична практика" - “Good Medical Practice” - Генеральної медичної ради Великої Британії). Це включає в себе етичні питання допомоги пацієнтам, професійну командну роботу та дотримання норм охорони здоров'я. Клініцисти повинні звертати увагу на проблеми стилю життя осіб з обмеженнями життєдіяльності та повинні дотримуватися загальної професійної поведінки в етичних питаннях у реабілітаційних дослідженнях.

*Підхід з прав людини*

Була помітна зміна можливостей для прав людини та правової бази, що стосується дискримінації осіб з обмеженнями життєдіяльності. На сьогодні у всьому світі понад мільярд осіб з обмеженнями життєдіяльності19, і вони складають значну частину суспільства. Це дорівнює приблизно 106 мільйонам людей, що живуть в Європі. Таким чином, їхні права є основним напрямом і вони не є фракцією, яку слід задовольняти. В минулому вони просто вважалися групою, якої слід надавати допомогу, але сьогодні в Європі це є нормою (або має бути так), що вони живуть як громадяни з повною автономією, інклюзією, гідністю та правами людини20. Це є фундаментальним елементом у тексті Конвенції про права осіб з обмеженнями життєдіяльності ООН. Це також підтримується в Стандарті ООН з Прав людини, що є основою законодавства, спрямованого на запобігання дискримінації людей з причин обмежень життєдіяльності. Конвенція про права людини21 говорить, що особа з обмеженнями життєдіяльності не повинна бути предметом догляду ("пацієнтом") протягом усього життя. Замість цього він або вона є громадянином з особливими потребами, пов'язаними зі специфічним обмеженням життєдіяльності. Ці потреби повинні забезпечуватися суспільством, але в "нормальному" контексті. Участь є фундаментальною і центральним аспектом цього є доступність до суспільства. Це включає фізичну доступність, *напр.* в громадські і приватні зони та будівлі, а також до громадського транспорту, інформації тощо. У ряді європейських країн встановлено правила щодо доступності для будівництва громадських будівель. Генеральна Асамблея ООН схвалила розробку Стандартів ООН у грудні 1993 року, і, шляхом її розробки в Конвенцію про забезпечення особам з обмеженнями життєдіяльності повної участі та рівності, та це важливо для встановлення фундаментальних принципів. ВООЗ визначає обмеження життєдіяльності, як взаємодію особи зі станом здоров'я та середовища, що вирішує будь-яку дискусію між медичним або соціальним підходом до цього, а також і сам підхід19.

Рада Європи також опублікувала серію доповідей та документів з прав людини для осіб з обмеженнями життєдіяльності. Тут вони не були докладно описані, оскільки вони були опубліковані у другому виданні Білої Книги22,23. Їх завданням є:

* покращити якість життя осіб з обмеженнями життєдіяльності та їх сімей протягом наступного десятиліття;
* прийняти заходи, що спрямовані на підвищення якості життя осіб з обмеженнями життєдіяльності, які повинні базуватися на обґрунтованій оцінці їх становища, потенціалу та потреб;
* розробити план дій для досягнення цих цілей;
* забезпечити рівність доступу до працевлаштування, як ключового елемента соціальної участі;
* прийняти інноваційні підходи, оскільки люди з фізичними, психологічними та інтелектуальними порушеннями живуть довше;
* створювати заходи для забезпечення належного стану фізичного та психічного здоров'я на пізніх етапах життя;
* зміцнювати підтримуючі структури навколо осіб з обмеженнями життєдіяльності, які потребують широкої підтримки;
* сприяти забезпеченню якості послуг;
* розробляти програми та ресурси для задоволення потреб осіб з обмеженнями життєдіяльності.

Законодавство про права осіб з обмеженнями життєдіяльності також було створено в кількох європейських країнах24. Деякі з них мали багаторічне законодавство з загальною політикою щодо реабілітації людей з обмеженнями життєдіяльності (*напр.* Франції отримала Disabled Persons Act з 1975), але більшість країн прийняли антидискримінаційне законодавство лише протягом останніх п'ятнадцяти-двадцяти років, *напр.* Act of Equal Opportunities for Disabled Persons (Акт про рівні можливості для осіб з обмеженнями життєдіяльності, Німеччина), Framework Law (Рамковий закон, Італія), Constitution Act (Конституційний Акт, Фінляндія), Act on Provision of Rights of Persons with Disabilities (Акт про забезпечення прав осіб з обмеженнями життєдіяльності, Угорщина, 1998), Health for All 2004 (Здоров'я для всіх 2004, Словенія), Disability Discrimination Act 1996 (Акт про дискримінацію при обмеженнях життєдіяльності 1996, Велика Британія), Toward Inclusion 2001 (До інклюзії 2001, Велика Британія) та ін.

Це наступні7:

* Реабілітація та право на здоров'я описана у Всесвітній доповіді з обмежень життєдіяльності (2011) та Конвенції ООН про права людини (2005)19,25,26. Права людини ґрунтуються на цінностях FREDA (Freedom, Respect, Equality, Dignity, Autonomy - Свобода, Повага, Рівність, Гідність, Автономія), що дає свободу від дискримінації, особливо враховуючи права меншин. Всі члени суспільства мають право на здоров'я з точки зору детермінант здоров'я, санітарії, їжі, води, харчування та права на реабілітацію. Концептуальний опис реабілітації раніше був описаний в контексті його надання через сектор охорони здоров'я.
* Реабілітація також підтримується міжнародним правом, і багато написано в багатьох деклараціях та конвенціях - напр. 2006 Конвенція ООН про права осіб з обмеженнями життєдіяльності27. Однаково, реабілітація підтримується регіональним законодавством ЄС, і це описує Європейська конвенція з прав людини. Нарешті, ФРМ та послуги охорони здоров'я підтримують правозахисний підхід до практики реабілітації та послуг ФРМ. Вони повинні бути наявними, прийнятними для користувачів, бути високоякісними та доступними для всіх (тобто не дискримінаційними, фізичними та доступними за ціною, в межах етичної сфери), але це не закріплено законом чи конвенціями.
* Вони також повинні закріплювати професійні цінності та стандарти, медичну освіту та навчання з питань етики, прав людини та адвокації.

Рекомендації мали27:

* сприяти професійним стандартам;
* висувати на передній план освіту та навчання з питань етики та прав людини для медичних студентів та лікарів, що навчаються;
* заохочувати освіту серед людей з обмеженнями життєдіяльності, впливати на політиків та допомагати адвокації.

З точки зору прав людини реабілітаційна практика накладає основні стандарти надання послуг охорони здоров'я, які повинні бути:

* доступні з фізичної та інформаційної точки зору;
* не дискримінаційними;
* доступними за ціною;
* прийнятними з етичної та культурної точки зору;
* науково та медично доцільними та найвищої якості.

Повертаючись до охорони здоров'я, первинною метою політики охорони здоров'я є максимізація здоров'я населення в межах наявних ресурсів та етичних рамок, заснована на принципах справедливості та солідарності. Інноваційні технології, що надають терапевтичну вигоду, повинні бути доступними за прийнятною ціною28. Варіанти, що маються на увазі, на макро-, мезо- та мікрорівні будуть описані нижче. В 2005 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла Резолюцію "Обмеження життєдіяльності, включаючи превенцію, управління та реабілітацію", і зробила низку рекомендацій, які надали Генеральному директору ряд завдань29. ВООЗ розглядає обмеження життєдіяльності, як проблему прав людини, проблему громадського здоров'я та проблему розвитку30,31.

*Застосування принципів (медичної) етики*

З точки зору медичної етики, що це означає для медичної практики? Спільне прийняття рішень важливе для лікарів-клініцистів у всіх медичних спеціальностях, але особливо для лікарів ФРМ. Прийняття прав людини як рушійної сили для інклюзивної політики та медичної етики є наріжним принципом пацієнт-центричної реабілітаційної допомоги та практики ФРМ Захисники у прийнятті рішень на рівнях уряду та планування. Цей розділ розглядає лише етичні принципи на макрорівні, тобто у зв'язку з політикою охорони здоров'я.

Концептуальні вибори, зроблені суспільством та органами охорони здоров'я, можуть впливати на рішення стосовно людей з обмеженнями життєдіяльності. Це включає концепції обмеження життєдіяльності та відповіді, що описані вище. Всесвітня доповідь з обмежень життєдіяльності (2011) та Конвенція ООН про права осіб з обмеженнями життєдіяльності (UNCRPD, 2006) підкреслили важливість адвокації для осіб з обмеженнями життєдіяльності за допомогою Глобального плану дій ВООЗ з обмежень життєдіяльності на 2014-2021 роки "Краще здоров'я для всіх людей з обмеженнями життєдіяльності"18,27,30. Стаття 1 UNCRPD описує мету Конвенції: заохочення, захист й забезпечення повного й рівного здійснення всіма особами з обмеженнями життєдіяльності всіх прав людини й основоположних свобод, а також у заохоченні поважання притаманного їм достоїнства. UNCRPD є юридично обов'язковою у країнах, які її ратифікували, а стаття 26 "Абілітація та реабілітація" закликає держави організовувати, зміцнювати та розширювати комплексні абілітаційні та реабілітаційні послуги й програми, особливо у сфері охорони здоров’я, зайнятості, освіти й соціального обслуговування.

Все це закріплено в практиці ФРМ і підтримується лікарями ФРМ, тому реабілітація стала ключовою стратегією охорони здоров'я XXI століття32. Це має враховувати зростаючу потребу в реабілітації внаслідок досягнень в охороні здоров'я та медичних технологіях, старіння населення, збільшення виживання та очікуваної тривалості життя, а також збільшення тягаря хронічних та довготривалих станів, що створює тиск на додаткові витрати на тлі скорочень бюджетів.

Етичні та культурні аспекти також обговорюються в інших розділах книги та демонструють, що лікарі ФРМ також виступають в ролі адвокатів у консультуванні урядів та організаторів охорони здоров'я щодо прийняття рішень. Ці розділи покажуть, що вони також розглядаються в навчальних програмах з реабілітації та післядипломного навчання. Професіонали, які надають послуги ФРМ, повинні мати час (і робити), щоб задуматися над цими питаннями.

**Реабілітація та системи охорони здоров'я**

Доступ до та фінансування реабілітаційних послуг варіюють залежно від країни, і багато з цих варіантів залежать від відповідних систем охорони здоров'я та соціальних систем33,34. Відмінності також виявляються через відмінності у способі збирання та обрахунку даних. У деяких країнах можуть бути навіть регіональні відмінності. Зацікавлені сторони включають органи охорони здоров'я (політики, а також адміністратори), організації громадського здоров'я, платники (страхування в охороні здоров'я та соціальне страхування, або інші організації, які фінансують охорону здоров'я та соціальну допомогу), надавачі послуг, професіонали охорони здоров'я, споживачі та громада.

Доступ до реабілітаційних втручань керується призначенням від лікаря ФРМ. Обговорення реабілітації по всій Європі має відокремити високоспеціалізовані втручання, такі як ті, що надаються лікарем ФРМ від спеціалізованих втручань, такі як лікування пролежнів та загальні втручання, такі як втручання з мобілізації після, скажімо, неускладненого перелому кінцівок. Цей розділ не зможе вирішити всі ці питання, оскільки вони оплачуються по-різному, але всі вони надаються тим чи іншим чином. Платники та уповноважені з охорони здоров'я повинні знати про цінність спеціалізованих втручань, які потребують мульти-професійної команди, на відміну від одного практикуючого спеціаліста. Вони можуть здаватися коштовними, однак існують гарні докази їх рентабельності в гострих, підгострих та довготривалих закладах35,36. ФРМ присутня в усіх, крім одного з 34 членів ЄСМС, і кожна країна має визначати, що буде або не буде фінансуватися через звичайні потоки ресурсів.

Ця книга стосується перш за все ФРМ у більшості європейських країн. Втручання ФРМ покриваються пакетом громадського страхування, особливо для спеціалізованої реабілітації у гострих закладах, і Розділ 8 описує різні етапи процесу ФРМ. Проте практично скрізь існує доповнення “з кишені” для пацієнта, яке зазвичай є найбільшим протягом хронічної та довготривалої допомоги. Часто приватні страхові системи та приватні лікарні існують для пацієнтів, які хочуть завершити лікування з додатковою допомогою більш ніж надає громадський пакет. Підгострі програми ФРМ та фізична терапія можуть бути обмеженими за тривалістю або кількістю сеансів, але найбільша варіабельність існує при довготривалій реабілітації. Здається, це походить від історичних відмінностей, головним чином між попередньою Східною та Західною Європою, а також між північними та середземноморськими районами. У деяких країнах немає державного фінансування для довготривалої допомоги, тим більше з часу нещодавньої фінансової кризи. У більшості країн Центральної та Східної Європи довготривала реабілітація зазвичай досить добре організована і може бути об'єднана зі "Спа-центрами".

Послуги ФРМ в гострому періоді (стаціонарні та амбулаторні) зазвичай вбудовані до гострих / загальних лікарень або до приватної практики (амбулаторні). Підгострі послуги надаються в цілому, а також у спеціалізованих лікарнях / центрах, тоді як довготривалі послуги переважно організовуються в спеціалізованих закладах, іноді залежно від соціального обслуговування, ніж охорони здоров'я.

У деяких країнах пацієнти мають доступ до програм ФРМ через направлення до лікаря ФРМ, однак існує тенденція направлення пацієнтів з гострих послуг для початку ранньої реабілітації під наглядом лікарів ФРМ.

Незважаючи на те, що ФРМ визнається майже у кожній країні Європи, розподіл фахівців залишається відносно низьким. Існує велика різниця в кількості фахівців по країнах, їх ролі в системі охорони здоров'я та в їхніх умовах роботи. Таблиця 1 Розділу 5 показує різницю в кількості фахівців по країнах, і, хоча оптимальна кількість лікарів ФРМ на одиницю населення ще не визначена для всій Європи, існує очевидна невідповідність між країнами.

**Економічний тягар обмежень життєдіяльності**

*Вартість обмежень життєдіяльності*

Економічний тягар обмежень життєдіяльності набуває більшої важливості, звертаючись на збільшення кількості осіб з обмеженнями життєдіяльності та впливу більшого і довшого виживання. Крім того, економічна криза в Європі ставить питання про те, як ці люди будуть підтримуватися за допомогою економічної підтримки. Зростання цих показників вже формує економічне та соціальне навантаження на суспільство, і воно, ймовірно, погіршуватиметься, оскільки вік дітей, що народилися після Другої Світової Війни під час буму народжуваності, минає 70 років. Справжню кількість людей з важкими та помірно важкими обмеженнями життєдіяльності важко визначити, але вони, безумовно, ставлять вимоги до системи охорони здоров'я. Одна з причин полягає в тому, що визначення обмежень життєдіяльності часто змінюється в різних дисциплінах. Існують також різні інструменти оцінювання та різні державні програми для обмежень життєдіяльності, що призводить до труднощів при порівнянні даних з різних джерел33. Додатково, обмежені дані про компоненти вартості обмежень життєдіяльності ускладнюють кількісну оцінку втрати продуктивності та не існує загальноприйнятих методів оцінки вартості1.

Для ліпшого розуміння, ми повинні скористатися визначенням обмежень життєдіяльності за МКФ37, як функціонального обмеження, яке є результатом не тільки порушень або персональних обмежень повсякденної активності, але й також від співвідношення особи та середовища, що включає дисфункцію на одному або декількох з трьох рівнів: порушення, обмеження активності та обмеження можливості участі. В результаті цього втрата здатності, на фізичному чи психічному рівнях, знижує виконання деяких активностей повсякденного життя, збільшуючи витрати на досягнення певного рівня благополуччя. Відповідно до Всесвітньої доповіді з обмежень життєдіяльності, ціна обмежень життєдіяльності може бути класифікована як пряма, так і непряма19 (Малюнок 1).

Прямі витрати можна розділити на дві категорії: (i) додаткові витрати, з якими стикаються особи з обмеженнями життєдіяльності та їхні родини для досягнення повсякденних життєвих стандартів та (іі) допомога з обмежень життєдіяльності, що надається урядами(1). У Сполученому Королівстві оцінки складають від 11% до 69% від стандартного доходу38. У Ірландії приблизна вартість обмеження життєдіяльності коливається від 20,3% до 37,3% від середнього тижневого доходу, залежно від тривалості та ступеня обмеження цих людей. Він вище у тих, хто має важкі обмеження39. 14% для домогосподарств в Боснії та Герцеговині40 класифікуються як такі, що мають особу з обмеженнями життєдіяльності.

Державні витрати на програми з обмежень життєдіяльності включають допомогу з повного або часткового обмеження життєдіяльності, а також планування раннього виходу на пенсію відповідно до специфіки обмеження життєдіяльності. Витрати складають близько 2% валового внутрішнього продукту (ВВП) включно з виплатами по листках тимчасової непрацездатності. Це приблизно в 2,5 рази перевищує витрати на допомогу по безробіттю та становить близько 5% ВВП у Нідерландах та Норвегії40. Оцінка втрат продуктивності внаслідок обмеження життєдіяльності та відповідних податків, таким чином, складна та потребує статистичної інформації.

Недавнім дослідженням запропоновано, що вартість обмежень життєдіяльності пов'язана з двома проблемами41. Перша - фінансова. Особам з обмеженнями життєдіяльності більш складно знайти роботу, зберегти працевлаштування або можуть отримати нижчий дохід; однак, їм, можливо, доведеться використовувати власні фінанси / заощадження для досягнення задоволеності або, можливо, знадобиться більший дохід лише за звичайну активність. Друга проблема пов'язана з системами соціального захисту, які надають послуги через пряме оподаткування або сприятливе середовище, таке, як переваги в парковці або субсидії на працевлаштування, спрямовані на компенсацію більш високих витрат, пов'язаних з обмеженнями життєдіяльності у багатьох країнах41.

У Європі деякі політики спрямовані на реінтеграцію осіб з обмеженнями життєдіяльності до роботи, інші прагнуть компенсувати особам з обмеженнями життєдіяльності. За даними Eurostat, державні соціальні витрати на обмеження життєдіяльності в ЄС-28 в 2012 році сягнули 2% від ВВП, починаючи з 0,7% на Кіпрі до 4,4% у Данії41.

Європейська комісія висвітлила в Європейській стратегії з обмежень життєдіяльності на 2010-2020 роки42 вісім напрямків спільних дій між ЄС та державами-членами ЄС. Це:

* доступність;
* участь;
* рівність;
* працевлаштування;
* освіта та навчання;
* соціальний захист;
* здоров'я та зовнішні дії.

*Роль реабілітації у зниженні вартості обмеження життєдіяльності*

Таким чином, реабілітація, в принципі, має ключову роль у зниженні вартості обмежень життєдіяльності шляхом сприяння функціональному відновленню та збільшенню функції з менеджментом факторами середовища. Щоб зменшити вартість обмеження життєдіяльності, така гіпотеза повинна мати гарне співвідношення ціна-витрати. Останнім часом два дослідження ціни-витрат стаціонарної реабілітації - одне для складних обмежень життєдіяльності внаслідок неврологічних розладів у Великій Британії43, а інше - для черепно-мозкової травми в Ірландії44 - чітко продемонстрували істотну економію витрат на поточну допомогу, отриману шляхом реабілітації із середнім щотижневим зниженням вартості на £76043 або £63944 для кожного високозалежного пацієнта. Окупність реабілітації була досягнута протягом 14,2 або 15,6 місяців43,44. Важливо зазначити, що очікувана річна економія на одного пацієнта в цій суттєво залежній групі пацієнтів при надходженні до стаціонарної реабілітації може сягати 50 000€44. Домашня програма нейроповедінкової реабілітації під час підгострої фази черепно-мозкової травми призвела до економії £1,13 млн. для тих, хто отримує реабілітацію протягом першого року після черепно-мозкової травми і досягає £0,86 млн. для тих, хто отримує реабілітацію пізніше після травми (>1 року)45. Ці висновки розширюють вигоди реабілітаційних послуг (включаючи програми ФРМ), за межі лише функціональних покращень, але також, як важливі заощадники коштів для сімей, для сторонніх платників, а також для суспільства в цілому. Результати щодо ціни-ефективності поширюються на реабілітацію в різних закладах та для різних станів, що призводять до обмежень життєдіяльності. Наприклад, два дослідження виявили переваги мультидисциплінарної реабілітації болю в плані економії коштів. Була значна економія витрат зі зменшенням на 42,98 кількості днів знаходження на лікарняному листі протягом одного року порівняльно з пацієнтами, які отримували стандартну допомогу46. Інше дослідження визначило економію в розмірі 27 119 доларів США на родину в наступному році після надходження на тритижневу міждисциплінарну програму педіатричної реабілітації хронічного болю з фізичною терапією, ерготерапією, груповими вправами на землі та в воді, рекреаційною терапією та психологічною терапією. Були також суттєві скорочення тривалості госпіталізації, відвідування лікарів, послуг фізичної та ерготерапії, відвідування психотерапевтів та пропуск днів роботи батьками47. Також було доведено довгострокову економічну ефективність кардіо-легеневої реабілітації48,49. Існують також переваги в плані сприйняття обмежень життєдіяльності, значно меншої кількості годин відсутності на робочому місці внаслідок хвороби, коли координована та адаптована програма професійної реабілітації (ПР) надається мульти-професійною командою, яка спільно працює під керівництвом лікаря ФРМ порівняльно з контрольною групою при м'язово-скелетних розладах. Загальна сума непрямих заощаджень склала близько 1366 доларів США на особу протягом шести місяців та 10666 доларів США на особу після року в групі втручання50. Програми реабілітації в громаді для довготривалого догляду у слабких людей похилого віку також були визнані економічно ефективними з високим ступенем задоволення пацієнтів. Однак у порівнянні з традиційною стаціонарною реабілітацією, це не зменшило тривалості перебування в лікарні або повторних надходжень до лікарні51.

Дослідження професійних м'язово -скелетних розладів показало, що рання реабілітація може призвести до економії коштів на медичні витрати до 64% та зниження витрат на обмеження життєдіяльності до 80%. Вартість реабілітації також була на 56% нижча при ранньому початку та очікуваною економією витрат приблизно у 170000 доларів США на один випадок52. Інше дослідження розрахувало довгострокову економію чистих витрат у розмірі 817836 дол. США53.

Недавнє дослідження, присвячене множинному склерозу, підкреслює суттєві відмінності між пацієнтами з низьким показником обмежень життєдіяльності та тими, хто має високий показник обмежень життєдіяльності - у останніх була значно більша кількість візитів за медичною допомогою та більша кількість госпіталізацій, гірша якість життя, пов'язана зі здоров'ям, більш серйозні проблеми на роботі, більше безробіття та необхідність зміни або зупинки роботи, і це все збільшило прямі та непрямі витрати на обмеження життєдіяльності54. До цього розрахунку слід додавати додаткові непрямі витрати на обмеження життєдіяльності в 910 мільйонів євро (що становить ~ 0,5% ВВП) для португальського населення з ревматичними захворюваннями в 2013 році внаслідок дострокового виходу на пенсію. Ці цифри включають високу річну вартість через втрачені роки життя в працездатному стані55.

Відомо, що в деяких випадках реабілітаційні втручання створюють додаткові витрати. Однак вони можуть бути пов'язані з поліпшенням клінічних результатів. В деяких інших ситуаціях реабілітаційні втручання можуть спричинити подібні клінічні результати при менших витратах. Реабілітаційні заходи можуть спричинити заощадження інших витрат на охорону здоров'я або соціальні послуги через підтримку продуктивності, яка була втрачена внаслідок існуючого стану здоров'я чи обмеження життєдіяльності.

**Вплив відсутності реабілітації**

Що відбудеться, якщо реабілітація та, зокрема, послуги фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ) не надаються? Вилучення їх може здаватися менш вартісним, але чи не скасовується це зменшення витрат збільшенням витрат на охорону здоров'я та соціальну допомогу в інших місцях?43 Отже, надання гарної реабілітації є важливим аспектом при плануванні та обґрунтуванні послуг ФРМ, як для особи та його або її родини / піклувальника, так і для інших служб та суспільства в цілому. Відомо, що кошти, витрачені на реабілітацію, відновлюються з п'яти-дев'ятикратними заощадженнями, і реабілітація ефективна протягом усіх фаз станів здоров'я22,23. Також відомо, що спеціалізована реабілітація (яка надається послугами ФРМ) є дуже рентабельною для всіх неврологічних станів, забезпечуючи значну економію витрат на поточну допомогу, особливо у пацієнтів з високим рівнем залежності43. Служби ФРМ займаються реабілітаційними потребами людей із комплексними потребами, і тому вони споживають значні ресурси в охороні здоров'я. Наприклад, пацієнти з інсультом та спастичністю безпосередньо коштують у чотири рази більше, ніж ті, що не мають спастичності56.

Приклади переваг послуг з ФРМ – це:

* ранній менеджмент спастичності може запобігти контрактурам та зменшити час, витрачений на подальшу стаціонарну реабілітацію57;
* рання виписка з підтримкою після інсульту зменшить загальні витрати на охорону здоров'я58;
* послуги ФРМ пов'язані не лише з більш високим рівнем повернення до праці, але й підтримують людей на робочому місці через те, що професійна реабілітація має враховувати всі фактори, необхідні для максимізації ймовірності сталого повернення до праці59.

Реабілітаційний потенціал людини не може розглядатись окремо від того, що було б результатом без реабілітації. Питання, яке спеціалізована реабілітація намагається вирішити, полягає в тому, «Чи буде пацієнт отримувати таку вигоду від реабілітаційної програми, яку б пацієнт не мав, якби відновлення покладалось на випадок?» Природний розвиток порушень та, як наслідок, обмежень життєдіяльності та недоліки відіграють основну роль в можливому результаті після реабілітації. Деякі стани відновлюються спонтанно та раннє втручання може призвести до помилкового враження, що терапія була ефективною60,61. З іншого боку, раннє втручання може бути пов'язане з покращеним результатом, навіть якщо повне відновлення не відбувається62.

Життя людей з постійними обмеженнями життєдіяльності та їхніх сімей може покращитися шляхом реабілітації, але, що більш важливо, наслідком того, що вони не мають реабілітації, може бути зменшення незалежного функціонування та якості життя63. У лікарнях гострої допомоги багато проблем, що можуть бути виправленими, такі як харчування, ковтання, питання мобільності та обладнання можуть не розглядатися, оскільки основним фокусом неминуче є лікування первинного порушення. Саме тут лікарі ФРМ можуть допомогти у запобіганні ускладнень та у забезпеченні оптимального рівня функціонування64. У разі відсутності реабілітації можуть виникати ускладнення та втрата функції, та виписка може затриматись. Проте, заклади охорони здоров'я мають статутні зобов'язання надавати послуги з реабілітації для задоволення потреб охорони здоров'я усіх пацієнтів65,66.

Наступне можна відбутися за відсутності реабілітації при різних станах:

* знерухомленість, у тому числі слабкість, кардіо-респіраторна недостатність, втрата м'язів, пролежні, спастичність, контрактури та остеопороз;
* біль;
* проблеми харчування;
* проблеми ковтання;
* проблеми сечового міхура та кишківника (закрепи та нетримання);
* проблеми комунікації
* пізнавальні проблеми та нездатність отримати користь від навчання
* проблеми з настроєм та поведінкою;
* погане здоров'я та системні захворювання внаслідок різних причин, *напр.* проблеми з сечовим трактом і, кардіо-респіраторні проблеми, цукровий діабет;
* ускладнення основних станів.

Знаючи це, служби ФРМ повинні бути залучені до довготривалого спостереження за пацієнтами, коли вони переходять у життя в громаді, щоб запобігти:

* вторинним проблемам зі здоров'ям та соціальної ізоляції;
* виснаженню доглядачів завдяки тягарю догляду і тим самим руйнуванню ситуації вдома;
* необгрунтованим викликам лікарів загальної практики або соціальних працівників;
* повторним госпіталізаціям до лікарні за невідкладними причинами;
* непотрібним скеруванням до програм домашнього або сестринського догляду;
* невідповідному та невчасному призначенню технічних засобів реабілітації;
* нездатності оновлення технічних засобів реабілітації у світлі прогресивних технологій, *напр.* нейропротези.

Цей короткий текст не може деталізувати наслідки відсутності реабілітації, але загальний результат може полягати в тому, що людина часто залишається з меншою функціональною здатністю та якістю життя. Це було продемонстровано в умовах громади через втрату ресурсів, витрачених на гострі та підгострі заклади. Кілька ініціатив визнали цю відмінність у можливостях після того, як пацієнтів виписали, а міжнародна експертна група виготовила простий, зручний у користуванні контрольний список, який використовував виживших після інсульту за модель67. Цей контрольний список зараз є валідованим та визнаний корисним, тож він може використовуватися, як засіб визначення проблем для осіб з обмеженнями життєдіяльності, які живуть вдома або в інституційних умовах68. Досвід полягає в тому, що багато людей страждають на ускладнення, яких можна запобігти, через відсутність послуг реабілітації та охорони здоров'я, в результаті вони витрачають більше ресурсів (*напр.* хірургічне втручання) для покращення ситуації або просто повторюють лікування, за допомогою яких пацієнти повинні "рухатись далі".

Описування наслідків відсутності реабілітації є важливим питанням у просуванні та обґрунтуванні висококваліфікованих послуг ФРМ.

**Посилання**

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 EU Presidency. Report of the Belgian EU Presidency, adopted by the EU 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: equivalization 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, Mantheiy 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 follow-up 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 Rehabiliation. 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.

**Д**ля цього документу ім’я колективного автора Альянс Європейських органів ФРМ включає:

* Європейську Академію Реабілітаційної Медицини (ЄАРМ),
* Європейське Товариство Фізичної та Реабілітаційної Медицини (ЄТФРМ),
* Секція ФРМ Європейського Союзу Медичних Спеціалістів (Секція ЄСМС-ФРМ),
* Європейський Коледж з Фізичної та Реабілітаційної Медицини (в особі Ради ЄСМС-ФРМ).
* Редактори 3го видання Білої Книги з Фізичної та Реабілітаційної Медицини в Європі: Anthony B Ward, Pedro Cantista, Maria Gabriella Ceravolo, Nicolas Christodoulou, Alain Delarque, Christoph Gutenbrunner, Carlotte Kiekens, Saša Moslavac, Enrique Varela-Donoso, Mauro Zampolini, Stefano Negrini.
* Учасники: Pedro Cantista, Carlotte Kiekens, Anthony B Ward, Mauro Zampolini Karol Hornáček, Aydan Oral, Lloyd Bradley, Rory O`Connor, Christoph Gutenbrunner, Andrew J. Haig, Géraldine Jacquemin, Vera Neumann, Peter Takáč.
* Редактори перекладу українською мовою: Володимир Голик, Олександр Владимиров

Малюнки

Малюнок 1 Вартість обмежень життєдіяльності

