



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ

Цели в области устойчивого
развития: задачи в области
здравоохранения

РЕАБИЛИТАЦИЯ



По мере старения населения и неуклонного роста распространенности неинфекционных заболеваний (1) увеличивается число людей, живущих с множественной патологией и инвалидностью (2). Для того чтобы как можно дольше сохранять независимость, участвовать в образовательной и трудовой деятельности и вести осмысленную жизнь, им необходима реабилитация. Наряду с мерами профилактики, укрепления здоровья, лечения и паллиативной помощи, реабилитация направлена на удовлетворение потребности людей в медицинской помощи и способствует обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Реабилитация представляет собой комплекс мер, направленных на оптимизацию функционирования и снижение инвалидности у лиц с изменениями здоровья во взаимодействии с окружающей их средой. Указанные мероприятия имеют целью удовлетворение потребностей весьма широкого круга людей на протяжении всей их жизни. Реабилитация является одним из основополагающих компонентов медико-санитарной помощи, зачастую необходимым для достижения и поддержания показателей здоровья, которые требуются для осуществления иных медицинских мероприятий, таких как хирургические вмешательства, травматологическая помощь и ведение неинфекционных заболеваний (2,3).

Реабилитация необходима любому человеку с ограничивающим функциональные возможности острым или хроническим расстройством, психической или физической травмой. Людям с тяжелыми, долгосрочными физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями реабилитация может принести весьма существенную пользу и способствовать их более активному и длительному участию в сравнении с другими пользователями услуг реабилитации. Реабилитация может потребоваться после перенесенного острого заболевания или травмы (например ожога или скелетно-мышечной травмы), при наличии хронического заболевания (например диабета, сердечной недостаточности или поясничного болевого синдрома) или для того, чтобы облегчить восстановление после перенесенной хирургической операции (2).



- Реабилитация не является элитарной медицинской услугой, предназначенной исключительно для спортсменов или узкой группы людей с тяжелыми долгосрочными нарушениями здоровья. Это стратегия здравоохранения, адресованная всем и каждому, поскольку на том или ином этапе жизни каждый человек сталкивается с изменениями здоровья, и все мы стареем, что неизбежно ведет к ухудшению показателей здоровья. Реабилитация, как правило, предполагает не исцеление, а расширение функциональных возможностей организма; сама по себе реабилитация может способствовать укреплению здоровья и предупредить его ухудшение (4).
- Услуги реабилитации оказывают большую пользу людям, страдающим от широкого спектра нарушений здоровья, начиная от онкологических заболеваний, инсульта, сердечно-сосудистых и хронических респираторных заболеваний (5–7), до цереброваскулярных, неврологических и психических заболеваний (8–10), а также многих других неинфекционных заболеваний и травм (10,11).
- Реабилитация актуальна на любом из этапов жизни: детям с врожденными пороками и нарушениями развития, а также детям, получившим травмы, реабилитация помогает продолжить обучение в школе; взрослым, у которых возникли проблемы со здоровьем или которыми были получены производственные травмы, реабилитация позволяет вернуться к работе; пожилым людям реабилитация позволяет сохранять независимость и активность, а также способствует улучшению их физического и психического здоровья. В целом, реабилитация помогает в достижении и поддержании наилучшего возможного результата других медицинских мероприятий.
- В силу своей экономической эффективности реабилитация имеет высокий инвестиционный потенциал. Благодаря реабилитационным мерам можно сократить сроки пребывания в стационаре, предупредить повторные случаи госпитализации и снизить риск вторичных осложнений, вызванных проблемами со здоровьем (12). Расширяя возможности участия человека в повседневной жизни, реабилитация позволяет сократить расходы на оказание поддержки и ухода и ускоряет возвращение человека к учебной или трудовой деятельности. Реабилитация также ведет к сокращению потребности в других услугах здравоохранения или социальной поддержки, таких как реализуемые на дому мероприятия по предупреждению падений или эрготерапия для лиц старшего возраста (1,13).
- Поскольку услуги реабилитации направлены на улучшение всех аспектов жизни человека на протяжении всей жизни, роль реабилитации не ограничивается рамками сферы здравоохранения и, таким образом, способствует достижению целого ряда Целей в области устойчивого развития (ЦУР). Реабилитация является важной инвестицией в человеческий капитал и вносит существенный вклад в обеспечение здоровья и экономического и социального развития. Таким образом, хотя прогресс в области реабилитации имеет решающее значение для достижения ЦУР 3 (в особенности ЦУР 3.4 – сокращение преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний), он также важен для достижения ЦУР 1 (ликвидация нищеты), ЦУР 4 (обеспечение качественного образования) и ЦУР 8 (содействие достойной работе и экономическому росту).
- В контексте развития реабилитация является особенно мощной стратегией здравоохранения, поскольку внимание уделяется как хроническим проблемам со здоровьем (заболеваниям, травмам или естественным процессам, связанным со старением) в целях оптимизации имеющихся у человека функциональных возможностей, так и максимально эффективному использованию этих возможностей в повседневной жизни с учетом физических и социальных условий, в которых живет конкретный человек.

TARGET 3-4



TARGET 10-2



ЦУР 3.4 и 10.2. Уменьшение преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний, поддержание психического здоровья и благополучия и поощрение активного участия всех людей в социальной, экономической и политической жизни

- Необходимость оказания услуг реабилитации в странах Европы научно подтверждена (14). Тем не менее, высказываются опасения относительно текущих и будущих неудовлетворенных потребностей в таких услугах и неравенства в охвате этими услугами как внутри стран, так и между странами. Для расширения масштабов и укрепления служб реабилитации в составе национальных служб здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ необходимо добиться надежности основных компонентов систем здравоохранения, обеспечить устойчивое стратегическое руководство на национальном и региональном уровнях, а также надлежащую подготовку необходимого количества квалифицированных кадров и наличие четко работающих систем информации здравоохранения.
- Продолжительность жизни людей в Европейском регионе ВОЗ увеличивается, и доля пожилого населения возрастает. Прогнозируется, что доля населения в возрасте старше 60 лет вырастет с 23,9% в 2015 г. до 34,2% в 2050 г., а доля населения в возрасте старше 80 лет за указанный период увеличится с 4,7% до 10,1% (15). Процесс старения неизбежно связан с нарушениями в области функционирования, включая хронические заболевания, множественную патологию и ухудшение здоровья.
- Наблюдается увеличение доли людей, испытывающих значительные ограничения при выполнении повседневных действий (таких как перемещение по дому, принятие ванны или душа, одевание), что будет иметь серьезные экономические последствия в будущем (16). Установлено, что вышеупомянутое увеличение носит весьма существенный характер в возрастной группе населения от 50 до 70 лет в Греции, Испании и Италии, но, по-видимому, происходит позже (в возрасте старше 70 лет) в Нидерландах, Швеции и Швейцарии (17).
- За период с 2006 по 2016 гг. в Европейском регионе ВОЗ увеличилась на 9,9% и затронула почти 14 млн человек распространенность нарушений здоровья, связанных с тяжелыми ограничениями функционирования, многие из которых вызваны неинфекционными заболеваниями (18).
- В общемировом масштабе абсолютное число лет, прожитых с инвалидностью, неуклонно возрастает с начала 2000-х гг. и, согласно оценкам, в Европейском регионе ВОЗ 78% числа лет, прожитых с инвалидностью, являются следствием заболеваний, при которых может помочь реабилитация (18).
- Недавно проведенное обследование показало, что из числа пациентов с сердечной недостаточностью, которым показана кардиологическая реабилитация, в Европейском союзе ее получают лишь менее 20% пациентов, и особенно низкие показатели получения сердечной реабилитации наблюдаются в Соединенном Королевстве (19–22). В Эстонии в 2015 г. услуги реабилитации получили лишь около 10% людей с ограниченными возможностями (23).
- Проведенное в 2009 г. в трех франкоговорящих странах (Бельгии, Франции и Швейцарии) исследование, показало, что среди детей с нарушениями опорно-двигательных функций, неврологическими состояниями, а также нарушениями глотания и речи услуги реабилитации успешно получают от 7% до 63% детей (24).

Проведенное в рамках Европейской платформы рассеянного склероза в 2015 г. исследование «Барометр рассеянного склероза» показало, что в 7 государствах-членах ВОЗ более половины больных рассеянным склерозом не имеют доступа к услугам реабилитации. Доступность специализированных реабилитационных центров значительно варьируется, и в странах Западной Европы число таких центров почти в 3 раза превышает число соответствующих центров в странах Восточной Европы. Более того, в 11 странах пациентам приходится преодолевать более 100 км пути, чтобы добраться в ближайший специализированный реабилитационный центр (25).



TARGET 3•C



ЦУР 3.с. Существенное увеличение финансирования здравоохранения и набора, развития, профессиональной подготовки и удержания медицинских кадров

Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что одной из основных причин неудовлетворенной потребности в реабилитации в Европейском регионе ВОЗ является нехватка квалифицированных специалистов в области реабилитации.

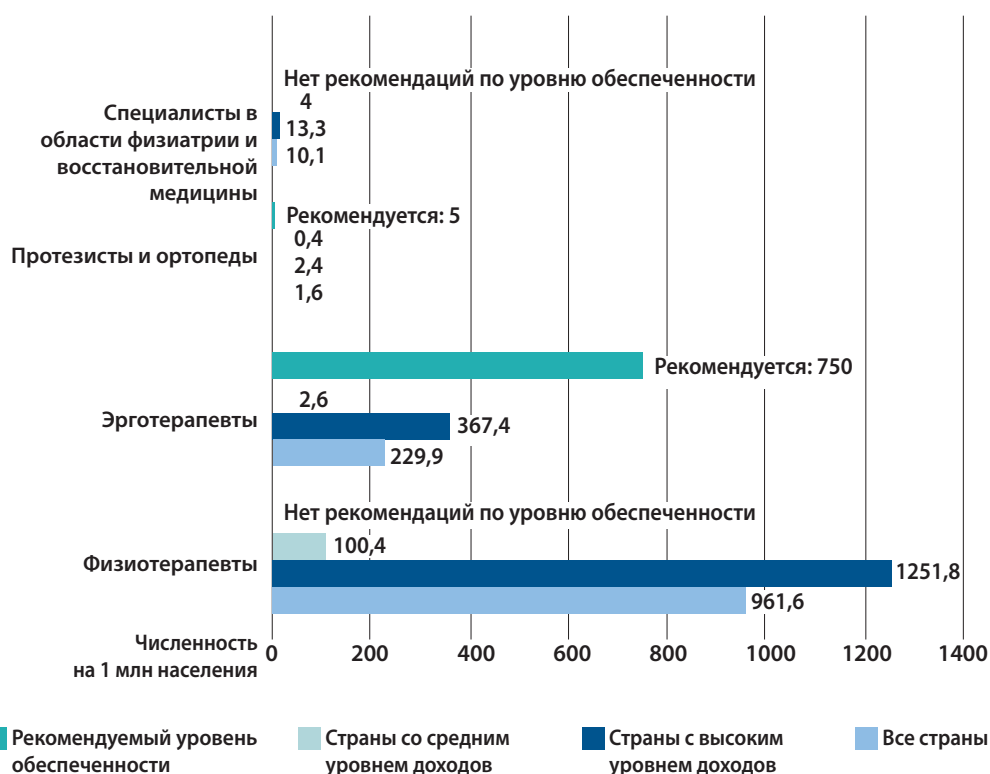
Опираясь на косвенный показатель уровня обеспеченности (число работников здравоохранения, оказывающих услуги реабилитации, на 1 млн населения в регионах мира с высоким и средним уровнем доходов), можно говорить о том, что Европейский регион ВОЗ находится ниже среднего уровня по числу таких специалистов в области реабилитации, как специалисты по физиатрии и восстановительной медицине, физиотерапевты, эрготерапевты, протезисты и ортезисты (26).

Хотя недостаток специалистов в области реабилитации наблюдается во всем Европейском регионе ВОЗ, наиболее остро нехватка ощущается в 21 стране со средним уровнем доходов, где по данным на 2016 г. наблюдалось в 12 раз меньше физиотерапевтов, в 141 раз меньше эрготерапевтов, в 6 раз меньше протезистов и ортезистов, а также в 3 раза меньше специалистов по физиатрии и восстановительной медицине, чем в 32 странах с высоким уровнем доходов в Регионе (Рис. 1) (26).

Рис. 1. Специалисты в области реабилитации в Европейском регионе ВОЗ



Источник: Всемирная организация здравоохранения, 2017 (26).





TARGET 3•8



ЦУР 3.8. Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения

- Проведенные исследования показывают, что, в целом, факторами, препятствующими удовлетворению потребности в услугах реабилитации в ряде государств-членов в Европейском регионе ВОЗ, являются плохая доступность, транспортные проблемы, большие расходы из личных средств пациента, недостаточная координация деятельности поставщиков услуг и слабая осведомленность о потребности в реабилитации (4,27–31). Указанные факторы препятствуют достижению цели по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Имеются также свидетельства различий в доступе к услугам и программам реабилитации, существующих как между государствами-членами ЕС, так и внутри стран, что ведет к усугублению неравенства в отношении здоровья (32–37). В частности, анализ ситуации в 70 центрах нейротравмы в странах ЕС показал, что в 32 из указанных центров люди с черепно-мозговыми травмами в возрасте 65 лет и старше имели гораздо меньшую возможность быть направленными в реабилитационные клиники, что лишало их основного права на доступ к мерам реабилитации и их использование наравне с другими пациентами (38).
- То же исследование показало, что лишь 19% принявших в нем участие центров внедрили в практику клиническое руководство по реабилитации пациентов с черепно-мозговой травмой (38). Не отвечающая стандартам реабилитационная помощь не только неэффективна, но и ведет к увеличению расходов для пациентов, системы здравоохранения и сообщества в целом; кроме того, она может послужить антистимулом для использования реабилитационных услуг. Постоянный клинический контроль качества и наличие стандартов качества – необходимое условие для поддержания качества помощи (39,40).
- Реабилитационные услуги должны иметь постоянную финансовую поддержку (за счет государственных, частных или смешанных программ страхования), чтобы любой житель Региона, которому показаны услуги реабилитации, мог их получить (3,4,41,42).
- В Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. указано, что реабилитация является неотъемлемой частью континуума услуг медико-санитарной помощи (43). Кроме того, в Политической декларации совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними подчеркивается важность реабилитации на всех этапах жизни с учетом зачастую хронического характера данной группы заболеваний (44). ВОЗ определено, что услуги реабилитации должны быть в полном объеме включены в пакет основных услуг в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения (3, 45,46).



TARGET 8•5



ЦУР 8.5. Обеспечение полной и производительной занятости и достойной работы для всех женщин и мужчин, в том числе молодых людей и инвалидов, и равную оплату за труд равной ценности

Будучи направлена на оптимизацию функциональных возможностей, реабилитация играет очень важную роль для людей, функционирование которых ограничено в силу травмы или заболевания, помогая им продолжать трудовую деятельность.

- Анализ реабилитационных мероприятий, направленных на возвращение к трудовой деятельности, подтверждает их эффективность, независимо от

того, измерялась ли эффективность с позиций количества дней отпуска по болезни или статуса занятости (47–49).

- Одним из примеров успеха является реабилитационная программа, реализованная в Нидерландах для пациентов с поясничным болевым синдромом. В рамках программы при активном участии работающих осуществлялось улучшение эргономики рабочих мест и постепенное расширение активности на основе принципов когнитивно-поведенческой терапии. Программа проводилась в рамках физиотерапевтической практики, на базе служб гигиены труда и больниц. Результатом стало сокращение времени возвращения пациентов к трудовой деятельности более чем на половину, что обусловило более высокие показатели функционирования годом позже (50).
- Проведенное в Финляндии исследование позволило оценить результаты комплексной шестинедельной программы нейрореабилитации по окончании острой фазы для пациентов с черепно-мозговой травмой. Было выявлено, что 89% участвовавших в программе пациентов были продуктивными (то есть работали, учились или участвовали в волонтерской деятельности) в сравнении с 55% пациентов в контрольной группе (51).
- В 2017 г. было проведено исследование с целью оценить возврат инвестиций в медицинскую и профессиональную реабилитацию, призванную помочь работающим вернуться к трудовой деятельности после отсутствия, вызванного производственной травмой. На основе данных по 5 европейским странам исследование показало, что отдача на каждый вложенный 1 евро составляет 3,7 евро для работодателей и 2,9 евро для систем социального обеспечения. Расчетный прирост производительности превышает инвестиции в 2,8 раза. Исследование показало, что инвестирование в эффективную реабилитацию приносит значительную экономическую выгоду и, следовательно, обеспечивает высокий возврат инвестиций (52).



ЦУР 4.2. Обеспечение того, чтобы все девочки и мальчики имели доступ к качественным системам развития, ухода и дошкольного обучения детей младшего возраста, с тем чтобы они были готовы к получению начального образования

Детям реабилитация позволяет полноценно участвовать в повседневной жизни и повышает уровень их благополучия. Доступные и недорогие высококачественные реабилитационные услуги помогают оптимизировать целый ряд аспектов жизни детей, в том числе применительно к образованию, что ведет к улучшению показателей здоровья и социального благополучия.

- В Европе услуги реабилитации для детей значительно варьируются. В то время как в таких странах, как Германия, созданы специализированные детские реабилитационные службы (53), в других странах это направление по-прежнему рассматривается в рамках полномочий реабилитационных служб общего профиля. Так, в Австрии некоторое число больничных коек было выделено для детской реабилитации после длительного процесса планирования в здравоохранении, в то время как в Италии создана специализированная сеть реабилитационных центров для детей и подростков (53). В Швеции созданы специализированные бригады детской и подростковой реабилитации, на которую дети направляются педиатрами или детскими психологами. Эти бригады укомплектованы реабилитологами и другими специалистами (54).

- Своевременный доступ к услугам по выявлению и коррекции, призванным свести инвалидизацию к минимуму, имеет первостепенное значение для детей с различными заболеваниями, в том числе с мышечными и нейродегенеративными нарушениями, кардиометаболическими расстройствами и респираторными заболеваниями (такими как астма и муковисцидоз), а также травматическими состояниями, в особенности с травмами спинного и головного мозга (55). Многочисленные исследования, проведенные в различных странах Европы, показывают, что участие в программах реабилитации приносит значительную пользу как в рамках, так и помимо области охраны здоровья, причем не только детям, но и их семьям и обществу в целом (55).
- Когортное исследование с участием 7163 детей и подростков с сахарным диабетом, охваченных услугами госпитальной реабилитации в Германии, выявило значительное улучшение клинических показателей, снижение числа осложнений, в особенности возникновения тяжелой гипогликемии, а также повышение способности детей к самостоятельной жизни (56).
- Применение ассистивных технологий в рамках процесса реабилитации чрезвычайно важно для поддержания и улучшения функциональных возможностей детей и их полноценного участия в общественной жизни (57). Собранные в Регионе и за его пределами фактические данные показывают, что обеспечение ассистивными устройствами и необходимое изменение среды, в которой живут дети, может способствовать значительному повышению мобильности, улучшению навыков самообслуживания и снижению потребности в поддержке со стороны людей, осуществляющих уход, а также к расширению участия детей в жизни общества (58,59). Кроме того, качественные исследования показывают, что, в зависимости от контекста, дети в целом положительно относятся к использованию ассистивных устройств (60).
- Данные об экономической эффективности оказания услуг реабилитации детям в Европейском регионе ВОЗ относительно ограничены. Однако исследование, проведенное в Соединенных Штатах Америки, показало, что предоставление услуг госпитальной реабилитации детям с тяжелой формой астмы в значительной степени связано со снижением предполагаемых общих расходов на медицинскую помощь в течение четырехлетнего периода дальнейшего наблюдения (61).
- Несмотря на прогресс в научных исследованиях, посвященных вопросам реабилитации, сохраняются значительные пробелы в данных, относящихся к клинической эффективности, результативности и безопасности программ реабилитации детей и подростков (53). Возможно, именно по этой причине услуги комплексной реабилитации для детей во многих странах Европейского региона ВОЗ, в том числе в странах с низким и средним уровнем доходов, представлены слабо или находятся в зачаточном состоянии.
- К наиболее часто упоминаемым преградам на пути детей к услугам реабилитации относятся недостаточная доступность, отсутствие финансирования и нехватка информации (62). Остро стоит также вопрос об ограниченных знаниях специалистов о потребностях детей (62) и недостаточной координации усилий между поставщиками услуг (63,64).
- Для устранения таких барьеров необходимы финансовые инвестиции и скоординированные меры политики, направленные на встраивание услуг реабилитации в системы здравоохранения и социальной поддержки, в рамках общей структуры, заданной стратегиями Европейского регионального бюро ВОЗ по инвестированию в будущее детей (65) и интегрированному предоставлению услуг здравоохранения (66).



Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. (67), утвержденный государствами-членами ВОЗ в 2014 г. (68), отразил в Задаче 2 обязательство «укрепить и расширить использование услуг по реабилитации, абилитации, ассистивных технологий, помощи и поддержки, а также реабилитации на уровне местного сообщества». Для выполнения этой задачи в Плане предлагаются следующие действия:

- обеспечение ведущей роли и стратегического руководства для разработки и укрепления политики, стратегий и планов в отношении услуг по абилитации, реабилитации, ассистивных технологий, помощи и поддержки, реабилитации по месту жительства и связанных с ними стратегий;
- обеспечение адекватных финансовых ресурсов для предоставления надлежащих услуг по абилитации и реабилитации и ассистивных технологий;
- подготовка и поддержание устойчивых кадровых ресурсов для проведения реабилитации и

абилитации в рамках более широкой стратегии в области здравоохранения;

- расширение и укрепление служб реабилитации и абилитации, обеспечивающее интеграцию, на всех этапах оказания помощи, на первичном (в том числе по месту жительства), вторичном и третичном уровнях системы здравоохранения, а также справедливый доступ, включая службы оказания ранней оперативной помощи детям с инвалидностью.

В феврале 2017 г. ВОЗ было организовано совещание заинтересованных сторон «Реабилитация-2030: призыв к действиям», на котором была подчеркнута острая необходимость срочного удовлетворения неудовлетворенных потребностей в реабилитации во всем мире, а также важность реабилитации с позиций достижения ЦУР 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». На совещании были определены 10 приоритетных направлений действий на уровне стран, позволяющие никого не оставить без внимания (вставка 1).

Вставка 1. Никого не оставить без внимания

Реабилитация-2030: призыв к действиям: в 2017 г. ВОЗ было организовано первое совещание по проблемам реабилитации (45), и на основании заранее подготовленной концептуальной записки (26) на совещании была подтверждена приверженность делу реабилитации и намечены 10 приоритетных направлений действий на уровне стран.

1. Мобилизация решительной поддержки реабилитации со стороны руководителей и политических кругов на субнациональном, национальном и глобальном уровнях.
2. Совершенствование планирования и оказания реабилитационных услуг на национальном и субнациональном уровнях.
3. Углубленная интеграция реабилитационных услуг в систему здравоохранения и укрепление межсекторальных связей в интересах оперативного и эффективного удовлетворения потребностей населения.
4. Включение реабилитации в набор общедоступных услуг здравоохранения.
5. Построение моделей комплексного оказания реабилитационных услуг в интересах поступательного обеспечения равного доступа к качественным услугам, в том числе ассистивным технологиям, для всех людей, в том числе проживающих в сельских и отдаленных районах.
6. Создание крупного многопрофильного контингента специалистов в области реабилитации с учетом специфики каждой страны, а также пропаганда концепции реабилитации на всех уровнях обучения работников сферы здравоохранения.
7. Расширение финансирования реабилитационных услуг через соответствующие механизмы.
8. Сбор актуальной информации о реабилитации для совершенствования систем медико-санитарной информации, включая данные общесистемного уровня о реабилитации и информацию о функциональных возможностях с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (69).
9. Нарастивание исследовательского потенциала и расширение доступности надежных данных о реабилитации.
10. Создание и укрепление сетей и партнерств в области оказания реабилитационных услуг, особенно между странами с низким, средним и высоким уровнем доходов.

В Глобальном плане действий ВОЗ по инвалидности подчеркивается, что в реализации мероприятий по реабилитации должны быть задействованы все секторы и различные участники из числа национальных правительств и органов местного самоуправления, а также широкий круг партнеров,

включая международные организации в системе Организации Объединенных Наций, неправительственные организации, частный сектор, сообщества, а также инвалидов и членов их семей (вставка 2).

Вставка 2. Межсекторальные действия

Вспышка полиомиелита в Таджикистане в 2010 г. привела к нарушениям здоровья сотен человек: ВОЗ оказала правительству Таджикистана содействие в разработке национальной многосекторальной программы реабилитации для людей с инвалидностью. Программа, осуществление которой началось в 2013 г., стала первой в своем роде. Разработка программы представляла собой многосекторальный консультативный процесс под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты и при участии ряда других министерств, организаций инвалидов, национальных и международных неправительственных организаций и доноров.

С тех пор, как указанная программа стала исходным стимулом для оказания поддержки реабилитационным мероприятиям, распространенность неинфекционных заболеваний (НИЗ) увеличилась на 18%, и сегодня НИЗ являются ведущей причиной инвалидности и смерти в Таджикистане. Распространенность таких ассоциируемых с НИЗ видов инвалидности, как ампутация, слепота и паралич, также увеличилась, что создает значительную нагрузку на системы социального обеспечения и здравоохранения страны.

Одной из четырех стратегических основ национальной программы является медико-социальная реабилитация, направленная на сокращение барьеров и улучшение доступа к услугам абилитации и реабилитации в масштабах всей страны. С учетом того, что реабилитация имеет межсекторальный характер, в национальной программе особое внимание уделяется междисциплинарной практике, осуществляемой медицинскими работниками совместно с специалистами в области образования, занятости, социальной защиты и других областей. Повышенное внимание уделяется также привлечению людей, не являющихся специалистами в области реабилитации, таких как члены местных общественных объединений, члены семьи, друзья, другие члены и группы сообщества. Это позволяет оказывать услуги реабилитации в самых разных условиях, включая больницы, амбулаторные и интернатные учреждения, а также по месту жительства и на дому (70).

Национальная программа также предусматривает начальную подготовку и непрерывное обучение специалистов и персонала служб абилитации и реабилитации, тем самым способствуя повышению доступности, расширению знаний и использованию ассистивных устройств и технологий (70).

Мониторинг прогресса



В настоящее время не имеется показателей, которые позволяли бы непосредственно оценивать ситуацию в области реабилитации или ассистивных устройств и результатов их использования в рамках единой системы мониторинга показателей ЦУР, политики Здоровье-2020 и неинфекционных заболеваний. Применение показателей, относящихся к использованию услуг реабилитации, для оценки эффективности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ также ограничено. В Сводном докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья за 2018 г. отмечается, что «наиболее часто используемыми индикаторами были классические показатели состояния здоровья населения и исходов заболеваний, но они в

основном касались оценки уровня смертности и заболеваемости, и их еще предстоит расширить для охвата концепций инвалидности или дискомфорта» (71). Показатели, касающиеся функционирования человека – основного результата реабилитации, учет которых чрезвычайно важен при планировании и принятии решений в области здравоохранения (72), пока еще используются недостаточно. Результатом является то, что данных о предоставлении услуг реабилитации крайне мало (73).

Мониторинг услуг реабилитации важен для улучшения здоровья и функционирования людей, а также для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Относящиеся к реабилитации

показатели, будучи встроенными в единую систему оценки эффективности систем здравоохранения, будут способствовать сбору фактических данных, необходимых для принятия научно обоснованных политических решений и разработки программ. В целях устранения существующего пробела ВОЗ в последние годы реализует целый ряд инициатив, направленных на укрепление институционально-кадрового потенциала заинтересованных сторон, необходимого для мониторинга услуг реабилитации и гармонизации сбора данных в области реабилитации. В рамках выработки национальных планов действий по реабилитации ВОЗ предоставила набор показателей и инструментов для сбора данных, которые страны могут использовать в целях оценки ситуации в области стратегического руководства, кадровых ресурсов и предоставления услуг реабилитации (74).

В разработанном ВОЗ наборе показателей по реабилитации рекомендованы две категории показателей – основные и расширенные. Всем странам рекомендуется принять основные показатели и выбрать любые из расширенных показателей в соответствии с задачами своих стратегических планов. К числу основных показателей относятся следующие (74):

Стратегическое руководство в области реабилитации (реабилитация включена в планы в области здравоохранения) – это показатель, относящийся к общему числу планов в области здравоохранения в стране, в которые реабилитация прямо включена на уровне мероприятий.

Финансирование реабилитации (затраты на оказание услуг реабилитации) – это показатель, отражающий общие годовые национальные затраты на оказание услуг реабилитации как процентную долю от общих годовых национальных затрат на здравоохранение.

Кадровые ресурсы в области реабилитации – это показатель, отражающий общую численность персонала служб реабилитации на 10 000 населения.

Службы реабилитации оцениваются по числу больниц третичного уровня, оказывающих услуги реабилитации, и плотности коечного фонда, а именно по:

- общему числу больниц третичного уровня в стране, располагающих 3 и более видами специалистов в области реабилитации, в процентах от общего числа больниц третичного уровня в стране;
- общему числу реабилитационных коек на 10 000 населения.

Охват услугами реабилитации (речь идет о междисциплинарной реабилитации для лиц с комплексными потребностями) – это показатель, относящийся к числу лиц с комплексными потребностями вследствие травм, получивших услуги междисциплинарной реабилитации в стране за год.

Кроме того, разработаны показатели для оценки услуг реабилитации, оказываемых на уровне сообществ, но эти показатели в наибольшей степени относятся к странам с низким и средним уровнем доходов (75).

С учетом повышенного внимания, уделяемого в настоящее время вопросам подотчетности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, подходы и инструменты мониторинга, ориентированные на соблюдение прав человека применительно к уязвимым группам населения, такие как программа «Жизнестойкие и отзывчивые системы здравоохранения» (Resilient and Responsive Health Systems – RESYST) (76,77), создают дополнительные возможности для оценки справедливости систем реабилитации и выработки политики в соответствии с глобальными и региональными рекомендациями (4,67,78). Выбор наиболее подходящих показателей должен в любом случае определяться технической надежностью отдельных измерений и основной целью или более широкой программой действий, положенной в основу мероприятий по мониторингу.

Поддержка ВОЗ для государств-членов

На совещании «Реабилитация-2030» была подчеркнута острая необходимость удовлетворения неудовлетворенных потребностей в услугах реабилитации, актуальная во всем мире, а также важность реабилитации с позиций достижения ЦУР (вставка 1). Были определены три направления потенциальной поддержки ВОЗ для государств-членов (45), а именно:

- /// лидерство и стратегическое руководство: проведение региональных совещаний в целях содействия устойчивому осуществлению программы действий «Реабилитация-2030»;
- /// планирование и осуществление: разработка набора методических материалов ВОЗ для стран, а также документов, касающихся чрезвычайных ситуаций, таких как руководства по предоставлению услуг реабилитации в условиях чрезвычайных ситуаций и минимальные технические стандарты оснащения бригад экстренной медицинской помощи при ожогах, спинномозговых травмах и ортопластике;
- /// научные исследования и фактические данные: продолжение работы ВОЗ и Всемирного банка по проведению Типового опросного исследования по инвалидности (79), подготовка доклада о состоянии дел в области реабилитации в мире и выпуск публикаций по вопросам политики здравоохранения и системных исследований для стран с низким и средним уровнем доходов.

Обязательства ВОЗ, касающиеся оказания государствам-членам поддержки в области реабилитации, были подтверждены в ходе второго совещания «Реабилитация-2030», проведенного в июле 2019 г. (80). Целью этого совещания было подтверждение поставленных задач, а также:

- /// анализ действий, предпринятых до настоящего времени ВОЗ, ее партнерами и государствами-членами в рамках инициативы «Реабилитация-2030»;
- /// согласование конкретных мероприятий в области реабилитации для содействия осуществлению

Тринадцатой Общей программы работы ВОЗ на 2019-2023 гг.;

- /// выявление способствующих факторов и барьеров на пути к дальнейшей реализации глобальной повестки дня в области реабилитации.

ВОЗ также взяла на себя обязательство вести работу в области продвижения ассистивной продукции, выступив с инициативой создания Глобального сотрудничества в области ассистивных технологий (GATE). Это партнерство, целью которого является улучшение доступа к недорогой ассистивной продукции высокого качества в всем мире (81). Ассистивные устройства (такие как инвалидные коляски, протезы, ортезы, слуховые аппараты и ходунки) призваны поддерживать и повышать функциональные возможности и самостоятельность индивида, способствуя, таким образом, его благополучию.

Обеспечение ассистивными устройствами является неотъемлемой частью реабилитации. Тем не менее, вопросы обеспечения ассистивной продукцией выходят за рамки реабилитации. Ассистивные устройства также используются для предупреждения нарушений и вторичных заболеваний (82). Одним из ключевых компонентов инициативы GATE является Список приоритетных вспомогательных устройств, включающий слуховые аппараты, инвалидные коляски, коммуникационные устройства, очки, искусственные конечности, органайзеры для таблеток, устройства для облегчения запоминания и другие предметы, необходимые множеству инвалидов и пожилых людей для того, чтобы вести здоровую, продуктивную и достойную жизнь (82). С учетом того, что более чем 1000 млн человек в мире было бы полезно использование одного или нескольких ассистивных устройств, и прогнозируемого увеличения числа людей, которые будут нуждаться в такой поддержке в будущем, в 2018 г. на Всемирной ассамблее здравоохранения была принята резолюция по улучшению доступа к вспомогательным технологиям (83).

ВОЗ на регулярной основе сотрудничает и взаимодействует с партнерами, в числе которых:

- Ассоциация за продвижение ассистивных технологий в Европе
- Международная христианская организация в области развития СВМ
- Департамент международного развития (Соединенное Королевство)
- Европейская организация по борьбе с инсультом
- Международная организация инвалидов
- Международная ассоциация логопедов и фониатров
- Международный комитет Красного Креста
- Международное общество физической и реабилитационной медицины
- Международное общество протезирования и ортопедии
- International Society of Wheelchair Professionals [Международное общество специалистов по инвалидным коляскам]
- Благотворительный фонд «Мотивация»
- Детский фонд Организации Объединенных Наций
- Агентство США по международному развитию
- Всемирная конфедерация по физиотерапии
- Всемирная федерация эрготерапевтов

Ресурсы

Глобальное сотрудничество в области ассистивных технологий (на англ. яз.)

http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/phi_gate/en/

Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.

<https://www.who.int/disabilities/actionplan/ru/>

Guidelines on Provision of Manual Wheelchairs in Less-resourced Settings

<https://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines/en/>

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (на англ. яз.)

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Минимальные технические стандарты и рекомендации по реабилитации: бригады чрезвычайной медицинской помощи

https://extranet.who.int/emt/sites/default/files/Russian_EMT%20rehab%20standards.pdf

Список приоритетных вспомогательных устройств (на англ. яз.)

http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en/

Rehabilitation 2030

<http://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030/en/>

Реабилитация в системе здравоохранения (на англ. яз.)

https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation_health_systems/en/

Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action

<https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en/>

Standards for Prosthetics and Orthotics

<https://www.who.int/rehabilitation/prosthetics-and-orthotics-standards/en/>



Ключевые определения

Ассистивные (вспомогательные) устройства

Любое внешнее изделие (включая устройства, оборудование, инструменты или программное обеспечение), специально изготовленное или широко имеющееся в наличии, главная цель которого состоит в поддержании или улучшении функционирования и независимости индивида, содействуя тем самым его благополучию. Ассистивные устройства используются также для предотвращения ухудшений состояния здоровья и вторичных заболеваний (82).

Изменения здоровья

Все острые и хронические заболевания, расстройства, повреждения и травмы, а также жизненные события, приводящие к нарушениям, такие как беременность, старение, стресс, врожденная аномалия или генетическая предрасположенность (50).

Протезист-ортезист

Лицо, оказывающее услуги по подбору и изготовлению протезов, ортезов и других обеспечивающих мобильность устройств с целью улучшить функциональные возможности людей с физическими нарушениями. Ортезирование включает использование внешних устройств, предназначенных для поддержки, укрепления или улучшения функций той или иной части тела; протезирование предполагает использование искусственного заменителя той или иной части тела (4).

Специалисты по физиатрии и восстановительной медицине

Предоставляют услуги по диагностике изменений здоровья, оценке функционирования и назначению медицинских и технологических мер вмешательства, которые направлены на лечение заболеваний и оптимизацию функциональных возможностей. Известны также как физиатристы (4).

Физиотерапия

Услуги, оказываемые с целью развития, поддержания и восстановления максимальной свободы движений тела и функциональных возможностей на протяжении жизни (3).

Функционирование

Общая сумма всех функций и структур организма, а также доменов активности и участия. Термин «функционирование» относится к положительным аспектам взаимодействия индивида, изменения здоровья индивида и контекстуальных факторов, включая как факторы окружающей среды, так и личностные факторы (72).

Эрготерапия

Укрепление здоровья и повышение благополучия с помощью различных видов целенаправленной деятельности. Основная цель эрготерапии состоит в том, чтобы помочь людям активно выполнять повседневные дела. Для достижения этой цели эрготерапевты дают людям возможность выполнять задачи, позволяющие повысить уровень их вовлеченности, либо адаптируют окружающую среду так, чтобы способствовать вовлеченности людей в повседневную деятельность (4).



Список использованной литературы

1. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
2. Rehabilitation: key for health in the 21st century. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/disabilities/care/KeyForHealth21stCentury.pdf?ua=1>, accessed 25 November 2019).
3. Rehabilitation in health systems. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf?sequence=8/>, accessed 25 November 2019).
4. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
5. Dalal HM, Doherty P, Taylor RS. Cardiac rehabilitation. *BMJ*. 2015;351:h5000.
6. Scott DA, Mills M, Black A, Cantwell M, Campbell A, Cardwell CR et al. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(3):CD007730.
7. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(2):CD003793.
8. Khan F, Ng L, Turner-Stokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD007256.
9. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility after stroke: major update. *Database Syst Rev*. 2014;(4):CD001920.
10. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD003080.
11. Williams R, Westmorland M, Lin C, Schmuck G, Green M. Effectiveness of workplace rehabilitation interventions in the treatment of work-related low back pain: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2007;29(8):607–624.
12. 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;54(2):166–176.
13. Howard-Wilsher S, Irvine L, Fan H, Shakespeare T, Suhrcke M, Horton S et al. Systematic overview of economic evaluations of health-related rehabilitation. *Disabil Health J*. 2016;9(1):11–25.
14. Kamenov K, Mills JA, Chatterji S, Cieza A. Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 2019;41(10):1227–1237.
15. World population ageing 2015. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2015 (<https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.asp>, accessed 25 November 2019).
16. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet*. 2015;385(9968):649–657.
17. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults: present status and future implications. *Lancet*. 2015;385(9967):563–575.
18. The global burden of disease: generating evidence, guiding policy. European Union and Free Trade Association regional edition. Seattle (WA): University of Washington Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013 (http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/The%20Global%20Burden%20of%20Disease_Generating%20Evidence%2C%20Guiding%20Policy%20-%20European%20Union%20and%20Free%20Trade%20Association.pdf, accessed 25 November 2019).
19. Bjarnason-Wehrens B, McGee H, Zwisler A-D, Piepoli MF, Benzer W, Schmid J-P et al. Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory survey. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17(4):410–418.
20. Dalal HM, Wingham J, Palmer J, Taylor R, Petre C, Lewin R. Why do so few patients with heart failure participate in cardiac rehabilitation? A cross-sectional survey from England, Wales and Northern Ireland. *BMJ Open*. 2012;2(2):e000787.
21. Buttery AK, Carr-White G, Martin FC, Glaser K, Lowton K. Limited availability of cardiac rehabilitation for heart failure patients in the United Kingdom: findings from a national survey. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21(8):928–940.
22. Grahame R. The decline of rehabilitation services and its impact on disability benefits. *J R Soc Med*. 2002;95(3):114–117.
23. Hanga K, DiNitto D, Leppik L. Initial assessment of rehabilitation needs using the WHODAS 2.0 in Estonia. *Disabil Rehabil*. 2016;38(3):260–267.
24. Cremer R, Leclerc F, Lacroix J, Ploin D. Children with chronic conditions in pediatric intensive care units located in predominantly French-speaking regions: prevalence and implications on rehabilitation care need and utilization. *Crit Care Med*. 2009;37(4):1456–1462.

25. Multiple sclerosis barometer 2015: raising the voice of people with MS. Brussels: European Multiple Sclerosis Platform; 2015 (<http://www.emsp.org/wp-content/uploads/2017/02/BAROMETER-2015-Final-10.05.2017.pdf>, accessed 25 November 2019).
26. The need to scale up rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2017 (Background paper for Rehabilitation 2030: A Call for Action; <http://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1>, accessed 25 November 2019).
27. Galera O, Grimal G, Bajon D, Darolles Y. Identification des freins à la prescription de la réhabilitation respiratoire pour les patients atteints de BPCO en médecine générale. *Rev Pneumol Clin.* 2017;73(3):115–119.
28. Pulignano G, Tinti MD, Del Sindaco D, Tolone S, Minardi G, Lax A et al. Barriers to cardiac rehabilitation access of older heart failure patients and strategies for better implementation. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2016;84(1–2):732.
29. Fradgley E, Paul C, Bryant J. A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: what are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries? *Int J Equity Health.* 2015;14(1):52.
30. New PW, Scivoletto G, Smith E, Townson A, Gupta A, Reeves RK et al. International survey of perceived barriers to admission and discharge from spinal cord injury rehabilitation units. *Spinal Cord.* 2013;51(12):893–897.
31. Hughes A-M, Burridge JH, Demain SH, Ellis-Hill C, Meagher C, Tedesco-Triccas L et al. Translation of evidence-based assistive technologies into stroke rehabilitation: users' perceptions of the barriers and opportunities. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1):1–12.
32. Wiklund M, Fjellman-Wiklund A, Stålnacke B-M, Hammarström A, Lehti A. Access to rehabilitation: patient perceptions of inequalities in access to specialty pain rehabilitation from a gender and intersectional perspective. *Glob Health Action.* 2016;9:31542.
33. Viana M, Borges A, Araujo C, Rocha A, Ribeiro AI, Laszczynska O et al. Inequalities in access to cardiac rehabilitation after an acute coronary syndrome: the EPiHeart cohort. *BMJ Open.* 2018;8(1):e018934.
34. Burstrom B, Nylen L, Clayton S, Whitehead M. How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disabil Rehabil.* 2011;33(6):453–466.
35. Langhammer B, Becker F, Sunnerhagen KS, Zhang T, Du X, Bushnik T et al. Specialized stroke rehabilitation services in seven countries. *Int J Stroke.* 2015;10(8):1236–1246.
36. Putman K, De Wit L, Schupp W, Baert I, Brinkmann N, Dejaeger E et al. Variations in follow-up services after inpatient stroke rehabilitation: a multicentre study. *J Rehabil Med.* 2009;41(8):646–653.
37. Putman K, De Wit L, Schupp W, Beyens H, Dejaeger E, De Weerd W et al. Inpatient stroke rehabilitation: a comparative study of admission criteria to stroke rehabilitation units in four European centres. *J Rehabil Med.* 2007;39(1):21–26.
38. Cnossen MC, Lingsma HF, Tenovuo O, Maas AIR, Menon D, Steyerberg EW et al. Rehabilitation after traumatic brain injury: a survey in 70 European neurotrauma centres participating in the CENTER-TBI study. *J Rehabil Med.* 2017;49(5):395–401.
39. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 25 November 2019).
40. Всемирная организация здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк. Предоставление качественных услуг здравоохранения: обязательное условие охвата услугами здравоохранения на мировом уровне. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312003/9789244513903-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 14 января 2020 г.).
41. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: финансирование систем здравоохранения – путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010 (https://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 14 января 2020 г.).
42. Watkins DA, Jamison DT, Mills T, Atun T, Danforth K, Glassman A et al. Universal health coverage and essential packages of care. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN et al., editors. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*, 3rd edition. Washington (DC): International Bank for Reconstruction and Development, World Bank; 2018:3–22.
43. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Нью-Йорк: Организация объединенных наций; 2015 (Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей, 70/1; https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R, по состоянию на 14 января 2020 г.).
44. Политическая декларация совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2012 (Резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций A/RES/66/2; <https://undocs.org/ru/A/RES/66/2>, по состоянию на 14 января 2020 г.).
45. Rehabilitation 2030: a call for action. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1>, accessed 25 November 2019).

46. Mills JA, Marks E, Reynolds T, Cieza A. Rehabilitation: essential along the continuum of care. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN et al., editors. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*, 3rd edition. Washington: World Bank; 2018:285–297.
47. Clayton S, Bamba C, Gosling R, Povall S, Misso K, Whitehead M. Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual-focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people. *BMC Public Health*. 2011;11(1):170.
48. Désiron HA, de Rijk A, Van Hoof E, Donceel P. Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2011;11(1):615.
49. Donker-Cools BH, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MH. Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: a systematic review. *Brain Inj*. 2016;30(2):113–131.
50. Lambeek LC, van Mechelen W, Knol DL, Loisel P, Anema JR. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ*. 2010;340:c1035.
51. Sarajuuri JM, Kaipio M-L, Koskinen SK, Niemelä MR, Servo AR, Vilkkki JS. Outcome of a comprehensive neurorehabilitation program for patients with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005;86(12):2296–2302.
52. The return on work reintegration. Geneva: International Social Security Association; 2017 (<https://www.issa.int/en/details?uuid=f8ded415-513e-4326-9ecf-00231eb2a279>, accessed 1 December 2019).
53. Kerbl R, Sperl W, Strassburg HM, Pettoello-Mantovani M, Ehrich J. Overview of habilitation and rehabilitation for children and adolescents in Europe. *J Pediatr*. 2016;172:233–235.e2.
54. Wettergren B, Blennow M, Hjern A, Söder O, Ludvigsson JF. Child health systems in Sweden. *J Pediatr*. 2016;177:S187–S202.
55. Scrutinio D, Giardini A, Chiovato L, Spanevello A, Vitacca M, Melazzini M et al. The new frontiers of rehabilitation medicine in people with chronic disabling illnesses. *Eur J Intern Med*. 2019;61:1–8.
56. Schiel R, Stachow R, Hermann T, Satzke I, Buttner T, Koch S et al. Rehabilitation in Germany 2004–2016: a multicenter analysis over a period of 13 years in children and adolescents with diabetes mellitus. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2019; doi: 10.1055/a-0594-9311 (Epub ahead of print).
57. Assistive technology for children with disabilities: creating opportunities for education, inclusion and participation. A discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js22478en/>, accessed 25 November 2019).
58. Ostensjø S, Carlberg EB, Vøllestad NK. The use and impact of assistive devices and other environmental modifications on everyday activities and care in young children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2005;27(14):849–861.
59. Henderson S, Skelton H, Rosenbaum P. Assistive devices for children with functional impairments: impact on child and caregiver function. *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(2):89–98.
60. Huang IC, Sugden D, Beveridge S. Children's perceptions of their use of assistive devices in home and school settings. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2009;4(2):95–105.
61. Weinstein AG, McKee L, Stapleford J, Faust D. An economic evaluation of short-term inpatient rehabilitation for children with severe asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 1996;98(2):264–273.
62. Jones S, Davis N, Tyson SF. A scoping review of the needs of children and other family members after a child's traumatic injury. *Clin Rehabil*. 2018;32(4):501–511.
63. Jurgensen M, Grossmann N, Thyen U. "Das wurde ich gar nicht erst beantragen!" Barrieren der Inanspruchnahme einer kinder- und jugend-rehabilitations-massnahme aus sicht der familien. *Rehabilitation*. 2017;56(2):109–118.
64. Thyen U, Sperner J, Morfeld M, Meyer C, Ravens-Sieberer U. Unmet health care needs and impact on families with children with disabilities in Germany. *Ambul Pediatr*. 2003;3(2):74–81.
65. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCANstrategy_140440.pdf?ua=1, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
66. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (EUR/RC66/15; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
67. Глобальный план действий ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг. Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-ru.pdf?ua=1&ua=1, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
68. Инвалидность. В: Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 27 мая 2013 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (WHA66.9, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-ru.pdf, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).

69. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2001 (на англ. яз.; <https://www.who.int/classifications/icf/en/>, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
70. Mishra S, DeMuth S, Sabharwal S, Watts HG, Lentz KL, Huber M et al. Инвалидность и реабилитация в Таджикистане: разработка межотраслевой национальной программы для того, чтобы никто не был оставлен без внимания. Панорама общественного здравоохранения. 2018; 4(2):210–219 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325052/php-4-2-210-219-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
71. Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. Оценка эффективности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: какие сферы и показатели используют государства-члены при проведении измерений? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/386048/hen-55-rus.pdf?ua=1, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
72. Stucki G, Bickenbach J. Functioning: the third health indicator in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017;53(1):134–138.
73. Исследование доступности национальных данных о предоставлении услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: результаты сканирования. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2018/availability-of-national-health-services-delivery-data-across-the-who-european-region-scanning-survey-results-2018>, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
74. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325607/9789241515986-eng.pdf?ua=1>, accessed 30 November 2019).
75. World Health Organization, International Disability and Development Consortium. Capturing the difference we make: community-based rehabilitation indicators manual. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/199524>, accessed 29 November 2019).
76. Подотчетность как ключевой фактор обеспечения справедливости в отношении здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/accountability-as-a-driver-of-health-equity-2019>, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
77. Skempes D, Melvin J, von Groote P, Stucki G, Bickenbach J. Using concept mapping to develop a human rights based indicator framework to assess country efforts to strengthen rehabilitation provision and policy: the Rehabilitation System Diagnosis and Dialogue framework (RESYST). *Glob Health*. 2018;14(1):96.
78. Люблянское заявление о справедливости в отношении здоровья. Ускорить прогресс на пути к обеспечению здоровой и благополучной жизни для всех жителей Европейского региона ВОЗ. В: Конференция высокого уровня, Любляна, 11–13 июня 2019 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2019 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/ljubljana-statement-on-health-equity-2019>, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).
79. Model disability survey. In: Disability and rehabilitation [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<http://www.who.int/disabilities/data/mds/en/>, accessed 29 November 2019).
80. Second rehabilitation 2030: a call for action meeting. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/rehabilitation/Meeting-report-Rehab2030-251119-web.pdf?ua=1>, accessed 29 November 2019).
81. Global cooperation on assistive technology. . In: Public health, innovation, intellectual property and trade [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/phi_gate/en/, accessed 25 November 2019).
82. Priority assistive products list (APL). . In: Public health, innovation, intellectual property and trade [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en/, accessed 25 November 2019).
83. Улучшение доступа к вспомогательным технологиям: доклад Секретариата. В: Исполнительный комитет Сто тридцать девятая сессия, Женева, 13 мая 2016 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_4-ru.pdf, по состоянию на 30 декабря 2019 г.).

Координация и пересмотр: д-р Amine Lotfi и д-р Bettina Menne (программа «Здоровье и устойчивое развитие», Европейское региональное бюро ВОЗ).

Авторы: Satish Mishra и Manfred Huber (программа «Здоровое старение, ограниченные возможности и долговременный уход», Европейское региональное бюро ВОЗ).

Составители: данный информационный бюллетень был подготовлен совместно с Сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам реабилитации (Центр по вопросам реабилитации в глобальных системах здравоохранения, Факультет здравоохранения и медицины, Университет Люцерна). Мы хотели бы поблагодарить Viv Taylor Gee за ценные комментарии.

Редактор: Jane Ward; **Верстка:** Daniela Berretta.



URL: www.euro.who.int/en/SDG-health-fact-sheets

© Всемирная организация здравоохранения, 2020. Все права защищены.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

**Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро**

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 **Факс:** +45 45 33 70 01

Эл. адрес: sdgeurope@who.int