

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ САРАТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ В.И. РАЗУМОВСКОГО МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи

Шмеркевич Александр Борисович

**Медико-социологическое исследование институционализации
региональной модели интегрированной медико-социальной помощи
онкологическим больным**

14.02.05 – Социология медицины

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор
Кром Ирина Львовна

доктор медицинских наук, профессор
Еругина Марина Василидовна

Москва – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В КОНТЕКСТЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	19
1.1. Социальные риски в эпидемиологии онкологических заболеваний.....	19
1.2. Формирование и функционирование модели интегрированной системы здравоохранения.....	26
1.3. Государственно-частное партнерство в системе здравоохранения Российской Федерации.....	40
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	51
2.1 Этапы и базы исследования.....	51
2.2. Программно-методическое обеспечение исследования.....	59
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САРАТОВСКОГО РЕГИОНА.....	65
ГЛАВА 4. ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ.....	85
4.1. Верификация системных факторов континуума онкологической помощи в Саратовской области.....	85
4.2. Разработка направлений совершенствования системы организации онкологической помощи в регионе.....	93
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПАРАМЕТРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	114
5.1. Оценка качества жизни больных онкологическими заболеваниями (на примере пациентов, страдающих раком молочной железы).....	114

5.2. Современный контекст и параметры реабилитации онкологических больных.....	131
ГЛАВА 6. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ.....	146
6.1. Современная концепция паллиативной помощи.....	146
6.2. Тенденции институционализации паллиативной помощи в России.....	156
6.3. Организация паллиативной помощи онкологическим больным в России в исторической ретроспективе.....	175
ГЛАВА 7. ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ.....	188
7.1. Научное обоснование организации региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным	188
7.2. Региональная модель организации интегрированной медико-социальной помощи пациентам онкологического профиля.....	200
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	217
ВЫВОДЫ.....	227
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	233
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	235
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	236
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	328
Приложение А.....	328
Приложение Б.....	329
Приложение В.....	332
Приложение Г1.....	333
Приложение Г2.....	335
Приложение Д.....	336
Приложение Е.....	338
Приложение Ж.....	352

Приложение И.....	356
Приложение К.....	358

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Одной из важнейших проблем систем здравоохранения в мире в XXI в. является растущее бремя хронических заболеваний. Возросшая продолжительность жизни, «модернизация» образа жизни, связанная с ростом факторов риска многих хронических заболеваний, достижения современной медицины привели к увеличению числа пациентов, живущих с хроническими болезнями. Хронические заболевания лидируют в формировании заболеваемости, инвалидизации и смертности населения в современном мире и представляют значительное бремя для национальных экономик (Yach D. et al., 2004; Nolte E. et al., 2011; Sendall M. et al., 2017).

Хронические заболевания – состояния, требующие постоянного сопровождения в течение лет или десятилетий (Nolte E., McKee M., 2011). Системы здравоохранения, отвечающие потребностям пациентов с хроническими заболеваниями, основаны на концепции непрерывности помощи с проактивным выявлением клинических деприваций у лиц, страдающих хроническими заболеваниями или принадлежащих к группам риска, и разработкой программ междисциплинарного сервиса, использующих целостный, адаптированный к потребностям пациентов подход. Однако, современная система здравоохранения предполагает оказание эпизодической медицинской помощи при острых состояниях, что не соответствует потребностям пациентов с хроническими заболеваниями (Шаевский В.И., Шейман И.М., 2013; Стародубов В.И. и соавт., 2015). Преодоление дискретности процесса оказания медицинской помощи и формирование интегрированной системы относится к важнейшим задачам современного здравоохранения (Стародубов В.И. и др., 2017; Leutz W., Wagner E., 1999; Kodner D., Spreeuwenberg C., 2002; Fireman B. et al., 2004; Fiandt K., 2006; Nolte E., McKee M., 2011).

Это относится, в первую очередь, к онкологическим заболеваниям, относящимся к числу достаточно распространенных хронических заболеваний,

определяющих витальный прогноз пациентов. В Послании Федеральному собранию 1 марта 2018 года Президент В.В. Путин предложил реализовать общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями с выстраиванием современной системы от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения.

На протяжении последних лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире и Российской Федерации, при этом он более интенсивен среди женского населения (Сыч Г.В. и соавт., 2018). На первом месте в структуре онкологической патологии (первичной заболеваемости и смертности) женского населения в России регистрируется рак молочной железы (Семиглазов В.Ф., Мерабишвили В.М. и соавт., 2017; Заридзе Д.Г. и соавт., 2018).

Исследования медико-социальных перспектив онкологических больных традиционно фокусировались на оценке летальности. В последние десятилетия одним из ведущих аспектов медико-социального прогноза является качество жизни онкологических больных (Решетников А.В., Присяжная Н.В., 2016; Кром И.Л., Еругина М.В., 2018; Siegel R.L. et al., 2017, Calderon C. et al., 2019; Akin S., Guner C.K., 2019).

В связи с эволюцией онкологических заболеваний от фатального диагноза к хроническому заболеванию меняются подходы к оказанию медицинской помощи пациентам с онкологическим заболеванием. Качество жизни, релевантное здоровью, как ключевая дефиниция социологии медицины определяется системным взаимодействием структур в рамках интегрированной медико-социальной помощи. В большинстве регионов России онкологическая помощь до настоящего времени ограничена в основном специализированной помощью. При этом в онкологическую помощь в последние годы включена и паллиативная помощь, которая в российских законодательных документах до принятия в 2019 г. изменений в Федеральный закон от 6.03.2019 г. № 18-ФЗ [218], рассматривалась только как паллиативная *медицинская* помощь.

Онкологические заболевания представляют собой медико-социальную проблему, в которой сконцентрировались медицинские, психологические, социальные, демографические, экономические аспекты. Онкологическое заболевание – это не просто болезнь, это личная и семейная трагедия, социальный стресс для целой группы людей, включенных в жизненное пространство пациента. Поэтому система организации онкологической помощи, включая паллиативную, должна быть представлена не только медицинской помощью, но и сопровождающими её социальными компонентами. Проблема их оптимальной взаимосвязи в контексте региональной модели интегрированной медико-социальной помощи больным со злокачественными новообразованиями пока не решена.

Степень научной разработанности проблемы. Исследование носит междисциплинарный характер, что определяет комплексное использование научных подходов двух научных дисциплин: 14.02.05 – «Социология медицины» и 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение».

Принципиальными для формирования концепции диссертационного исследования явились фундаментальные труды академика РАН А.В. Решетникова, работы ведущих российских и зарубежных ученых по проблемам институционализации и организации здравоохранения.

Исследованию социальных детерминант в эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний посвящены работы Решетникова А.В., 2002, 2007; Тапилиной В.С., 2004; Кром И.Л., 2007–2018; Русиновой Н.В., 2013; Кислицыной О.А., 2015; Лебедевой-Несеври Н.А., 2014; Бойцова С.А., 2015; Самородской И.В., 2017; Adler N.E. et al., 1994; Marmot M., 2005; Pikhart H., Pikhartova J., 2015; Cockerham W.C. et al., 2017; Kim K., 2017.

Известны интервенционные и наблюдательные исследования, посвященные роли социально детерминированных рисков в развитии онкологических заболеваний (Сидоров П.И., Совершаева Е.П., 2015; Леонтьева А.Г., 2017; Hond K., Neugut A.I., 2004; Liu L., Newschaffer C.J., 2011; Torre L.A. et al., 2017).

Потенциал исследований качества жизни, релевантного здоровью, представлен в работах отечественных и зарубежных исследователей (Решетников А.В., 2002-2018; Новик А.А., Ионова Т.И., 1999–2007; Седова Н.Н., Петров В.И., 2001; Абаева О.П., 2019; Кром И.Л., 2005–2018; Еругина М.В., 2014–2018; Семке В.Я., 2000, 2007; Лига М.Б., 2006; Elkinton J.R., 1966; Hube M. et al., 2016, Bartolo A. et al., 2019; Cheng Q. et al., 2019; Franciosi V. et al., 2019).

Изменение, оптимизация современных тенденций оказания медицинской помощи в национальных системах здравоохранения при хронических заболеваниях обсуждается в работах Стародубова В.И. и соавт., 2015; Хальфина Р.А. и соавт, 2019; Шаевского В.И., Шеймана И.М., 2013; Щепина О.П. и соавт., 2015; Fireman B. et al., 2004; Nolte E., McKee M., 2011; Norris S.L. et al., 2003; Wagner E. et al., 1996.

Институциональным преобразованиям в системе здравоохранения, научному обоснованию современных тенденций организации здравоохранения современной России посвящены исследования Решетникова А.В., 1995–2018; Кучеренко В.З., 2013; Лисицына Ю.П., 2009, 2013; Манеровой О.А., 2013; Решетникова В.А., 2016; Сквирской Г.П., 2018; Сон И.М., 2019; Стародубова В.И., 2015; Хальфина Р.А., 2019; Шеймана И.М., Шишкина С.В., 2009; Щепина О.П., 1998–2015; Щепина В.О., 2019; Эккерт Н.В., 2008–2013.

Анализ отечественных и зарубежных исследований свидетельствует об отсутствии сформированной концепции интегрированной системы медико-социальной помощи онкологическим пациентам в РФ, учитывающей реалии современных социально-экономических условий в стране, появление новых социальных агентов в системе охраны здоровья граждан, что и послужило причиной проведения данного исследования.

Цель диссертационного исследования – изучить институционализацию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным и разработать концептуальные подходы к ее формированию.

В соответствии с поставленной целью поставлены и решены следующие **задачи:**

1. Реализовать теоретико-методологический анализ отечественных и зарубежных исследований социальной детерминированности онкологических заболеваний и организации медико-социальной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в современной системе интегрированного здравоохранения.

2. Осуществить компаративный анализ демографических показателей и их динамику в Российской Федерации и Саратовской области в соотнесении их к динамике онкопатологии в регионе.

3. Определить в ходе медико-социологического исследования системные факторы, оказывающие существенное влияние на состояние онкологической помощи в регионе, и осуществить её SWOT-анализ.

4. Изучить медико-социальные характеристики и провести анализ качества жизни пациентов с раком молочной железы в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

5. Обосновать стратегии оптимизации медико-социальной реабилитации больных, страдающих раком молочной железы, в региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным.

6. Проанализировать состояние паллиативной помощи онкологическим пациентам в России и изучить современные тенденции её развития.

7. Разработать концептуальные подходы к совершенствованию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным и рекомендации по их внедрению.

Научная новизна

– На основании результатов диссертационного исследования автором сформулировано новое определение изучаемой актуальной проблемы: институционализация региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным – это социальный процесс, который формируется в результате деятельности коллективных и индивидуальных

субъектов социального института медицины, презентующий формирование новых потребностей, норм и ценностей в современном российском социуме с целью усиления социальной сплоченности в деле охраны здоровья граждан нашей страны.

– Осуществлен анализ ключевых социальных рисков, определивших социальную детерминированность и мультикаузальность онкологических заболеваний.

– Представлен компаративный анализ динамики демографических показателей в соотнесении их с динамикой онкопатологии в регионе.

– Определены элементы континуума онкологической помощи, соотношение которых определяется продолжительностью и тяжестью онкологического заболевания.

– Верифицированы системные факторы, оказывающие существенное влияние на континуум онкологической помощи в регионе.

– Предложены концептуальные подходы к совершенствованию системы организации онкологической помощи в регионе на основании SWOT-анализа и качественного медико-социологического исследования.

– Доказана возможность использования суммарного показателя качества жизни и его составляющих в качестве дополнительного критерия организации интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам и оценки эффективности организации паллиативной помощи онкологическим пациентам.

– По результатам компаративного анализа качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания обоснованы направления их медико-социальной реабилитации и определена потребность в паллиативной помощи.

– Изучена на региональном уровне институционализация современной модели интегрированного медико-социального сервиса онкологическим пациентам.

– Обоснованы тенденции медикализации при организации паллиативной помощи в России.

– Анализ тенденций институционализации паллиативной помощи онкологическим больным с методологических позиций исследования социально-структурных функций (AGIL) и структурно-функционального анализа позволил отнести этот вид медицинской помощи к социальной практике.

– При оказании паллиативной помощи помимо традиционных субъектов системы охраны здоровья граждан интегрированы усилия новых социальных агентов – благотворительные фонды по борьбе с раком, пациентские ассоциации (организации) помощи онкобольным, некоммерческие организации онкопсихологов, частные медицинские организации, социальные сети и другие, которые способствуют усилению социальной сплоченности и социальной солидарности в деле охраны здоровья граждан, и свидетельствует о том, что новые социальные агенты все больше входят в повседневную жизнь и реальную практику здравоохранения.

– Определены перспективы государственно-частного партнерства в региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным, предусматривающие эффективное использование ресурсов здравоохранения и частного капитала, позволяющее достичь синергического эффекта от преимуществ государственной формы собственности (инфраструктура и финансирование) и частной формы собственности (эффективный менеджмент, современное оборудование и более квалифицированные кадры) и таким образом более эффективно решать проблему повышения доступности и качества медицинской помощи населению.

– Разработана региональная модель интегрированной медико-социальной помощи пациентам онкологического профиля, учитывающая специфику ее организации в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

Теоретическая и практическая значимость исследования состоит в концептуализации формирования междисциплинарного сервиса пациентам при

онкологических заболеваниях, соответствующего требованиям современной интегрированной системы здравоохранения.

Практическая значимость работы определяется перспективами использования результатов исследования организации модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным в регионах, разработанными рекомендациями по организации паллиативной помощи и реабилитации больных, страдающих онкологическими заболеваниями, в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания, внедрения в практику государственно-частного партнерства в региональной онкологической службе.

Полученные результаты могут быть использованы для совершенствования образовательных программ высшего медицинского и дополнительного профессионального образования в области социологии медицины и общественного здоровья и здравоохранения, представляя новые возможности оптимизации содержания учебных курсов повышения квалификации для организаторов здравоохранения, специалистов (врачей, психологов, специалистов по социальной работе) медицинских организаций различного уровня.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Институционализация региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным предполагает преодоление дискретности при оказании медицинской помощи, формирование персонифицированной системы, ориентированной на больного с хронической полиморбидной патологией, основанной на междисциплинарном взаимодействии специалистов, а также новых социальных агентов системы охраны здоровья граждан. Данный подход отвечает требованиям организации интегрированной системы здравоохранения, представленной различными моделями организации, скоординированным функционированием социально-медицинских, социально-психологических и экономических элементов социума.

2. Анализ основных статистических показателей здоровья населения Российской Федерации и Саратовской области, являющейся типичным регионом России, свидетельствует о неблагоприятных тенденциях их динамики на

протяжении последних десятилетий. Являясь одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения, занимая первые ранговые места в структуре первичной инвалидности в Российской Федерации и в Саратовской области, онкологические заболевания оказывают существенное негативное влияние на состояние общественного здоровья современной России.

3. Верификация, группировка и ранжирование системных факторов онкологической заболеваемости, осуществленные экспертами в ходе фокус-группового исследования, конкретизируют выбор и приоритеты направления совершенствования организации региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным в контексте SWOT-анализа.

4. Показатель качества жизни, релевантный здоровью, проанализированный с использованием опросника ВОЗ КЖ-100, является дополнительным многофакторным критерием оценки психосоматического состояния и условий социального функционирования больных онкологическими заболеваниями. Показатель «качество жизни» выступает индикатором эффективности организации онкологической помощи пациентам в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

Отмеченные при анализе качества жизни изменения средних показателей в «Физической», «Психологической» сферах и сфере «Уровень независимости» указывают на необходимость паллиативной помощи и паллиативной реабилитации для больных в терминальных стадиях онкологического заболевания

5. Динамика показателей качества жизни больных онкологического профиля, релевантная длительности и тяжести заболевания и незавершенности процесса ресоциализации, инициирует медико-социальную реабилитацию данной категории больных. Введение в медико-социальную практику оценки качества жизни формирует возможность конкретизации стратегий реабилитации больных онкологического профиля в связи с продолжительностью и тяжестью заболевания.

6. Современная концепция паллиативной помощи построена на принципе мультипрофессионального и междисциплинарного подхода к оказанию

комплексной помощи больным онкологического профиля с хроническим течением заболевания, включающего медицинскую, социальную, психологическую помощь.

Происходящий в современной России процесс институционализации паллиативной помощи направлен на оптимизацию качества жизни и эффективную ресоциализацию пациентов онкологического профиля при хроническом течении заболевания. Роль паллиативной помощи в социальном институте медицины позволяет определить ее как вид социальной практики, в которой интегрированы усилия новых социальных агентов системы охраны здоровья граждан – благотворительные фонды по борьбе с раком, пациентские организации (ассоциации) помощи больным онкологического профиля, некоммерческие организации онкопсихологов, частные медицинские организации, социальные сети и другие.

7. В современных условиях развития социума совершенствование организации региональной онкологической помощи предполагает формирование модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным, включающей специализированную помощь, паллиативную помощь и реабилитацию, соотношение которых определяется продолжительностью и тяжестью онкологического заболевания, а также интеграцию новых социальных агентов. В условиях дефицита финансовых ресурсов одним из вариантов решения проблемы формирования модели интегрированной медико-социальной помощи является также государственно-частное партнерство.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты научного исследования использованы:

1. Орган законодательной власти Российской Федерации:

1.1. результаты диссертационного исследования, опубликованные в ведущих профильных научных изданиях, нашли отражение в работе Комитета по охране здоровья Государственной Думы Российской Федерации над Федеральным законом от 6.03.2019 г. № 18-ФЗ «О внесении изменений...» (Приложение А).

1.2. результаты диссертационного исследования включены в программы дополнительного профессионального образования, реализуемые кафедрами Федеральных государственных бюджетных образовательных организаций по вопросам организации паллиативной помощи и паллиативной реабилитации больных при хронических неинфекционных заболеваниях (Приложение Г):

– кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) в ФГБОУ ВО Саратовский СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,

– кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО в ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России.

2. На уровне субъекта Российской Федерации:

2.1. Министерством здравоохранения Саратовской области подписано «Соглашение о взаимном сотрудничестве между Минздравом Саратовской области и ООО «Медицинский Ди центр плюс» (2018 г.)» в целях взаимодействия при оказании медицинской помощи населению на основе принципов государственно-частного партнерства, в том числе паллиативной помощи в условиях ПМСП (Приложение Б).

2.2. учебное пособие «Организация интегрированной медико-социальной помощи пациентам онкологического профиля» используется государственными медицинскими организациями при составлении программ междисциплинарной помощи и маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями (Приложение В).

Апробация результатов исследования

Достоверность результатов диссертационного исследования определяется избранной методологией исследования, адекватностью методов цели и задачам исследования, репрезентативностью выборочных совокупностей при проведении исследования, использованием современных статистических методов обработки данных.

Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на заседаниях Правительства Саратовской области (2017–2020 гг.), Министерства

здравоохранения Саратовской области (2017–2021 гг.), заседаниях кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России в 2016–2021 гг., кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Института социальных наук ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) в 2021 г., на конференциях:

XII International research and practice conference (Westwood, 2015), VII International Research and Practice Conference (Westwood, 2015), V международная научно-практическая конференция (Новосибирск, 2015), X International Scientific Conference (Westwood, 2016), X International Scientific Conference (Westwood, 2016), International Scientific Conference (Geneva, 2016), Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы и достижения в медицине» (Самара, 2016), Международная научно-практическая конференция «Теория и практика приоритетных научных исследований» (Смоленск, 2016), 11 International conference on Eurasian scientific development «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH (Vienna, 2016), XX Международная научно-практическая конференция «Тенденции развития науки и образования» (Самара, 2016), Международная научно-практическая конференция «Современные технологии в мировом научном пространстве» (Казань, 2016), Международная научно-практическая конференция (Екатеринбург, 2016), Международная научно-практическая конференция (Пермь, 2016), Международная научно-практическая конференция «Научные преобразования в эпоху глобализации» (Уфа, 2017), Международная научно-практическая конференция «Динамика взаимоотношений различных областей науки в современных условиях» (Казань, 2017), Международная научно-практическая конференция «Проблемы формирования единого научного пространства» (Волгоград, 2017), VI International Scientific Conference «Global science. Development and novelty» (Geneva, 2017), IV Всероссийская с международным участием научно-практическая конференция «Интегративные исследования в медицине» (Саратов, 2017), Всероссийская

научно-практическая конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций» (Саратов, 2018), VI Всероссийская (с международным участием) научно-практическая конференция «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе» (Пермь, 2019), Всероссийская (с международным участием) научно-практическая конференция «Социология болезни» (Москва, 2020).

Личный вклад автора

Автором разработана программа диссертационного исследования с использованием комплекса современных методов исследования. Осуществлён контент-анализ нормативных документов федеральных и региональных центров. Представлен обзор литературы по материалам отечественных и зарубежных наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных.

Проанализировано состояние онкологической службы в Саратовской области. Осуществлен SWOT-анализ тенденций функционирования и потенциала системы онкологической помощи. Разработаны и проведены медико-социологические исследования, осуществлена их интерпретация.

При непосредственном участии автора инициирована организация системы онкологической помощи в регионе на основе государственно-частного партнерства.

Разработаны концептуальные подходы к организации региональной модели онкологической помощи и предложены рекомендации по её внедрению. Личный вклад автора составил 90%.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 50 научных работ: 3 монографии, 2 учебных пособия, 21 статья в научно-практических журналах, рекомендованных ВАК РФ и 4 статьи в журналах, входящих в базу Scopus.

Структура и объем диссертации

Диссертационное исследование изложено на 359 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы «Организация, материалы и методы исследования», пяти глав собственных исследований, заключения,

выводов, практических рекомендаций, приложений. Список литературы включает 811 литературных источников, в том числе 455 отечественных и 356 зарубежных. Диссертация иллюстрирована 56 рисунками и 14 таблицами.

ГЛАВА 1. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В КОНТЕКСТЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Социальные риски в эпидемиологии онкологических заболеваний

В современном мире многочисленные риски оказывают влияние на общественное здоровье, однако, облигатными в формировании показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения являются социальные риски, которые рассматриваются в качестве основных детерминант общественного здоровья [507].

Анализ социальных рисков, действующих на микро- и макроуровне, предполагает обсуждение их источников и социальных контекстов [163]. Анализ векторов влияния, верификация социальных рисков общественного здоровья представлены в многочисленных исследованиях [25, 39, 136, 164, 189, 421]. Значительно большее значение, чем биологические риски, в возникновении заболевания имеют социально-экономические риски [469, 683, 761, 770, 777, 783], образ и качество жизни населения [98, 183, 583, 584, 585, 679].

Повышение роли социальных рисков в формировании общественного здоровья отмечается с середины XX века. ВОЗ фиксирует основные риски здоровья в связи с социально-экономическими факторами и событиями повседневной жизни [256, 353] и отмечает, что влияние социальных рисков на здоровье населения прослеживается во всех европейских странах [86].

Социальные риски, концепция которых разрабатывается У. Беком [16], Н. Луманом [173], Э. Гидденсом [65], О.Н. Яницким [453, 454] и др., рассматриваются в исследованиях российских [2, 164, 287, 289, 332, 395, 397, 398, 453, 454] и зарубежных [614, 702, 756] учёных в качестве предикторов возможного наступления различных негативных событий.

Структура рисков, определяющих общественное здоровье, по классификации Ю.П. Лисицына [170] представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Основные группы рисков, влияющие на состояние здоровья субъекта и степень их воздействия

Группа факторов	Степень воздействия
Образ жизни	50%
Состояние окружающей среды	20%
Генетическая	15-20%
Здравоохранение	10-15%

Классификации социальных рисков общественного здоровья представлены в работах Л. Пановой и Н. Русиновой [285], И. Журавлёвой [98], О. Кислицыной [133], Б. Прохорова [258], И. Назаровой [205], Н. Лебедевой–Несевря [164], M.G. Marmot [658], R.G. Wilkinson [796], D. Raphael [718] и др.

Многочисленные исследования [527, 528, 575, 641, 643, 653, 698] предлагают многоуровневый анализ и доказательства того, что социальные, индивидуальные (на геномном уровне) характеристики, возможно, синергически, влияют на болезнь и здоровье. Однако, существуют и критики многоуровневого подхода [642].

P.L. Rosenfield [728] предложил междисциплинарный подход для определения и анализа социальных, экономических, политических, экологических и институциональных факторов, влияющих на здоровье и благополучие человека. R.A. Niatt и N. Breen [605] описали трансдисциплинарный подход к социальному определению рисков, которые действуют на уровне общества, системы здравоохранения, уровне индивидуального поведения или психологического уровня, а так же на биологическом уровне.

Увеличивающееся бремя хронических заболеваний, лидирующих в заболеваемости, инвалидности и смертности населения, рассматривается как одна из ключевых проблем для стран и систем здравоохранения в XXI в. [795]. В современном мире хронические заболевания составляют 60% всех смертей, при

этом большинство случаев смерти возникает в связи с полиморбидными состояниями [463].

Современная структура заболеваемости учитывает «модернизацию» образа жизни, достижения медицинской науки и возможность пролонгирования жизни при хронических заболеваниях [678]. Существующие в современном мире тенденции старения населения с характерным профилем болезней, пролонгирование жизни пациентов при неизлечимых заболеваниях способствуют росту распространенности хронических заболеваний [806], повышению потребности в медицинской помощи [678].

Социальные риски – урбанизация, бедность и старение населения – определяют бремя хронических заболеваний для систем здравоохранения, в большей степени для стран с низким и средним уровнем дохода населения. Население стран с высоким уровнем дохода в большей степени защищено от социальных рисков и их последствий национальной политикой и планами [47].

Онкологические заболевания относятся к группе социально значимых, определяют витальный прогноз пациентов, являются многофакторными и полиэтиологичными [186, 352]. На протяжении последних лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в Российской Федерации и во всем мире, наиболее интенсивно среди женского населения [187]. Российская Федерация занимает пятое место в мире по числу смертей от онкологических заболеваний [341]. Затраты систем здравоохранения, вызванные бременем онкологических заболеваний, чрезмерны для экономики в самых богатых странах и создают непосильную нагрузку для систем здравоохранения в развивающихся странах [46].

Исследования последних десятилетий значительно изменили интерпретацию биологии рака и сложное взаимодействие предикторов онкологических заболеваний, как на индивидуальном, так и на социальном уровне [784]. Возникло более глубокое осознание гетерогенности рака, определяющую различную этиологию [485, 489, 671, 713, 721]. Многочисленные исследования доказывают геномные изменения, приводящие к раку и значение

взаимодействия между генами и окружающей средой в развитии онкологических заболеваний [473, 502, 603, 701, 725, 726, 734, 753, 776].

В интервенционных и наблюдательных исследованиях, посвященных роли предикторов онкологических заболеваний, представлены доказательства влияния социальных рисков на возникновение онкологических заболеваний. Типология социальных рисков, определяющих характер клинического течения и прогноз заболевания, включает представляющие наиболее широкий контекст социально детерминированные риски макроуровня.

В исследованиях [132, 337, 533, 622, 658, 796] приводятся доказательства влияния социально-экономического статуса на состояние здоровья и риск развития онкологических заболеваний. Отмечаются не только различия в состоянии здоровья между высшими и низшими социально-экономическими группами, но и социальный градиент здоровья: чем ниже социально-экономический статус, тем выше риск морбидности и преждевременной смерти [131]. Представители среднего класса имеют более высокий, чем лица с низким социально-экономическим статусом, уровень субъективного контроля, более низкие показатели морбидности и смертности.

Многочисленные зарубежные исследования указывают на более высокие показатели смертности у лиц с низким уровнем образования [463, 676]. В литературе описывается влияние уровня образования на особенности течения опухолевой прогрессии и отдаленные результаты лечения онкологических больных [44].

В течение многих лет этиология онкологических заболеваний изучается в связи с социально-экономическим и эмоциональным состоянием населения. Бедность может быть независимым риском хронических заболеваний [4, 288, 639, 678, 780]. Влияние социального неравенства, социальных и финансовых деприваций на уровень здоровья, тенденции заболеваемости и смертности [26, 131, 673] привлекают повышенное внимание исследователей [632, 649, 697, 723].

Эксперты Международного агентства по изучению рака (ВОЗ) утверждают, что к факторам риска, влияющим на уровень заболеваемости онкологическими

заболеваниями, относятся бедность и сильный пролонгированный психоэмоциональный стресс [448], которые рассматриваются как предикторы онкологических заболеваний [449]. Финансовые депривации влияют на уровень распространения рака различной локализации. Недостаточное и несбалансированное питание населения является риском развития 1/3 случаев онкологических заболеваний [345, 449, 494, 659].

Недоступность своевременной, приемлемой по цене медицинской помощи надлежащего качества [52] характеризуется как социальный риск общественного здоровья макроуровня. В исследовании академика РАН А.В. Решетникова [316], экономически доступную медицинскую помощь в медицинских организациях, входящих в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), считают 35% респондентов. Для 42% респондентов, в исследовании А.В. Фоминой [400], в связи с финансовыми депривациями лекарственная медицинская помощь ограниченно доступна, пациенты с низким доходом самостоятельно снижают дозы препаратов или сокращают продолжительность курса лечения [138]. Проблема доступности онкологической помощи пациентам обсуждается в работах К.Р. Ампаева и соавт. [3], Е.Ю. Огневой и соавт. [5], В.П. Гордиенко и соавт. [270].

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов онкологические заболевания рассматриваются в контексте урбанизации и экологической зависимости, характеризуются сочетанным экологическим влиянием [100, 101, 177, 180, 306, 394, 497, 610, 750]. Многочисленные исследования устанавливают зависимость между депрессивным состоянием природной среды в большей части регионов России и онкологическими заболеваниями [99, 106, 143, 161, 278, 445]. Влияние экологических характеристик среды на риск возникновения онкологических заболеваний доказывается изменением динамики заболеваемости при миграции населения и региональными особенностями распространения онкологических заболеваний [80, 103, 295, 390, 421, 558, 582, 606, 609, 746]. По мнению П.Ф. Кику и соавт. [130], рост онкологической заболеваемости рассматривают как характеристику экологического неблагополучия территории.

Исследования социальной релевантности онкологических заболеваний фиксируют их связь с депрессией, социальной поддержкой и социальной изоляцией [578, 621, 667, 704], уровнями стресса [534, 536] и подтверждают зависимость заболеваемости онкологическими заболеваниями от психосоциального состояния субъекта [517, 523, 534, 724, 733, 747, 752]. Однако известны исследования, в которых авторы не находят связь между стрессом и рисками возникновения онкологических заболеваний [746, 805], либо обнаружена лишь слабо положительная связь [484].

Авторы, подтверждающие канцерогенное влияние стресса и изучающие механизм развития онкологического заболевания, отмечают, что стресс повышает чувствительность организма к действию канцерогенных факторов [95, 113]. При формировании и прогрессировании опухолевого процесса имеет значение сила и продолжительность влияния стрессовой ситуации. Эти исследования доказывают тот факт, что социальный стресс, бедность и финансовые депривации, относящиеся к социетальным факторам риска, имеют важнейшее значение в развитии онкологических заболеваний в современной России [368]. В 2000-е годы в России хронический социальный стресс среднего и высокого уровня отмечен у 70% населения, 46% (34% мужчин и 52% женщин) страдали депрессией [112].

Развитие и течение онкологических заболеваний детерминировано психологическим состоянием субъекта, влиянием психологических канцерогенов [10, 176, 447, 525, 747]. Потеря интереса к жизни рассматривается как фактор, способствующий иммунодепрессии и малигнизации клеток.

Известны исследования [21, 77, 110, 339, 366, 743], устанавливающие связь преморбидных личностных характеристик с развитием онкологических заболеваний. В исследованиях [568] рассматривается иницирующий онкологические заболевания и включающий «социальную нормативность, прилежность, жесткий контроль психологической защиты, согласие с авторитетами» тип личности «С» [755]. Однако, концепция «раковой личности» L. Temoshok [755] (1987 г.) не подтверждается в более поздних исследованиях [265, 272, 302].

Чаще всего в исследованиях личностной детерминированности онкологических заболеваний называются особенности эмоциональной сферы – чрезмерное подавление чувств или неспособность больных выразить свои чувства [487, 552, 576, 577, 647, 662, 696].

Онкологические заболевания социально детерминированы и относятся к мультикаузальной патологии. Депрессивное состояние окружающей среды, бедность, пролонгированный высокой интенсивности стресс, ограничение доступности онкологической помощи, социально-экономический статус, психосоциальные факторы (социальная поддержка, социальная изоляция, одиночество, длительное пребывание в состоянии тоски и отчаяния, депрессия, гнев, враждебность), преморбидные личностные характеристики – ключевые социальные риски онкологических заболеваний в современной России.

1.2. Формирование и функционирование модели интегрированной системы здравоохранения

Хронические заболевания – это состояния, требующие постоянного сопровождения в течение лет или десятилетий [678]. Несмотря на современные достижения в лечении пациентов с хроническими заболеваниями, многочисленные исследования доказывают, что пациенты с хроническими заболеваниями часто лишены помощи, в которой нуждаются [463, 510, 625, 685].

Современная модель организации системы здравоохранения предполагает оказание эпизодической медицинской помощи пациентам при urgentных состояниях или ситуациях обострения хронического заболевания, возникновения осложнений. Эта модель не отвечает потребностям больных с хроническими заболеваниями. В качестве примера эпизодического оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями рассмотрим систему диспансеризации, сложившуюся в советском здравоохранении.

Диспансеризация населения существует в России с 20-х годов XX в. Впервые упоминание о всеобщей диспансеризации появилось в 50-х годах XX века, так называемая Московская диспансеризация. Приказ Минздрава СССР № 1026 от 31.07. 1985 г. знаменовал начало подготовительной работы по внедрению всеобщей диспансеризации населения, которая должна была стать ежегодной.

Всеобщая диспансеризация была введена приказом Минздрава СССР 1986 г. «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» [222]. При переходе к всеобщей диспансеризации взрослого населения в первую очередь планировалось проведение профилактических осмотров инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов, приравненных к ним по льготам, участников Великой Октябрьской социалистической революции, гражданской войны и Великой Отечественной войны; работников промышленности, строительства, транспорта, агропромышленного комплекса, морского и речного флота; студентов высших учебных заведений и учащихся средних специальных учебных заведений, детского населения и некоторых других контингентов.

При диспансеризации населения сохранялись и периодические осмотры отдельных групп населения: рабочих ведущих отраслей промышленности и сельского хозяйства и профессий, связанных с вредными условиями труда, работников пищевых, коммунальных, лечебно-профилактических, детских дошкольных и других учреждений – с одновременным обязательным проведением предусмотренного объема обследования.

Типология групп населения в процессе диспансеризации представлена на рисунке 1.

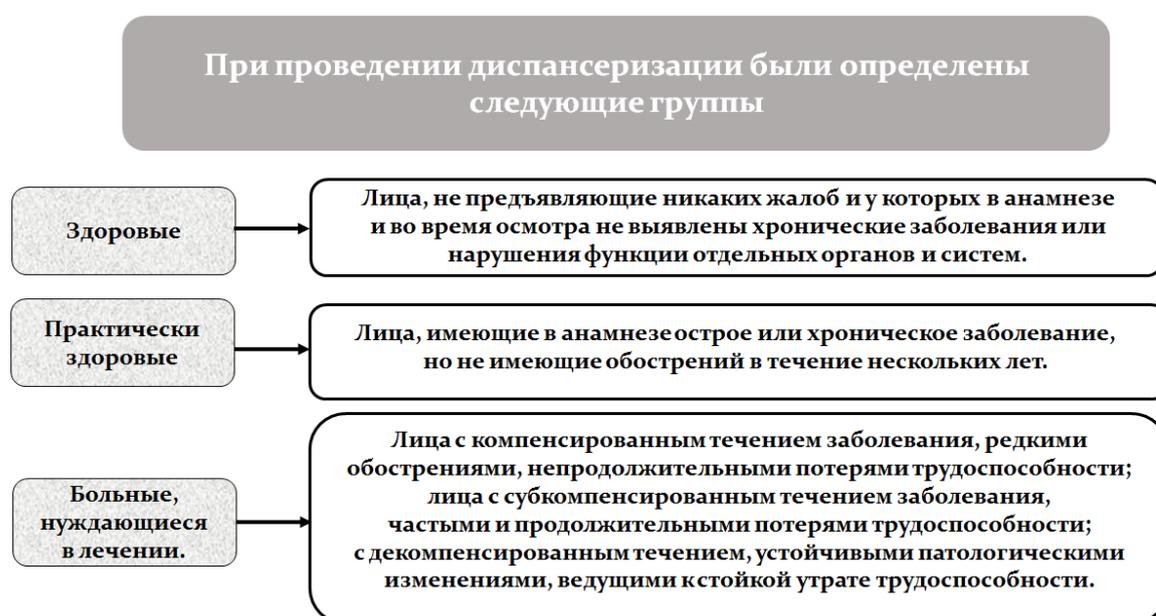


Рисунок 1 - Типология групп населения

В отделениях профилактики проводился учет и наблюдение здоровых и практически здоровых лиц. Динамическое наблюдение больных осуществляли врачи-специалисты соответствующего профиля.

Но проведение всеобщей диспансеризации не имело достаточного ресурсного обеспечения, в связи с чем эффект от ее внедрения оказался низким. Кроме того, был нарушен участковый принцип, так как организацией диспансеризации занимались отделения профилактики. При ежегодном проведении всеобщая диспансеризация становилась нагрузкой для системы здравоохранения.

Новый этап в развитии дополнительной диспансеризации работающего населения (2006 г.) также не привел к положительным результатам в системе оказания медицинской помощи.

С 1 января 2018 г. Приказ Минздрава России № 869н [242] определил цели проведения диспансеризации взрослого населения, которая предполагала своевременное выявление хронических заболеваний и факторов риска их возникновения; определение профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий (в зависимости от группы здоровья) для граждан с хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска (а также для здоровых граждан); проведение профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития; для определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями.

Диспансеризация проводилась в два этапа:

1. Для выявления признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития проводился скрининг.

2. С целью уточнения диагноза назначалось дополнительное обследование.

Конкретизированы критерии для определения по результатам диспансеризации группы здоровья гражданина (рисунок 2).

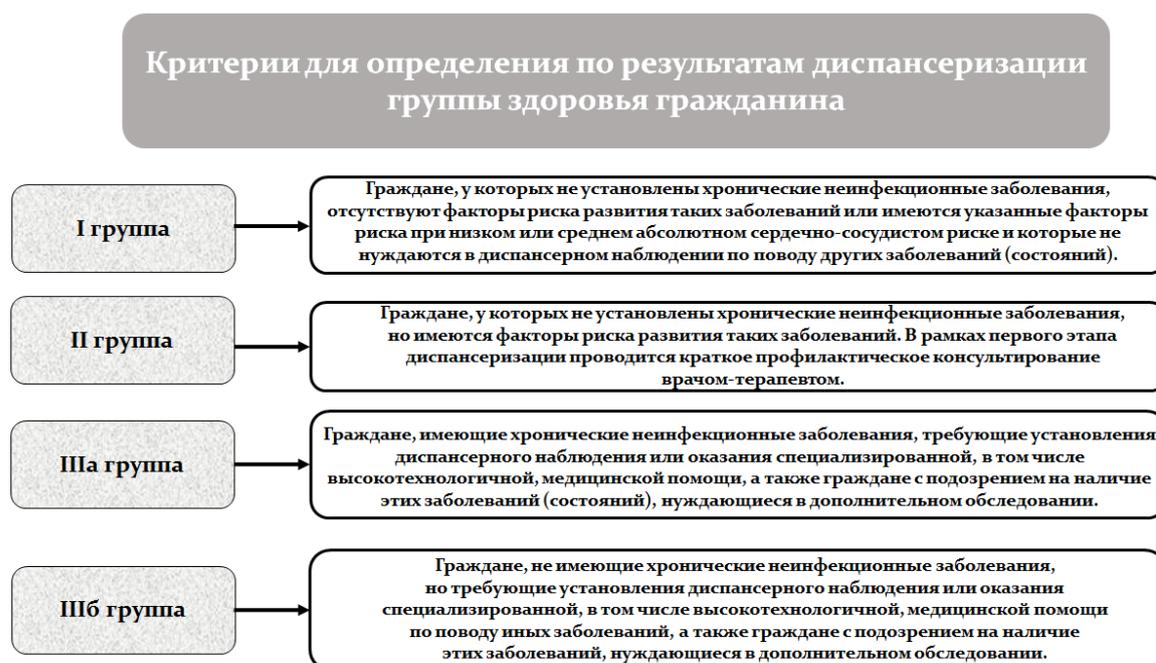


Рисунок 2 - Критерии для определения по результатам диспансеризации группы здоровья гражданина

В рамках первого этапа диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование врачом-терапевтом, а лицам с высоким относительным сердечно-сосудистым риском дополнительно проводится индивидуальное профилактическое консультирование.

Граждане с IIIа и IIIб группами здоровья подлежали диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Гражданам IIIа и IIIб группы здоровья, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, в рамках первого этапа диспансеризации проводилось краткое профилактическое консультирование врачом-терапевтом.

Специфика Порядка диспансеризации заключалась в ранней диагностике хронических неинфекционных заболеваний и выявлении факторов риска их развития, проведение краткого профилактического консультирования.

Статья 46 ФЗ «Об основах ...» [233] регламентирует в профилактических целях для ранней диагностики различной патологии выявления факторов риска

развития заболеваний, отнесение по результатам осмотра к определенной группе здоровья и выработке рекомендаций для пациентов, осуществление профилактических медицинских осмотров, которые отличаются от диспансеризации меньшим перечнем и сроками обследования, для его реализации не нужны специалисты – только участковый врач-терапевт, осмотр проводится взрослому населению по желанию, но не чаще чем 1 раз в 2 года.

Хронические заболевания предполагают долговременный комплексный подход, включающий скоординированное участие многих специалистов и доступность необходимых методов лечения и систем наблюдения для расширения возможностей пациента. В национальных системах здравоохранения прошли апробацию новые модели оказания медицинской помощи, улучшающие координацию медико-социальной помощи в процессе лечения. Однако до настоящего времени в мире отсутствует универсальная модель оказания медико-социальной помощи пациентам при хронических заболеваниях [678].

Повышение качества медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями возможно при рассмотрении этой задачи как приоритетной в системе здравоохранения [555]. Целью оказания помощи пациентам при хронических заболеваниях является «улучшение функционального статуса», минимизация изнуряющих симптомов, пролонгирование жизни и улучшение качества жизни при проведении вторичной профилактики [589]. Для достижения этих целей необходима персонифицированная модель оказания помощи, основанная на взаимодействии междисциплинарной группы специалистов [678].

Многие страны признают необходимость изменения систем оказания медицинской помощи и создание системы, которая обеспечивала бы улучшение здоровья населения и оптимизацию оказания междисциплинарной помощи [491].

Модель междисциплинарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями (Chronic Care Model, CCM), разработана E. Wagner et al. [787] в 1999 г. Цель CCM состояла в том, чтобы «изменить характер помощи пациентам с хроническими заболеваниями – от ургентной до активной, плановой и демографической помощи». Модель CCM включала взаимодействие

междисциплинарной группы и пациента, оценку состояния и поддержку самоменеджмента пациента, оптимизацию лечения и последующее врачебное наблюдение, ресурсы сообщества, клинические информационные системы, перепроектирование системы оказания медицинской помощи, поддержку организации и управления здравоохранением – условия качественной медицинской помощи пациентам при хронических заболеваниях.

Система ССМ «встроена» в систему здравоохранения [463] (рисунок 3).



Рисунок 3 - Модель оказания помощи при хронических заболеваниях [261]

ВОЗ в сотрудничестве с Е. Wagner [795] предложила модель, функционирующую на трёх уровнях. Модель новых методов оказания помощи при хронических состояниях, адаптированную к условиям в других странах, особенно при ограниченных ресурсах.

Терапевтическое сотрудничество больного, его семьи и междисциплинарной группы специалистов осуществляется на микроуровне. На мезоуровне – организация медицинского обслуживания и помощи по месту жительства, «с акцентом на необходимость преемственности и координации обслуживания», а также на наличие «организованных и хорошо оснащенных медицинских групп». К макроуровню относятся политика и финансирование.

В настоящее время представлены доказательства того, что внедрение компонентов рассматриваемой модели оказания помощи при хронических заболеваниях повышает качество медицинской помощи, улучшает результаты и прогноз лечения, эффективность использования ресурсов здравоохранения [678].

На основе анализа моделей, используемых в разных странах, определены три ведущих элемента эффективного оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями: стабильное финансирование, квалифицированные и мотивированные специалисты здравоохранения, информационные системы поддержки [678].

В. Fireman et al. (2004) сформулировали направления сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями (улучшение качества, управление потреблением услуг и повышение производительности), определяющих возможность экономии в системе здравоохранения [572] (рисунок 4).

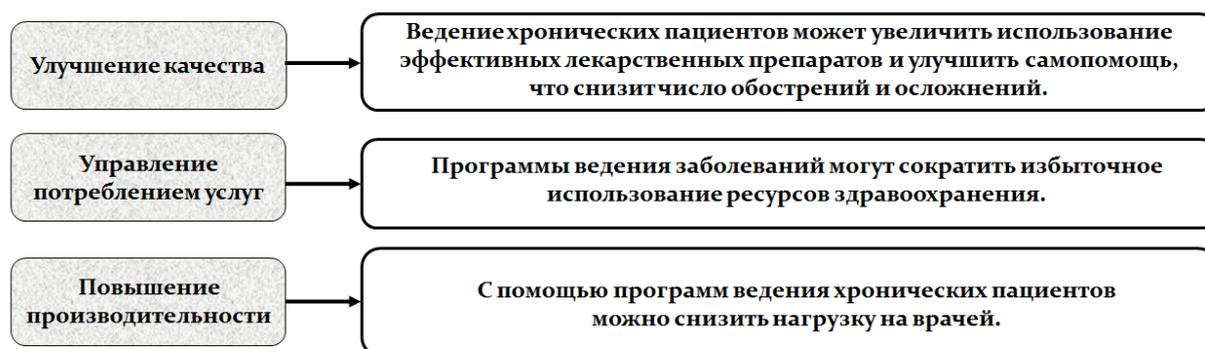


Рисунок 4 - Направления сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями

В системе здравоохранения виды деятельности включают широкий диапазон от предупреждения развития хронического заболевания у людей с факторами риска до ведения крайне сложных случаев (рисунок 5) [261].

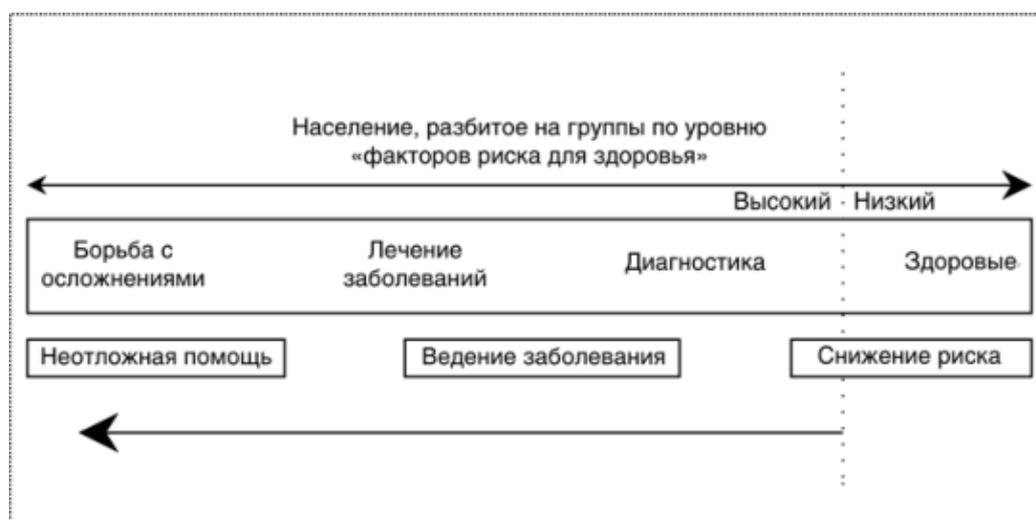


Рисунок 5 - Виды деятельности в системе здравоохранения

Решающим для эффективного сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями является создание межпрофессиональных групп [680].

По определению J. Hasselaar и S. Payne (2016), интегративный медицинский сервис – оказание медицинских услуг в соответствии с потребностями пациентов «во времени и на различных уровнях системы здравоохранения» [593].

Термин «интеграция» может означать координацию медицинской помощи для пациентов и организацию широкого спектра медицинских и социальных услуг. Интеграция определяется как формирование объединения континуума медицинской помощи с другими сервисами (например, долгосрочным уходом, образованием и др.) с целью улучшения клинических результатов и эффективности взаимодействия систем [646].

По мнению D. Kodner и C. Spreeuwenberg (2002), интеграция может быть определена как координация моделей финансирования, управления, организации, предоставления сервисов с целью обеспечения сотрудничества при предоставлении помощи [640].

B. Hardy и соавт. (1999) характеризуют интегрированную помощь в терминах координированного сервиса, предоставляемого органами здравоохранения и социального обеспечения, позволяющего пациентам «перемещаться внутри систем и между ними, чтобы получить различные виды

помощи на разных уровнях» [631]. Однако, по мнению многих исследователей, в современной научной литературе отсутствует четкое обоснование концепции интегрированной помощи пациентам с хроническими заболеваниями.

К. Leichsenring (2004) рассматривает различные основания интегрированной помощи либо в дискурсе системы здравоохранения, либо – с акцентом на социальное обеспечение (направлены на уменьшение «медицинского аспекта» помощи) [644].

Интегрированная помощь как эффективный способ повышения доступности и качества медицинской помощи, эффективности национальных систем здравоохранения, по определению ВОЗ [588] интегрирует ресурсы и менеджмент здравоохранения в направлениях, связанных с диагностикой, лечением, уходом и реабилитацией, информацией о здоровом образе жизни.

В США концепция интегрированной системы обслуживания пациентов предполагает предоставление скоординированного диапазона услуг определенной группе населения, медицинскую и финансовую ответственность за состояние здоровья населения [736]. В Европе интегрированная помощь предполагает взаимодействие различных секторов (например, лечения и помощи), а не деятельности (финансирования и предоставления услуг).

Однако, независимо от подходов и концепций, основной целью интегрированной помощи является оптимизация результатов лечения групп пациентов, для которых предназначена помощь.

Согласно W. Leutz (1999), при оказании интегративной помощи основное внимание уделяется пациентам с множественными проблемами, которым необходима помощь в основных видах повседневной деятельности, «социальная помощь является необходимым компонентом потребностей пользователя» [645].

Улучшение качества медицинской помощи и качества жизни пациентов со сложными долговременными нарушениями, повышение эффективности здравоохранения для данной категории больных определяется как цель интегрированной системы здравоохранения в работах D. Kodner и C. Spreeuwenberg (2002) [640].

Концепции интегрированной помощи пациентам с хроническими заболеваниями, включают в себя «индивидуальное ведение больного», «координированную помощь» и «многопрофильную помощь» [465]. Многопрофильная помощь при персонифицированном ведении больного учитывает полиморбидный характер патологии. При курации пациентов осуществляется координация и оказание помощи [681].

Персонифицированная междисциплинарная помощь, включающая планирование лечения с учетом многогранных потребностей пациентов позволит сократить случаи неплановой госпитализации пациентов, относящихся к группе высокого риска (медицинского, социального и финансового) [465].

Предложенная W. Leutz (1999) «концепция интеграции» описывает три уровня интеграции [645] (рисунок 6).

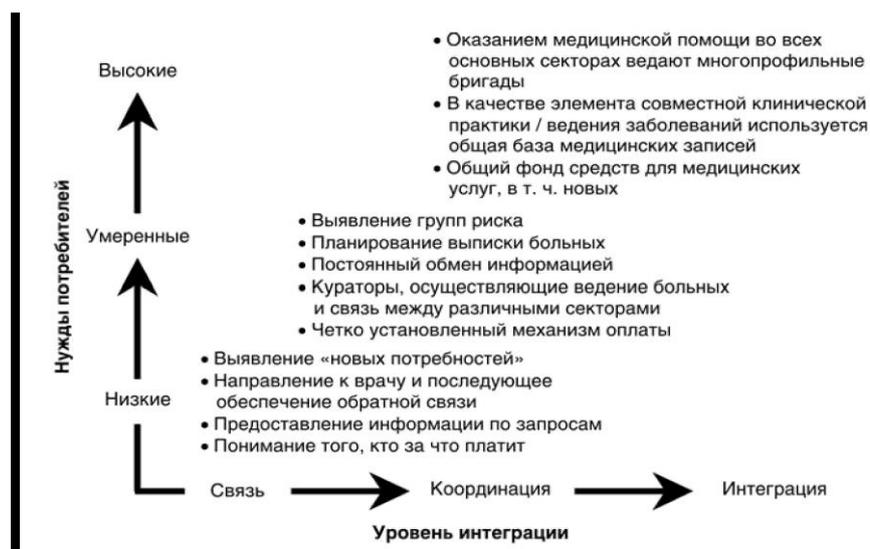


Рисунок 6 - Уровни интеграции по W. Leutz [645]

В соответствии с «концепцией интеграции» W. Leutz, пациенты разделены на

1. больных с легкими или умеренными нарушениями здоровья в стабильном состоянии, с сохранением способности к самообслуживанию, которым показаны отдельные стандартные виды медицинской помощи;

2. больные со «средним уровнем потребностей»;

3. больные с хроническими тяжелыми заболеваниями с нестабильным течением, с ограничением самообслуживания. Часто нуждающиеся в неотложной помощи различных секторов здравоохранения.

По мнению W. Leutz (1999), для первой группы пациентов будет достаточно только постоянной связи систем здравоохранения и социального обеспечения. Для больных со «средним уровнем потребностей» координация междисциплинарной помощи будет осуществляться с помощью систем, существующих в разных секторах, и будет включать дополнительные структуры и процессы с целью координации деятельности секторов [645].

Интегрированная помощь больным с хроническими тяжелыми заболеваниями с нестабильным течением предполагает ответственность либо одной структуры, либо распределена между различными организациями.

Известны модели интегрированной системы оказания помощи при хронических заболеваниях Kaiser Permanente в США («треугольник», или «пирамида лечения» Kaiser Permanente (рисунок 7)).



Рисунок 7 - Уровни медицинского обслуживания потребителей по группам [522]

Преодоление дискретности и разбалансированности при оказании помощи больным с хроническими заболеваниями, формирование интегрированной системы здравоохранения с персонифицированной междисциплинарной помощью рассматривается как одна из ключевых задач здравоохранения в национальных

системах здравоохранения [426]. Дискретность системы здравоохранения – в отсутствии преемственности между стационаром и поликлиникой, обесценивание качественной медицинской помощи в стационаре низким уровнем восстановительного лечения [430].

Для совершенствования организации медицинской помощи в России, кроме существующих «вертикальных программ» по нозологиям, необходимы «горизонтальные программы», предполагающие интеграцию различных фрагментов медицинской помощи [94, 430]. Внедрение новых моделей медицинской помощи происходит легче в системах здравоохранения с четкой ориентацией на первичную помощь, обеспечивающих непрерывность медицинской помощи [678].

Некоторые аспекты интегрированной помощи определены ВОЗ и включают интеграцию психологических и духовных аспектов при оказании медицинской помощи пациентам, системы поддержки для пролонгирования активной жизни, междисциплинарного подхода для удовлетворения потребностей пациентов и семьи.

В обсуждении интегрированных систем здравоохранения, по мнению W. Leutz (1999), актуальны предлагаемые ниже рекомендации, адаптированные для различных моделей здравоохранения [645] (рисунок 8):

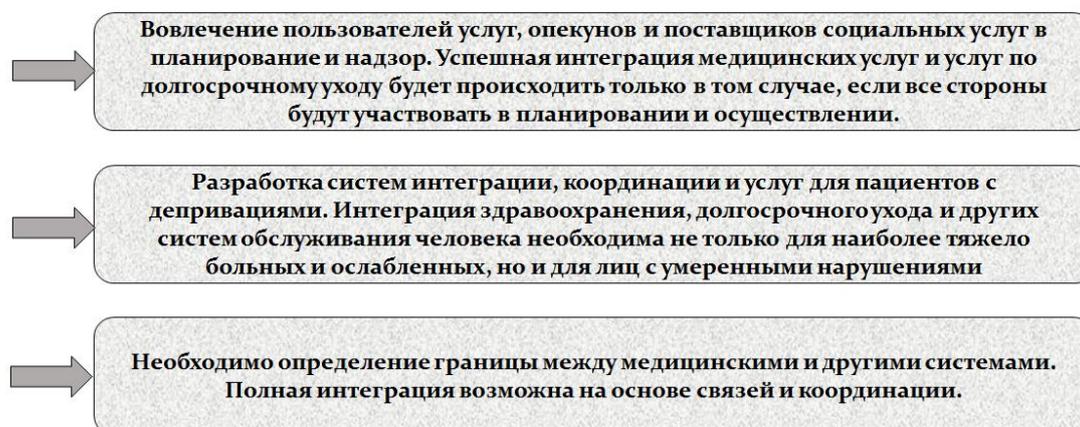


Рисунок 8 - Рекомендации по организации интегрированных систем здравоохранения (W. Leutz [645])

В последнее десятилетие возросли ожидания пациентов в отношении персонифицированного подхода при оказании медицинской помощи [336].

Формирование интегрированной системы охраны здоровья является приоритетной задачей в Стратегии-2020 [374]. Интегрированная система здравоохранения в концепции Стратегии предполагает «межсекторальный подход к охране здоровья; координацию деятельности организаций, оказывающих разные виды медицинской помощи»; активное участие населения в профилактике и лечении заболеваний.

Интегрированная система здравоохранения, построенная на взаимодействии различных медицинских организаций, обеспечивает непрерывность и преемственность лечения пациентов. В основе программ ведения больных с хроническими заболеваниями лежит принцип эффективного лечения больных в амбулаторных условиях, что определяет меньшую вероятность их госпитализации. Стратегии помощи больным с хроническими заболеваниями наиболее эффективны при междисциплинарном взаимодействии врачей. Однако, в большинстве современных систем здравоохранения медицинская помощь недостаточно скоординирована вследствие отсутствия мотивации врачей к совместной деятельности [492].

Интегрированная система здравоохранения предполагает осуществление постоянного межсекторального взаимодействия в сфере здравоохранения, включающего медицинские организации, организации социального обеспечения, страховые компании и т.д., с участием специалистов здравоохранения, социальной работы, пациентов и клиентов служб социального обеспечения, населения, различных сообществ и волонтерских организаций [196].

В России, начиная с 90-х годов XX в., существенную помощь пациентам с хроническими заболеваниями оказывают различные общественные организации. В 2015 г. под эгидой Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) создана одна из многочисленных организованных пациентами онкологического профиля организаций – межрегиональная Ассоциация онкологических пациентов

«Здравствуй», деятельность которой направлена на объединение общественных организаций и тех, чья деятельность может повлиять на состояние, качество и продолжительность жизни пациентов с онкологическими заболеваниями – врачей, психологов, юристов, специалистов по социальной работе, представителей бизнеса и т.д. [404]. Региональное представительство Ассоциации существует и в Саратовской области. Общественная организация «Здравствуй» оказывает юридическую, психологическую поддержку пациентам и членам их семей, инициирует самоменеджмент, организует взаимодействие пациентов со специалистами, участвующими в оказании медико-социальной помощи онкологическим больным.

В регионах Российской Федерации в последние десятилетия отмечается внедрение «электронного здравоохранения» (e-Health и e-Care) – медицинские информационные, телемедицинские, робототехнические системы, системы поддержки принятия врачебных решений, электронные библиотеки [122], направленного на преодоление недостаточной институциональной и межинституциональной интеграции. Телемедицина может сыграть важную роль в решении проблемы ранней паллиативной помощи пациентам с терминальной стадией хронического заболевания, что улучшит качество их жизни, и рассматривается как эффективный способ ухода за пациентами с терминальной стадией онкологического заболевания при минимизации нагрузки на ресурсы здравоохранения [538, 546, 754].

1.3. Государственно-частное партнерство в системе здравоохранения Российской Федерации

Формирование системы интегрированного здравоохранения предполагает интеграцию ресурсов здравоохранения и частного капитала в контексте государственно-частного партнерства, которое является современной международной практикой. Как показывает опыт развитых стран, государственно-частное партнерство рассматривается как базовая составляющая экономики в современном мире в различные периоды экономического развития [768].

Сокращение государственных расходов на здравоохранение и диспропорциональное финансирование медицинской помощи субъектов РФ, городских и сельских муниципальных образований не позволяет обеспечить актуальный уровень оказания медицинской помощи населению в современной России [160].

В ситуации дефицита финансового обеспечения и низкой эффективности менеджмента в здравоохранении, необходимости оптимизации системы здравоохранения государственно-частное партнерство позволяет находить эффективные решения повышения доступности и качества медицинской помощи населению [90, 109, 190]. При государственно-частном партнерстве государство, существенно сокращая бюджетное финансирование медицинской помощи населению, сохраняет роль активного регулятора в здравоохранении [134].

Российские законодательные акты предлагают различные определения государственно-частного партнерства [120]. В Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2030 г., утвержденной Правительством РФ [372], государственно-частное партнерство рассматривается как ключевое направление развития системы здравоохранения в России.

Государственно-частное партнерство – это отвечающее взаимным интересам сотрудничество государства и бизнеса при паритетном распределении ресурсов, рисков, ответственности и финансовых поощрений [458].

Среди многочисленных современных интерпретаций известно определение государственно-частного партнерства как особой формы сотрудничества, взаимодействия, взаимопомощи государства и бизнеса на взаимовыгодных условиях, предполагающих соинвестирование и совместное разделение рисков, для решения социально значимых экономических задач [354].

При реализации социально значимых проектов механизм государственно-частного партнерства предполагает институциональный и организационный альянс между государством и бизнесом [34].

Государственно-частное партнерство инициирует появление синергетического эффекта при интеграции ресурсов государства и частного сектора преимущественно в сферах с неэффективным государственным управлением [69].

Известны базовые признаки государственно-частного партнерства [128] (рисунок 9):



Рисунок 9 - Базовые принципы государственно-частного партнерства

В современной России используются две модели государственно-частного партнерства: с государственной (муниципальной) и негосударственной формой собственности объекта концессионного соглашения.

В последние годы в России были созданы предпосылки для расширения практики государственно-частного партнерства в экономике страны. В 2015 г. в России был принят Федеральный закон «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. До этого государственно-частное партнерство осуществлялось в регионах на основе региональных законов.

Государственно-частное партнерство обсуждается нами в контексте теории социального партнерства, в основе которой такие социологические категории, как «социальное взаимодействие» и «социальное действие». Теория социального партнерства рассматривается как система интеракций между конкретными факторами с целью достижения определенных целей [262].

ВОЗ инициировала использование потенциала бизнеса (финансового, производственного и научного) с целью «здоровья для всех» [431]. В последние десятилетия в России форсируется развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении, формирование и развитие конкурентных рынков, демонополизация здравоохранения [142]. Государственно-частное партнерство в здравоохранении создает возможности повышения уровня здоровья, сохранения социальной стабильности, повышения качества медицинского сервиса, оптимизации государственных расходов, предупреждения и минимизации дисфункциональных практик [378].

С участием государственно-частного партнерства предполагается решение актуальных задач в российском здравоохранении [198] (рисунок 10).



Рисунок 10 - Актуальные задачи российского здравоохранения, которые предполагается решать с участием государственно-частного партнерства

Установлено, что экономия государственных ресурсов при использовании государственно-частного партнерства в национальных системах здравоохранения составляет около 10% [184].

В.В. Путин (2012) отмечает необходимость внимательного изучения лучшего отечественного и зарубежного опыта государственно-частного партнерства в социальных сферах деятельности с целью использования государственно-частного партнерства в качестве одного из ведущих способов реализации социальной политики в Российской Федерации [255].

По мнению Д.А. Нецепляева (2011), государственная и частная формы собственности в российском здравоохранении существуют независимо, развиваются параллельно и практически не взаимодействуют. Преимуществами государственной формы собственности, отмечает Д.А. Нецепляев, являются «инфраструктура и финансирование», частной формы собственности – эффективный менеджмент, современное оборудование и более квалифицированные кадры. Развитие государственной и частной форм

собственности в системе здравоохранения предполагают консолидацию усилий, разработку единых стандартов и системы контроля и управления [209].

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании...» [231] (статья 15, пункт 1) определяет создание равных условий для медицинских организаций различных форм собственности, оказание медицинской помощи населению в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС). Установлена возможность привлечения бизнеса к оказанию медицинской помощи населению. Частные медицинские организации вправе участвовать в программах ОМС [294], бесперспективно разделение единого экономического пространства в социальной сфере по признаку формы собственности поставщиков медицинских услуг [387].

По мнению Н. Найговзиной и соавт. (2009), частная медицина могла бы участвовать в оказании стационарной и амбулаторной помощи, занимаясь лечением больных со злокачественными новообразованиями [206].

Необходимыми условиями развития в России государственно-частного партнерства являются:

- политическая стабильность, преемственность социально-политического курса и предсказуемость направления взаимодействия;
- обеспечение сбалансированности рисков, адекватно распределенных между партнерами [70].

М.Е. Добрусина и соавт. (2011) в качестве основных причин, тормозящих развитие государственно-частного партнерства в России, указывают отсутствие единой системы управления и устойчивых механизмов сотрудничества государства и бизнеса [70].

К факторам, сдерживающим развитие государственно-частного партнерства, по мнению Д.В. Винницкого (2009), относятся [41] (рисунок 11).



Рисунок 11 - Факторы, сдерживающие развитие государственно-частного партнерства (по Д. В. Винницкому) [41]

В ближайшие годы ведущими направлениями государственно-частного партнерства в здравоохранении РФ может считаться участие медицинских организаций негосударственной формы собственности:

- в реализации территориальных программ государственных гарантий,
- в моделях лизинга и аутсорсинга,
- в строительстве медицинских центров на основе концессионных соглашений [331].

В январе 2019 г. подписан приказ № 33 Минздрава РФ [229] о создании Федерального информационно-аналитического центра развития государственно-частного партнерства в здравоохранении [361], деятельность которого предполагает разработку механизмов для привлечения внебюджетных инвестиций в развитие инфраструктуры здравоохранения, направленное на повышение уровня доступности медицинской помощи [71].

Государственно-частное партнерство рассматривается в качестве одного из стратегических направлений развития регионов Российской Федерации [197]. Предполагается, что развитие государственно-частного партнерства в субъектах

РФ позволит решить следующие проблемы регионального здравоохранения (рисунок 12):

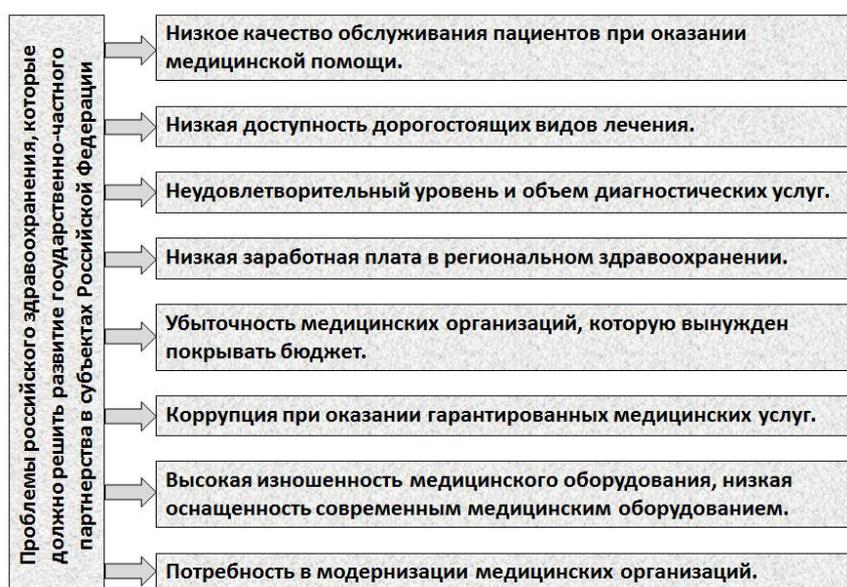


Рисунок 12 - Проблемы регионального здравоохранения, решение которых определяет государственно-частное партнерство

Интеграция медицинских организаций негосударственной формы собственности в систему ОМС рассматривается в качестве наиболее оптимальной формы их участия в оказании медицинской помощи пациентам [418]. В последние годы осуществляется участие частной медицины в оказании медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями: в Санкт-Петербурге и в Томской области государственно-частное партнерство использовано для создания хосписов [123], онкорадиологического центра в г. Балашиха Московской области [195]. С 2015 г. в Курской области частный центр ядерной медицины занимается диагностикой и принимает участие в лечении онкологических больных [305].

В Воронежской области впервые в России использовано государственно-частное партнерство при оказании медицинской помощи онкологическим пациентам [202], разработана система профилактики и раннего выявления злокачественных заболеваний в формате государственно-частного партнерства в рамках заключенного соглашения с ООО «Межрегиональный медицинский центр

ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний». Реализация государственно-частного партнерства при оказании онкологической помощи в регионе, по мнению руководителя департамента здравоохранения Воронежской области, позволит увеличить спектр диагностики онкологических заболеваний, повысить доступность высокотехнологичной медицинской помощи онкологическим больным [37].

Д. Борисов (2012), председатель профильной комиссии «Онкология» Минздрава РФ, отмечает, что число частных медицинских центров, способных оказывать весь объем специализированной онкологической помощи, в России невелико. Частные клиники, по мнению Д. Борисова, могли бы в большей степени быть задействованы в ранней диагностике онкологических заболеваний и маршрутизации пациентов [312].

Однако частная медицина недостаточно интегрирована в России в систему ОМС.

Одним из приоритетных направлений государственно–частного партнерства в региональном здравоохранении является повышение квалификации медицинских кадров. При поддержке государственно-частного партнерства представляется возможным активное взаимодействие с зарубежными клиниками, осуществление зарубежных стажировок российских врачей, приглашение зарубежных специалистов в Россию [419], что повысит качество и доступность медицинской помощи населению [152].

Начиная с 2010 г., в Российской Федерации лицензирование профессиональной деятельности в некоторых сферах, связанных с повышенным уровнем ответственности, перешло к полномочиям саморегулируемых организаций [433].

На заседании Правительства РФ 29 января 2015 года был рассмотрен вопрос о совершенствовании системы саморегулирования в Российской Федерации, где отмечено, что одна из основных функций саморегулируемой организации – устанавливать и контролировать стандарты и правила в предпринимательской деятельности, либо в профессии [371].

Саморегулирование частной медицины демонстрирует готовность бизнеса к самоорганизации и принятию на себя коллективной ответственности. Саморегулирование предоставляет возможность минимизировать административные барьеры, сделать государственный контроль более эффективным и менее обременительным для бизнеса.

Опыт саморегулирования в частной медицине демонстрирует Саморегулируемая организация «Объединение медицинских учреждений Поволжья», которая была создана в г. Саратове в 2014 г. и в настоящее время объединяет 38 крупнейших клиник и косметологических центров Саратовской и Самарской областей. В 2016 г. в связи с расширением географии деятельности Саморегулируемой организации за пределы Поволжья принято решение о переводе Саморегулируемой организации в форму Ассоциации.

Разработан и утвержден Устав, который определяет цели и предмет деятельности Ассоциации:

- координация предпринимательской деятельности членов Ассоциации в области предоставления медицинского сервиса населению, охраны здоровья граждан;
- представление и защита прав и общих интересов членов Ассоциации;
- содействие оптимизации условий деятельности медицинских организаций, входящих в Ассоциацию.

Кроме указанного, Ассоциация ставит своей целью разработку и утверждение стандартов и правил предпринимательской деятельности в области оказания медицинских услуг населению и деятельности по охране здоровья в соответствии с действующим российским законодательством, а также медицинских услуг, осуществление которых не урегулировано государством в ином порядке, обязательными для выполнения всеми членами Ассоциации.

К основным задачам «Объединения медицинских учреждений Поволжья» относится создание оптимальных условий деятельности для частных медицинских организаций, разработка и утверждение стандартов и правил предпринимательской деятельности в области оказания медицинских услуг

населению, развитие медицинского сервиса, деятельности по охране здоровья в соответствии с действующим российским законодательством. Предполагается, что выполнение поставленных задач создаст комфортную и цивилизованную бизнес-среду на рынке медицинских услуг.

Помочь организациям частной формы собственности в решении данных задач призваны стандарты и правила предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения по оказанию медицинских услуг и правила деловой и профессиональной этики, разработанные в соответствии с Федеральными законами «О саморегулируемых организациях», «О некоммерческих организациях», Уставом Саморегулируемой организации «Объединение медицинских учреждений Поволжья».

В 2016 г. в результате взаимодействия Саморегулируемой организации с Управлением федеральной региональной антимонопольной службы достигнуто соглашение о совместной работе по совершенствованию конкурентной среды в системе частного здравоохранения. В структуре Саморегулируемой организации создана экспертная служба, которая занимается независимым аудитом деятельности членов Саморегулируемой организации.

Резюме

Региональное здравоохранение строится по модели неотложной или эпизодической медицинской помощи при обострении хронических заболеваний у пациентов с недостаточным институциональным и межинституциональным взаимодействием.

Институционализация региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам предполагает:

– оказание персонифицированной, координированной и многопрофильной медико-социальной помощи больным с хронической полиморбидной патологией, учитывающей облигатность социальных рисков в прогнозе онкологических заболеваний;

- формирование междисциплинарного взаимодействия специалистов и новых социальных агентов системы охраны здоровья граждан для сопровождения пациентов с онкологическими заболеваниями;
- доступность необходимых методов лечения;
- преодоление фрагментарности во всем диапазоне медико-социальной помощи.

Государственно-частное партнерство является эффективным механизмом финансирования интегрированного здравоохранения, позволяющим повысить качество помощи больным с онкологическими заболеваниями за счет оптимизации государственных расходов, создания условий для современной модернизации здравоохранения.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Этапы и базы исследования

Диссертационное исследование выполнялось в категориальном поле социологии медицины и общественного здоровья и здравоохранения. Данное исследование является многоаспектным, имеет ретроспективную и проспективную направленность.

Методологическими основаниями исследования послужили концептуальные исследования в области социологии медицины академика РАН А.В. Решетникова, работы ведущих российских и зарубежных ученых по проблемам институционализации и организации здравоохранения.

При разработке программы диссертационного исследования был использован комплекс современных социологических, медико-социологических, аналитических, статистических, математических методов исследования, которые позволяют детально изучить поставленные в диссертации задачи и получить необходимый объем достоверных данных.

Эмпирические основания исследования составляют статистические данные по Российской Федерации и Саратовской области, нормативные документы федеральных и региональных центров, исследования, разработанные и проведенные автором в течение 2014–2020 гг. на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, в Центре медико-социологических исследований г. Саратова, ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» и медицинских организациях региона с круглосуточными койками онкологического профиля.

Для решения поставленных в диссертационном исследовании задач было проведено комплексное интегративное исследование, которое включало семь этапов.

1. Первый этап – осуществлён аналитический обзор литературы и нормативно-правовых актов.

Обзор литературы проводился по материалам отечественных и зарубежных наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных: e-library, SCOPUS, Web of Science, Medline, PubMed, Научной электронной библиотеки, ProQuest Dissertations & Theses, Cambridge University Press, Oxford University Press, журналам издательств Sage, Taylor&Francis, Wiley, Springer Nature и других. Аналитический обзор официальных нормативных документов проводился с использованием зарегистрированных справочных электронных систем «Консультант» и «Кодекс» в актуальных версиях. Аналитический обзор литературы и нормативных актов продолжался на всех дальнейших этапах выполнения исследования.

2. Второй этап – ретроспективный анализ демографических характеристик здоровья населения РФ и Саратовской области:

- проанализирована демографическая ситуация;
- изучены в динамике показатели и структура заболеваемости, смертности и инвалидизации населения от основных причин;

Изучены динамика, структура и основные тенденции заболеваемости, смертности и инвалидности населения при злокачественных новообразованиях за 2001-2019 гг. в Саратовской области и по РФ.

Источники информации: статистические данные Росстата, Управления статистики Саратовской области, Министерства здравоохранения Саратовской области, Медицинского информационно-аналитического центра Саратовской области.

3. На третьем этапе проанализировано состояние онкологической службы в Саратовской области. Осуществлен SWOT-анализ тенденций функционирования и потенциала системы онкологической помощи в Саратовской области, которому предшествовало проведение социологического исследования «Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области».

Изучены показатели активной выявляемости онкологических больных в Саратовской области с распределением по стадиям (I-II, III и IV) болезни, распространенности, индексу накопления больных.

Источники информации: статистические данные Росстата, Управления статистики Саратовской области, Министерства здравоохранения Саратовской области, Медицинского информационно-аналитического центра Саратовской области, учетно – отчетные формы статистической документации форма №7 «Сведения о злокачественных новообразованиях», форма 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования», форма 027-1/У «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием», форма 027-2/У «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования», форма № 30 «Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения», форма № 14 «Сведения о деятельности стационара», форма №14дс «Сведения о деятельности дневных стационаров ЛПУ», форма 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», форма 001/у «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации», форма №106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти», форма №030-6/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием», форма № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице», форма №003/у «Медицинская карта стационарного больного».

4. На четвертом этапе с использованием опросника ВОЗ КЖ 100 (WHOQOL-100) [83] в лечебно-диагностических отделах ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» Саратовской области проведено компаративное исследование качества жизни в группах пациентов, страдающих раком молочной железы в нетерминальных и терминальных стадиях болезни.

Исследование качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями проводилось на примере пациентов, страдающих раком молочной железы, учитывая ранговые позиции патологии в структуре онкологической заболеваемости женского населения, а также, оптимизацию клинического прогноза: увеличение 5-летней выживаемости пациентов, страдающих раком молочной железы и хроническое течение болезни при диагностировании заболевания в ранние сроки.

5. На пятом этапе определены стратегии реабилитации больных при онкологических заболеваниях (на примере больных раком молочной железы). Анализ средних показателей качества жизни в группах респондентов позволил выделить социально-детерминированные и соматически-детерминированные показатели качества жизни пациентов в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

6. На шестом этапе осуществлен анализ тенденций институционализации паллиативной помощи с использованием набора четырех функций (AGIL), представленных Т. Парсонсом для характеристики социальной системы. Проведено социологическое исследование «Изучение мнения онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области», результаты которого доказывают существующие в региональном здравоохранении тенденции медиализации паллиативной помощи.

7. На седьмом этапе проведен критический анализ организации региональной системы онкологической помощи с позиций согласованности его структурных и функциональных характеристик.

Разработаны концептуальные подходы к организации региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания и предложены рекомендации по её внедрению.

С целью оценки эффективности паллиативной помощи – одного из элементов разработанной региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам, учитывающей специфику ее

организации в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания, с использованием опросника ВОЗ КЖ 100 (WHOQOL-100) в 2019 г. проведено исследование динамики показателей качества жизни в группах пациентов, страдающих раком молочной железы в нетерминальных и терминальных стадиях болезни, при оказании им паллиативной помощи.

Саратовская область является типичным регионом России – подробная характеристика региона представлена в 7 главе настоящего исследования.

Базами исследования выступили:

1. ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», включающий 4 лечебно-диагностических отдела.

2. Медицинские организации региона с круглосуточными койками онкологического профиля:

– ГУЗ «Областная клиническая больница»

– Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского

– ГУЗ «СГКБ № 2» им. В.И. Разумовского.

3. ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

4. Центр медико-социологических исследований г. Саратова.

Объект исследования: социальные группы пациентов со злокачественными новообразованиями, профессиональная группа врачей-онкологов, медицинские организации различных форм собственности, организации социального обслуживания, общественные организации.

Предмет исследования: институализация региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным в современной России.

Гипотеза исследования

Оказание помощи при онкологических заболеваниях ставит целью устранение боли и других мучительных для пациента симптомов, пролонгирование жизни и улучшение качества жизни пациентов. Проблема достижения этих целей заключается в отсутствии, либо эпизодическом,

недостаточном междисциплинарном взаимодействии при организации помощи больным при онкологических заболеваниях.

Необходимо формирование континуума онкологической помощи, разработка принципиально новой, персонализированной модели оказания помощи, ориентированной на больных онкологического профиля с хронической и часто полиморбидной патологией, предполагающей реорганизацию медицинской помощи в мультипрофессиональную, основанную на постоянном взаимодействии специалистов и новых социальных агентов для улучшения клинического и социального прогноза пациентов.

Достижение междисциплинарной комплементарности определяет перспективы формирования интегрированной медико-социальной онкологической помощи, эксплицируемой в исследовательском поле социологии медицины и общественного здоровья и здравоохранения.

Программно-методическое обеспечение исследования представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Программно-методическое обеспечение исследования

Задачи исследования	Методы	Источники информации	Сроки исполнения
1. Реализовать теоретико-методологический анализ отечественных и зарубежных исследований социальной детерминированности онкологических заболеваний и организации медико-социальной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в современной системе интегрированного здравоохранения.	Аналитический	Отечественная и зарубежная литература из наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных.	2014-2020 гг.
2. Осуществить компаративный анализ демографических показателей и их динамику в Российской Федерации и Саратовской области в соотнесении их к динамике онкопатологии в регионе.	Аналитический Контент-анализ Статистический	Статистические данные Росстата, Управления статистики Саратовской области, Министерства здравоохранения Саратовской области, Медицинского информационно-аналитического центра Саратовской области.	2015–2019 гг.
3. Определить в ходе медико-социологического исследования социальные параметры, характеризующие состояние онкологической помощи в регионе, и осуществить её SWOT-анализ.	Аналитический Социологический	Нормативно-правовые акты по организации специализированной онкологической, паллиативной помощи.	2018-2019 гг.
4. Изучить медико-социальные характеристики и провести анализ качества жизни пациентов с раком молочной железы в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.	Медико-социологический Математического анализа	Отечественная и зарубежная литература из наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных. Медицинские документы больных, находящихся на лечение в онкологических диспансерах Саратовской области в 2009–2018 гг.	2016–2019 гг.
5. Обосновать стратегии оптимизации медико-социальной реабилитации больных, страдающих раком молочной железы, в региональной модели	Медико-социологический Математического анализа	Отечественная и зарубежная литература из наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных.	2019 г.

Продолжение таблицы 2

Задачи исследования	Методы	Источники информации	Сроки исполнения
интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным.			
6. Проанализировать состояние паллиативной помощи онкологическим пациентам в России и изучить современные тенденции её развития.	Аналитический Контент анализ Медико-социологический	Отечественная и зарубежная литература из наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных. Нормативно-правовые акты по организации паллиативной помощи.	2015–2020 гг.
7. Разработать концептуальные подходы к совершенствованию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным и рекомендации по их внедрению.	Аналитический Медико-социологический	Отечественная и зарубежная литература из наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных.	2018–2020 гг.

2.2. Программно-методическое обеспечение исследования

В работе проведены эмпирические исследования:

1. Социологическое исследование «Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области» (по результатам проведения экспертной фокус-группы). В исследовании приняли участие руководители подразделений лечебно-диагностического отдела № 1 ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»: 4 руководителя подразделений ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» имеют сертификаты по специальности «онкология», 2 – по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и 2 – по специальностям «онкология» и «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Цель социологического исследования «Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области» – изучение экспертных мнений о функционировании, потенциале и направлениях оптимизации системы онкологической помощи в Саратовской области.

Объект исследования: руководители структурных подразделений. В исследовании приняли участие 8 руководителей подразделений лечебно-диагностического отдела № 1 ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер».

Предмет исследования: перспективы совершенствования системы онкологической помощи в регионе.

Задачи исследования:

1. разработать инструментарий социологического исследования – гайд экспертной фокус-группы;
2. организовать и провести фокус-групповое исследование, направленное на получение данных о функционировании, потенциале и направлениях оптимизации системы онкологической помощи в Саратовской области;

3. подготовить аналитический отчет по проведенному социологическому исследованию.

При проведении фокус-группового исследования выполнены условия, определяющие получение достоверных данных: «компетентность привлеченных специалистов, полнота и четкость формулировки вопросов, обеспечение независимости оценок» [386].

Гайд-сценарий для проведения фокус-группового исследования включал обсуждение экспертами тенденций организации региональной системы онкологической помощи и направлений совершенствования континуума онкологической помощи (Приложение Д).

По результатам фокус-группового исследования составлен регистр и проведено ранжирование системных факторов в контексте SWOT-анализа.

2. Медико-социологическое исследование «Медико-социальный портрет пациентов, страдающих раком молочной железы». Объем случайной выборки пациентов, страдающих раком молочной железы, составил 427 респондентов. Пациенты находились на стационарном лечении в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» и других медицинских организациях региона с круглосуточными койками онкологического профиля. Длительность заболевания у пациентов составила более 5 лет.

Контрольная группа – клинически здоровые лица. Выборочная совокупность – 695 респондентов.

Для составления медико-социального портрета пациентов использована анкета международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100) [83] (Приложение Е).

3. Медико-социологическое исследование «Анализ качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы».

Исследование качества жизни больных, страдающих онкологическим заболеванием, и клинически здоровых респондентов проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100), содержащего 6 сфер: «Физическая», «Психологическая», «Уровень

независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда», «Духовная», каждая из которых включает субсферы [83].

С помощью методов математической статистики определялась статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни респондентов (пациентов, страдающих онкологическим заболеванием, и клинически здоровых лиц) по непараметрическому критерию Манна-Уитни. При $p < 0,05$ различие считалось статистически значимым.

4. Медико-социологическое исследование «Оптимизация стратегий реабилитации больных онкологическими заболеваниями».

В исследовании «Оптимизация стратегий реабилитации больных онкологическими заболеваниями» приняли участие 427 респондентов-женщин трудоспособного возраста, страдающих раком молочной железы с хроническим течением заболевания. 258 респондентам (85 – в нетерминальных стадиях и 173 – в терминальных стадиях болезни) установлена группа инвалидности. Клинически здоровые респонденты были включены в контрольную группу. Выборочная совокупность – 697 респондентов.

Полученные в ходе исследований данные были обработаны с использованием современных методов математической статистики. Все данные представлены в средних значениях в виде $M \pm m$. Для оценки межгрупповых различий при сравнении групп респондентов применяли t – критерий Стьюдента.

Статистическая достоверность средних различий показателей качества жизни групп респондентов определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$. В исследовании приведены медианы показателей опросника различных пар групп и значимость различий средних, определявшаяся по критерию Манна-Уитни (КМУ). В каждой паре указаны показатели, у которых различия средних статистически значимы (на уровне 0,01 или на уровне 0,05) или статистически незначимы (КМУ > 0,05)¹.

¹ Если значения КМУ находились в интервалах (0,01; 0,02) или (0,05; 0,06), то решение о принадлежности к одной из указанных категорий принималась в соответствии с правилами округления до одной значащей цифры.

При определении выборочной совокупности медико-социологических исследований «Социальный портрет пациентов, страдающих раком молочной железы», «Анализ качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы» и «Оптимизация стратегий реабилитации больных онкологическими заболеваниями» была использована формула:

$$n = \frac{t^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) \cdot N}{t^2 \cdot \hat{p} \cdot (1 - \hat{p}) + N \cdot \Delta^2},$$

где:

n – объём выборки,

N – объём генеральной совокупности,

Δ – предельная ошибка выборки (устанавливается равной 5%),

\hat{p} – выборочное значение показателя (максимальный объём выборки даёт значение 0,5), являющееся оценкой его истинного значения в генеральной совокупности.

t – критическое значение, связанное с заданным уровнем значимости ($t = 1.96$). Определяется по таблице распределения Стьюдента.

Для пациентов с раком молочной железы $N = 6899$,

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) \cdot 6899}{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) + 6899 \cdot 0,05^2} \approx 363,9$$

Таким образом, число единиц наблюдений в выбранной совокупности не должно быть меньше 364.

5. Социологическое исследование «Отношения пациентов к ситуации онкологического заболевания» с использованием нарративного подхода. Проанализировано 36 нарративов пациентов с онкологическим заболеванием или их родственников о болезни (Приложение Ж). Данные нарративы были типологизированы, выделен инвариант. Приведены примеры типичных нарративов.

6. Социологическое исследование «Изучение мнения онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области» с использованием авторской анкеты (Приложение И).

Объем случайной выборки для составления социального портрета врачей–онкологов в региональном здравоохранении составил 69 онкологов.

Для проведения социологического исследования «Изучение мнения онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области» репрезентативность выборочной совокупности определялась по формуле [284]:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot t^2 \cdot N}{\Delta^2 \cdot N + \sigma^2 \cdot t^2}, \text{ где:}$$

где:

n – объем выборки,

N – объем генеральной совокупности,

Δ – предельная ошибка выборки (0,5 для 10 бальной шкалы – 5%),

t – доверительный коэффициент (1,96 для 95% значимости),

σ – среднее квадратичное отклонение (для нормального распределения оценок данных респондентов – 1,6).

$N = 84$,

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) \cdot 84}{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5) + 84 \cdot 0,05^2} \approx 68,9$$

Таким образом, число единиц наблюдений в выбранной совокупности не должно быть меньше 69.

7. Медико-социологическое исследование «Оценка эффективности паллиативной помощи – фрагмента региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам».

В исследование включены 98 пациентов, страдающих раком молочной железы (генеральная совокупность): 56 пациентов в нетерминальном и 42 пациента в терминальном состоянии, которым была оказана паллиативная помощь в стационарах г. Саратова в 2019 г. С использованием опросника ВОЗ КЖ-100 проведено исследование динамики значений показателей качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы, при оказании паллиативной помощи.

С помощью методов математической статистики определялась статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни респондентов по непараметрическому критерию Манна-Уитни. При $p < 0,05$ различие считалось статистически значимым.

Аналитический обзор литературы, нормативно-правовых документов проводился с использованием современных компьютерных технологий.

Анализ результатов проведенных в диссертационной работе эмпирических исследований проводился с использованием Программ SPSS (PASW) Statistic 16 и Microsoft Excel 7.0.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И САРАТОВСКОГО РЕГИОНА

Численность населения Российской Федерации на 1 января 2019 г. составила 146781 тыс. чел., что на 136 тыс. чел. больше чем на 1 января 2016 г. (146545 тыс. чел.), но меньше чем в 2017 (146804 тыс. чел.) и в 2018 годах (146880 тыс. чел.) (рисунок 13).

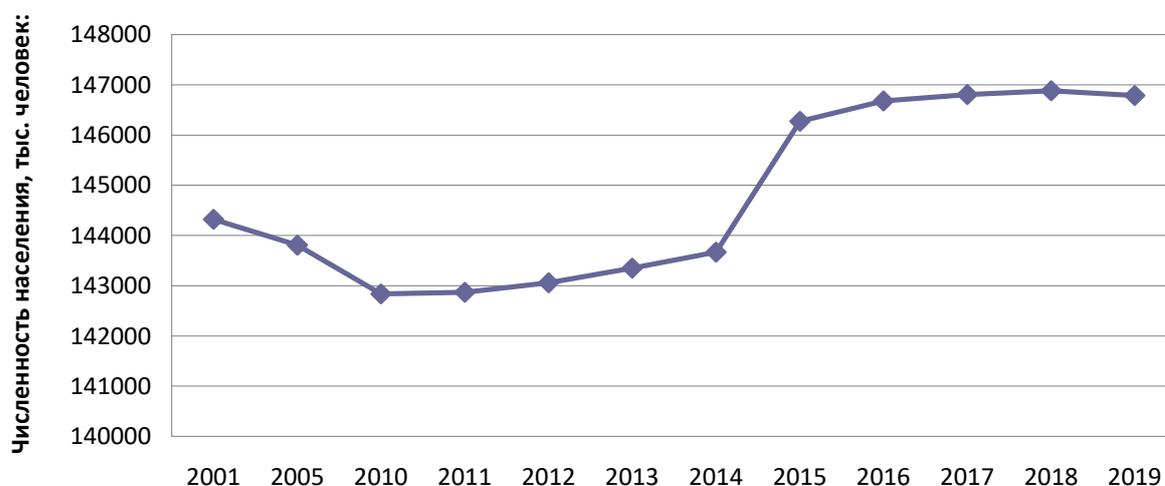


Рисунок 13 - Динамика общей численности населения России за период с 2001 по 2019 гг. (тыс. чел.)

В 2018 г. из общей численности население трудоспособного возраста составило 56,0% (в 2017 – 56,7%; в 2016 – 57,5%), население моложе трудоспособного возраста – 18,6% (в 2017 – 18,3%; в 2016 – 18,0%) и население старше трудоспособного возраста – 25,4% (в 2017 – 25,0%; в 2016 – 24,5%) (рисунок 14) [334, 335].

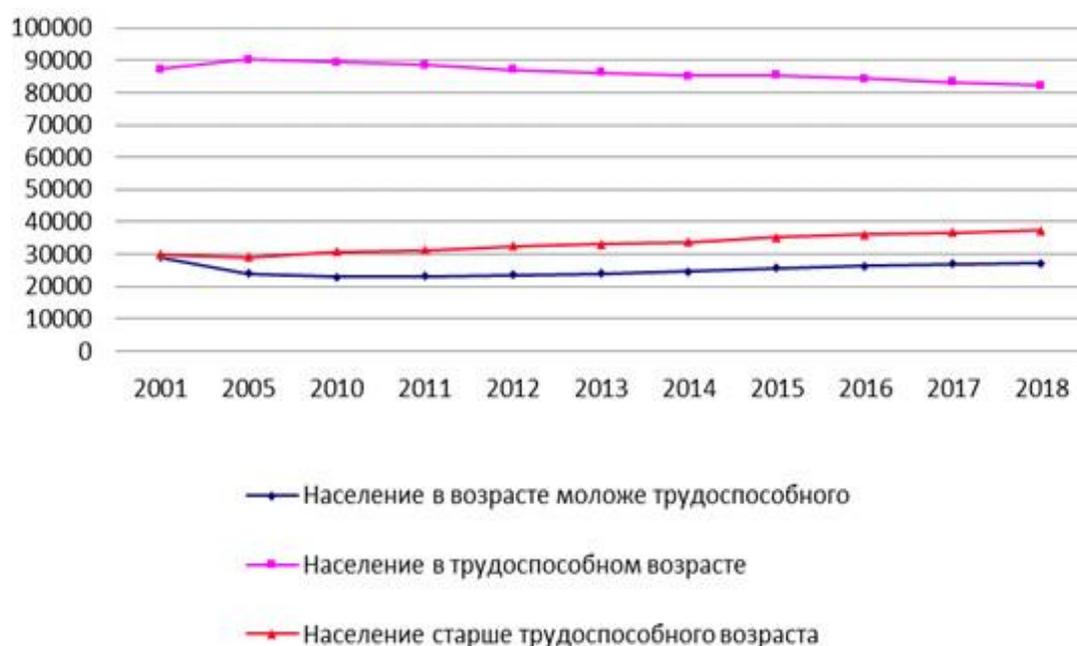


Рисунок 14 - Динамика численности населения Российской Федерации по основным возрастным группам за период с 2001 по 2018 г. (тыс. человек)

Структура населения по возрасту позволяет говорить о регрессивном типе популяционного здоровья в России, причем в последние годы соотношение возрастных групп меняется в неблагоприятном направлении.

Так на 1 января 2018 г. население трудоспособного возраста в России составило 56,0% от общей численности, или 82264 тыс. чел. (мужчины 16-59 лет и женщины 16-54 года), моложе трудоспособного возраста – 18,6% (27254 тыс. чел.) и старше трудоспособного возраста – 25,4% (37362 тыс. чел.).

На начало 2016 г. население трудоспособного возраста в России составляло 57,5% от общей численности, или 84199 тыс. чел.; моложе трудоспособного возраста – 18% (26360 тыс. чел.) и старше трудоспособного возраста – 24,5% (35986 тыс. чел.).

Численность населения Саратовской области на 1 января 2019 г. составила 2441 тыс. чел. (в 2018 г. – 2017,0, 2017 г. – 2479,3 тыс. чел.) [343].

Соотношение населения трудоспособного и нетрудоспособного возрастов в Саратовской области соответствует тенденциям в Российской Федерации.

При этом численность сельского населения продолжает систематически уменьшаться более быстрыми темпами, чем численность городского населения (рисунок 15).

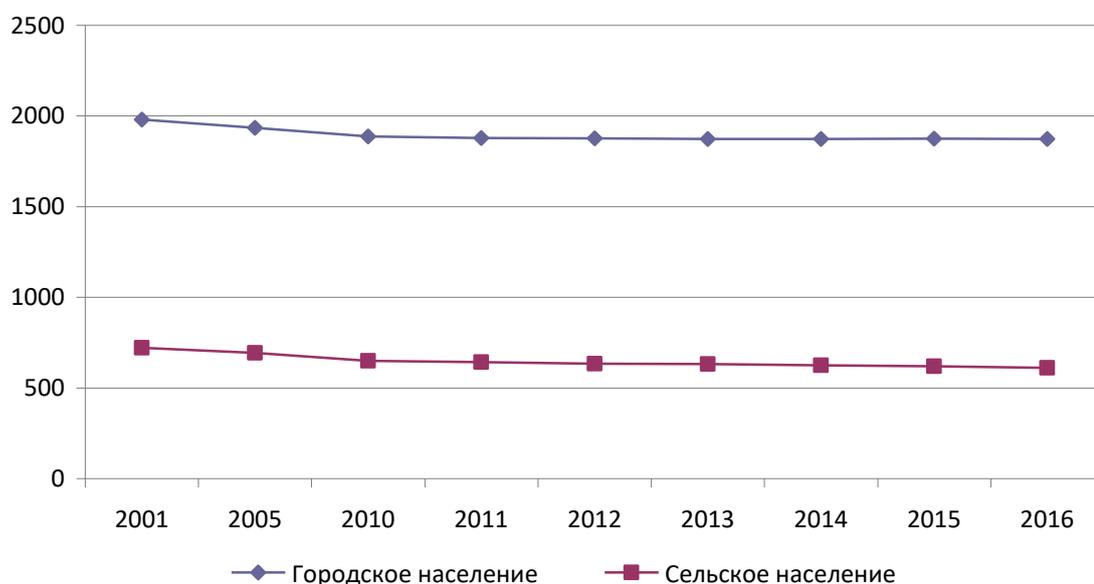


Рисунок 15 - Динамика численности городского и сельского населения Саратовской области с 2001 по 2016 гг. (на 1 января 2019 г., тыс. человек)

Если соотношение сельского и городского населения в России в 1917 г. составляло 83% и 17%, то через 100 лет в 2017 г. вследствие урбанизации населения оно составило 26% и 74% соответственно (рисунок 16).

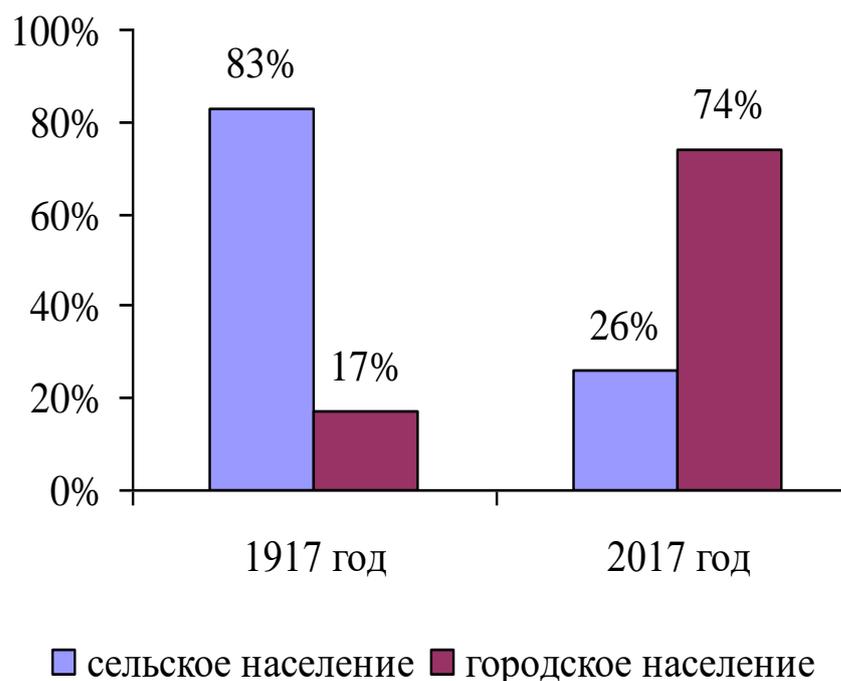


Рисунок 16 - Сравнительная характеристика доли городского и сельского населения в структуре населения России в 1917 г. и 2017 г. (%)

В настоящее время процесс урбанизации продолжается во всех федеральных округах России (кроме Дальневосточного федерального округа) [396].

Структура населения по полу в России не изменяется на протяжении более 10 лет и составляет 46% мужчин и 54% – женщин.

Если в начале текущего века (2001 г.) общие показатели смертности в России значительно превышали показатель рождаемости, то к 2012 году их значения сравнялись, наступило некое демографическое равновесие, которое сохраняется и в настоящее время (рисунок 17).

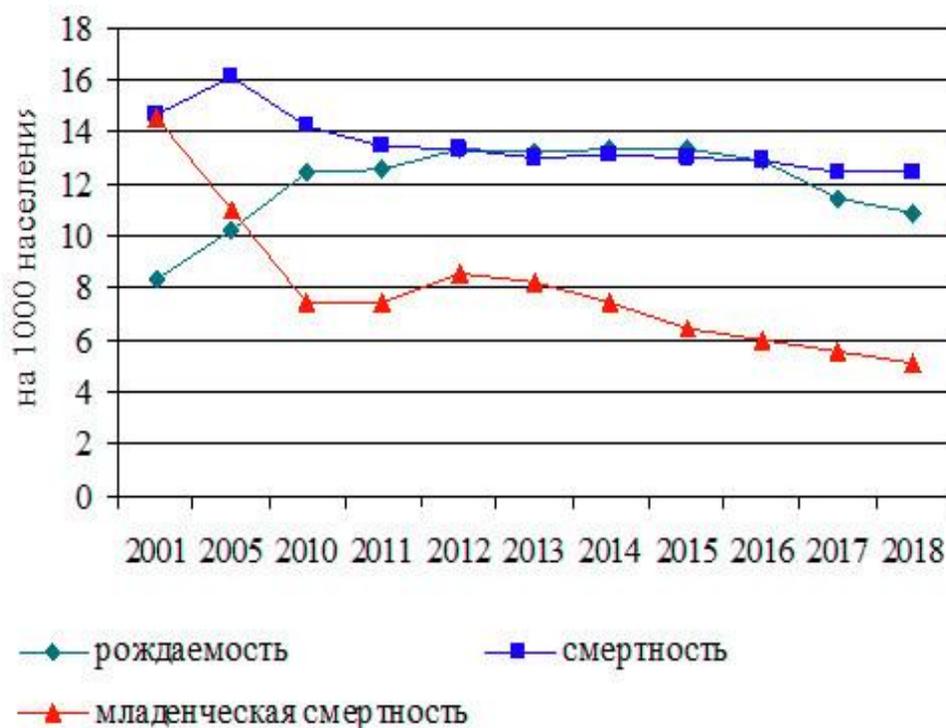


Рисунок 17 - Динамика общих показателей воспроизводства населения Российской Федерации за период с 2001 по 2018 гг. (на 1000 чел. населения)

В Саратовской области, несмотря на тенденцию повышения рождаемости и уменьшения смертности населения, которая наблюдалась в течение 2001–2014 гг., в 2018 г. показатели смертности (13,9 на 1000 чел. населения) выше, чем средние по России (12,5) и выше, чем показатели рождаемости по Саратовской области (9,1 на 1000 чел. населения). Соответственно, естественный прирост (-4,8 на 1000 чел. населения) имеет отрицательные значения (рисунок 18).



Рисунок 18 - Динамика общих показателей воспроизводства населения Саратовской области за период с 2001 г. по 2018 г. (на 1000 чел. населения)

Естественный прирост населения в России в течение многих лет имел отрицательные значения и характеризовал естественную убыль населения, до 2016 года в течение четырех лет естественный прирост фиксировал положительные, хоть и низкие значения (рисунок 19). С 2016 г. вновь естественный прирост характеризует убыль населения. В 2016 г. он составил -0,01; в 2017 – -0,9, а в 2018 г. уже -1,6 на 1000 чел. населения.

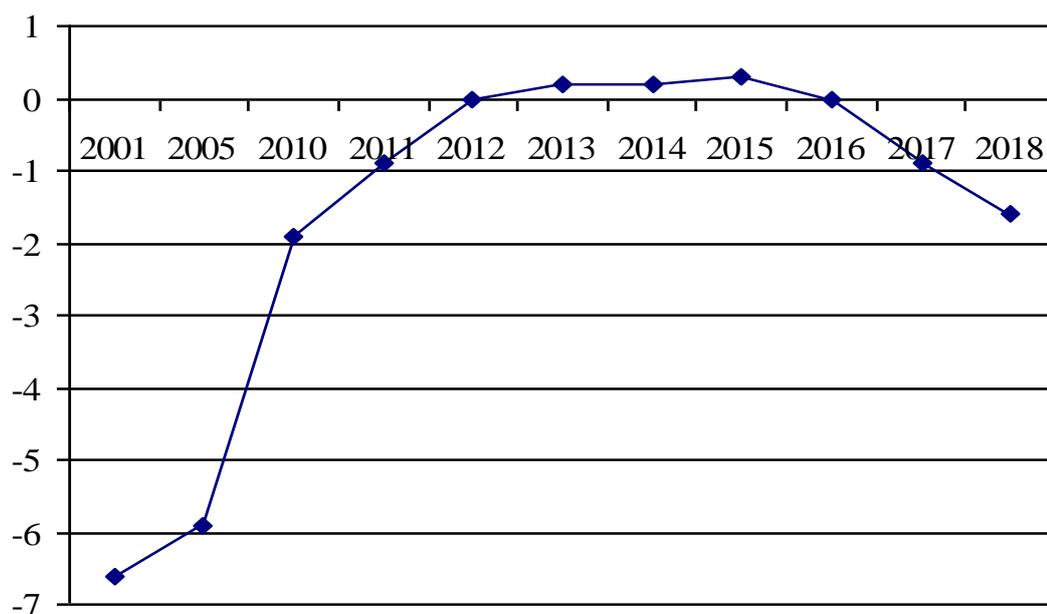


Рисунок 19 - Динамика естественного прироста населения Российской Федерации за период с 2001 г. по 2018 г. (на 1000 населения)

Смертность

Количество умерших от всех причин смерти в России в 2018 г. составило 1829 тыс. чел., в 2017 г. – 1826 тыс. чел., в 2016 г. – 1891,0 тыс. чел.; в 2010 – 2028,5 тыс. чел.; в 2005 г. – 2303,9 тыс. чел. За этот период число умерших от всех причин снизилось в 1,2 раза. Показатель общей смертности на 100000 населения в России демонстрирует стойкую тенденцию к снижению (на 20% за 10 лет), хотя скорость снижения несколько замедлилась – за первые пять лет темп снижения показателя общей смертности составил 13%, за последующие 5 лет – 10% (рисунок 20).

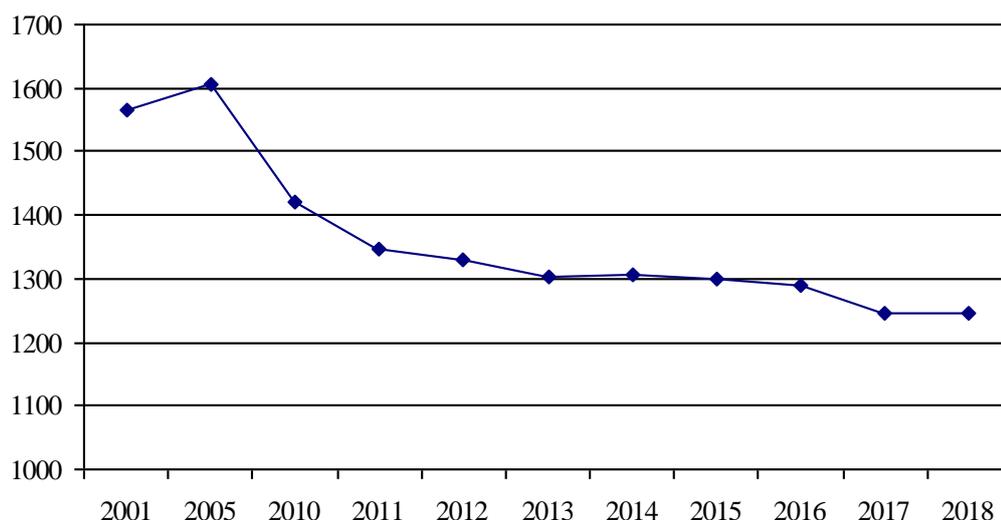


Рисунок 20 - Динамика показателя общей смертности в России за период с 2001 г. по 2018 г. (на 100000 чел. населения)

Рассмотрим общие тенденции и показатели смертности, заболеваемости и инвалидности населения по полу и основным классам причин смерти.

По данным Росстата [335] за 2018 г. в структуре смертности на первом месте по-прежнему болезни системы кровообращения (БСК), доля которых среди всех причин смерти хотя и снизилась, но составляет 46,8%; на втором месте – новообразования (16,3%); на третьем – внешние причины смерти (7,9%); четвертое место среди причин смерти занимают симптомы, признаки и отклонения, не классифицированные в других рубриках (6,8%) и пятое – болезни нервной системы (6,0%). Из всех причин смерти на долю перечисленных пяти приходится 83,8% (рисунок 21).

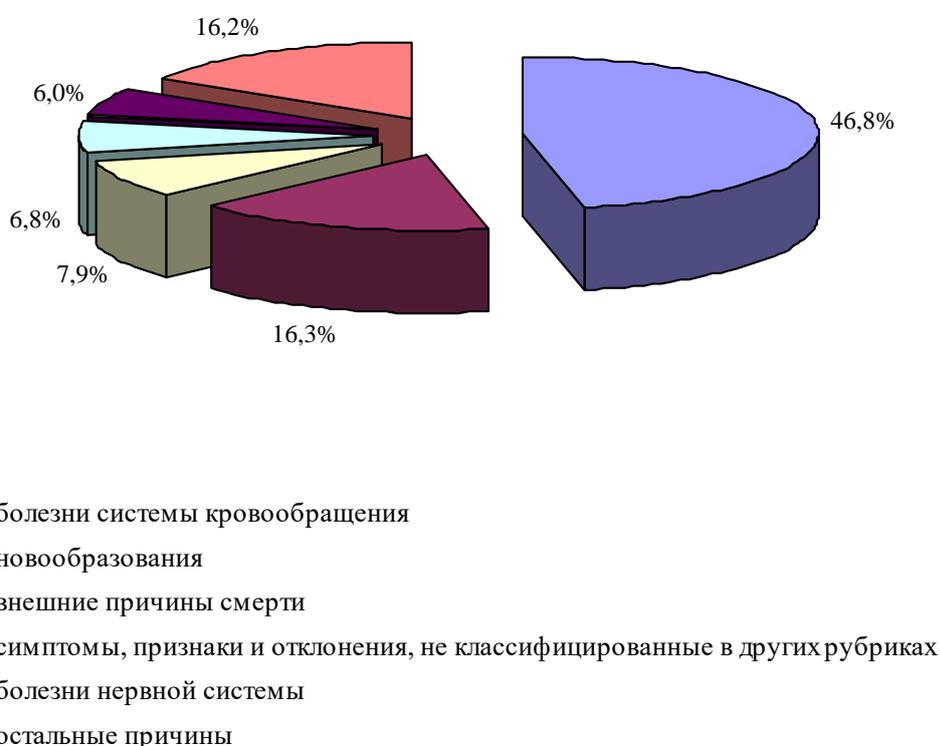


Рисунок 21 - Структура основных причин смертности в Российской Федерации в 2018 г. (%)

Показатели смертности от БСК на 100000 населения, определяя почти половину всех смертей, демонстрируют стойкую тенденцию к снижению – с 905,4 в 2005 г. до 583,1 в 2018 г., в то время как показатели смертности от новообразований остаются в течение 10 лет практически на одном уровне (200,6 – в 2005 г. и 203,0 – в 2018 г.).

Показатели смертности от БСК на 100000 человек трудоспособного населения также на 1 месте среди причин смерти, хотя и демонстрируют стойкую тенденцию к снижению – с 263,9 в 2005 г. до 148,7 в 2017 г., т.е. в 1,7 раз; за 10 лет смертность среди мужчин снизилась в 1,7 раз, среди женщин – в 1,9 раз [355].

Несмотря на благоприятную тенденцию к снижению, смертность среди мужчин трудоспособного возраста от БСК в 2014 году была выше, чем среди

женщин, в 4,7 раз, а в 2017 г. – в 4,9 раз. Среди болезней, приводящих к смерти от БСК, первое место принадлежит ИБС, второе – ЦВЗ. Мужчины трудоспособного возраста в 2014 г. умирали от ИБС в 7,4 раз чаще, чем женщины; в 2017 г. – чаще в 8,2 раз. От инфаркта миокарда в 2014 году мужчины умирали чаще, чем женщины – в 9,5 раз, в 2016 – в 10,6 раз; от ЦВЗ в 2014 г. – в 3,5 раза чаще, в 2017 – в 3,6 раз. Тенденция к сверхсмертности мужчин от указанных причин не только сохраняется, но продолжает нарастать [82].

На втором месте среди причин смерти в России новообразования, причем число умерших от новообразований в 2018 г. составило 298,0 тыс. чел. (в 2017 г. 294,6 тыс. чел.; в 2016 г. – 299,7 тыс. чел.), что сопоставимо с количеством умерших от цереброваскулярных болезней – 263,6 тыс. чел. в 2018г. (в 2016 г. – 279,8 тыс. чел.). В структуре общей смертности новообразования составили в 2018 г. 16,3% (2017 г. – 16,1%), их доля постоянно увеличивается, хотя и достаточно медленными темпами (рисунок 22).

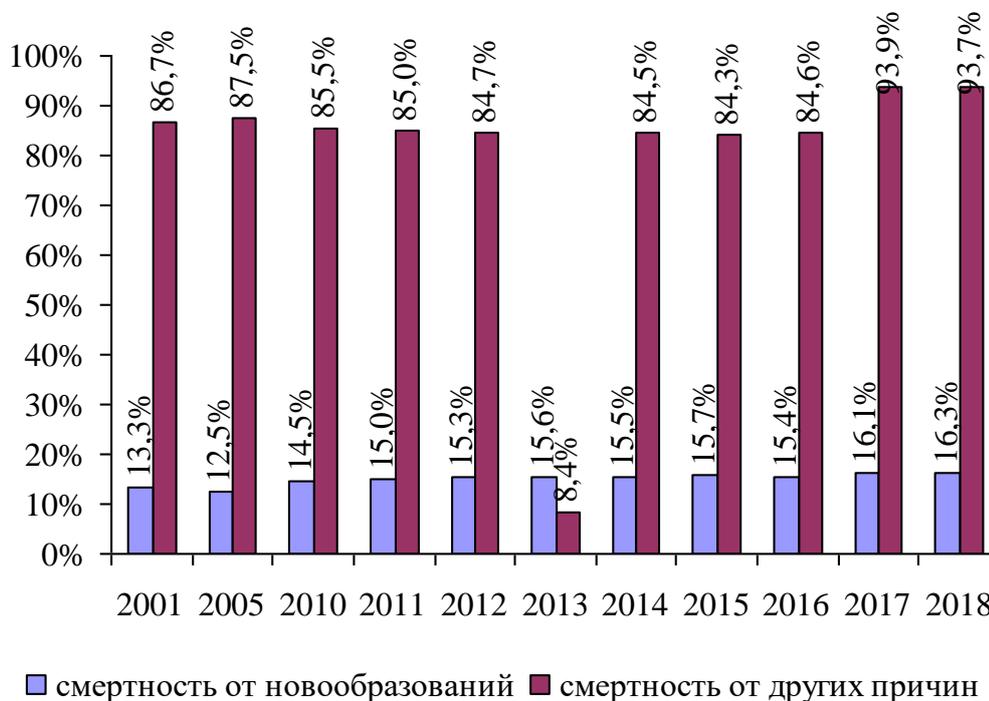


Рисунок 22 - Динамика доли новообразований в общей смертности населения Российской Федерации за период с 2001 г. по 2018 г. (%)

На втором месте среди причин смерти населения трудоспособного возраста в России – внешние причины смерти, которые, несмотря на стойкую тенденцию к снижению – за 10 лет практически в 2 раза, составили в 2017 г. 114,8 на 100000 чел. населения: 186,0 на 100000 среди мужчин и 36,9 – среди женщин. При этом мужчины в 5 раз чаще умирают от внешних причин, чем женщины.

В структуре умерших от внешних причин в 2017 году также обращает на себя внимание сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста – так по причине случайных отравлений алкоголем они умирают в 5,3 раз чаще, чем женщины; от всех видов транспортных несчастных случаев – в 3,7 раз; от самоубийств – в 7,7 раз чаще женщин; от убийств – в 3,75 раз чаще, чем женщины трудоспособного возраста.

На третьем месте в структуре причин общей смертности в России – внешние причины смерти, от которых в 2018 г. умерло 145 тыс. чел. населения, что составляет 8% в структуре общей смертности населения (в 2017 г. – 153 тыс. чел., в 2016 г. – 167,5 тыс. чел.). В 2005 году внешние причины были причиной смерти 315,9 тыс. чел. (8,9% в структуре общей смертности). Число умерших от данного класса причин за последние 10 лет снизилось практически в 2,0 раза, хотя темпы снижения показателя в последние пять лет ниже, чем за предыдущую пятилетку.

В структуре смертности от внешних причин стойкую тенденцию к снижению демонстрируют показатели смертности от случайных отравлений алкоголем – на 66,5% (с 28,5 чел. на 100000 населения в 2005 г. до 7,5 чел. в 2018 г.); от всех видов транспортных несчастных случаев – на 48,0% (с 28,0 чел. в 2005 г. до 13,0 чел. на 100000 населения в 2018 г.), от самоубийств – на 50% (с 32,1 чел. в 2005 г. до 12,4 чел. на 100000 населения в 2018 г.); от убийств – на 71% (с 24,8 чел. в 2005 г. до 5,4 чел. на 100000 населения в 2018 г.).

На третьем месте в структуре причин общей смертности населения трудоспособного возраста по Российской Федерации – новообразования, показатель смертности на 100 тыс. чел. в 2017 г. составил 73,3. В 2017 году мужчины в 2 раза чаще умирали от новообразований, чем женщины. Тенденция к снижению смертности от новообразований есть, причем если за 2005-2010 гг.

темпы снижения смертности среди мужчин составили 2,4%, среди женщин – 4,7%, то за последующие годы отмечается ускорение темпов снижения смертности среди мужчин и женщин трудоспособного возраста, которые составили 7,1% и 7,5 % соответственно.

Четвертое место в структуре причин смертности населения России (6,8%) занимают симптомы и отклонения, не классифицированные в других рубриках – в 2018 г. умерло 125,3 тыс. чел., из них 90,8 тыс. чел. – от старости.

Четвертое место в структуре причин смертности населения трудоспособного возраста занимают болезни органов пищеварения – в 2017 г. показатель смертности от данной причины составил 42,2 на 100 тыс. населения, причем мужчины от данной причины умирают в 2,5 раза чаще, чем женщины. Показатель имеет тенденцию к снижению, за 10 лет смертность снизилась в 1,2 раза.

На пятом месте в структуре причин смерти – болезни нервной системы (6,0%) – в 2018 г. умерло 110,1 тыс. чел. (в 2017 – 102,6 тыс. чел).

На пятом месте в структуре причин смерти населения трудоспособного возраста – некоторые инфекционные и паразитарные болезни – в 2017 г. показатель смертности составил 34,1 на 100000 населения (рисунок 23).

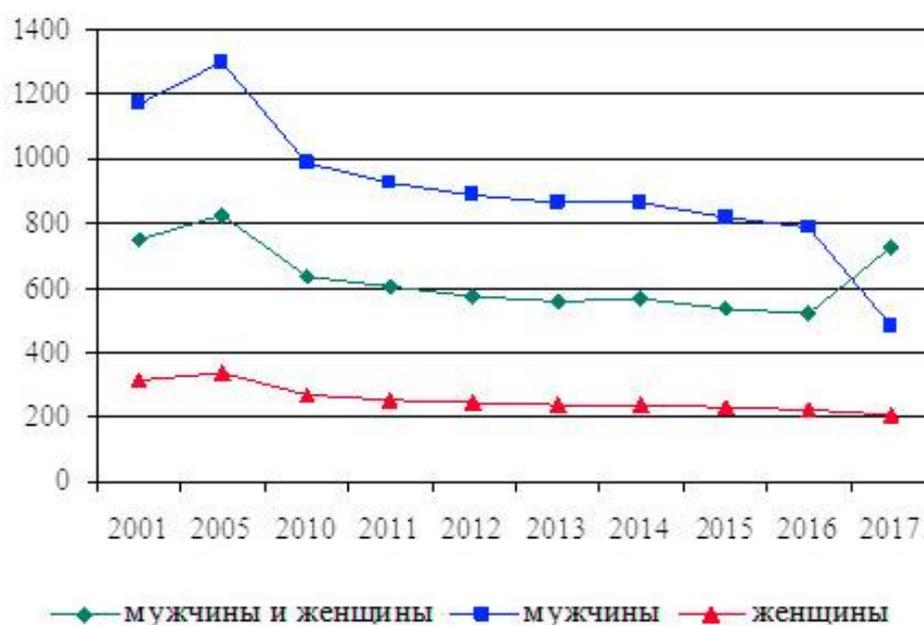


Рисунок 23 - Динамика показателей общей смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста в России за период с 2005 г. по 2017 г. (на 100000 чел.)

Структура смертности населения трудоспособного возраста в РФ за 10 лет изменилась – если в 2005 году трудоспособное население чаще всего умирало от внешних причин, но уже с 2010 г. году в структуре смертности трудоспособного населения на первом месте, так же, как и среди всего населения – БСК. В отличие от населения РФ, где второе место среди причин смерти занимают новообразования, трудоспособное население страны второй по значимости причиной смерти имеет внешние причины. При этом новообразования как причина смерти – на третьем месте.

В Саратовской области общий показатель смертности на 1000 чел. населения выше, чем в РФ (в 2018 г. 13,9 на 1000 чел. населения против 12,5 – по РФ), хотя отмечается тенденция снижения уровня смертности с 16,9 на 1000 чел. населения в 2005 г. до 13,9 – в 2018 г.

Структура причин смерти аналогична общероссийской: БСК являются основной причиной смерти населения Саратовской области в 2018 г. – 746,7 на 100 тыс. чел. населения (в 2017 г. – 691,1), на втором месте – новообразования – 193,0 на 100 тыс. чел. населения (в 2017 г. – 195,1), на третьем – внешние причины смерти – 94,6 на 100 тыс. чел. населения (в 2017 г. – 101,3). На четвертом – болезни органов пищеварения – 81,5; на пятом – болезни органов дыхания – 47,1 на 100 тыс. чел. населения [343].

В Саратовской области смертность населения в трудоспособном возрасте снизилась с 2005 г. к 2018 г. в 1,7 раз (с 804,2 на 100 тыс. чел. населения в 2005г. до 480,7 на 100 тыс. чел. населения в 2017 г.). Показатель смертности населения трудоспособного возраста по Саратовскому региону соответствует аналогичному по РФ (480,6 на 100 тыс. чел. населения в 2017 г.).

Структура смертности населения трудоспособного возраста по причинам смерти в Саратовской области отличалась от общероссийской – с 2011 г. по 2016 г. на первом месте в структуре причин смертности трудоспособного населения были несчастные случаи, отравления и травмы. В 2017 г. – первое место занимают БСК, второе – внешние причины, третье – новообразования. По всем ведущим причинам смерти среди населения трудоспособного возраста отмечается

положительная динамика: смертность от БСК за 10 лет уменьшилась на 58%, смертность от внешних причин – на 68%, от новообразований – на 16%, от болезней органов дыхания – на 44%, от туберкулеза – на 54%. За этот период времени вырос показатель смертности по причине болезней органов пищеварения – на 10%.

Заболеваемость. Анализ первичной заболеваемости служит важнейшим индикатором определения состояния здоровья всего населения в каждом отдельном субъекте и в целом в Российской Федерации [271]. Показатель первичной заболеваемости населения Российской Федерации за четверть века (с 1990 по 2017 гг.) увеличился в 1,2 раза, при этом темпы роста показателя заболеваемости постоянно снижаются – так за первые 10 лет показатель увеличился в 1,12 раза, за последующие 10 лет – в 1,06, и в последние 7 лет – в 0,97 раз (рисунок 24).

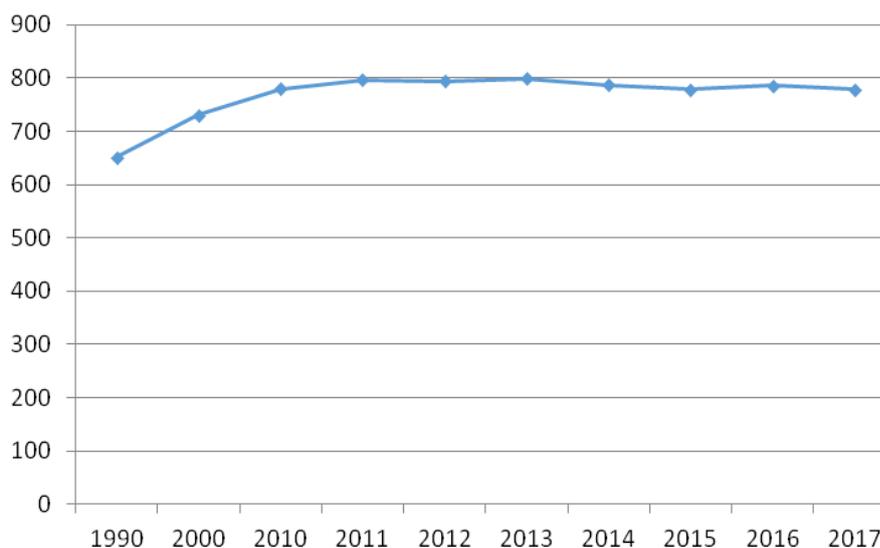


Рисунок 24 - Динамика первичной заболеваемости населения России за период с 1990 г. по 2017 г. (на 1000 чел. населения)

В структуре первичной заболеваемости в 2018 г. на первом месте – класс заболеваний органов дыхания – 44,7% (353,5 на 1000 чел. населения). Последние пять лет заболеваемость по данному классу увеличилась в 1,1 раз.

На втором месте – 11,1% – класс травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (88,2 на 1000 чел. населения). Третье место (8,8%) занимают беременность, роды и послеродовой период, четвертое – болезни мочеполовой системы – 5,8%, пятое – болезни кожи и подкожной клетчатки – 5,4%. Таким образом, 76% первичной заболеваемости приходится на обозначенные пять классов болезней (рисунок 25).



Рисунок 25 - Структура первичной заболеваемости в Российской Федерации в 2018 г. (%)

Первичная заболеваемость по классу БСК составила 32,1 на 1000 человек населения в 2017 г., то есть увеличилась почти в три раза за 25 лет – в 1990 году она составляла 11,2 на 1000 чел. населения. В структуре первичной заболеваемости БСК составляют всего 4%.

По классу новообразований первичная заболеваемость на протяжении более чем двух десятилетий демонстрирует стойкую тенденцию к росту, с 1990 года она

выросла в 2 раза и составила в 2017 г. 11,4 на 1000 человек населения (рисунок 26).

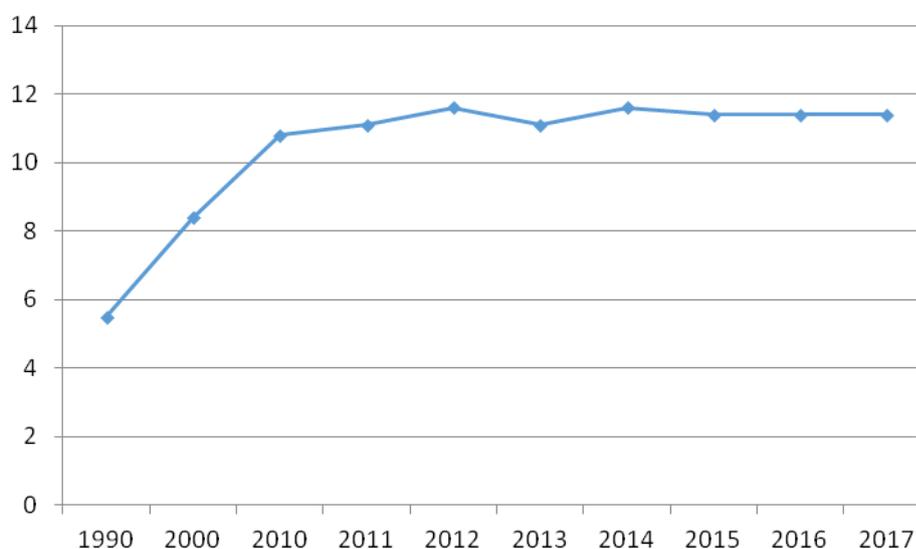


Рисунок 26 - Динамика первичной заболеваемости населения Российской Федерации по классу новообразования за период с 1990 г. по 2017 г. (на 1000 чел. населения)

В структуре первичной онкологической заболеваемости по локализации процесса на первом месте у женщин – рак молочной железы (в 2016 г. – 87,09, в 2017 – 89,60 на 100 тыс. населения), у мужчин – рак легких (70,7 на 100 тыс. чел. населения); у женщин на втором месте – рак матки (53,9 на 100 тыс. чел. населения), у мужчин – рак предстательной железы (56,5 на 100 тыс. чел. населения) На третьем – рак желудка как у мужского (31,4 на 100 тыс. чел. населения), так и у женского населения (20,0 на 100 тыс. чел. населения) [384].

Первичная заболеваемость населения Саратовской области в последние годы так же, как и в России показывает тенденцию к незначительному росту и составляет в 2018 г. 733,5 на 1000 человек населения [343]. В структуре первичной заболеваемости в 2018 г. на первом месте в Саратовской области, как и по Российской Федерации, – класс заболеваний органов дыхания – 315,6 на 1000 чел. населения (44,7%).

На втором месте – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (72,8 на 1000 чел. населения). Третье место в структуре занимают болезни нервной системы и органов чувств (69,8 на 1000 чел. населения), четвертое – болезни кожи и подкожной клетчатки (53,1 на 1000 чел. населения) – пятое – болезни системы кровообращения (50,8 на 1000 чел. населения). В 2016 г. болезни системы кровообращения занимали шестое место в структуре первичной заболеваемости в регионе (50,3 на 1000 чел. населения), уровень заболеваемости за последние пять лет вырос в 1,6 раз.

Таким образом, 76% первичной заболеваемости приходится на обозначенные пять классов болезней.

Класс новообразования – на 12 ранговом месте, с 2012 г. первичная заболеваемость снизилась незначительно (с 11,3 в 2012 г. до 11,1 в 2018 г.) [343, 370].

Общая заболеваемость в РФ в 2017 году составила 161776,4 на 100 тысяч человек населения, отмечается тенденция ее незначительного роста по сравнению с 2010 г. (на 2%).

В структуре общей заболеваемости населения Российской Федерации на первом месте болезни органов дыхания (40055,2 на 100 тыс. чел. населения), на втором – болезни системы кровообращения (23617,0 на 100 тыс. чел. населения), на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13107,9 на 100 тыс. чел. населения), на четвертом – болезни органов пищеварения (11731,1 на 100 тыс. чел. населения) и на пятом – болезни мочеполовой системы (11603,9 на 100 тыс. чел. населения).

Общая заболеваемость по Саратовской области в 2017 г. составила 160189,4 на 100000 чел. населения. В структуре общей заболеваемости на первом месте болезни органов дыхания (359,3 на 1000 чел. населения), на втором – болезни системы кровообращения (299,5 на 1000 чел. населения), на третьем – болезни нервной системы и органов чувств (197,29 на 1000 чел. населения), на четвертом – болезни мочеполовой системы (138,7 на 1000 чел. населения) и на пятом – болезни органов пищеварения (117,1 на 1000 чел. населения).

При сравнении региональных показателей со среднероссийскими можно отметить, что общая заболеваемость в Саратовской области ниже, чем в целом по Российской Федерации, хотя и незначительно. Болезни органов дыхания и в России, и в регионе – на первом месте, хотя в Саратовской области заболеваемость ниже российской на 10%. В то же время общая заболеваемость по классу БСК в Саратовской области выше на 21%, чем по Российской Федерации. По классу болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани заболеваемость в Саратовской области ниже, чем в России, на 45%.

Инвалидность. На 1 января 2018 г. общая численность инвалидов в стране уменьшилась и составила 12111 тыс. человек. На 1 января 2016 г. общая численность инвалидов в РФ составляла 12751 тыс. человек. Впервые в 2018 г. инвалидами признано 641,0 чел. (в 2016 г. – 666,4 тыс. человек, в 2000 г. – 1109,0 тыс. человек). Начиная с 2000 г., число лиц, которым впервые установлена группа инвалидности, неуклонно снижается (рисунок 27).

Структура первичной инвалидности по группам инвалидности за последние годы изменилась, если в 2010 году 1 группа составляла 15% от общей численности инвалидов, 2 группа – 44%; 3 группа – 41%, то в 2018 г. число инвалидов первой группы увеличилось до 19,9%, второй – уменьшилось до 35,7% и третьей – выросло до 44,3% от общей численности инвалидов.

Инвалиды в трудоспособном возрасте составляли в 2000 году практически 50% от общей численности инвалидов, в 2018 – 43,7%.

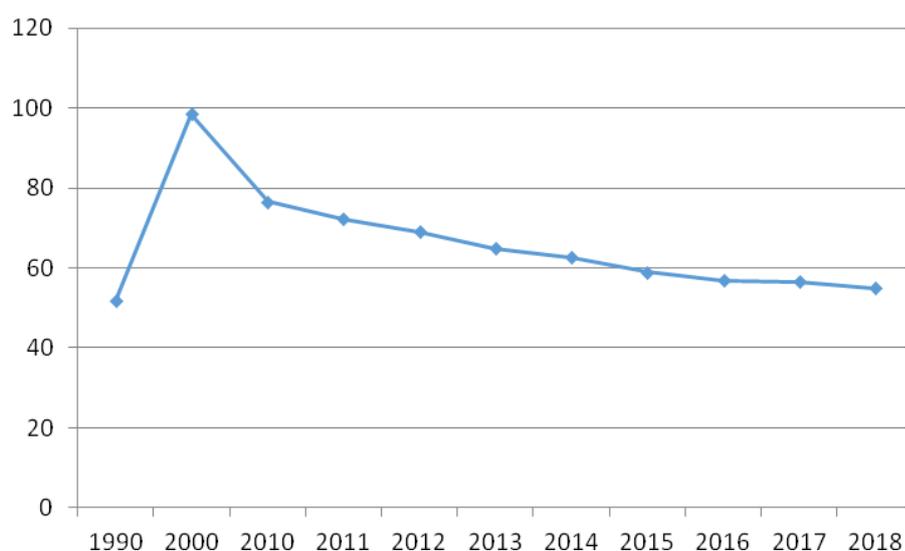


Рисунок 27 - Динамика первичной инвалидности за период с 1990 г. по 2018 г. (на 10000 человек населения)

С 2016 г. изменилась структура первичной инвалидности по причинам инвалидности: если в 2015 г. в структуре первичной инвалидности на первом месте были болезни системы кровообращения (18,8 на 10000 чел. населения), на втором месте – новообразования (18,1 на 10000), то с 2016 г. – на первом месте – новообразования, которые в 2018 г. составили 18,4 на 10000 чел. населения.), на втором месте – болезни системы кровообращения (16,5 на 10000 чел. населения в 2018 г.). Следующие три ранговых места в структуре первичной инвалидности в 2018 г. занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (3,2 на 10000), психические расстройства и расстройства поведения (2,7 на 10000), болезни нервной системы (2,2 на 10000).

В 2000 году показатель первичной инвалидности по БСК составлял 45,7 на 10000 чел. населения; по новообразованиям – 12,7; болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – 6,7. Четвертое место в структуре инвалидности занимали последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – 6,4; пятое – психические расстройства и расстройства поведения – 4,3.

В Саратовской области динамика показателей первичного выхода на инвалидность соответствует российской: за 5 лет число лиц, впервые признанных инвалидами, уменьшилось с 11268 в 2012 г. до 10799 в 2016 г.

В структуре по причинам первичного выхода на инвалидность на первом месте – злокачественные новообразования, на втором – БСК, на третьем – болезни нервной системы и органов чувств, на четвертом – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, на пятом – психические расстройства и расстройства поведения.

Резюме

Доля новообразований в структуре общей смертности в России и в Саратовской области занимает второе место (2018 г.). В структуре смертности населения трудоспособного возраста новообразования, как причина, занимают третье место, причем показатель смертности населения от новообразований (73,3 на 100 тыс. чел. населения) сопоставим с показателем смертности от ИБС. Мужчины в 2 раза чаще умирают от новообразований, чем женщины. За последние пять лет отмечена тенденция к снижению смертности от новообразований, ускорение темпов снижения смертности среди мужчин и женщин трудоспособного возраста.

По классу новообразований первичная заболеваемость за 25 лет выросла в 2 раза и составила в 2017 г. 11,4 на 1000 тыс. чел. населения.

Новообразования занимают первое место в структуре первичной инвалидности, как в Российской Федерации, так и Саратовской области (2018 г. – 18,4 на 10 тыс. чел. населения).

Онкологические заболевания, являясь одной из основных причин смерти, инвалидности и заболеваемости населения, в том числе трудоспособного возраста, оказывают существенное влияние на состояние общественного здоровья современной России.

ГЛАВА 4. ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНЕ

4.1. Верификация системных факторов континуума онкологической помощи в Саратовской области

В 2019 г. осуществлен SWOT-анализ – метод стратегического ситуационного анализа [76], позволивший установить тенденции функционирования и потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области (сильные и слабые стороны, внешние возможности и угрозы). Методологию SWOT-анализа определяет концепция стратегического соответствия ресурсов и возможностей системы с внешними условиями, впервые предложенная К. Эндрюсом (1980) [477].

Цель SWOT-анализа – определение и структурирование системных факторов, оказывающих существенное влияние на континуум онкологической помощи, разработка направлений совершенствования организации системы онкологической помощи в регионе.

SWOT-анализ включал несколько этапов:

1. Верификация системных факторов, влияющих на организацию онкологической помощи пациентам в Саратовской области.

2. Социологическое исследование «Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области» (по результатам проведения экспертной фокус-группы). В исследовании приняли участие 8 руководителей подразделений лечебно-диагностического отдела № 1 ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер».

3. Разработка направлений совершенствования системы организации онкологической помощи в регионе.

Существенную помощь в формировании объективного понимания специфики организации онкологической помощи в регионе могут оказать системные медико-социологические исследования, одним из которых является метод фокус-групп.

Фокус-групповое исследование с участием 8 экспертов-онкологов и организаторов здравоохранения состоялось 19–20 июня 2019 г. в лечебно-диагностическом отделе № 1 ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер». В работе фокус-группы «Потенциал системы онкологической помощи Саратовской области» приняли участие 8 руководителей подразделений лечебно-диагностического отдела № 1 ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» и преподаватели кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.

В рамках фокус-группового исследования были предложены для обсуждения основные, принципиальные проблемы, и каждый участник дискуссии имел возможность участвовать в обсуждении.

В соответствии с гайдом фокус-группы обсуждались следующие вопросы:

- тенденции организации региональной системы онкологической помощи;
- направления совершенствования континуума онкологической помощи.

Анализ полученных данных выполнен в соответствии с указанным сценарием.

Тенденции организации региональной системы онкологической помощи

К территориально-демографическим особенностям Саратовской области относится большая общая площадь территории региона (363700 км²) и низкая плотность населения – 2,5 человека на 1 км² (в России – 8,2 человека на 1 км²).

В последние годы в регионе инициирован процесс реформирования системы онкологической помощи. Этот процесс связан с вступлением в действие нормативно-правовых документов федерального уровня, регламентирующих

изменения региональных систем онкологической помощи. Специализированная медицинская помощь онкологическим больным оказывается в онкологических диспансерах и медицинских организациях с круглосуточными койками онкологического профиля. Организация в регионе специализированной медицинской помощи онкологическим больным позволила обеспечить население Саратовской области койками онкологического профиля (Эксперт О., стаж 8 лет). Выделены финансовые средства на развитие паллиативной помощи онкологическим пациентам в различных условиях ее оказания (Эксперт Н., стаж 15 лет).

Эксперты отметили, что в Саратовской области функционирует система, включающая два уровня оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях. На первом уровне в амбулаторных условиях оказывается первичная медико-санитарная специализированная медицинская помощь. На втором уровне, в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», – специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

В Саратовской области сформирован региональный регистр пациентов с онкологическими заболеваниями, с 2019 г. в МИС функционирует онкокластер. В Саратовском медицинском Университете и медицинских колледжах региона осуществляется подготовка медицинских кадров для оказания паллиативной помощи.

Однако, по мнению экспертов, несмотря на современные достижения в лечении пациентов с онкологическими заболеваниями, пациенты часто «лишены ... необходимой медицинской помощи» (Эксперт В., стаж 7 лет; эксперт И., стаж 21 год). Региональная модель онкологической помощи «... часто не отвечает потребностям больных... » (Эксперт И., стаж 21 год).

Вопросы организации в регионе специализированной и паллиативной медицинской помощи онкологическим больным вызвали противоречивую оценку экспертов.

Укомплектованность первичных онкологических кабинетов в регионе составляет 34,4%, что не позволяет обеспечить «... доступность и своевременность оказания первичной медицинской специализированной помощи» (Эксперт О., стаж 8 лет). Кроме того, в области отсутствуют первичные онкологические отделения и центры амбулаторной онкологической помощи. В результате, «... сроки обследования до установки окончательного диагноза и начала лечения не всегда соответствуют нормативным ...» (Эксперт Е., стаж 8 лет).

В Саратовской области сохраняются значительные трудности с доступностью онкологической помощи и своевременностью начала лечения. Имеется «... дисбаланс в соотношении онкологических коек хирургического и химиотерапевтического профиля ...» (Эксперт Д., стаж 22 года; эксперт В., стаж 7 лет; эксперт И., стаж 21 год). Отдельная статистика по их соотношению не ведется (отсутствует стандартизованный целевой показатель). При этом химиотерапевтические койки сконцентрированы преимущественно в ГУЗ «ОКОД», в то время как хирургические койки развернуты во многих стационарах с различной формой собственности. Развернутое количество коек не позволяет обеспечить в 100% случаев своевременное начало химиотерапевтического лечения, «очередь на госпитализацию». Койки работают со значительной перегрузкой, т.к. количество пациентов, получающих химиотерапию, ежегодно увеличивается за счет более раннего начала лечения, продолжительность жизни пациентов увеличивается, «большое количество из них «доживает» до завершения полного цикла химиотерапии» (Эксперт Е., стаж 8 лет). Таким образом, «необходим пересмотр соотношения хирургических и химиотерапевтических коек в имеющемся коечном фонде, либо увеличение числа химиотерапевтических коек» (Эксперт Д., стаж 22 года).

Доступность радиологической помощи определяется «... не столько количеством коек, сколько количеством лучевых установок» (Эксперт С., стаж 34 года). В Саратовской области, несмотря на превышение по обеспеченности радиологическими койками общероссийских показателей, имеется выраженный

дефицит лучевых установок – их количество меньше расчетного в 2 раза, отсутствуют высокодозовые установки. В результате, в регионе отмечается недостаточная доступность лучевой терапии, «очередь на госпитализацию» (Эксперт И., стаж 21 год), при этом имеется значительная перегрузка имеющегося оборудования. Важно, как отметили эксперты, «адекватное соотношение коек круглосуточного и дневного пребывания для увеличения проходимости через лучевые установки, приоритет коек дневного пребывания» (Эксперт И., стаж 21 год; эксперт С., стаж 34 года).

Эксперты отмечают, что основным принципом ведения больных с онкологическим заболеванием при хроническом течении болезни является принцип эффективного лечения больных в амбулаторных условиях, что уменьшает частоту госпитализации. Однако, «амбулаторный этап специализированной паллиативной помощи в регионе недостаточно организован» (Эксперт С., стаж 34 года). «Требуется расширение сети паллиативных кабинетов, выездных патронажных служб, создание в регионе дневных стационаров, которых в настоящее время крайне мало» (Эксперт О., стаж 8 лет).

Проблема оказания паллиативной помощи онкологическим больным остается в регионе крайне актуальной. Паллиативная помощь данной категории пациентов оказывается преимущественно на койках отделения ГУЗ «ОКОД» (10 коек), «мощности которых не хватает, чтобы удовлетворить существующую потребность региона, в котором проживает 2,4 млн. чел. населения» (Эксперт И., стаж 21 год). В районах области преимущественно функционируют койки сестринского ухода, не в полной мере обеспечивающие необходимый уровень медицинской помощи паллиативным больным. Эти койки, как правило, выполняют «социальную» функцию. Специализированная паллиативная помощь на них не оказывается, «необходимо перепрофилирование части коек сестринского ухода в паллиативные койки» (Эксперт С., стаж 19 лет).

Направления совершенствования континуума онкологической помощи

В процессе обсуждения предложено определение континуума онкологической помощи в зависимости от тяжести и продолжительности заболевания.

В нетерминальных стадиях заболевания континуум включает первичную специализированную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь, медико-социальную реабилитацию и паллиативную помощь. В терминальных стадиях болезни – паллиативная помощь в сочетании с паллиативной реабилитацией.

Эксперты полагают, что стратегии помощи больным с онкологическими заболеваниями наиболее эффективны при междисциплинарном взаимодействии врачей. Однако в региональной системе «... отсутствует мотивация врачей к совместной работе ...» (Эксперт О., стаж 8 лет). Создание полноценной амбулаторной сети оказания паллиативной помощи позволит «... уменьшить потребность в стационарном лечении данной категории пациентов и повысить доступность паллиативной помощи населению Саратовской области ...» (Эксперт И., стаж 21 год; эксперт Е., стаж 8 лет).

По мнению экспертов, разработка и активное внедрение профилактических программ в регионе для предупреждения (минимизации) факторов риска онкологических заболеваний позволит повлиять на уровень заболеваемости.

Перспективы развития системы онкологической помощи в Саратовской области связаны с совершенствованием «организации онкологической помощи в регионе» (эксперт С., стаж 34 года), «ресурсного обеспечения медицинских организаций для оказания онкологической помощи» (Эксперт С., стаж 19 лет).

В дискуссии было высказано мнение (Эксперт И., стаж 21 год; эксперт С., стаж 34 года) о необходимости разработки механизмов интеграции уровней и направлений развития системы онкологической помощи, «с целью повышения качества медицинской помощи».

Возможности совершенствования организации медицинской помощи онкологическим больным в регионе эксперты связывают в том числе, «с

развитием механизмов государственно-частного партнерства» (Эксперт С., стаж 19 лет.), «интеграцией медицинских организаций различных форм собственности при оказании медицинской помощи онкологическим больным» (Эксперт С., стаж 34 года), «устранением сдерживания развития государственно-частного партнерства» (Эксперт И., стаж 21 год). Многие эксперты убеждены, что совершенствование региональной системы паллиативной помощи связано с использованием механизмов государственно-частного партнерства.

Формирование преемственности в работе медицинских организаций позволит «повысить доступность и качество медицинской помощи, сократить сроки ожидания начала лечения» (Эксперт С., стаж 19 лет).

В ходе дискуссии было отмечено, что особое значение для развития в регионе системы онкологической помощи имеют перспективы формирования паллиативной помощи пациентам. Необходимо, чтобы стратегии развития паллиативной помощи в Саратовской области (структура, коечная мощность, кадровый потенциал) «соответствовали фактическим потребностям населения региона» (Эксперт И., стаж 21 год).

Эксперты согласны с тем, что разработка региональных нормативно-правовых актов по организации паллиативной помощи, назначению наркотических и обезболивающих препаратов, должна осуществляться «с учетом регистра пациентов и региональных особенностей системы здравоохранения» (Эксперт С., стаж 34 года).

Разработка региональной/федеральной формы статистического наблюдения позволит объективно оценить кадровый потенциал системы паллиативной помощи и «программы подготовки специалистов паллиативного профиля» (Эксперт В., стаж 7 лет).

Эксперты отметили ограничение доступности паллиативной помощи пациентам в терминальном состоянии в Саратовской области: недостаточное количество медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь в амбулаторных условиях, недостаточное количество паллиативных коек круглосуточного и дневного стационаров для пациентов онкологического

профиля. Одной из важнейших проблем при организации паллиативной помощи называется «отсутствие хосписов в системе регионального здравоохранения» (Эксперт И., стаж 21 год).

В связи с ограничением «шаговой» доступности аптечных пунктов, осуществляющих выдачу наркотических лекарственных средств паллиативным пациентам необходимо, по мнению экспертов, открытие и лицензирование аптечных пунктов для выдачи наркотических лекарственных препаратов на территории поликлиник.

Как отметили эксперты, Федеральные нормативно-правовые акты последних лет инициировали развитие паллиативной помощи в регионе. Принятые в 2019 г. нормативно-правовые акты «... позволяют расширить спектр и доступность паллиативной помощи в различных условиях ее оказания ...» (Эксперт Е., стаж 8 лет).

Одна из наиболее обсуждаемых проблем в ходе дискуссии касалась подготовки специалистов по паллиативной помощи в регионе. Обсуждая отсутствие достаточного количества специалистов для оказания паллиативной помощи, отсутствие в номенклатуре специальности «Врач по паллиативной медицинской помощи», эксперты предлагали использование средств нормированного страхового запаса ТФ ОМС для оплаты обучения медицинских работников, «... включение в базовую программу подготовки специалистов раздела по паллиативной помощи ...» (Эксперт И., стаж 21 год).

Эксперты согласны с целесообразностью использования механизмов государственно-частного партнерства в системе профессионального образования при подготовке специалистов по паллиативной помощи.

4.2. Разработка направлений совершенствования системы организации онкологической помощи в регионе

Группировка и ранжирование системных факторов континуума онкологической помощи в регионе, обозначенных в ходе фокус-группового исследования, представлена в SWOT-анализе (таблица 3).

Таблица 3 – Основные направления развития региональной системы онкологической помощи

Сильные стороны	Возможности	Как использовать?
<p>Наличие нормативно-правовых актов, регламентирующих организацию системы онкологической помощи в регионе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ МЗ СО 2015 г. «Об организации работы ...» [232]. 2. Приказ МЗ СО 2018 г. «О порядке оказания ...» [220]. 3. Приказ МЗ СО 2018 г. «О совершенствовании оказания ...» [226]. 4. Организация государственно-частного партнерства в системе первичной медико-санитарной помощи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ МЗ РФ 1999 «О совершенствовании системы ...» [272]. 2. Приказ МЗ и СР РФ 2012 г. «Об утверждении Порядка ...» [244]. 3. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. 4. Постановление Правительства РФ 2017 г. «Об утверждении государственной программы ...» [234]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка и внедрение механизмов организации междисциплинарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. 2. Внедрение механизмов государственно-частного партнерства в систему организации медицинской помощи онкологическим больным.

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Возможности	Как использовать?
<p>Выделение финансовых ресурсов на развитие паллиативной помощи в регионе: Постановление Правительства СО 2018 г. «О территориальной программе ...» [228]. В 2018 году уровень финансовых средств, выделяемых на паллиативную помощь составил 349 332,50 тыс. руб., в т.ч. из регионального бюджета 254 706,10 тыс. руб., из федерального бюджета 94 626,40 тыс. руб., на наркотические лекарственные средства для амбулаторного обеспечения паллиативных больных затрачено 29 455,60 тыс. руб. (федеральный бюджет – 24 317,20 тыс. руб., региональный бюджет – 5 138,40 тыс. руб.)</p>	<p>1. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 3. Постановление Правительства РФ 2019 г. «О внесении изменений ...» [217]. 3. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236].</p>	<p>1. Расширение спектра паллиативной помощи в различных условиях ее оказания. 2. Открытие дневных стационаров для оказания паллиативной помощи.</p>
<p>Организация в регионе специализированной медицинской помощи онкологическим больным в соответствии с Приказом МЗ и СР РФ 2012 г. «Об утверждении Порядка ...» [244]. Обеспеченность населения СО койками онкологического профиля. В СО организована система двух уровней оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях: 1 уровень – первичная медико-санитарная специализированная медицинская помощь – 62 первичных онкологических кабинета.</p>	<p>1. Приказ МЗ и СР РФ 2012 г. «Об утверждении Порядка ...» [244]. 2. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219].</p>	<p>1. Привлечение медицинских организаций негосударственной формы собственности к оказанию специализированной медицинской помощи онкологическим больным. 2. Интеграция медицинских организаций государственной и негосударственной форм собственности при оказании медицинской помощи онкологическим больным. Формирование преемственности в работе медицинских организаций с целью повышения доступности и качества медицинской помощи (сокращение сроков ожидания начала лечения).</p>

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Возможности	Как использовать?
<p>2 уровень – специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер».</p> <p>Хирургический этап оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным на территории области в плановом порядке оказывается в медицинских организациях: ГУЗ «Областная клиническая больница», ГУЗ «СГКБ №2 имени В.И. Разумовского»; ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Саратов», ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева. Полихимиотерапевтическое лечение онкологическим больным на территории региона оказывается в медицинских организациях:</p> <p>ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Саратов», ФГБУЗ «Саратовский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (г. Балаково) (в части полихимиотерапии для жителей Балаковского района, лучевую терапию ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Саратов». Специализированная медицинская помощь организована на 579 круглосуточных койках, из них:</p>		

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Возможности	Как использовать?
<p>– 534 онкологических койки (2% коек – для детского и 98% – для взрослого населения). – 210 радиологических коек для взрослого населения, из них в медицинских организациях областного подчинения – 150, федерального подчинения – 60. Обеспеченность онкологическими койками для взрослого населения (в том числе с учетом медицинских организаций федерального подчинения) – 2,6 на 10 тыс. взрослого населения (среднероссийский показатель 2017 г. – 2,4). Обеспеченность радиологическими койками (в том числе с учетом медицинских организаций федерального подчинения) соответствует среднероссийским данным – 0,86 на 10 тыс. населения (показатель по РФ в 2017 г. – 0,54).</p>		

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Возможности	Как использовать?
<p>В соответствии с федеральными нормативно-правовыми актами формирование паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.</p> <p>В области по итогам 2018 года организованы – кабинеты паллиативной помощи: в ГУЗ СО «Саратовская районная больница», в ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 10» и ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»;</p> <p>– выездные патронажные службы паллиативной медицинской помощи, в том числе для обслуживания детского населения г. Саратова;</p> <p>– 10 паллиативных отделений на 160 круглосуточных коек паллиативной помощи, в том числе одно отделение на 10 коек для детей;</p> <p>– 484 койки сестринского ухода.</p> <p>Обеспеченность взрослого населения койками для оказания паллиативной медицинской помощи в СО составляет 7,48 на 100 тыс. взрослого населения, что на 6,9% больше целевого индикативного показателя (федеральной целевой индикативный показатель на 2018 год – 7,0).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. 2. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218] 3. Постановление Правительства РФ 2019 «О внесении изменений ...» [217]. 4. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка и научное обоснование потребности в оказании паллиативной помощи пациентам с хроническими прогрессирующими заболеваниями (в том числе онкологическими) в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от нозологической формы заболевания в Саратовской области. 2. Совершенствование региональной системы паллиативной помощи с использованием механизмов государственно-частного партнерства: 3. Разработка и внедрение механизмов организации междисциплинарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. 4. Создание хосписов в системе регионального здравоохранения. 5. Расширение сети кабинетов паллиативной помощи и географии выездных патронажных бригад.

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Возможности	Как использовать?
<p>Обеспеченность детского населения койками для оказания паллиативной медицинской помощи составляет 2,2 на 100 тыс. детского населения, что на 14,6% больше целевого индикативного показателя (федеральной целевой индикативный показатель на 2018 год – 1,92).</p>		
<p>Наличие регионального регистра пациентов с онкологическими заболеваниями. Создание в 1998 году на базе ГУЗ «Областной онкологический диспансер» популяционного ракового регистра Саратовской области. На 1 января 2018 г. в базе данных популяционного ракового регистра состояло 183202 человека. В 2019 г. в МИС запущен онкокластер.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ МЗ РФ 1999 г. «О совершенствовании системы ...» [227]. 2. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стратегическое планирование ресурсного обеспечения оказания онкологической помощи. 2. Формирование персонифицированного подхода к ведению онкологических больных.
<p>Подготовка кадров для паллиативной помощи в СГМУ и медицинских колледжах. В регионе функционируют 6 учебных организаций (включая областной центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников), занимающихся подготовкой среднего медицинского персонала. В областном центре повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и в</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. 2. Приказ Минтруда РФ 2018 г. «Об утверждении ...» [251]. 3. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 4. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Использование средств нормированного страхового запаса ТФ ОМС для оплаты обучения медицинских кадров. 2. Включение в базовую программу подготовки медицинских кадров разделы по паллиативной помощи. 3. Внедрение механизмов государственно-частного партнерства в систему профессионального образования при подготовке специалистов по паллиативной помощи.

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Возможности	Как использовать?
<p>областном базовом медицинском колледже проводятся сертификационные циклы тематического усовершенствования «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела» (144 ч.)</p> <p>В СГМУ проводятся курсы тематического усовершенствования для врачей по паллиативной помощи.</p>		
<p>В рамках договора с МЗ СО проведение НИР в СГМУ «Организационная модель оказания паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным на территории СО по разработке модели онкологической помощи в регионе» (с 2012 г.).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ МЗ и СР РФ 2012 г. «Об утверждении Порядка ...» [244]. 2. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 3. Постановление Правительства РФ 2019 г. «О внесении изменений ...» [217]. 4. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внедрение результатов научно-исследовательской деятельности СГМУ по совершенствованию системы онкологической помощи в практику регионального здравоохранения. 2. Разработка механизмов государственно-частного партнерства при организации медицинской помощи онкологическим больным.
Сильные стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>Наличие нормативно-правовых актов, регламентирующих организацию системы онкологической помощи в регионе.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ МЗ СО 2015 г. «Об организации работы ...» [232]. 2. Приказ МЗ СО 2018 г. «О порядке оказания ...» [220]. 3. Приказ МЗ СО 2018 «О совершенствовании оказания ...» [226]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сохраняющиеся социальные риски общественного здоровья. 2. Увеличение числа пациентов онкологического профиля, связанное с ранним выявлением и оптимизацией прогноза больных с онкологическими заболеваниями. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка профилактических программ для предупреждения/минимизации социальных рисков онкологических заболеваний. 2. Прогнозирование и стратегическое планирование развития системы организации онкологической помощи в регионе.

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>Выделение финансовых ресурсов на развитие паллиативной помощи в регионе. Постановление Правительства СО 2018 «О территориальной программе ...» [228].</p> <p>В 2018 году уровень финансовых средств, выделяемых на паллиативную помощь, составил 349 332,50 тыс. руб., в т.ч. из регионального бюджета 254 706,10 тыс. руб., из федерального бюджета – 94 626,40 тыс. руб., на наркотические лекарственные средства для амбулаторного обеспечения паллиативных больных затрачено 29 455,60 тыс. руб. (федеральный бюджет – 24 317,20 тыс. руб., региональный бюджет – 5 138,40 тыс. руб.).</p>	<p>1. Увеличение числа пациентов в терминальном состоянии, связанного с пролонгированием жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями.</p> <p>2. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p>	<p>1. Планирование ресурсного обеспечения паллиативной помощи в регионе.</p> <p>2. Обоснование содержания континуума онкологической помощи пациентам в ситуациях болезни.</p> <p>3. Прогнозирование и стратегическое планирование развития системы организации онкологической помощи в регионе.</p>
<p>Организация специализированной медицинской помощи онкологическим больным в соответствии с Приказом МЗ и СР РФ 2012 г. «Об утверждении Порядка ...» [244].</p> <p>Обеспеченность населения СО онкологическими койками.</p> <p>Создание в СО системы двух уровней оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях.</p> <p>1 уровень – первичная медико-санитарная специализированная медицинская помощь – 62 первичных онкологических кабинета.</p> <p>2 уровень – специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь жителям Саратовской области</p>	<p>Повышение заболеваемости населения онкологическими заболеваниями.</p>	<p>1. Планирование ресурсного обеспечения системы онкологической помощи в регионе.</p> <p>2. Прогнозирование и стратегическое планирование развития системы организации онкологической помощи в регионе.</p> <p>3. Разработка механизмов государственно-частного партнерства при организации медицинской помощи онкологическим больным в регионе.</p>

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>оказывается в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер». Хирургический этап оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным на территории области в плановом порядке оказывается в медицинских организациях: ГУЗ «Областная клиническая больница», ГУЗ «СГКБ №2 имени В.И. Разумовского»; ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Саратов», ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России Клиническая больница им. С.Р. Миротворцева. Полихимиотерапевтическое лечение онкологическим больным на территории региона оказывается в медицинских организациях: ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Саратов», ФГБУЗ «Саратовский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» (г. Балаково) (в части полихимиотерапии для жителей Балаковского района, лучевую терапию ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Саратов».</p> <p>Специализированная медицинская помощь организована на 579 круглосуточных койках, из них:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 534 онкологических койки (2% коек – для детского и 98% – для взрослого населения). – 210 радиологических коек для взрослого 		

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>населения, из них в медицинских организациях областного подчинения – 150, федерального подчинения – 60. Обеспеченность онкологическими койками для взрослого населения (в том числе с учетом медицинских организаций федерального подчинения) – 2,6 на 10 тыс. взрослого населения (среднероссийский показатель 2017 г. – 2,4).</p> <p>Обеспеченность радиологическими койками (в том числе с учетом медицинских организаций федерального подчинения) соответствует среднероссийским данным – 0,86 на 10 тыс. населения (показатель по Российской Федерации в 2017 г. – 0,54).</p>		
<p>В соответствии с федеральными нормативно-правовыми актами формирование паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.</p> <p>Организация лекарственной помощи паллиативным пациентам.</p> <p>В области по итогам 2018 года организованы</p> <ul style="list-style-type: none"> – кабинеты паллиативной помощи: в ГУЗ СО «Саратовская районная больница», в ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 10» и ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»; – выездные патронажные службы 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение числа пациентов в терминальном состоянии, связанное с пролонгированием жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями. 2. Существующие формы федерального статистического наблюдения не позволяют объективно оценить функционирование системы паллиативной помощи. 3. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка стратегии развития системы паллиативной помощи в Саратовской области (структура, коечная мощность, кадровый потенциал) в соответствии со статистическими данными. 2. Проведение комплексной оценки современного состояния ресурсного обеспечения паллиативной помощи в Саратовской области. 3. Разработка региональной формы статистического наблюдения, позволяющей объективно оценить функционирование системы паллиативной помощи. 4. Разработка научно обоснованных показателей потребности пациентов с

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>паллиативной медицинской помощи, в том числе для обслуживания детского населения г. Саратова;</p> <p>– 10 паллиативных отделений на 160 круглосуточных коек паллиативной помощи, в том числе одно отделение на 10 коек для детей;</p> <p>– 484 койки сестринского ухода.</p> <p>Обеспеченность взрослого населения койками для оказания паллиативной медицинской помощи в СО составляет 7,48 на 100 тыс. взрослого населения, что на 6,9% больше целевого индикативного показателя (федеральной целевой индикативный показатель на 2018 год – 7,0). Обеспеченность детского населения койками для оказания паллиативной медицинской помощи составляет 2,2 на 100 тыс. детского населения, что на 14,6% больше целевого индикативного показателя (федеральной целевой индикативный показатель на 2018 год – 1,92).</p>		<p>хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p> <p>5. Развитие амбулаторной и стационарзамещающей паллиативной помощи в регионе.</p>
<p>Подготовка кадров для паллиативной помощи в СГМУ и медицинских колледжах региона.</p> <p>В регионе функционируют 6 учебных организаций (включая областной центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников),</p>	<p>1. Существующие формы федерального статистического наблюдения не позволяют объективно оценить кадровый потенциал системы паллиативной помощи</p> <p>2. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов</p>	<p>1. Разработка региональной формы статистического наблюдения, позволяющей объективно оценить кадровый потенциал системы паллиативной помощи, с целью разработки стратегической программы подготовки специалистов паллиативного профиля.</p> <p>2. Разработка научно обоснованных показателей</p>

Продолжение таблицы 3

Сильные стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>занимающихся подготовкой среднего медицинского персонала. В областном центре повышения квалификации и профессиональной переподготовки средних медицинских работников и в областном базовом медицинском колледже проводятся сертификационные циклы тематического усовершенствования «Вопросы ПП в деятельности специалиста сестринского дела» (144 ч.)</p> <p>В СГМУ проводятся курсы тематического усовершенствования для врачей по паллиативной помощи.</p>	<p>с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p> <p>3. Отсутствие в номенклатуре должностей специальности «Врач по паллиативной медицинской помощи».</p>	<p>потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p> <p>3. Введение в номенклатуру специальности «Врач по паллиативной медицинской помощи».</p>
<p>В рамках договора с МЗ СО проведение НИР в СГМУ «Организационная модель оказания паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным на территории Саратовской области по разработке модели онкологической помощи в регионе» (с 2012 г.).</p>	<p>1. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p> <p>2. Существующие формы федерального статистического наблюдения не позволяют объективно оценить функционирование системы паллиативной помощи.</p>	<p>1. Разработка региональной формы статистического наблюдения, позволяющей объективно оценить кадровый потенциал системы паллиативной помощи, с целью разработки стратегической программы подготовки специалистов паллиативного профиля.</p> <p>2. Разработка научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p>

Продолжение таблицы 3

Слабые стороны	Возможности	Как использовать?
<p>Ограничение доступности оказания специализированной онкологической помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> – дисбаланс в соотношении хирургических и химиотерапевтических онкологических коек; – дефицит лучевых установок (меньше расчетного в 2 раза, высокодозовые установки отсутствуют). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ МЗ РФ 1999 г. «О совершенствовании системы ...» [227]. 2. Приказ МЗ и СР РФ 2012 г. «Об утверждении Порядка ...» [244]. 3. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. 4. Постановление Правительства РФ 2017 г. «Об утверждении ...» [234]. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Привлечение медицинских организаций негосударственной формы собственности к оказанию специализированной медицинской помощи онкологическим больным. 2. Интеграция медицинских организаций государственной и негосударственной форм собственности при оказании специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Формирование преемственности в работе медицинских организаций с целью повышения доступности и качества медицинской помощи (сокращение сроков ожидания начала лечения).
<p>Отсутствие региональных нормативно-правовых актов по организации паллиативной помощи.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приказ МЗ РФ 2012 г. «Об утверждении порядка ...» [216]. 2. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. 3. Приказ МЗ РФ 2016 «Об утверждении нормативов ...» [235]. 4. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 5. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236]. 	<p>Разработка региональных нормативно-правовых актов по организации паллиативной помощи, назначению наркотических и обезболивающих препаратов, с учетом регистра пациентов и региональных особенностей системы здравоохранения.</p>
<p>Отсутствие механизмов интеграции уровней и направлений развития системы онкологической помощи в регионе.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 2. Постановление Правительства РФ 2019 г. «О внесении изменений ...» [217]. 	<p>Разработка и научное обоснование механизмов интеграции уровней и направлений развития паллиативной помощи в Саратовской области.</p>

Продолжение таблицы 3

Слабые стороны	Возможности	Как использовать?
	3. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236].	
Отсутствие эффективного механизма междисциплинарного (медико-социально-психологического) взаимодействия всех участников оказания паллиативной помощи онкологическим больным в регионе.	1. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 2. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236].	Разработка и научное обоснование эффективного механизма междисциплинарного взаимодействия всех участников оказания паллиативной помощи онкологическим больным в Саратовской области.
Отсутствие расчётов потребности в оказании паллиативной помощи пациентам с хроническими прогрессирующими заболеваниями (в том числе онкологическими) в различных условиях их оказания в зависимости от нозологической формы заболевания.	1. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 2. Постановление Правительства РФ 2019 г. «О внесении изменений ...» [217]. 3. Приказ МЗ РФ и Минтруда и социальной защиты РФ 2019 г. «Об утверждении Положения ...» [236].	Разработка и научное обоснование потребности в оказании паллиативной помощи пациентам с хроническими прогрессирующими заболеваниями (в том числе онкологическими) в амбулаторных и стационарных условиях в зависимости от нозологической формы заболевания в Саратовской области.
Ограничение доступности паллиативной помощи пациентам: – недостаточное количество медицинских организаций паллиативной помощи с оказанием паллиативной помощи в амбулаторных условиях; – недостаточное количество паллиативных коек круглосуточного и дневного стационаров для пациентов онкологического профиля; – недостаточное количество специалистов здравоохранения с подготовкой по паллиативной помощи; – отсутствие хосписов в регионе.	1. Выделение финансовых ресурсов на развитие паллиативной медицинской помощи. Выделение средств федерального бюджета на 2018 г. в объеме 94 626,4 тыс. руб. В 2019 г. – 101 914,3 тыс. руб. 2. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. 3. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218]. 4. Постановление Правительства РФ от 2019 г. «О внесении изменений ...» [217].	1. Развитие амбулаторных форм паллиативной помощи. 2. Создание хосписов в системе регионального здравоохранения.

Продолжение таблицы 3

Слабые стороны	Возможности	Как использовать?
Ограниченное использование механизмов государственно-частного партнерства при формировании онкологической помощи в регионе.	1. Приказ МЗ РФ 1999 г. «О совершенствовании системы ...» [227]. 2. Приказ МЗ и СР РФ 2012 г. «Об утверждении Порядка ...» [244]. 3. Федеральный закон 2015 г. «О государственно-частном партнерстве ...» [219]. 4. Постановление Правительства РФ 2017 г. «Об утверждении государственной программы ...» [234].	Внедрение механизмов государственно-частного партнерства в систему организации медицинской помощи онкологическим больным.
Ограничение «шаговой» доступности аптечных пунктов, осуществляющих выдачу наркотических лекарственных средств паллиативным пациентам.	1. Приказ МЗ РФ 2015 г. «Об утверждении Порядка ...» [248]. 2. Федеральный закон 2019 г. «О внесении изменений ...» [218].	Открытие и лицензирование аптечных пунктов для выдачи наркотических лекарственных препаратов на территории поликлиник.
Слабые стороны	Угрозы	Как использовать?
Отсутствие региональной стратегической программы развития системы паллиативной помощи на долгосрочный период.	1. Увеличение числа пациентов в терминальном состоянии, связанного с пролонгированием жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями. 2. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.	Разработка региональной стратегической программы развития системы паллиативной помощи на долгосрочный период.

Продолжение таблицы 3

Слабые стороны	Угрозы	Как использовать?
Отсутствие механизмов интеграции уровней и направлений развития системы онкологической помощи.	<p>1. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p> <p>2. Отсутствие комплексной оценки современного состояния ресурсного обеспечения паллиативной помощи в РФ и Федеральных округах (отсутствуют точные данные по числу и показателям деятельности профильных медицинских организаций, медицинским кадрам, участвующие в оказании паллиативной помощи).</p>	Разработка механизмов интеграции уровней и направлений развития системы онкологической помощи.
Отсутствие эффективного механизма междисциплинарного (медико-социально-психологического) взаимодействия всех участников оказания паллиативной помощи онкологическим больным в регионе.	<p>1. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p> <p>2. Отсутствие комплексной оценки современного состояния ресурсного обеспечения паллиативной помощи в РФ и Федеральных округах (отсутствуют точные данные по числу и показателям деятельности профильных медицинских организаций, медицинским кадрам, участвующие в оказании паллиативной помощи).</p>	Разработка и внедрение механизмов организации междисциплинарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

Продолжение таблицы 3

Слабые стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>Отсутствие расчётов потребности в оказании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи. 2. Отсутствие комплексной оценки современного состояния ресурсного обеспечения паллиативной помощи в РФ и Федеральных округах (отсутствуют точные данные по числу и показателям деятельности профильных медицинских организаций, медицинским кадрам, участвующие в оказании паллиативной помощи). 3. Отсутствие формы федерального статистического наблюдения системы паллиативной помощи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка региональной стратегической программы развития системы паллиативной помощи на долгосрочный период. 2. Разработка и научное обоснование потребности в оказании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.
<p>Ограничение доступности паллиативной помощи пациентам в ситуациях болезни – недостаточное количество медицинских организаций паллиативной помощи с оказанием паллиативной помощи в амбулаторных условиях (кабинеты паллиативной помощи, выездные патронажные службы, – недостаточное количество паллиативных коек круглосуточного и дневного стационаров для пациентов онкологического профиля; – недостаточное количество специалистов</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Увеличение числа пациентов в терминальном состоянии, связанного с пролонгированием жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями. 2. Отсутствие комплексной оценки современного состояния ресурсного обеспечения паллиативной помощи в РФ и Федеральных округах (отсутствуют точные данные по числу и показателям деятельности профильных медицинских организаций, медицинским кадрам, 	<p>Разработка региональной стратегической программы развития системы паллиативной помощи на долгосрочный период.</p>

Продолжение таблицы 3

Слабые стороны	Угрозы	Как использовать?
<p>здравоохранения с подготовкой по паллиативной помощи; – отсутствие хосписов в регионе.</p>	<p>участвующие в оказании паллиативной помощи).</p> <p>3. Отсутствие формы федерального статистического наблюдения системы паллиативной помощи.</p> <p>4. Отсутствие научно обоснованных показателей потребности пациентов с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями в паллиативной помощи.</p> <p>5. Отсутствие специальности «специалист по паллиативной медицинской помощи».</p>	
<p>Недостаточное количество подготовленных медицинских кадров для оказания паллиативной помощи.</p>	<p>Отсутствие специальности «Врач по паллиативной медицинской помощи»</p>	<p>1. Включение в базовую программу подготовки специалистов (врачи, средние медицинские работники) разделов по паллиативной помощи.</p> <p>2. Внедрение механизмов государственно-частного партнерства в систему профессионального образования при подготовке специалистов по паллиативной помощи.</p>
<p>Ограниченное использование механизмов государственно-частного партнерства при формировании онкологической помощи в регионе.</p>	<p>1. Недостаточность существующей нормативно-правовой базы для развития государственно-частного партнерства.</p> <p>2. Административные барьеры участия частных организаций в выполнении государственного заказа.</p> <p>3. Отсутствие налогового стимулирования для частного бизнеса и гарантий для инвесторов,</p>	<p>Устранение факторов, сдерживающих развитие государственно-частного партнерства при организации системы онкологической помощи в регионе.</p>

Продолжение таблицы 3

Слабые стороны	Угрозы	Как использовать?
	регламентированных законодательством.	
Ограничение «шаговой» доступности аптечных пунктов, осуществляющих выдачу наркотических лекарственных средств паллиативным пациентам.	1. Увеличение числа пациентов в терминальном состоянии, связанного с пролонгированием жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями.	Открытие и лицензирование аптечных пунктов для выдачи наркотических лекарственных препаратов на территории поликлиник.
Отсутствие возможности финансирования паллиативной помощи из средств ОМС	1. Увеличение числа пациентов в терминальном состоянии, связанного с пролонгированием жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями. 2. Сохраняющиеся социальные риски общественного здоровья. 3. Ограничение доступности амбулаторной паллиативной медицинской помощи.	Разработка и медико-экономическое обоснование «нового» вида тарифа на паллиативную помощь, включающего два компонента – ОМС (за медицинские манипуляции и консультации) и бюджетные средства (социально-психологическая помощь пациенту и родственникам).

Проведенный SWOT-анализ позволил выявить основные направления совершенствования организации системы онкологической помощи в регионе.

Резюме

В результате проведенного фокус-группового исследования сформировано объективное понимание особенностей Саратовского региона и верифицированы системные факторы, оказывающие существенное влияние на континуум онкологической помощи:

I. Территориально-демографические:

- большая общая площадь территории региона (363700 км²);
- низкая плотность населения – 2,5 человека на 1 км² (в России – 8,2 человека на 1 км²).

II. Медико-социальные:

- дефицит медицинских кадров в организациях первичной медико-санитарной помощи, особенно удаленных от районных и областных центров;
- кадровый дефицит специалистов-онкологов в районных медицинских организациях – из 38 районов области лишь в 10 работают врачи – онкологи, в других должности врачей онкологов занимают врачи иных специальностей.
- недостаток современного диагностического медицинского оборудования в районных медицинских организациях;
- недостаточное количество кабинетов паллиативной помощи в организациях первичной медико-санитарной помощи;
- отсутствие хосписов.

Выявленные факторы обуславливают ограничение доступности всех видов медицинской помощи (первичной специализированной медико-санитарной, специализированной и паллиативной) пациентам онкологического профиля в регионе, особенно на отдаленных населенных территориях.

SWOT-анализ, реализованный на основе фокус-группового исследования, включающего определение и структурирование системных факторов, оказывающих существенное влияние на континуум онкологической помощи, позволил объективизировать направления совершенствования организации системы онкологической помощи в регионе:

- Разработка профилактических программ для предупреждения/минимизации социальных рисков онкологических заболеваний.
- Прогнозирование и стратегическое планирование развития системы организации и ресурсного обеспечения оказания онкологической помощи в регионе с учетом роста заболеваемости населения онкологическими заболеваниями и численности пациентов в терминальном состоянии.
- Разработка механизмов междисциплинарной интеграции развития региональной системы онкологической помощи.
- Устранение факторов, сдерживающих развитие государственно-частного партнерства и внедрение механизмов государственно-частного партнерства в систему организации медицинской помощи онкологическим больным в регионе.
- Создание региональной программы стратегического развития системы паллиативной помощи онкологическим больным на долгосрочный период с использованием механизмов государственно-частного партнерства.
- Разработка региональной формы статистического наблюдения, позволяющей объективно оценивать функционирование системы паллиативной помощи и своевременно корректировать мероприятия плана развития системы организации онкологической помощи.
- Разработка стратегической программы подготовки специалистов паллиативного профиля в регионе.

ГЛАВА 5. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПАРАМЕТРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ И ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

5.1. Оценка качества жизни больных онкологическими заболеваниями (на примере пациентов, страдающих раком молочной железы)

В последние десятилетия основные ракурсы при оценке эффективности систем здравоохранения от снижения смертности и пролонгирования жизни пациентов с хроническими заболеваниями сместились в направлении эффективности медицинской помощи и совершенствования профилактических программ. Многочисленные исследования [91, 92, 108, 111, 118, 149, 151, 213, 293, 317, 325, 326, 365, 472, 551, 646] устанавливают, что оценка эффективности медицинской помощи больным включает не только продолжительность, но и качество жизни.

Внимание к качеству жизни больного свидетельствует о гуманизации и персонализации врачебной практики, учитывающей особенности переживания и проживания пациентом ситуации заболевания [309].

Дефиниция «качество жизни», по определению Я.Ф. Аскина (1981), характеризуется обобщенностью, всеобщностью, непротиворечивостью, соотносительностью, несинонимичностью и фиксирует единство объективного и субъективного, социального и индивидуального, детерминизма и свободного выбора [11].

Общество на рубеже XX-XXI вв. вступило в «цивилизацию качества жизни» [165]. В настоящее время исследователи выделяют несколько этапов в разработке категории «качество жизни»: «эмбриональный», «квантификационный», «концептуальный» [19, 20, 167, 171].

При формировании дефиниции «качество жизни» в первый, «эмбриональный», этап (конец 1950 – середина 1960-х гг.) качество жизни населения оценивалось количественно и характеризовало уровень жизни.

Для второго, «квантификационного» этапа (с 1966 г.), характерна разработка социальных индикаторов и показателей [18, 481, 490, 591]. В 60-е гг. XX в. дефиниция «качество жизни» рассматривается преимущественно в трех аспектах (рисунок 28):



Рисунок 28 - Аспекты дефиниции «качество жизни»

«Концептуальный» этап, в котором качество жизни оценивается в аспекте глобальных проблем современности, инициировало исследование Дж. Форрестера «Мировая динамика» [402].

В каждом из периодов формировался переход дефиниции «качество жизни» в модальность научной категории.

По определению ВОЗ [792], «качество жизни – индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства». ВОЗ разработан проект инструментального определения качества жизни (WHOQOL), который оценивает

восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых они живут, и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [775].

На рисунке 29 представлены современные направления исследований качества жизни [165, 166, 318].

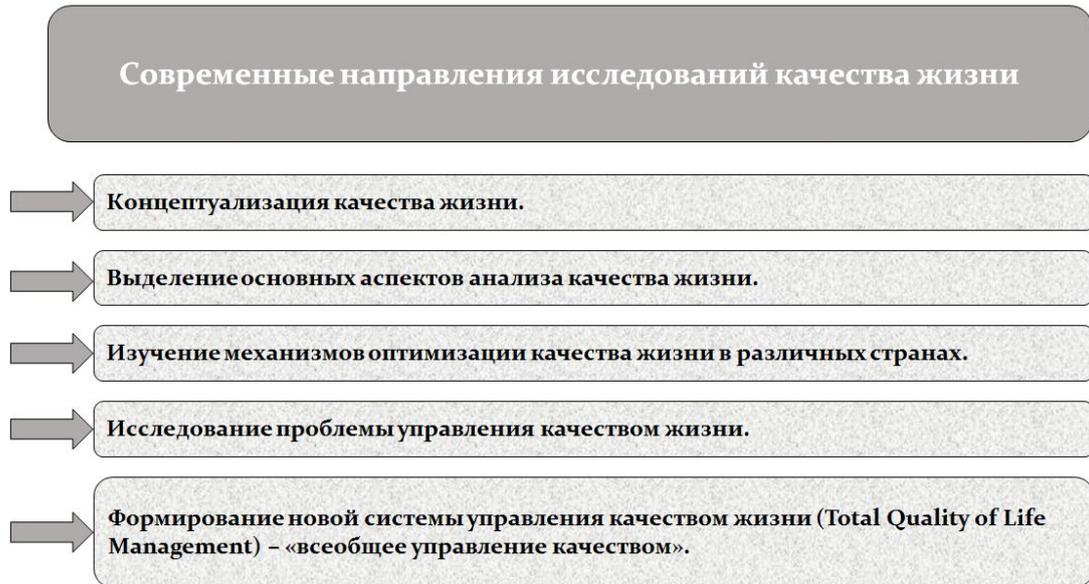


Рисунок 29 - Современные направления исследования качества жизни

ВОЗ разработаны критерии качества жизни (рисунок 30) [792]:



Рисунок 30 - Критерии качества жизни, разработанные ВОЗ

Качество жизни рассматривается как

- уровень удовлетворения современным обществом справедливых потребностей субъектов [788];
- процесс осознания и реализации социально желательных характеристик жизни [456, 531];
- субъективно и объективно оцениваемое субъективное благополучие [809];
- достигаемость желаемого и удовлетворение достигнутым [156, 350];
- совокупность определенных свойств, характеризующих жизнедеятельность человека в объективно существующих взаимосвязанных и взаимообусловленных условиях [342].

L. Salvador-Catula с соавт. [729] рассматривают качество жизни наряду с демографическими характеристиками в контексте рентабельности.

Административная эффективность органов управления, темпы экономического роста, уровень образования населения, темпы роста населения, уровень безработицы, оценка населением роли правительства и его способности решать основные социальные проблемы рассматриваются концепции качества жизни [377, 717].

С 1960-х годов в литературе возникают новые интерпретации категории здоровья. Предполагается, что эмоциональные реакции, социальные факторы болезни должны дополнить результаты клинических и параклинических методов исследования для составления полной картины болезни. Дефиниция «качество жизни» вводится в определение здоровья [84, 199, 338, 686].

Термин «качество жизни, релевантное здоровью» (Health-related quality of life) предложен в 1977 г. [213]. «Качество жизни, релевантное здоровью» (Health-related quality of life) включает психологическое, социальное, физическое и духовное благополучие [31, 149, 150, 167, 213, 488, 511, 516, 597, 638, 706, 772, 781], определяется как оценка влияния ассоциированных с заболеванием и лечением параметров состояния больного [212].

В исследованиях предложены определения качества жизни, релевантного здоровью, анализ которого включает динамику изменений за отдельные периоды наблюдения [18] (таблица 4)

Таблица 4 – Определения качества жизни, релевантного здоровью

Я.И. Коц и соавт. (1993) [145]	Способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от этого.
А.А. Новик и соавт. (2007) [213]	Интегральная характеристика физического, социального и психологического функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.
В.И. Петров и соавт. (2002) [292]	Адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу.
Е.А. Ульрих и соавт. (2008) [393]	Характеристика степени воздействия болезни или лечения на физическое, эмоциональное и социальное состояние человека. Когда обсуждается не сколько лет прожила пациентка, но как она их прожила.
А.Б. Строк и соавт. (2008) [375]	Уровень благополучия и удовлетворенности соматически детерминированными аспектами жизни.
Ф.Т. Малыхин (2011) [178]	Удовлетворённость от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием

Исследования [126, 153, 213, 277, 293, 532, 566, 596, 599, 627, 665, 666, 668, 669, 672, 758, 785, 811] устанавливают многоплановость, полифункциональность дефиниции качества жизни в медицине. Следует согласиться с определением качества жизни как динамичной характеристики, детерминированной течением заболевания и процессом оказания медицинской помощи [54], влияния состояния здоровья и лечебно-профилактической деятельности здравоохранения на уровень функционирования пациентов [509].

Многочисленные исследования [153, 277, 532, 665, 668, 669, 811] устанавливают связь показателя «качество жизни» в медицине с уровнем благополучия пациента, фиксируют ресоциализацию пациента и сохранение возможности выполнения витальных и соответствующих социально-экономическому статусу функций [204, 462, 513, 573, 598, 601].

«Качество жизни», фиксирующее физическое и социально-психологическое благополучие, соматически детерминированную депривацию социальных ролей,

интеллектуальный фон и ограничения жизнедеятельности [275], включает динамику заболевания, психологическое взаимодействие, полноценное социальное функционирование [29].

В работе D.A. Karnofsky (1949) «Клиническая оценка химиотерапии при раке» – первого исследования качества жизни, релевантного здоровью, на примере онкологических больных показана необходимость изучения не только клинических, но и психологических и социальных последствий болезни [636]. Среди первых попыток исследования качества жизни в медицине – создание шкалы, включающей параметры объективной и субъективной оценки состояния онкологических больных после химиотерапии [1].

В таблице 5 представлены критерии качества жизни, релевантного здоровью (ВОЗ [362]).

Таблица 5 – Критерии оценки качества жизни, рекомендованные ВОЗ

Критерии оценки качества жизни, рекомендованные ВОЗ

Критерии	Составляющие
Физические	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Жизнь в обществе	Личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (загрязнители, шум, населенность, климат)
Духовность	Религия, личные убеждения

Качество жизни, релевантное здоровью, является целью медицинской помощи пациентам при клинических депривациях, ограничивающих и не ограничивающих продолжительность жизни, в терминальных стадиях болезни

оптимизация качества жизни пациента является основным содержанием лечения пациентов [213, 493].

В современных исследованиях качество жизни, релевантное здоровью, рассматривается как субъективный критерий эффективности клинической практики. Субъективная оценка физического и социально-психологического благополучия пациента позволяет проводить коррекцию лечения и реабилитации, подтверждает ремиссию или выздоровление [42, 307].

Основные функции организма, клинический симптомокомплекс, определяемый основным и сопутствующими заболеваниями, влиянием лечения, и психоэмоциональное состояние – три основных составляющих, которые, по мнению В.И. Петрова и соавт. (2001), формируют качество жизни, релевантное здоровью [293].

А.А. Новик с соавт. (2007) определяют следующие основные параметры качества жизни, релевантного здоровью: многомерность, субъективность оценки и изменяемость во времени [213].

В клинической практике оценка качества жизни пациента используется при сравнительном анализе различных вариантов лечения [78], для оценки состояния и прогноза пациента, эффективности лечения [108, 116, 155, 159, 203, 427].

Качество жизни и эффективность ресоциализации пациентов рассматриваются как облигатные составляющие оценки состояния пациентов при хронических заболеваниях [148, 149, 151]. Оценка, фиксирующая динамику качества жизни пациентов, актуальна и в нетерминальных и в терминальных стадиях хронического заболевания [14, 24, 55, 107, 129, 301, 365, 452, 600, 627, 764].

Исследования в онкологии традиционно фокусируются на оценке заболеваемости и смертности [192, 498, 580, 581, 738], прогрессирования опухолевого процесса [74, 273, 714] и качества жизни пациентов. Исследования качества жизни описывают сложный диапазон многогранных и разноплановых нарушений, происходящих с больным онкологическим заболеванием в процессе развития заболевания и лечения [470].

Оценка эффективности лечения онкологических больных до начала 70-х г. XX в. учитывала показатели выживаемости. В современной онкологической практике уровень качества жизни пациента, наряду с безрецидивной (скоррегированной) выживаемостью и уровнем первичного опухолевого ответа, рассматривается как ведущий показатель [563, 624], на значение которого оказывают влияние соматическое и психологическое состояние, выраженность страданий, ограничение профессиональной деятельности и социальных интеракций [81].

Пролонгирование жизни и достижение 5-летней выживаемости приблизительно у 70% пациентов онкологического профиля возможно вследствие ранней диагностики и радикального лечения [422, 737]. Однако, побочные реакции современной противоопухолевой терапии значительно влияют на качество жизни онкологических пациентов [54]. Исследования [28, 135, 471, 548, 570, 623, 657, 710, 711, 751, 767] доказывают зависимость уровня качества жизни онкологических больных от многих факторов, среди которых стадия болезни, осложнения болезни и лечения. В исследовании K. Absolom et al. (2008) отмечается достоверное снижение уровня физического и социального функционирования онкологических больных после лечения по сравнению с общими показателями населения Великобритании [466].

Для больных онкологическое заболевание и сопровождающее его агрессивное лечение, состояние неопределенности представляется фатальным, определяющим не только смерть, но и неизбежность физической боли и душевных страданий. Многолетние переживания, затрудняют адаптацию к ситуации болезни, снижают качество жизни [81]. Исследователи, фиксируя изменение показателей качества жизни больного при прогрессировании заболевания, отмечают, что качество жизни пациентов в большей степени, чем степень функциональных нарушений, определяется несоответствием ожиданий и фактического состояния [459, 544, 745, 786, 790, 791].

Качество жизни онкологических больных относится к числу приоритетных задач медицины [604] и является одним из ведущих параметров при оценке

эффективности лечения больных, страдающих онкологическими заболеваниями [181, 283, 304, 530], вследствие повышенного внимания к отдаленным результатам лечения данной категории больных, растущим значениям терапии, направленной на улучшение функции, необходимостью определения приоритетов в здравоохранении и соответственном измерении результатов [140, 315].

По мнению D. Cella et al. [766], оценка качества жизни онкологических больных проводится для оценки эффективности реабилитации и использования результатов оценки качества жизни для прогнозируемого результата лечения. А.Н. Демко и соавт. [124] рассматривают возможность использования оценки качества жизни в выборе варианта оперативного лечения у больных раком молочной железы.

Определение параметров качества жизни при проведении рандомизированных исследований эффективности терапии злокачественных новообразований увеличился с 26% в 80-е гг. XX века до 74% в 2000-е годы [503, 524]. В исследовании, проведенном в США, анализировалось качество жизни 3 групп онкологических больных: в первой группе больных недавно был поставлен диагноз онкологического заболевания, во второй группе больным проводили химиотерапию, в третью группу были включены больные, находящиеся в терминальном состоянии. В исследовании установлено влияние степени выраженности клинических симптомов, депрессии и социальной поддержки на качество жизни респондентов всех групп [410].

Установлена высокая корреляция уровня качества жизни онкологических больных с показателями выживаемости при ряде злокачественных опухолей [213]. Показатели качества жизни онкологических больных имеют большее прогностическое значение, чем клинические характеристики стадий заболевания и первичной реакции опухоли на лечение [22, 63, 67, 115, 213, 266] и позволяют определить тенденции изменения состояния больных раком молочной железы при проведении лечения [730]. Исследование В.Г. Дьяченко и соавт. (2013) подтверждает прогностическое значение показателей качества жизни больных, страдающих раком молочной железы [89]. В выполненных Nordic lymphoma group

многоцентровых рандомизированных исследованиях было показано прогностическое значение определённого до начала лечения суммарного показателя качества жизни [595].

Динамика параметров качества жизни пациентов, определяемая при длительном мониторинге состояния больного после проведения лечения по поводу рака молочной железы, зависит от степени выраженности опухолевого процесса и определяет стратегии реабилитации и паллиативной помощи данной категории больных [213, 500, 648, 709, 720]. При динамическом исследовании качества жизни осуществляется мониторинг состояния пациента, результаты которого должны учитываться при составлении континуума онкологической помощи.

В Центре медико-социологических исследований г. Саратова в 2016–2019 гг. проводился компаративный анализ качества жизни больных, страдающих раком молочной железы при хроническом течении заболевания. В исследовании «Анализ качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы» участвовали 427 респондентов–женщин трудоспособного возраста. Пациенты находились на стационарном лечении в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» и других медицинских организациях региона с круглосуточными койками онкологического профиля. Контрольная группа – клинически здоровые лица, выборочная совокупность составила 695 респондентов.

Исследование качества жизни респондентов проводилось с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100), позволяющего анализировать показатели качества жизни респондентов в шести сферах («Физическая», «Психологическая», «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовная» сфера), каждая из которых включает несколько субсфер [83].

Исследованию качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы, предшествовало исследование «Социальный портрет пациентов, страдающих раком молочной железы».

Длительность заболевания у пациентов составила более 5 лет.

358 (83,8%) респондентам установлена группа инвалидности: II гр. – 173 (40,5%), III гр. – 185 (43,3%) респондентов (рисунок 31).

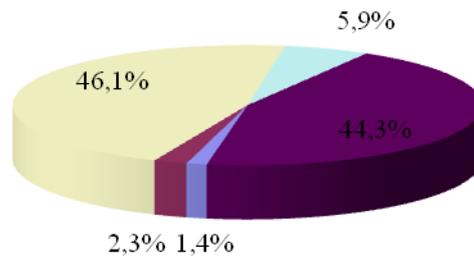


Рисунок 31 - Распределение респондентов в зависимости от группы инвалидности

196 (45,8%) респондентов моложе 45 лет, от 45 до 55 лет – 231 респондент (54,2%).

Начальное образование имеют 6 (1,4%) респондентов, незаконченное среднее – 10 (2,3%) респондентов, среднее специальное – 197 (46,1%) респондентов, незаконченное высшее – 25 (5,9%) респондентов, высшее – 189 (44,3%) респондентов (рисунок 32).

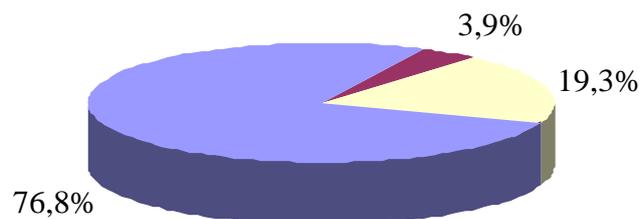
Таким образом, большинство респондентов имеют среднее специальное и высшее образование.



- начальное образование
- незаконченное среднее образование
- среднее специальное образование
- незаконченное высшее образование
- высшее образование

Рисунок 32 - Распределение респондентов по уровню образования

Большинство – 328 (76,8%) респондентов состоит в браке, вдовы – 17 (3,9%) респондентов, не состоят в браке – 82 (19,3%) респондента (рисунок 33).



- состоят в браке
- вдовы
- не состоят в браке

Рисунок 33 - Распределение респондентов по семейному положению

36 (8,4%) респондентов не имеют детей, один ребенок у 196 (45,9%) респондентов, двоих детей имеют 180 (42,1%) респондентов, трех и более детей – 15 (3,6%) респондентов (рисунок 34).

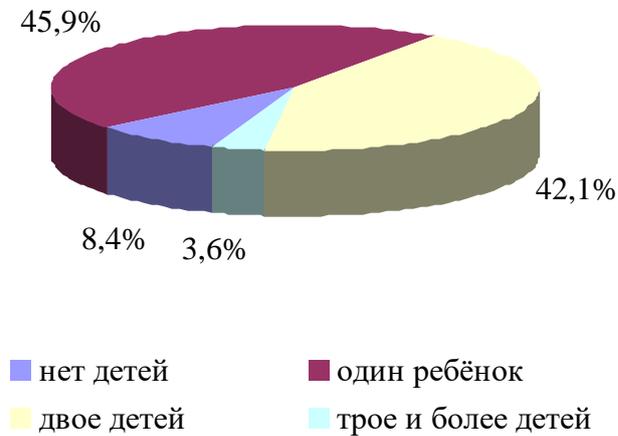


Рисунок 34 - Распределение респондентов в зависимости от количества детей

Результаты компаративного анализа показателей качества жизни респондентов с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 представлены на рисунке 35

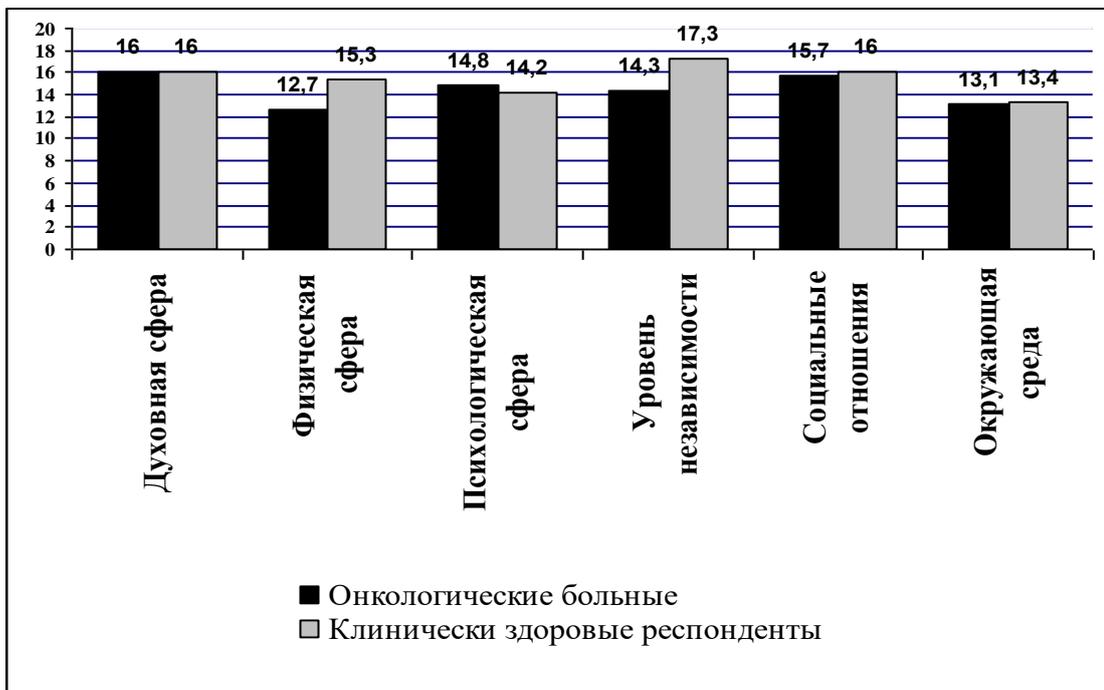


Рисунок 35 - Показатели качества жизни респондентов по основным шкалам опросника ВОЗ КЖ-100

Статистическая достоверность различий средних значений показателей качества жизни клинически здоровых респондентов и пациентов определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни (различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$).

Результаты исследования

Статистически значимое различие средних значений показателей качества жизни у онкологических больных и клинически здоровых респондентов (таблица 6) было выявлено в субсферах: F1 «Боль и дискомфорт», F3. «Сон и отдых», F9 «Подвижность», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе», F18 «Финансовые ресурсы», F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование».

Таблица 6 – Показатели качества жизни онкологических больных и клинически здоровых респондентов

Респонденты Субсферы	Средние значения (медианы) показателей опросника		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	Онкологические больные	Клинически здоровые респонденты	
F1 «Боль и дискомфорт»	12,00	16,00	,000
F2 «Жизненная активность, энергия и усталость»	14,00	14,00	,127
F3 «Сон и отдых»	13,00	16,00	,013
F4 «Положительные эмоции»	14,00	14,00	,733
F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация»	16,00	16,00	,688
F6 «Самооценка»	15,00	16,00	,120
F7 «Образ тела и внешность»	14,00	15,00	,143
F8 «Отрицательные эмоции»	12,00	13,00	,123
F9 «Подвижность»	16,00	19,00	,000
F10 «Способность выполнять повседневные дела»	14,00	15,00	,100

Продолжение таблицы 6

Респонденты Субсферы	Средние значения (медианы) показателей опросника		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	Онкологические больные	Клинически здоровые респонденты	
F11 «Зависимость от лекарств и лечения»	12,00	17,00	,000
F12 «Способность к работе»	15,00	19,00	,000
F13 «Личные отношения»	16,00	16,00	,578
F14 «Практическая социальная поддержка»	16,00	17,00	,160
F15 «Сексуальная активность»	14,00	15,00	,371
F16 «Свобода, физическая безопасность и защищенность»	14,00	14,00	,433
F17 «Окружающая среда дома»	16,00	15,00	,139
F18 «Финансовые ресурсы»	13,00	11,00	,002
F19 «Медицинская и социальная помощь» (доступность и качество)»	13,00	13,00	,037
F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков»	16,00	16,00	,805
F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование»	7,00	14,00	,000
F22 «Окружающая среда вокруг (загрязненность / шум / климат / привлекательность)»	13,00	13,00	,651
F23 «Транспорт»	15,00	14,00	,165
F24 «Духовность/религия/личные убеждения»	16,00	16,00	,869
G (общее качество жизни и состояние здоровья)	14,0	14,00	,368

В «Физической», «Психологической» сферах и сфере «Уровень независимости» отмечается снижение показателя качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы, в наибольшей степени в терминальных стадиях болезни. Установлено статистически значимое снижение средних значений качества жизни во всех субсферах у больных в терминальных стадиях болезни.

Средний показатель оценки качества жизни по «Физической» сфере у больных в терминальных стадиях болезни составил 9,3 балла (в группе больных в нетерминальных стадиях болезни – 13 баллов).

В «Психологической сфере» средний показатель качества жизни больных в терминальных стадиях болезни – 11,9 балла, в группе больных в нетерминальных стадиях болезни – 14,6 баллов.

После радикальной операции у больных, страдающих раком молочной железы, возникают снижающие качество жизни выраженные социально-психологические проблемы: психогенный дистресс, высокий уровень личностной и реактивной тревоги [117, 265, 269, 410, 545, 650, 705, 712, 763].

Социально-психологические последствия болезни рассматриваются в концепции «ситуация болезни», предложенной М.М. Орловой (2010) [267]. В терминальных стадиях онкологического заболевания больной вступает в качественно новую витальную ситуацию, болезнь окончательно изменяет жизненный сценарий. Неопределенность будущего, его несоответствие «преморбидно сложившимся планам и ожиданиям» является одной из характеристик жизненной ситуации онкологических больных. В условиях терминальных стадий онкологического заболевания «отказ от профессиональной деятельности, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения изменяют личность больного» [410].

В сфере «Уровень независимости» средний показатель качества жизни у больных в терминальных стадиях болезни – 12,4 балла, в группе больных в нетерминальных стадиях болезни – 14,5 балла.

Онкологическое заболевание, как справедливо отмечает С.И. Бояркина (2006), негативно влияет не только на физическое состояние больного, но и на его социальные контакты, изменяет социально-ролевой статус пациента [125].

При проведенном компаративном исследовании качества жизни онкологических больных и клинически здоровых респондентов статистически значимое различие средних значений показателей качества жизни пациентов, выявленное в субсферах: F1 «Боль и дискомфорт», F3. «Сон и отдых», F9

«Подвижность», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе», F18 «Финансовые ресурсы», F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», определяют динамику психосоматического состояния, направления персонифицируемой онкологической помощи пациентам в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

Полученные результаты позволяют рассматривать показатель качества жизни, релевантный здоровью, проанализированный с использованием опросника WHOQOL-100, как дополнительный многофакторный критерий оценки динамики психосоматического состояния и условий социального функционирования пациентов, страдающих раком молочной железы, в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

5.2. Современный контекст и параметры реабилитации онкологических больных

При хроническом течении заболевания онкологические больные часто испытывают физические и функциональные ограничения, которые влияют на их жизнедеятельность. Для устранения этих ограничений используют междисциплинарную реабилитацию, которая интегрирована в континуум онкологической помощи [773].

Реабилитация – медико-социальная помощь, которая при онкологических заболеваниях направлена на выявление, устранение или минимизацию физических, психологических, когнитивных и социальных дисфункций с целью уменьшения бремени болезни и улучшения качества жизни данной популяции больных [500]. Медицинская реабилитация способствует полному/частичному устранению функциональных деприваций и/или компенсации дисфункций, а также на превенцию, раннюю диагностику и коррекцию дисфункций, превенцию инвалидности, оптимизацию качества жизни и социальной активности пациента [221].

Немногие модели оказания медицинской помощи в настоящее время интегрируют комплексную реабилитацию рака в онкологический континуум. Однако реабилитация предоставляет возможности для восстановления функции, уменьшения бремени симптомов, обеспечения максимальной независимости и улучшения качества жизни пациентов [464, 495, 542, 561, 661, 748].

В.Н. Герасименко и соавт. (1988) рассматривают характеристики реабилитации онкологических больных [62] (рисунок 36).

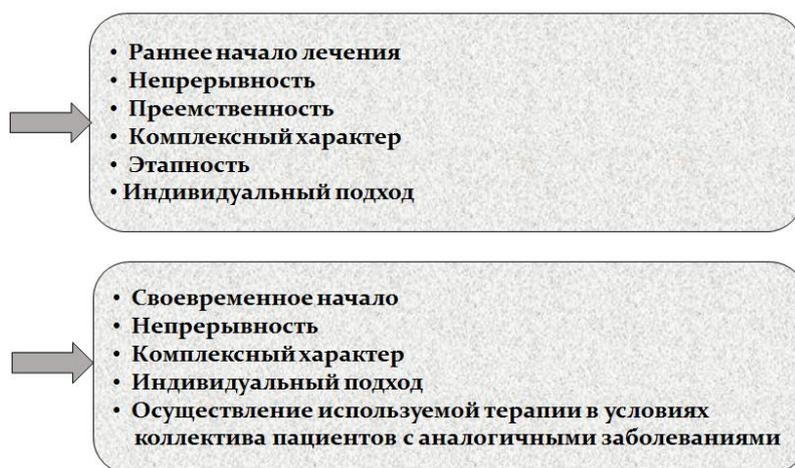


Рисунок 36 - Характеристики реабилитации онкологических больных

М.В. Смычек указывает на многовекторность и интегративность при осуществлении медико-социальной реабилитации больных с хроническим течением заболевания при активном самоменеджменте больного [356]. Мультиmodalный процесс, предшествующий началу лечения, включающий диагностику и оказание медико-социальной помощи пациентам, определяется как «пререабилитация» (prehabilitation) [739].

По мнению М.М. Кабанова (1985), сложно четко дифференцировать профилактику и лечение и еще сложнее – лечение и реабилитацию [119].

В результате достижений медицины последних десятилетий отмечается оптимизация клинического прогноза и увеличение 5-летней выживаемости онкологических больных, которая в настоящее время составляет в мире примерно 67% [740]. В Российской Федерации после постановки диагноза онкологического заболевания около 50% больных живут более 5 лет. При хроническом течении онкологических заболеваний возникает возможность включения реабилитации в континуум онкологической помощи.

В исследованиях J.C. Holland (1992) [613] и S. Greer (1994) [587] (рисунок 37) представлены ракурсы реабилитации онкологических больных.

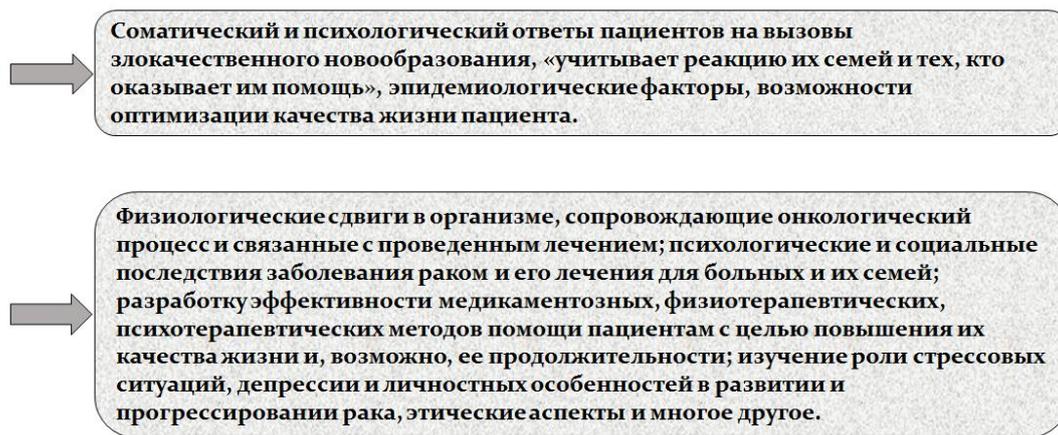


Рисунок 37 - Ракурсы онкорееабилитации

Многовекторная реабилитация онкологических больных – это персонифицированная, учитывающая вид («биологию опухолевого роста»), локализацию опухоли и варианты лечения, медико-социальная помощь, направленная на компенсацию или восстановление дисфункций [76, 399, 550].

Реабилитация онкологических пациентов, как правило, длительный и многоэтапный процесс [54, 185, 210]. Пролонгирование активной жизни и повышение качества жизни рассматриваются как направление реабилитации больного, страдающего онкологическим заболеванием, которое во многом определяется этапом развития опухолевого процесса, эффективностью лечения и реабилитации, междисциплинарного воздействия специалистов [54].

Структура реабилитации онкологических больных включает направленную на превенцию и лечение осложнений противоопухолевой терапии и послеоперационное восстановительное лечение, раннюю реабилитацию (реабилитацию в «фазе стационарного лечения») и проводимую с целью превенции рецидива заболевания реабилитацию в «фазе выздоровления» [54]. Медико-социальная реабилитация, по мнению С.Н. Пузина и соавт. (2019), является одним из решений проблемы превенции инвалидизации больных онкологического профиля [186].

Современная медико-социальная реабилитация направлена на осуществление социально-психологического сопровождения онкологических

больных, удовлетворения «социальных потребностей в близости, защите, информации, практической помощи и т. п.» [455], «доступности, удовлетворенности пациента поддержкой, реципрокности поддержки, ее частоты и регулярности [416].

В исследованиях G. Sommer, T. Fydrich (2003) разработаны критерии социальной поддержки [415] (рисунок 38)

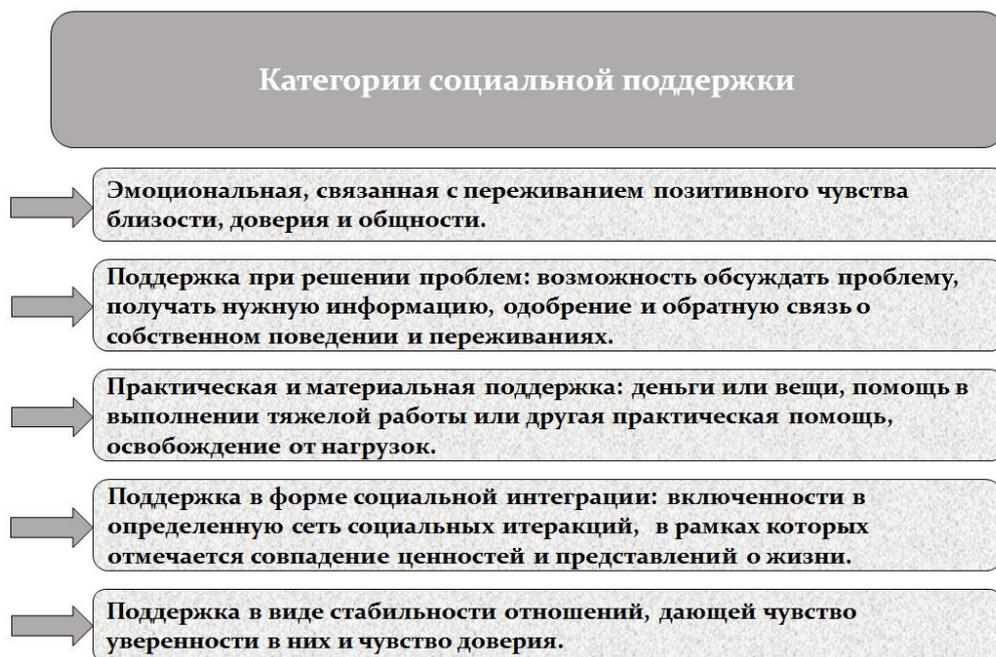


Рисунок 38 – Критерии социальной поддержки

В ряде исследований установлено влияние недостаточной социальной поддержки на возникновение дистресса, риск повышения смертности у онкологических больных. Существуют различные объяснения значения социальной поддержки, при этом акцент делается преимущественно на эмоциональных механизмах, на когнитивных, на важности интеракций [455, 479].

Психологические расстройства больных онкологическими заболеваниями диагностируются при организации психологического сопровождения и реабилитации пациента [66, 105]. Возникновение «психоонкологии» и психологическое сопровождение онкологических больных связано с именем

Jimmie C. Holland, под ее руководством с 1977 г психологическое сопровождение онкологических больных осуществляется в клинической практике [44, 611].

Психоонкология рассматривает

- возникающие психоэмоциональные реакции пациентов и их семей на всех стадиях болезни, а также психосоциальную нагрузку на персонал;
- способствующие возникновению онкологического заболевания и пролонгированию жизни в ситуации болезни психологические, социальные и поведенческие факторы.

Современная психоонкология привержена решению психосоциальных проблем и поддержке пациентов, находящихся в ремиссии и семьи пациента, «которая также нуждается в поддержке» [414].

Данные исследований [81, 467, 478, 482, 534, 655, 693, 707, 789] подтвердили необходимость и эффективность психоонкологии, включающей оказание помощи в принятии болезни, в возможности жить и лечиться в условиях болезни и адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации, используя ресурсы личности и поддержку близких. В ситуации тяжелого заболевания при физических страданиях может возникать чувство одиночества, изменений отношений в семье и социально-психологических деприваций, потери контроля над ситуацией [425]. При онкологическом заболевании может происходить «трансформация идентичности» [265].

По мнению Л.С. Аржаненковой (2007), до 96% онкологических больных при раке молочной железы нуждаются в консультации психолога и психокоррекции [8]. Эффективность психологической реабилитации выше при раннем начале, непрерывности проведения и в сочетании с другими направлениями реабилитации [9, 340, 455, 500, 700, 798]. Наиболее предпочтителен мультимодальный подход. Психологическая и социальная помощь должны быть органично и полностью интегрированы в систему оказания онкологической помощи [260, 349, 612, 618, 637].

Социальная поддержка онкологических больных является многоаспектной. Остановимся на семейной поддержке – «имеющей наибольшее значение в

социальной реабилитации онкологических больных» [87]. Семейная поддержка, как отмечает В.Д. Менделевич (2014), является облигатным фактором ресоциализации пациентов с онкологическим заболеванием. В случаях появления у онкологических больных психологических проблем и психических расстройств, роль семейных взаимоотношений возрастает [191]. Семья пациента, процесс ее адаптации, представляющий «череду надежд и разочарований», является приоритетом социальной реабилитации [352].

Являясь критической ситуацией, угрозой социальным позициям больного, предъявляющей к «субъектности личности повышенные требования», болезнь предполагает «витальную угрозу» и требует поддержки микросоциума. Семья больного с угрожающим жизни или изнуряющим заболеванием «включена в преодоление болезни, формируя ресурсы больного в совладании с болезнью» [268].

Болезнь рассматривается Т.Л. Крюковой и соавт. (2005) как чрезвычайный семейный стресс, в процессе преодоления которого возникают трансформации личности больного и личности его близких [154]. В ситуации болезни семейная поддержка включена в адаптационный процесс и является ресурсом, направленным на преодоление болезни [233]. Семья, по мнению Э.Г. Эйдемиллера и соавт. (2007), формируя представления о ситуации болезни, определяет реакцию больного на эту ситуацию, что может приводить к ролевым смещениям, объективной и субъективной социальной изоляции [441].

В исследовании М.М. Орловой (2016), семейная поддержка рассматривается как значимый ресурс при попытке женщины, страдающей онкологическим заболеванием репродуктивной системы, «сохранить целостность своей личности», не теряя «принятие себя в семейных отношениях». Психологические трудности больной и ее семьи, связанные с изменением ролевых позиций, определяют необходимость психологического сопровождения как больной, так и членов ее семьи, формирования «новых ролевых позиций, в которых больная женщина могла бы получать поддержку, не утрачивая при этом позитивного самоотношения» [268].

Для того, чтобы выяснить палитру отношения пациентов к ситуации онкологического заболевания, был использован сравнительно новый метод социологического исследования – нарративный подход. Этот метод оказался весьма эффективен для исследований в области социологии медицины [72, 381, 388].

В социологическом исследовании «Отношение пациентов к ситуации онкологического заболевания» проанализировано 36 нарративов – рассказов пациентов или их родственников о болезни. Затем данные нарративы были типологизированы, выделен инвариант. При реализации нарративного подхода были отобраны рассказы пациенток данной группы и их родственников. В Приложении Ж приводятся примеры типичных нарративов (стиль и грамматика сохранены).

Очевидно, что во всех рассказах присутствуют четыре контентных компонента:

1. Страх смерти.
2. Всепоглощающее желание жить.
3. Доверие научной медицине.
4. Необходимость психологической поддержки и поддержки близких.

Понимание недостаточности оценки соматического состояния пациента определило оптимизацию качества жизни больных онкологическими заболеваниями как основную цель реабилитации [13, 58, 162, 213, 276, 423, 428, 459, 474, 541, 547, 563, 791].

Особое значение имеет включение реабилитации в организацию паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным [475, 543, 732, 741, 762]. В документе Европейского Общества Медицинских Онкологов (ESMO) по поддерживающей и паллиативной помощи [560] указывается, что многочисленные потребности онкологических больных все еще не удовлетворяются должным образом при оказании специализированной медицинской помощи пациентам при онкологических заболеваниях. Паллиативные вмешательства должны быть «интегрированными, динамичными,

персонализированными». Они должны начинаться с момента постановки диагноза и продолжаться до конца жизни.

Причиной госпитализации 30% пациентов в стационары хосписов и отделения паллиативной помощи являются социальные или социально-медицинские показания [412]. Исследования [553, 620, 675, 699, 722, 771] указывают на требования к организации паллиативной помощи в связи с потребностями и представлениями пациентов и лиц, осуществляющих уход, в конце жизни.

Реабилитация при онкологических заболеваниях должна быть интегрирована в континуум онкологической помощи и предоставлена подготовленными специалистами по реабилитации для диагностики и лечения физических, психологических и когнитивных нарушений с целью поддержки или восстановления функции, уменьшения бремени болезни и улучшения качества жизни данной популяции больных [494, 500, 540, 692, 762]. J. Lynn и соавт. [652] концептуализировали паллиативную помощь в конце жизни для пациентов с прогрессирующими хроническими заболеваниями как комбинацию жизнеобеспечения/паллиативной помощи, причем паллиативный аспект постепенно становится главным по мере приближения смерти.

Разделение онкологической помощи на противоопухолевую терапию с последующим хосписом или паллиативную помощь пациентам с прогрессирующим заболеванием является анахронизмом. Современные модели помощи пациентам интегрируют специализированные методы лечения с паллиативной помощью и реабилитацией [687, 694]. Паллиативная помощь и реабилитация разделяют общие цели и терапевтические подходы, имеют многопрофильную структуру, которая направлена на улучшение функциональности и комфорта у пациентов [500, 722], повышение эффективности медицинской помощи и минимизацию расходов при сокращении продолжительности пребывания в больнице [210, 731].

Известны исследования [461, 476, 504, 549], которые рассматривают реабилитацию пациентов в терминальном состоянии как паллиативную

реабилитацию – фрагмент паллиативной помощи терминальным онкологическим больным, согласованную с «ценностями пациентов, страдающих неизлечимыми заболеваниями» [626].

Исторически реабилитация не сразу была включена в сценарий онкологической помощи. Первые программы реабилитации онкологических больных описаны в 1960-70-х годах, когда исследования доказали возможность эффективного лечения онкологических больных (например, страдающих раком молочной железы) [499, 526]. Однако до настоящего времени в литературе активно дискутируется алгоритм реабилитации в континууме онкологической помощи.

Реабилитация пациентов, страдающих онкологическим заболеванием, предполагает устранение (минимизацию) снижений показателей качества жизни, на величину которых оказывает влияние болезнь и нарушение ресоциализации пациента в зависимости от продолжительности и тяжести онкологического заболевания [259].

В исследовании «Оптимизация стратегий реабилитации больных онкологическими заболеваниями» приняли участие 427 респондентов-женщин трудоспособного возраста, страдающих раком молочной железы с хроническим течением заболевания. 258 респондентам (85 – в нетерминальных стадиях и 173 – в терминальных стадиях болезни) установлена группа инвалидности. Клинически здоровые респонденты были включены в контрольную группу. Выборочная совокупность – 697 респондентов.

Исследование качества жизни респондентов проводилось с использованием опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни респондентов в ситуациях болезни определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. Различие считалось статистически значимым при $p < 0,05$.

Анализ средних значений показателей качества жизни в контрольной группе респондентов позволил выявить показатели, средние значения которых релевантны ($p < 0,01$ – $p < 0,05$) неэффективной (группа безработных) и эффективной

(работающие респонденты) социализации (в качестве критерия эффективной социализации респондентов трудоспособного возраста рассматривается сохранение трудовой деятельности).

Показатели качества жизни, средние значения которых нетождественны ($p < 0,01 - p < 0,05$) у здоровых работающих и безработных респондентов (F4, F8, F10, F13, F15 – F18, F21 – F23, G (Набор А. Интегральные показатели в дальнейшем не рассматриваются, поскольку при их подсчётах различные показатели могут дать разнонаправленные вклады), могут служить критерием оценки эффективности ресоциализации больных в нетерминальных стадиях болезни (при этом показатели F4, F13, F15, F16, F18, F22 представляют больший интерес, так как для них различия средних статистически значимы на уровне 0,01). Показатель F1 не включён сюда из-за «инверсии порядка» значений.

Нетождественность ($p < 0,01 - p < 0,05$) средних значений показателей качества жизни у больных и здоровых респондентов (не разделяемых на работающих и безработных) определяют соматические и социальные компоненты (рисунок 39).

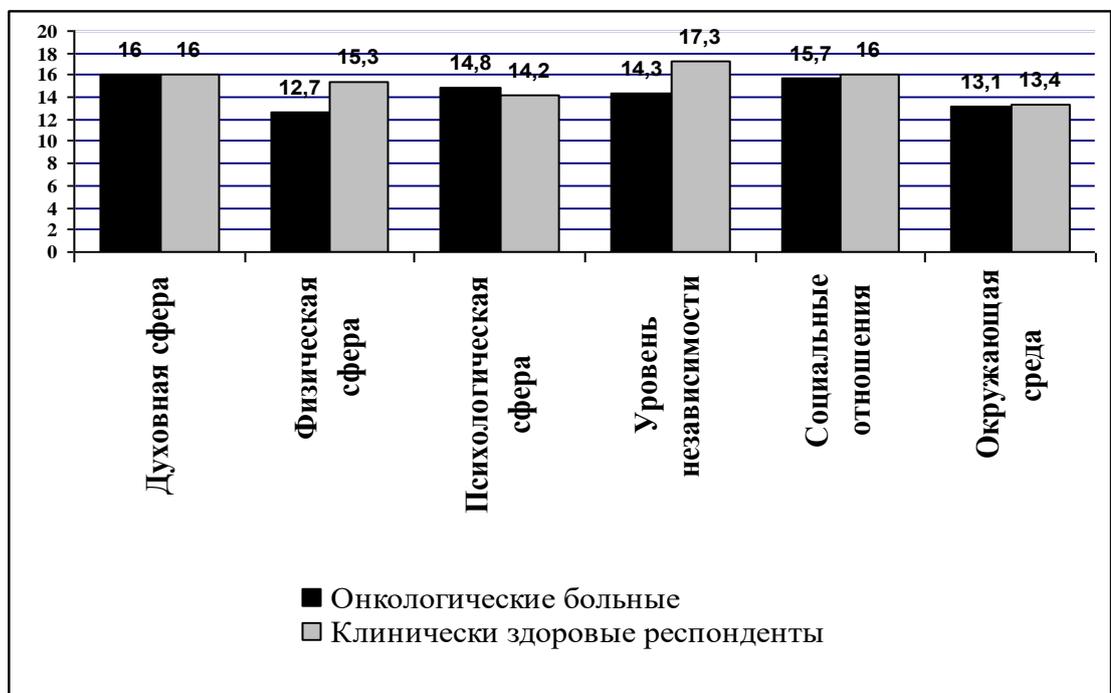


Рисунок 39 - Средние показатели качества жизни больных раком молочной железы в нетерминальных стадиях болезни и клинически здоровых респондентов

Различия средних значений показателей качества жизни у здоровых респондентов с неэффективной социализацией (безработными) и онкологическими больными статистически значимы для F1, F9, F11, F12, F21, «Физической» сферы и сферы «Уровень независимости», инверсия показателей F4, F8, F13, F16, F17, F18, F18, F22, F23 (рисунок 40).

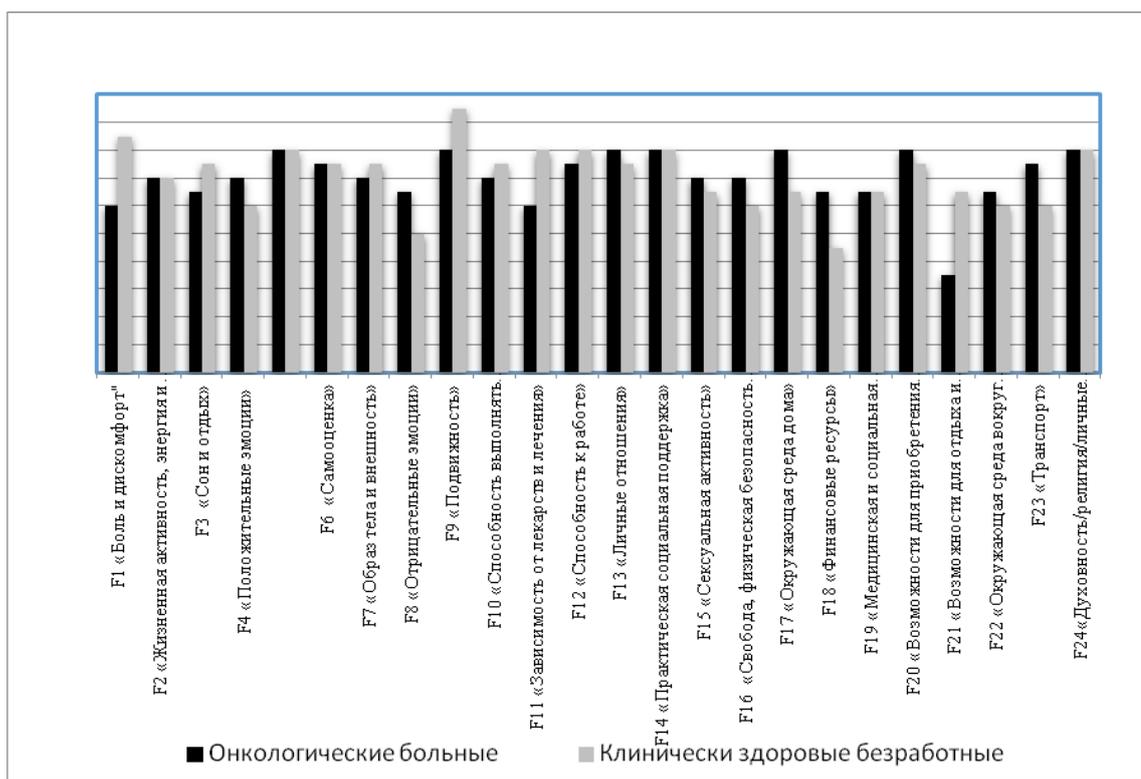


Рисунок 40 - Сравнение показателей качества жизни онкологических больных и клинически здоровых безработных респондентов

Различия средних показателей качества жизни здоровых респондентов с эффективной социализацией и больных респондентов статистически значимы для показателей F1, F3, F4, F6, F9, F10, F11, F12, F14, F15, F21, G, «Физической» сфере и сферах «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда», доказывая статистически значимое снижение средних значений качества жизни у онкологических больных практически во всех сферах (рисунок 41).

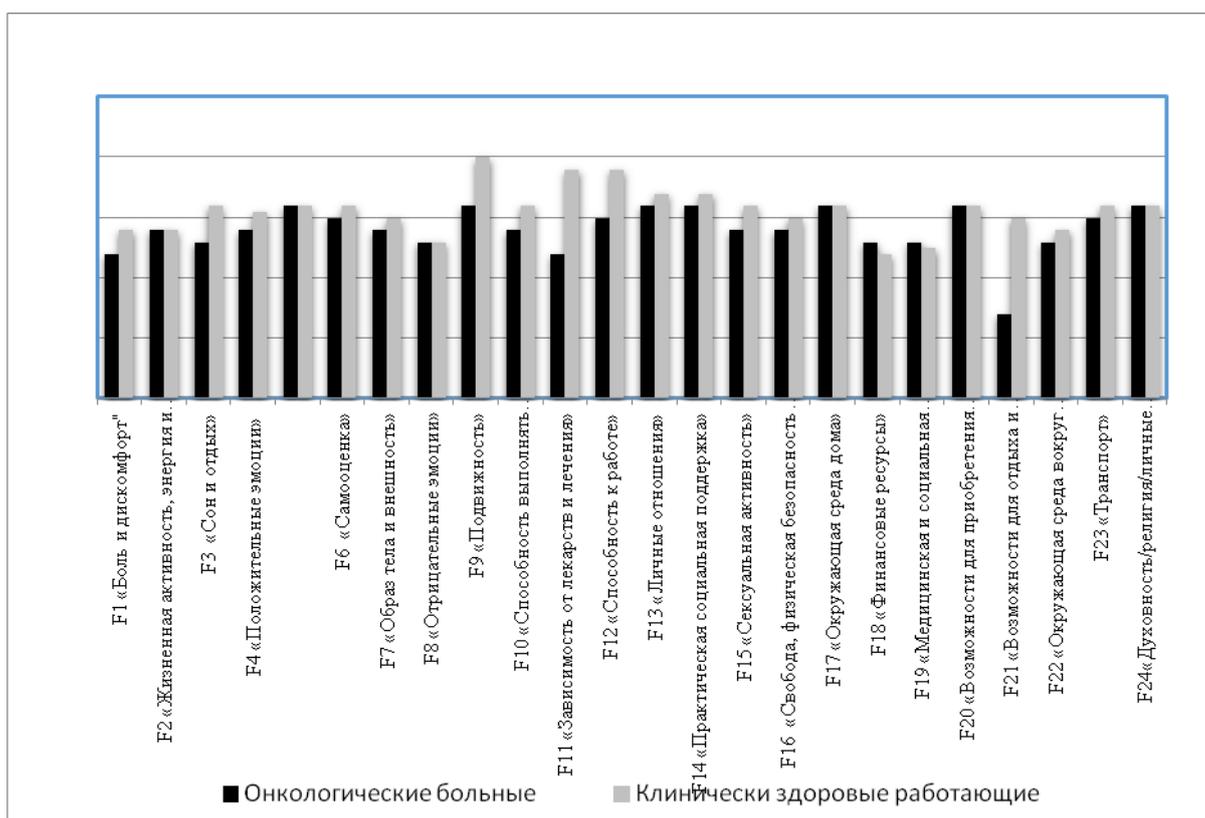


Рисунок 41 - Сравнение показателей качества жизни онкологических больных и клинически здоровых работающих респондентов

Различия средних значений показателей качества жизни онкологических пациентов в нетерминальных и терминальных стадиях болезни статистически значимы для 22 показателей из 30, причём по 21 показателю – на уровне 0,01 (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F9, F10, F12, F13, F16, F17, F20, F21, F23, G, «Физической», «Психологической» сферах и сферах «Уровень независимости» и «Окружающая среда» (более низкие показатели у терминальных пациентов). Инверсия порядка наблюдается у показателей F8, F11, F21, F22, равенство – у F18, F19, F24.

Статистически незначимы различия средних значений показателей качества жизни больных онкологическим заболеванием и клинически здоровых респондентов в «Психологической» сфере, в сферах «Социальные отношения», «Окружающая среда» и «Духовной».

При компаративном анализе средних значений показателей качества жизни клинически здоровых респондентов и респондентов, страдающих онкологическим заболеванием, установлено статистически значимая нетождественность средних

значений показателей качества жизни, релевантных болезни и неэффективной ресоциализации в субсферах «Физическая боль и дискомфорт», «Сон и отдых», «Подвижность», «Зависимость от лекарств и лечения», «Способность к работе», «Финансовые ресурсы», «Возможности для отдыха и развлечений и их использование».

Качество жизни пациентов в нетерминальных стадиях онкологического заболевания определяют показатели, релевантные болезни (соматически детерминированные) и эффективности социального функционирования (социально детерминированные). При компаративном анализе качества жизни респондентов, страдающих раком молочной железы в нетерминальных стадиях болезни и клинически здоровых респондентов, снижение средних значений показателей качества жизни в «Физической» сфере и сфере «Уровень независимости» в группе онкологических больных, определяющих тенденции междисциплинарной реабилитации онкологических больных в нетерминальных стадиях заболевания, релевантно болезни и неэффективности ресоциализации респондентов.

Результаты исследования подтверждают, что приоритетным направлением реабилитации онкологических больных является сохранение автономии и независимости. Однако, в нетерминальных стадиях болезни речь идёт о социальной автономии, сохранении активной социальной жизни, превенции инвалидизации пациента. Следует согласиться с В. Axelsson и Р.О. Sjoden (1998), что традиционная реабилитация рака сосредоточена на восстановлении функции после лечения до уровня преморбидного функционирования, поддержания функционирования пациентов в течение долгих месяцев терапии рака и ремиссий, и улучшении качества жизни пациентов, которые были излечены от рака [486]. И даже в том случае, когда реабилитация не восстановит уровень преморбидного функционирования этих пациентов, она обеспечивает разумную степень независимости и качество жизни [731].

В терминальных стадиях болезни меняется ракурс независимости, реабилитация сосредоточена на «физическом и эмоциональном

функционировании инкурабельных онкологических больных», когда, по мнению J. Santiago-Palma и R. Payne (2001), «комфорт должен быть оптимизирован до наступления смерти» [731]. Приоритетные направления реабилитации онкологическим больным в терминальных стадиях заболевания определяют изменения показателя качества жизни в «Физической» и «Психологической» сферах и сфере «Уровень независимости».

Физическое функционирование и независимость должны сохраняться как можно дольше для улучшения качества жизни пациентов и уменьшения бремени ухода за ними. Этим задачам отвечает интеграция паллиативной помощи и медико-социальной реабилитации.

Резюме

Проведенное нами исследование позволяет рассматривать показатель качества жизни, релевантный здоровью, проанализированный с использованием опросника WHOQOL-100, как дополнительный многофакторный критерий оценки динамики психосоматического состояния и условий социального функционирования пациентов, страдающих раком молочной железы, в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

При проведенном компаративном исследовании качества жизни онкологических больных и клинически здоровых респондентов статистически значимое различие средних значений показателей качества жизни пациентов, выявленное в субсферах: F1 «Боль и дискомфорт», F3 «Сон и отдых», F9 «Подвижность», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе», F18 «Финансовые ресурсы», F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», определяют динамику психосоматического состояния, направления персонафицируемой онкологической помощи пациентам в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

При оценке качества жизни пациентов, страдающих онкологическим заболеванием в нетерминальных стадиях болезни, снижение средних значений

показателей качества жизни фиксируется в «Физической» (релевантной болезни) сфере и сфере «Уровень независимости» (релевантной эффективности ресоциализации пациента, социальной автономии). В терминальных стадиях болезни динамика показателя качества жизни в «Физической» и «Психологической» сферах и сфере «Уровень независимости» определяет физическое и эмоциональное функционирование инкурабельных онкологических больных.

Динамика показателей качества жизни больных, страдающих онкологическим заболеванием, определяет стратегии организации персонализированной онкологической помощи в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания. Динамика показателей качества жизни онкологических больных в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания и незавершенности процесса ресоциализации регламентирует стратегии медико-социальной реабилитации, включенной наряду со специализированной и паллиативной помощью в систему онкологической помощи.

Приоритетным направлением реабилитации онкологических больных является сохранение автономии и независимости. В нетерминальных стадиях заболевания реабилитация предполагает сохранение социальной автономии, активной социальной жизни, превенцию инвалидизации пациента. В терминальных стадиях реабилитация рассматривается как необходимый раздел паллиативной помощи онкологическим больным, как паллиативная реабилитация. В терминальных стадиях болезни меняется ракурс независимости, реабилитация сосредоточена на физическом и эмоциональном функционировании инкурабельных онкологических больных. Этим задачам отвечает интеграция паллиативной помощи и реабилитации.

ГЛАВА 6. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ И ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

6.1. Современная концепция паллиативной помощи

Последние десятилетия отмечаются институциональные преобразования в системе здравоохранения [321]. По мнению И.М. Шеймана и соавт. (2009), в контексте институционализации современного российского здравоохранения определены модели:

- фрагментированного здравоохранения, которое характеризуется тенденциями организации существующей в современной России системы здравоохранения;

- социально дифференцированного здравоохранения, в котором паритет государственной и частной систем обеспечивают доступность медицинской помощи разным категориям населения;

- интегрированного здравоохранения, в котором государство и профессиональные сообщества эффективно координируют взаимодействие разных видов помощи, территориальных государственных и частных систем, их согласованное функционирование и развитие [430].

По определению Ю.П. Лисицына (2013), цель здравоохранения – сохранение и оптимизация общественного здоровья, предоставление доступной медицинской помощи [169].

Система здравоохранения, обеспечивая организацию и оказание медицинской помощи населению, развитие медицинской науки и современных медицинских технологий, определяет устройство общества в сфере охраны и укрепления здоровья [60]. Здравоохранение относится к сложным, открытым, динамическим системам, важнейшими характеристиками которых являются целостность, структуризация, иерархичность организации, целенаправленность

функционирования, наличие большого количества элементов и взаимодействий между элементами [6].

М.М. Юсуфов (2011), обосновывая принципы функционирования здравоохранения, указывает на превенцию заболеваний и доступность медицинской помощи, организацию системы охраны здоровья, учитывающую иерархию уровней и унификацию направлений деятельности управленческих структур системы здравоохранения [450].

В современном российском здравоохранении происходит процесс институционализации паллиативной помощи [45]. Паллиативная медицинская помощь – актуальное направление современного здравоохранения, необходимость развития которого определяется следующими обстоятельствами (рисунок 42).

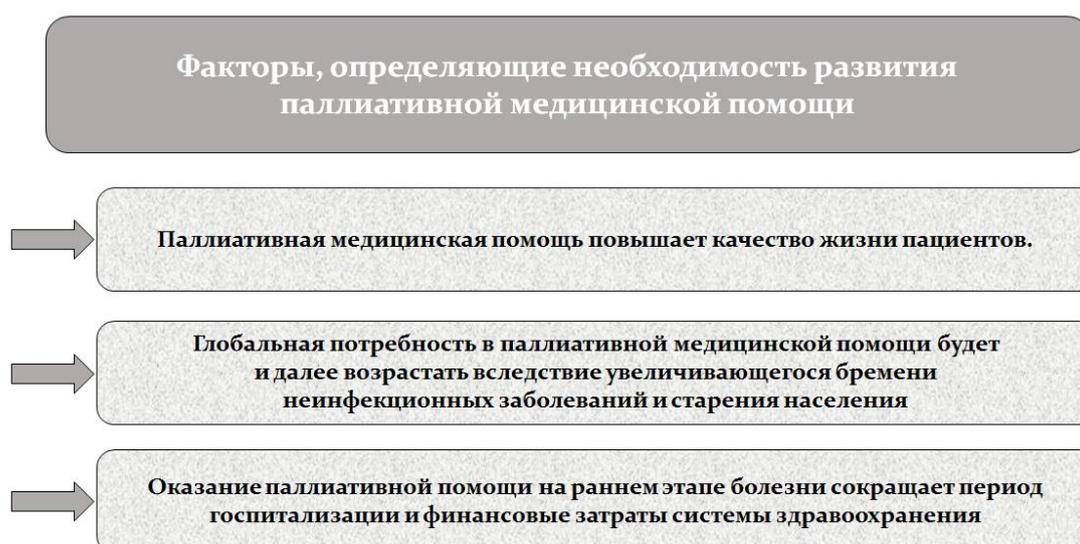


Рисунок 42 - Факторы, определяющие необходимость развития паллиативной помощи [281]

Паллиативная помощь определяется как медико-социальная деятельность, направленная на оптимизацию качества жизни пациентов, страдающих хроническими заболеваниями и их семей [515]. Оказание паллиативной помощи и облегчение боли и страданий – физических, психологических или душевных – независимо от прогноза, является одной из этических обязанностей систем

здравоохранения, и междисциплинарная помощь пациентам в конце жизни является одной из важнейших характеристик паллиативной помощи [51, 559]. Современная паллиативная помощь осуществляет поддержку пациента и тех, «кто страдает вместе с ним» [501, 518, 608, 634, 689, 719, 760].

Имеющиеся в литературе сообщения [32, 56, 73, 107, 152, 264, 373, 411, 432] об организации паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями доказывают эффективность и перспективность этого направления.

В связи с достижениями современной медицинской науки пациенты с хроническими угрожающими жизни или изнуряющими заболеваниями будут жить дольше [512, 557, 617, 633], большинство (37,4%–89%) пациентов в конце жизни будет нуждаться в паллиативной помощи [579, 660].

Г.А. Новиков и соавт. (2012) объясняют возникновение паллиативной помощи в онкологии в связи с необходимостью избавления пациентов от боли и страданий [360]. Однако, по данным Первого всемирного атласа, онкологические пациенты составляют не более трети пациентов, которым показана паллиативная помощь, остальные пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи, страдают от неонкологических хронических прогрессирующих болезней [281]. В современном мире нуждающееся в паллиативной помощи взрослое население страдает сердечно-сосудистыми, онкологическими, хроническими респираторными заболеваниями, ВИЧ/СПИД и диабетом [512, 537, 615, 769].

По данным ВОЗ, в России в паллиативной помощи нуждаются 360–460 человек из 100 тыс. населения, из них 200 – с онкологическими заболеваниями, 150 – с незлокачественными заболеваниями, 12 – со СПИД/ВИЧ [223].

Паллиативная помощь оказывается при угрожающем жизни или изнуряющем заболевании, отрицательно влияющем на повседневную жизнедеятельность пациентов любого возраста [676]. У пациентов может возникать необходимость паллиативной помощи в ранние сроки болезни, однако, большинству пациентов паллиативная помощь потребуется в терминальных стадиях прогрессирующего заболевания [515]. Переход к паллиативной помощи

происходит постепенно со смещением цели лечения от «продления жизни» до «оптимизации качества жизни» [282].

Цель паллиативной помощи для большинства пациентов заключается в стабилизации состояния, уменьшения проявлений болезни, оптимизации жизнедеятельности и качества жизни.

Оценка эффективности паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями предполагает оценку качества жизни пациента, включающего уровень повседневной активности и работоспособности, сохранение возрастных социальных ролей, отсутствие интеллектуальных деприваций, эмоциональную удовлетворенность и удовлетворенность жизнью [145].

ВОЗ (1990 г.) инициирует рассмотрение паллиативной помощи как активной универсальной помощи пациентам с хроническими заболеваниями при невозможности радикального лечения. Паллиативная помощь предполагает устранение боли и других мучительных симптомов, социально-психологическое сопровождение пациентов и его семьи, оптимизацию (достижение максимально возможного в сложившейся ситуации) качества жизни больных и их родственников [689]. Начиная с 2002 г., ВОЗ регламентирует оказание паллиативной помощи не только онкологическим больным в терминальных стадиях болезни, но и всем пациентам с хроническими прогрессирующими заболеваниями при неблагоприятном витальном прогнозе [794].

Оптимизация качества жизни пациента и его семьи при превенции или устранении/минимизации симптомов заболевания, побочных эффектов лечения, решении социально-психологических и духовных проблем в ситуации болезни рассматривается как содержание паллиативной помощи Национальным Институтом злокачественных новообразований США [594].

Паллиативная помощь охватывает период с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания, не являясь синонимом терминальной помощи, включает в себя последнюю [515]. При оказании помощи пациентам принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в течение хронического фатального заболевания [539, 541, 629, 630, 765].

ВОЗ [688] формулирует следующие задачи паллиативной помощи (рисунок 43).

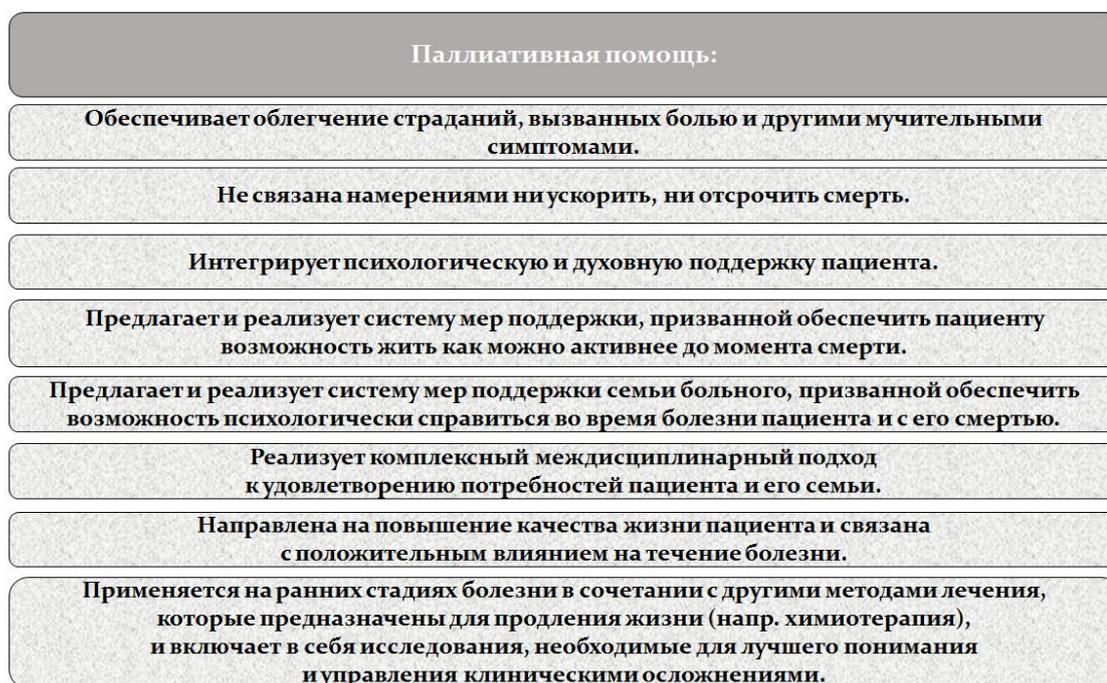


Рисунок 43 – Задачи паллиативной помощи

Известны показания к паллиативной помощи [519] (рисунок 44)

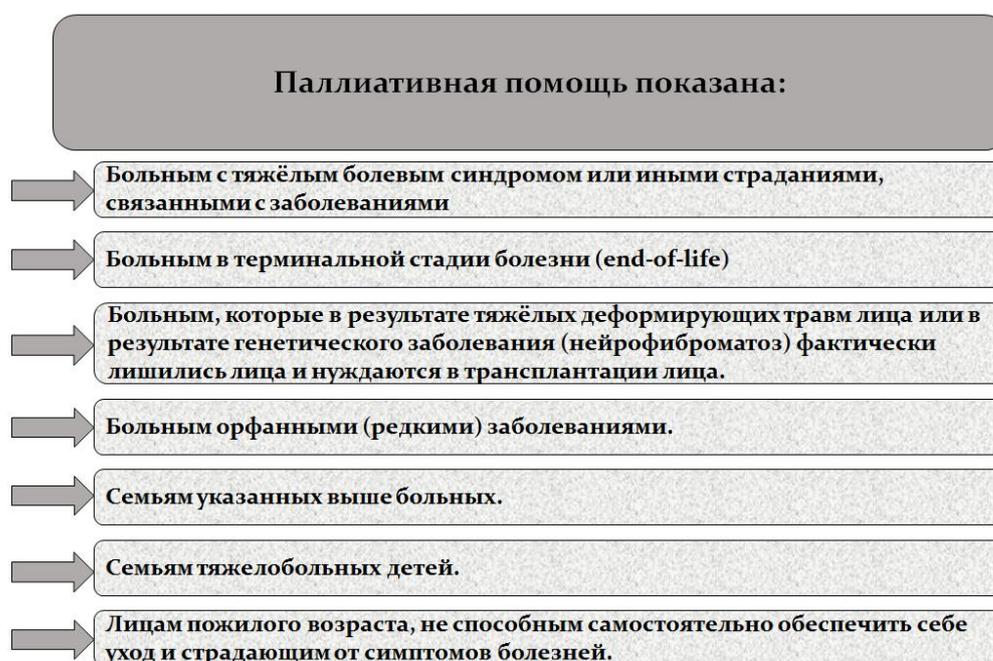


Рисунок 44 - Показания к паллиативной помощи

В международных документах (Резолюция Парламентской Ассамблеи Совета Европы 2009 г. [718]) паллиативная помощь, являясь инновационной парадигмой интегрированного здравоохранения, включает посиндромную терапию, социально-психологическую и духовную поддержку, поддержку семьи больного в ситуации болезни и в связи со смертью близкого человека.

ВОЗ [804] разработаны основные направления паллиативной помощи (рисунок 45).

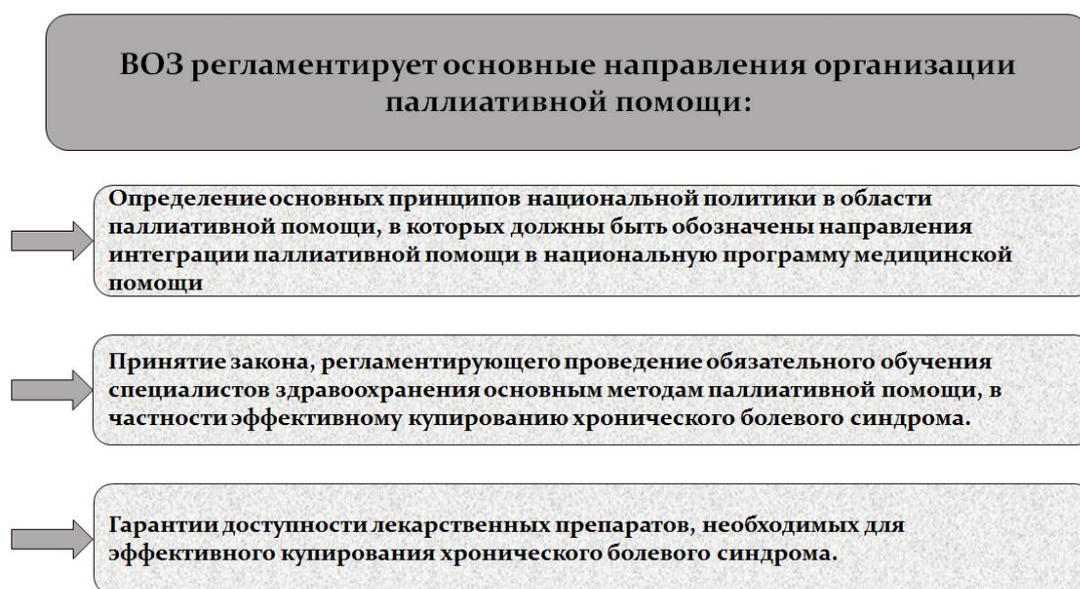


Рисунок 45 - Основные направления паллиативной помощи

Интеграция паллиативной помощи в существующие системы здравоохранения должна учитывать «конкретные культурные и социальные особенности целевых групп населения» [689].

Основной целью паллиативной помощи онкологическим больным в нетерминальных стадиях болезни является пролонгирование активной, без инвалидности жизни и повышение качества жизни пациентов. Паллиативная помощь учитывает не только клинические, но и психологические, социальные события жизни пациента [13, 58, 162, 213, 276, 423, 427, 459, 474, 541, 547, 564, 791]. Решение медицинских и социальных проблем «вызывает синергетический эффект в паллиативной помощи онкологическим больным» [201].

В XX в. ВОЗ разработала Программы стратегического развития паллиативной помощи для стран с ограниченными возможностями. На первом этапе основная цель – оказание паллиативной помощи как минимум 50% онкологических больных в терминальной ситуации болезни. Основные действия при ограниченных финансовых ресурсах должны быть направлены на:

- оценку потребности в паллиативной помощи;
- модернизацию существующей политики в отношении опиоидных анальгетиков;
- разработку регистра требуемых эффективных препаратов;
- разработку стандартов оказания паллиативной помощи на всех уровнях;
- организацию профессиональной подготовки кадров;
- создание информационной системы для оценки паллиативной помощи на различных уровнях.

В дальнейшем паллиативная помощь должна быть организована терминальным онкологическим больным и доступна на всех уровнях оказания помощи [688].

Паллиативная помощь оказывается в стационаре медицинской организации (хоспис, отделение паллиативной помощи), в дневном стационаре, на дому пациента, в центре временного пребывания; оперативной (экстренной) выездной службой паллиативной помощи и паллиативной службой выходного дня [43].

Существующие модели организации паллиативной помощи включают – паллиативный подход и специализированную паллиативную помощь, – паллиативный подход, общую и специализированную паллиативную помощь [515].

Паллиативный подход в соответствии с рекомендациями Совета Европы должен использоваться всеми специалистами здравоохранения при оказании медицинской помощи пациенту с хроническим прогрессирующим заболеванием и предполагает устранение/минимизацию симптомов хронического прогрессирующего заболевания, оказание поддержки пациенту и его родственникам в медицинских организациях, не специализирующихся на предоставлении паллиативной помощи [515].

Специализированная паллиативная помощь

Специализированная паллиативная помощь, которая оказывается пациентам в терминальных стадиях болезни, должна быть доступна для всех медицинских и социальных организаций и оказывать помощь пациентам вне зависимости от их места нахождения: на дому, в больницах, в учреждениях сестринского ухода, в домах для престарелых, в дневных центрах, в поликлиниках или в специализированных отделениях паллиативной помощи. Специализированная паллиативная помощь оказывается мультидисциплинарными группами, состав которой определяется потребностями пациента, с участием семейного врача, участковой мед. сестры, специалиста по социальной работе, психолога и волонтеров, которым должна быть предоставлена возможность участвовать в принятии решений. Лидирующая роль в мультидисциплинарной группе специализированной паллиативной помощи принадлежит специалисту по паллиативной помощи [515, 571, 586].

Потребность в паллиативной специализированной помощи, по данным Г.А. Новикова и соавт. (2018), составляет от 20% онкологических пациентов, что составляет не менее 0,15% от численности взрослого населения Российской Федерации [313].

Обзор литературы, представленный J. Hearn и I.J. Higginson (1998), свидетельствует, что оказание мультипрофессиональной паллиативной помощи значительно предпочтительнее для пациента и его семьи [602]. Известны работы, устанавливающие экономическую целесообразность и эффективность мультипрофессионального подхода при оказании специализированной паллиативной помощи [514, 635, 690], сокращение внеплановых госпитализаций и использования медицинских служб при оказании паллиативной помощи на раннем этапе [281].

В настоящее время разработаны рекомендации предоставления паллиативной помощи пациентам в связи с уровнем ресурсов национальных систем здравоохранения [480, 557, 562, 651, 703, 715, 801] (рисунок 46).



Рисунок 46 - Рекомендации предоставления паллиативной помощи пациентам

Как известно, рассогласованность системы приводит к нежелательным результатам, а фрагменты несоответствий являются дисфункциями («зонами неэффективности»), подлежащими коррекции [15]. До настоящего времени паллиативная помощь в России недостаточно интегрирована в систему здравоохранения. Организация паллиативной помощи «должна быть достаточно гибкой и скоординированной» для возможности перевода пациента из одной организации в другую в зависимости от клинической ситуации и его желания. «Основная задача служб паллиативной помощи – обеспечить специализированной помощью всех нуждающихся» [515].

На рисунке 47 представлены разработанные в 2000 г. основные положения теоретической модели современной концепции паллиативной помощи в онкологии



Рисунок 47 - Парадигма терапии и паллиативной помощи в онкологии [213]

6.2. Тенденции институционализации паллиативной помощи в России

Социальные институты выполняют наиболее значимые социальные функции, обеспечивающие существование общества [146], социальный порядок, стабильность и интеграцию [286]. Современная интерпретация социальных институтов сформировалась в исследованиях О. Конта, Г. Спенсера, М. Вебера, Э. Дюркгейма и др. Т. Парсонс (2002) писал о социальных институтах как образцах стандартизированных ожиданий, которые управляют поведением индивидов и социальными отношениями [286]. П. Блау (1985) разработана типология социальных институтов [382] (рисунок 48).

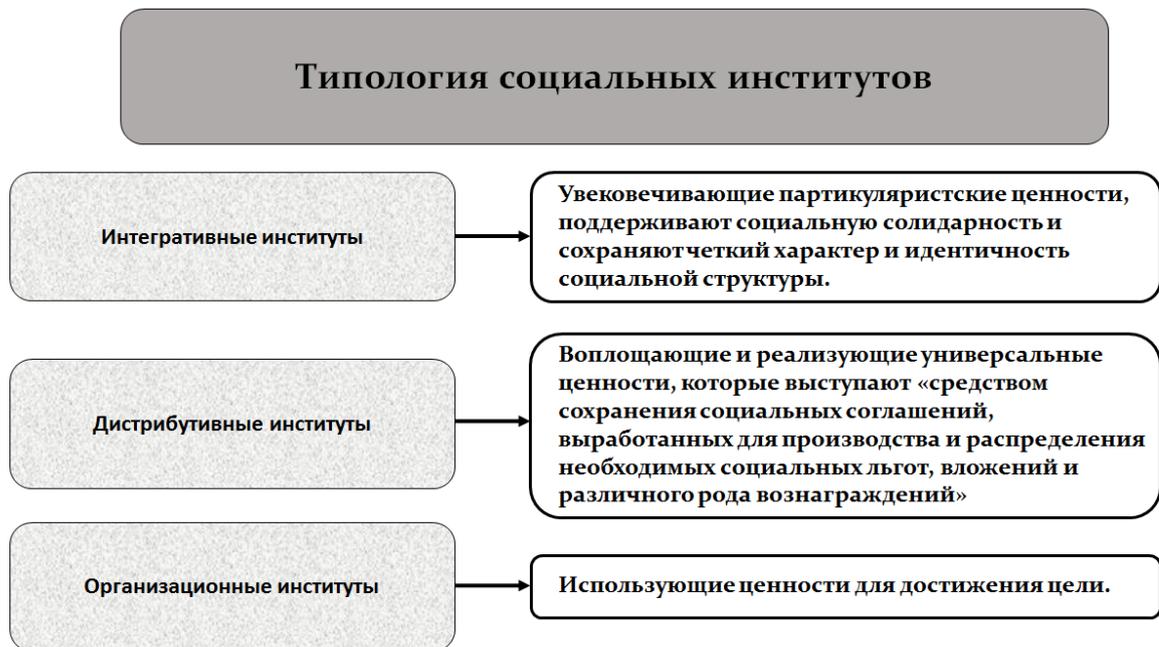


Рисунок 48 - Типология социальных институтов П. Блау [382]

В процессе развития происходит функциональная специализация социальных институтов и развитие в соответствии со следующими сценариями:

- формирование новых социальных институтов;
- развитие и модернизация существующих социальных институтов за счет внутренней дифференциации и специализации, или за счет изменения принципов регламентации социального института [214].

В современной социологии существуют различные подходы к детерминации социальных институтов. Остановимся на основаниях, предложенных Я. Щепаньским (1969):

- каждый социальный институт имеет цель деятельности;
- для достижения поставленной цели социальный институт определяет функции, права и обязанности участников институционализированного взаимодействия, выполняющих традиционную для данного института социальную роль, функцию, определяя ожидания остальных участников взаимодействия;
- социальный институт располагает ресурсами для достижения цели;
- система санкций, которыми располагает институт, обеспечивает поощрение желаемого и подавление девиантного поведения. Таким образом, социальные институты контролируют и регламентируют поведение субъектов, поощряя социально одобряемое и подавляя девиантное [436].

Способом, формой существования институтов выступает институциональное пространство [137] – «пространство институциональных траекторий» [88], «конституированное наличием институциональных форм и их реализацией в социальных процессах» [17].

В литературе обсуждается «единство и соотношение экономического, институционального и социального пространств» [211]. Связывая «пространство институциональных траекторий» с институциональными изменениями, Н.Д. Дроздов (2006) отмечает, что институциональные траектории определяют траектории социально-экономического развития стран [88].

Система бинарных характеристик, предложенная Ю.А. Кобловой (2015), позволяет оценить качество институционального пространства [137] (таблица 7).

Таблица 7 – Бинарные характеристики, определяющие качество институционального пространства

Характеристики институционального пространства		
№ п/п	Положительные	Отрицательные
1	комплементарность	некомплементарность
2	когерентность	расслоение
3	целостность	фрагментарность
4	конгруэнтность	неконгруэнтность
5	конвергентность	дивергентность
6	сбалансированность	дисбаланс
7	согласованность	противоречивость
8	устойчивость	неустойчивость
9	равномерность	неравномерность
10	гомогенность	гетерогенность
11	однородность	неоднородность
12	достаточность	избыточность/недостаточность
13	открытость	замкнутость
14	стратегическая ориентированность	дезориентированность

Система бинарных характеристик позволяет проанализировать характеристики институционального пространства, его состояние и качество. В процессе институционализации важнейшими характеристиками институционального пространства являются комплементарность, когерентность и стратегическая ориентированность.

Комплементарность – сочетаемость институтов, их согласованность, соответствие и дополняемость.

Когерентность определяет непрерывность, целостность и устойчивость институционального пространства, предупреждает его фрагментарность.

Стратегическая ориентированность обеспечивает процесс развития институционального пространства в соответствии с определенными стратегическими целями [137].

Расширение институционального пространства обусловлено появлением новых институтов и субинститутов.

С XX века медицина развивается как базовый социальный институт. Особое значение в современных медико-социологических исследованиях медицины как

социального института, тенденций институционализации медицины в России имеют работы академика РАН А.В. Решетникова [321, 322, 323, 326]. Социальный институт – «исторически сложившиеся формы организации и регулирования общественной жизни, обеспечивающие выполнение жизненно важных для общества функций, включающие совокупность норм, ролей, предписаний, образцов поведения, специальных учреждений и систему контроля». В жизни общества, отмечает академик РАН А.В. Решетников, институты играют следующие основные функции: решение жизненно важных проблем, осуществление социального контроля, индукция социальных изменений и контроля. Основной функцией социального института является удовлетворение социальных потребностей, ради чего он был создан и существует.

Отличие социального института медицины от других базовых социальных институтов заключается в традиционной устойчивости цели, которая состоит в продвижении, восстановлении и поддержании здоровья [774].

Институт медицины предполагает решение проблем, определяющих уровень общественного здоровья, обеспечение доступности медико-социальной помощи, снижения социальных деприваций здоровья отдельных социальных групп населения, минимизируя риски общественного здоровья, последствия неравенства в состоянии здоровья, провоцирующего социальное расслоение [736].

Способствующие адаптации или приспособлению данной системы наблюдаемые последствия определяются Р. Мертоном (2005, 2006) как функции социального института, обеспечивающие вклад социального института в формирование жизнедеятельности общества [64, 193].

Отметим, что способом и условием существования института, является внутренняя дифференциация, которую Н. Луман (2007) называет системообразованием внутри системы. Происходит процесс усложнения системы, процесс «иерархизации», когда возникают подсистемы [174].

Иерархия институциональных феноменов, по мнению В.М. Быченкова (1999), представляется следующим образом:

1. Социальные институты.

2. Субинституты (выполняющие одну из функций социального института).

3. Институты (не вполне сформировавшиеся институциональные образования, имеющие признаки института).

4. Социальные практики (постоянно воспроизводящиеся повседневные действия, определяющие выполнение институциональных функций) [33].

В социологическом контексте одним из значений функции, соответствующей задачам нашего исследования, является социальная роль элемента системы в функционировании целого [59].

Обратимся к рассмотрению функций паллиативной помощи в институте медицины. В национальных системах здравоохранения паллиативная помощь должна быть встроена в континуум медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями [282].

Институционализация паллиативной помощи в России – процесс формирования интегрированной социальной практики паллиативной помощи. Принципы паллиативной помощи как медико-социальной деятельности [182]: экосистемность, полимодальность, солидарность, конструктивная стимуляция, континуальность (рисунок 49).

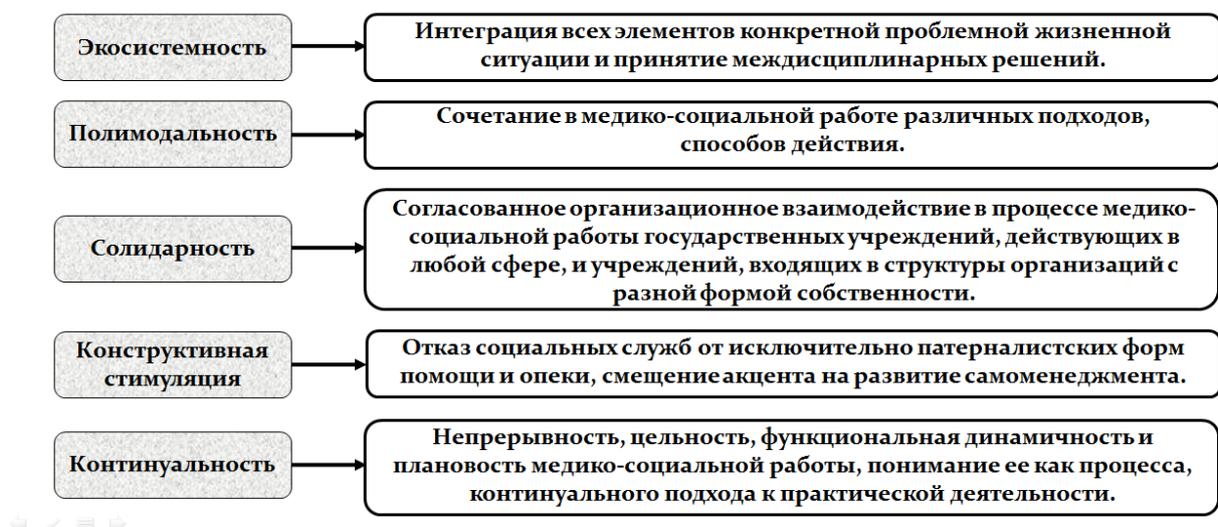


Рисунок 49 - Принципы паллиативной помощи

Несмотря на предпринимаемую координацию помощи пациентам, имеющим медико-социальные проблемы, межведомственная деятельность до настоящего времени в России недостаточно эффективна.

Структура и функции социальной практики паллиативной помощи определяются координированным функционированием медицинских, социально-психологических и экономических структурных элементов. Функциональность является одним из основополагающих свойств паллиативной помощи. Согласованность действий в достижении целей обеспечивается управлением, которое представляет собой набор взаимодействующих между собой, взаимодополняющих друг друга управленческих ресурсов, участвующих в процессе управленческих решений и ориентированных на достижение поставленной цели [38].

Институционализация паллиативной медицинской помощи предполагает решение проблем, вытекающих из ее отличительных особенностей (таблица 8).

Таблица 8 – Характеристика институциональных особенностей паллиативной помощи

Институциональные особенности паллиативной медицинской помощи	Проблемы, которые необходимо решить
Наличие квалифицированных кадров данного профиля	Открытие курсов повышения квалификации врачей – специалистов в области паллиативной медицины в системе НМО (непрерывного медицинского образования). Активизация научных исследований в области паллиативной медицины
Организационная структура оказания паллиативной помощи	Расширение сети хосписов, отделений паллиативной помощи в многопрофильных медицинских организациях, домов сестринского ухода, поддержка внебольничной паллиативной помощи

Существует два вида паллиативной медицинской помощи:

1. неинституализированный, когда облегчение страданий сопутствует основному лечению;

2. институализированный, когда помощь оказывается инкурабельным больным.

Направления паллиативной помощи выбираются по следующим основаниям:

- потребность пациентов в определенном направлении помощи;
- финансовые возможности ее предоставления;
- традиции, включая накопленный опыт, оказания паллиативной помощи.

Системообразующим элементом паллиативной помощи является хоспис – медико-социальная организация для оказания медицинской помощи инкурабельным больным, помощи в решении социальных, психологических проблем пациентов и их близких [254]. Организация паллиативной помощи онкологическим больным в хосписе является наиболее эффективной формой междисциплинарной помощи пациентам в терминальной стадии болезни [411].

В последние годы в России сохраняется отмеченная Н.В. Эккерт (2008) актуальность развития внебольничной паллиативной помощи в связи с тем, что «существующие в России хосписы и хосписные отделения в больницах пока не удовлетворяют потребности в оказании паллиативной помощи», а также, желания части инкурабельных пациентов и их родственников получать паллиативное лечение на дому [443].

Известны исследования [656, 699], в которых ставится под сомнение предпочтение больных в терминальном состоянии умирать дома на основании того, что «дом может быть лучшим местом или худшим местом для смерти» [699], и определяется адекватной паллиативной помощью, эффективностью обезболивания и домашними обстоятельствами. В исследовании N. Nogami и соавт. (2020), 77% пациентов в терминальном состоянии предпочитали оказание паллиативной помощи в конце жизни в отделениях паллиативной помощи, 14% пациентов выбрали домашнюю паллиативную помощь и 9% пациентов – больницу [569].

Предполагается развитие внебольничной системы паллиативной помощи пациентам в терминальных стадиях болезни в регионах Российской Федерации в ближайшие годы [194].

Внебольничная помощь в рамках паллиативной онкологии занимает ведущее место в процессе оказания медико-социальной помощи онкологическим больным [351].

Фактически, виды оказания паллиативной онкологической помощи выбираются по следующим основаниям:

- потребность пациентов в определенном виде помощи;
- финансовые возможности ее предоставления;
- традиции, включая накопленный опыт, оказания конкретного вида помощи.

Существующая в медицинских организациях России практика ведения инкурабельных пациентов не обеспечивала адекватного медицинского пособия данной категории больных [363]. Очевидна необходимость совершенствования паллиативной помощи [280, 391, 401, 468, 554, 574, 674, 797, 807] с использованием современных достижений в лечении онкологических больных [654, 682, 742, 779, 810].

Анализ институционализации паллиативной помощи онкологическим больным может быть представлен с методологических позиций исследования социально-структурных функций (AGIL), предложенных Т. Парсонсом (2002) для открытых социальных систем: адаптация, целеполагание, интеграция, латентность или поддержание ценностного образца (adaptation, goal attainment, integration, latency) [286].

1. Адаптация

В практике паллиативной помощи социальные роли деперсонифицированы, их иерархия связана с определённой деятельностью. Участниками медико-организационного процесса выступают пациенты и их семьи, медицинские организации, социальные службы, страховые компании, пациентские и общественные организации, Территориальный Фонд обязательного медицинского

страхования, лицензирующие органы, органы управления здравоохранения, взаимодействие которых направлено на повышение качества и доступности паллиативной помощи.

В современной России, начиная с крупных городов, происходит становление паллиативной помощи [139], система организации которой предполагает соответствующее потребностям пациента распределение ресурсов между видами медицинской помощи (радикальным лечением и паллиативной помощью).

2. Целеполагание

Институт медицины осуществляет подготовку специалистов с целью укрепления и поддержания общественного здоровья, деятельность которых регламентирована социальными нормами [424]. Известны исследования по проблемам профессионализации медицины, разработке моделей медицинского образования [7, 324]. Разработана современная (многопрофильная и многоуровневая) структура медицинского и фармацевтического образования и повышения квалификации [417].

Институционализация паллиативной медицины включает разработку и включение в систему медицинского образования программ по паллиативной помощи [282, 314]. В России формируется система профессионального образования специалистов, оказывающих паллиативную помощь пациентам, страдающим хроническими заболеваниями в зависимости от тяжести и продолжительности болезни. По мнению Д. Невзоровой (2015), для формирования системы паллиативной помощи в России необходимо получение специалистами здравоохранения знаний специфики паллиативной помощи, включающих особенности терминальных состояний, современные тенденции обезболивания, показания назначения наркотических средств и психотропных веществ, основы нормативно-правовой базы. Впрочем, продолжает Д. Невзорова, нужно понимать, что качественное, доступное обучение – это долгосрочный проект [208].

Результаты исследования, проведенного Е.С. Введенской и соавт. (2012), показали, что, по мнению участковых врачей и онкологов поликлиник, осуществляющих паллиативную помощь онкологическим больным с прогрессирующим процессом и в терминальных состояниях, большинство (98%) респондентов отметили, что вопросы обезболивания и устранения других тягостных симптомов, коммуникации с больными и их родственниками, решения этических проблем должны быть включены в программу обучения студентов-медиков и врачей [36].

Процесс обучения по вопросам паллиативной помощи в России в системе последиplomного образования осуществляется на кафедре паллиативной медицины, открытой в 2013 г. на факультете последиplomного образования МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедре онкологии с курсом лучевой диагностики Рязанского медицинского университета им. И.П. Павлова [297] и в некоторых других медицинских ВУЗах. В литературе обсуждается опыт преподавания дисциплины «паллиативная медицина» при обучении по программам ординатуры [429]. По мнению Г.А. Новикова и соавт. (2013), очевидна необходимость организации профильных кафедр в ведущих медицинских вузах и субъектах РФ, расширение географии которых в системе медицинского образования в России позволит подготовить специалистов по паллиативной помощи международного уровня [114].

3. Интеграция

Координация деятельности участников медико-организационного процесса устанавливается в ракурсе интегративной функции. Взаимодействие участников процесса, направленное на повышение доступности и качества паллиативной помощи, формируются на основе выполнения стандартов (протоколов) медицинской помощи. Модели взаимодействия и координация медико-социальной деятельности могут рассматриваться «в отношении структур управления, планирования деятельности и организации профессиональной и иной деятельности, финансирования» [127].

Различные структурные подразделения представляют паллиативную помощь, для создания отделений паллиативной помощи в ряде регионов осуществляется реструктуризация существующего коечного фонда [236]. Однако, для России в связи с невысокой плотностью населения, значительной удалённостью многих малых городов и сельских поселений от крупных медицинских центров, крайне ограниченного коечного фонда стационаров и хосписов весьма актуальна организация внебольничной паллиативной помощи. В терминальной стадии болезни оказание паллиативной помощи в амбулаторных условиях в ближайшие годы должно получить свое развитие во всех регионах Российской Федерации [194].

Медико-социальные проблемы пациентов с прогрессирующими хроническими заболеваниями и их семей предполагают решение социально-психологических, этических, финансовых, экономических проблем. В профессиональной деятельности специалиста по социальной работе осуществляется и социальное посредничество между пациентом, его семьей, государственными и негосударственными структурами [57].

Социальная работа должна быть включена в паллиативную помощь максимально рано, в медицинских организациях системы паллиативной помощи различных уровней, в составе межпрофессиональных групп специалистов. По мнению специалистов, в России недостаточно разработаны технологии сотрудничества специалистов различных профилей в составе полипрофессиональных групп при оказании паллиативной помощи [57].

4. Латентная функция (поддержание ценностного образца)

Система должна поддерживать и воспроизводить как мотивацию субъектов, так и культурные образцы, создающие и поддерживающие мотивацию [329].

Важнейшим условием эффективности социальной практики паллиативной помощи является предсказуемость социальных действий и социального поведения субъектов социального взаимодействия. Основная функция социального контроля заключается в сохранении устойчивости и стабильности социальной системы. Латентная функция определяет прогнозируемость, стабильность

функционирования социальных интеракций. Социальный контроль в процессе институционализации паллиативной помощи регламентирует поведение участников медико-социального процесса оказания паллиативной помощи.

В ракурсе социального контроля осуществляется анализ динамики социальной отзывчивости практики паллиативной помощи с оценкой неклинических параметров оказания паллиативной помощи «с позиций реализации универсальных ожиданий пациентов» [139, 434]. В мировой практике определены восемь критериев оценки отзывчивости системы здравоохранения: уважение человеческого достоинства, конфиденциальность, автономность хода лечения с учетом участия самого пациента, коммуникабельность врача, надлежащие условия, время оказания медицинской помощи, доступ к сети социальной поддержки и выбор поставщика медицинской услуги [433].

Происходящий в современной России процесс организации паллиативной помощи определяет необходимость повышения эффективности здравоохранения, доступности паллиативной помощи населению и предупреждения дисфункциональных практик системы здравоохранения.

Мировое хосписное движение находится сегодня на стадии совершенствования структуры, в России – на стадии мобилизации и поиска ресурсов для решения проблем пациентов в терминальном состоянии.

Основными препятствиями процесса институционализации паллиативной помощи в России являются следующие:

- низкий уровень профессиональной подготовки и информированности специалистов здравоохранения в области паллиативной помощи;
- недостаток финансирования в области оказания паллиативной помощи
- недостаточная интеграция деятельности специалистов различных профилей при оказании паллиативной помощи.

В ситуациях социально-экономических трансформаций несоответствие структуры и функций изменившимся общественным потребностям инициирует институциональные дисфункции, которые, по определению Э. Гидденса (2005),

являются вызовом существующему порядку вещей [64]. Дисфункции возникают при противоречиях структуры, включающей дефицит финансовых средств, профессиональных кадров и т.д. или сущностной деятельности (например, неопределенность целей деятельности, падение социального престижа и т.д.) [214]. Академик А.В. Решетников (2007) отмечает, что нарастание дисфункций в деятельности социального института может вести к институциональному кризису, причиной которого служит неспособность института эффективно выполнять свои главные функции [326].

До настоящего времени формат медицинской помощи регулируются в России медико-экономическими стандартами, которые регламентируют достаточность этой помощи при определенном заболевании [385].

В ракурсе дисфункций нами обсуждается медиализация паллиативной помощи. В принятых в России до 2019 г. законодательных документах паллиативная помощь рассматривается как паллиативная медицинская помощь, при формировании нормативной базы не нашел отражения принцип интегративного подхода к организации паллиативной помощи.

В российской социологии медицины феномен медиализации рассматривается академиком РАН А.В. Решетниковым [324], в работах Н.Н. Седовой и соавт. [85, 342, 347, 348]. Одно из определений медиализации приводит в диссертационном исследовании А.Н. Боязитова (2007), определяющая медиализацию как процесс, при котором состояние/поведение определяется как требующая медицинского решения проблема [30]. В данном контексте риск медиализации паллиативной помощи пациенту с хроническим заболеванием приводит к снижению функциональной эффективности паллиативной помощи и недостаточности оказания помощи.

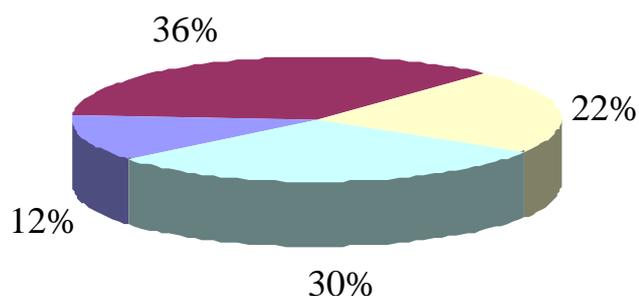
Л.Д. Рассказов (2016) отмечает, что развитие современной России имеет несколько векторов развития, и медиализация – один из них [307].

В своих исследованиях мы приводим аргументы, доказывающие опасность медиализации паллиативной помощи больным с хроническими, угрожающими жизни заболеваниями.

В 2018 г. нами проводилось исследование «Изучение мнения врачей-онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области», которому предшествовало составление социального портрета профессиональной группы онкологов в региональном здравоохранении.

Большинство респондентов (74,5%) – женщины, мужчины – 25,5%.

В возрастной группе до 30 лет – 12% респондентов, 31–40 лет – 36,0%, 41–50 лет – 22,0 %. Врачи от 51 до 60 лет составили 30,0% респондентов (рисунок 50). Средний возраст – 46 ± 3 года ($p < 0,05$).



■ до 30 лет ■ 31-40 лет ■ 41-50 лет ■ 51-60 лет

Рисунок 50 - Распределение респондентов по возрасту (%)

Стаж работы в здравоохранении до 10 лет – 29,2% респондентов, от 11 до 20 лет – 22,9%, от 21 до 30 лет – 22,9 % респондентов. Стаж работы в здравоохранении свыше 30 лет у 20% респондентов (рисунок 51). Средний стаж работы в здравоохранении – $20,6 \pm 3,4$ года ($p < 0,05$).

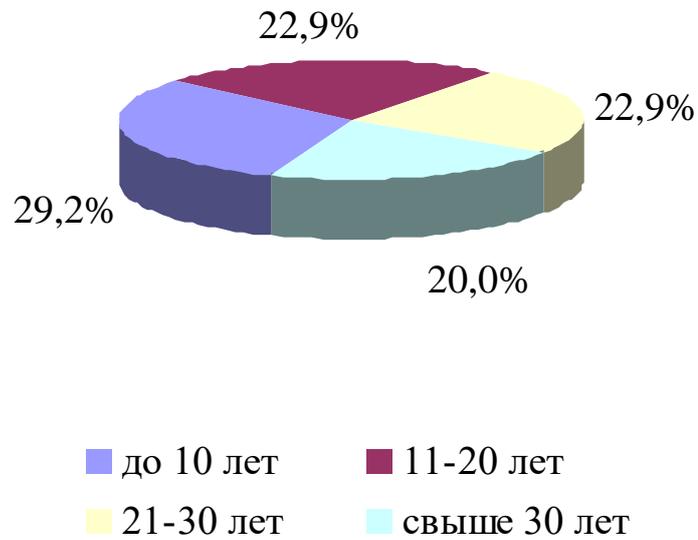


Рисунок 51 - Распределение респондентов по стажу работы в здравоохранении (%)

32,6% респондентов работают по специальности менее 10 лет. Большинство (37,0%) респондентов – от 11 до 20 лет, 21,7% респондентов – от 21 до 30 лет. Свыше 30 лет работают онкологами 8,7% респондентов (рисунок 52). Средний стаж работы по специальности – $16 \pm 2,5$ года ($p < 0,05$).

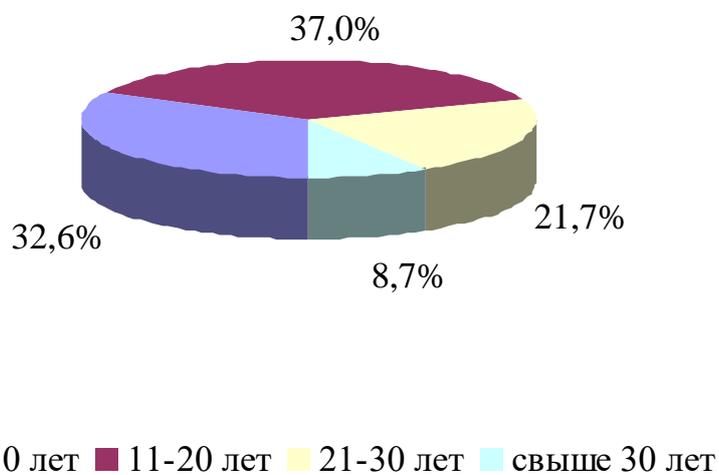


Рисунок 52 - Распределение респондентов по стажу работы по специальности (%)

Большинство (58,8%) респондентов имеют высшую квалификационную категорию. У 7% – 1 квалификационная категория, 7,8% имеют 2 квалификационную категорию, не имеют категории 19,6% респондентов (рисунок 53).

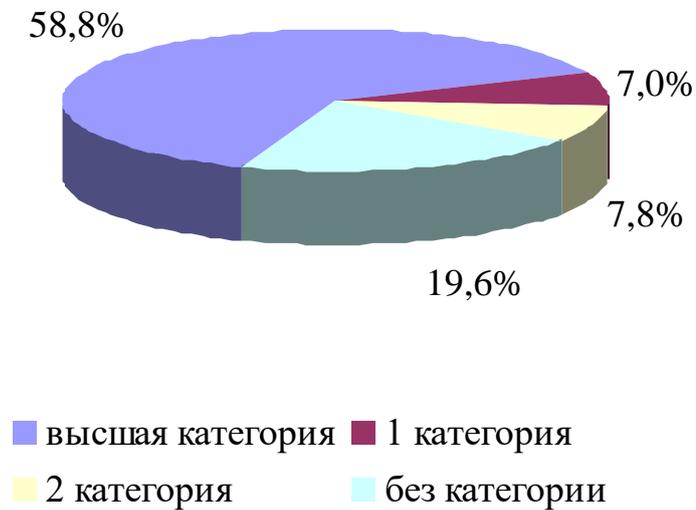


Рисунок 53 - Распределение респондентов по квалификационной категории

На вопросы анкеты (Приложение И) ответили 69 онкологов, работающих в лечебно-диагностических отделах ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» Саратовской области (таблица 9).

Таблица 9 – Анализ мнений онкологов о содержании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в Саратовской области

Вопрос анкеты	Онкологи (n 69)	
	Абс.	%
1. Паллиативная помощь – это:		
медицинская помощь	66	95,7
междисциплинарная помощь	3	4,3
затрудняюсь с ответом	0	0
2. Согласны ли Вы с тем, что в настоящее время паллиативная помощь пациентам в медицинских организациях региона является преимущественно медицинской. Психологическая и социальная помощь практически не представлены в паллиативной помощи?		
да	37	53,6
не согласен	28	40,6
затрудняюсь с ответом	4	5,8
3. Нуждаются ли пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, в психологической помощи?		
да	41	59,4
нет	18	26,1
затрудняюсь с ответом	10	14,5
4. Оказывается ли пациентам, страдающим онкологическим заболеванием, психологическая помощь в медицинских организациях региона?		
да	5	7,3
нет	45	65,2
затрудняюсь с ответом	19	27,5
5. Нуждаются ли пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, в социальной поддержке?		
да	41	59,4
нет	14	20,3
затрудняюсь с ответом	14	20,3
6. Оказывается ли пациентам, страдающим онкологическим заболеванием, социальная поддержка в медицинских организациях региона?		
да	5	7,3
нет	23	33,3
затрудняюсь с ответом	41	59,4
7. Нуждаются ли в психологической и социальной поддержке родственники пациента с онкологическим заболеванием?		
да	50	72,5
нет	5	7,2
затрудняюсь с ответом	14	20,3
8. Оказывается ли психологическая и социальная поддержка родственникам пациента с онкологическим заболеванием?		
да	9	13,0
нет	46	66,7
затрудняюсь с ответом	14	20,3

Отвечая на вопросы анкеты, большинство (95,7%) респондентов определили паллиативную помощь как медицинскую помощь. Лишь 4,3% врачей-онкологов рассматривают паллиативную помощь как междисциплинарную.

53,6% респондентов считают, что в настоящее время паллиативная помощь пациентам в медицинских организациях региона является преимущественно медицинской, психологическая и социальная помощь практически не представлены в паллиативной помощи. По мнению 40,6% респондентов, паллиативная помощь онкологическим пациентам в онкологических диспансерах региона включает психологическую и социальную поддержку. 5,8% респондентов не ответили на вопрос.

По мнению 59,4% респондентов, практически все пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, нуждаются в психологической помощи. 26,1% респондентов полагают, что пациенты не нуждаются в психологической помощи, 14,5% респондентов не смогли ответить на этот вопрос.

7,3% респондентов убеждены, что практически всем пациентам с онкологическими заболеваниями в онкологических диспансерах региона оказывается психологическая помощь. По мнению 65,2% респондентов в онкологических диспансерах отсутствует психологическое сопровождение пациентов. 27,5% респондентов испытывали затруднение при ответе на этот вопрос анкеты.

Большинство (59,4%) респондентов ответили утвердительно на вопрос: «Нуждаются ли пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, в социальной поддержке?». «Нет» – ответили 20,3% респондентов и 20,3% не смогли ответить на этот вопрос.

7,3% респондентов убеждены, что пациентам с онкологическим заболеванием в онкологических диспансерах оказывается социальная поддержка. Об отсутствии социальной поддержки больных заявили 33,3% респондентов и 59,4% респондентов не смогли ответить на этот вопрос.

Большинство (72,5%) респондентов заявили о том, что родственники пациентов с онкологическим заболеванием нуждаются в психологической и

социальной поддержке. 7,2% респондентов ответили на вопрос: «Нуждаются ли в психологической и социальной поддержке родственники пациента с онкологическим заболеванием?» отрицательно. 20,3% респондентов не ответили на этот вопрос.

Об оказании психологической и социальной поддержки родственникам пациентов в онкологических диспансерах заявили 13,0% респондентов и об отсутствии поддержки – 66,7% врачей-онкологов.

Результаты проведенного опроса доказывают существующие в региональном здравоохранении тенденции медиализации паллиативной помощи. В ходе исследования не установлено статистически достоверной зависимости мнения респондентов о содержании и тенденциях организации паллиативной помощи в онкологических диспансерах региона от стажа работы по специальности и квалификационной категории врачей-онкологов.

6.3. Организация паллиативной помощи онкологическим больным в России в исторической ретроспективе

В конце 19 в. – начале 20 в. в больницах крупных городов России были открыты «раковые» палаты, «Морозовский институт для лечения опухолей» в Москве со стационаром на 130 коек и лабораториями, больница для бедных женщин с онкологическими заболеваниями в Санкт-Петербурге; были организованы «Всероссийское общество борьбы с раковыми заболеваниями», противораковые общества. Изучение злокачественных новообразований, лечение и признание онкологических инкурабельных больных в терминальной стадии заболевания, образовательная деятельность, научные исследования в онкологии рассматривались как основные задачи противораковых обществ [413].

Практика организации онкологической помощи была продолжена в советской России. В 1938 г. в соответствии с Приказом № 328 Наркомздрава РФ был организован Центральный онкологический институт (в Москве), центральные онкологические поликлиники (в Москве и Ленинграде) [157]. С 1945 г. в крупных городах были организованы онкологические диспансеры и в краевых, областных и городских больницах отделения для онкологических больных. На дому выполнение медицинских назначений врача онкологическим больным осуществляли патронажные сестры, оказывающие «социально-правовую, медико-социальную и психологическую паллиативную помощь пациенту и его семье [279, 280]. С 1989 г. функционируют «кабинеты противоболевой терапии, оказывающие амбулаторную паллиативную помощь пациентам, и стационарную – в хосписах и отделениях паллиативной помощи» [157].

Федеральный закон № 323 [233] в 2011 г. ознаменовал совершенно новый этап в развитии паллиативной помощи как вида медицинской помощи наравне с первичной, скорой и специализированной медицинской помощью и послужил нормативной основой для организации системы оказания медицинской помощи неизлечимо больным гражданам в России. С этого момента до настоящего времени происходило формирование нормативной базы, которая, хотя и

находится в состоянии постоянного совершенствования уже почти 10 лет, стала достаточно полной и в целом с 2019 г. определяет возможность организации паллиативной помощи в ракурсе мировых тенденций ее формирования. В таблице 10 представлено развитие системы оказания паллиативной помощи в контексте формирования отечественной нормативной базы с 2011 г. по 2019 г.

Таблица 10 – Развитие системы паллиативной помощи в нормативно-распорядительных документах Российской Федерации за период 2011–2019 гг.

Нормативно-правовой акт (НПА)	Дата принятия НПА	Название	Статус документа на 01.01.2020 г.
Федеральный закон № 323 [233]	21 ноября 2011 г.	«Об основах...»	Действующий
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 543н [237]	15 мая 2012 г.	«Об утверждении Положения...»	Действующий
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1343н [247]	21 декабря 2012 г.	«Об утверждении порядка...»	Утратил силу
Постановление Правительства Российской Федерации № 932 [225]	18 октября 2013 г.	«Об утверждении Программы...»	Утратил силу
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 187н [248]	23 мая 2015 г.	«Об утверждении порядка...»	Утратил силу
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 193н [249]	14 апреля 2015 г.	«Об утверждении порядка...»	Утратил силу
Распоряжение Правительства Российской Федерации № 427-р [252]	15 марта 2018 г.	«Об утверждении распределения...»	Утратил силу

Продолжение таблицы 10

Нормативно-правовой акт (НПА)	Дата принятия НПА	Название	Статус документа на 01.01.2020 г.
Федеральный закон № 18 [218]	17 марта 2019 г.	«О внесении изменений...»	Действующий
Постановление Правительства Российской Федерации № 440 [217]	12 апреля 2019 г.	«О внесении изменений в Программу...»	Действующий
Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 345н/372н [236]	31 мая 2019 г.	«Об утверждении Положения...»	Действующий

В перечень нормативно-правовых актов, представленных в таблице 10, вошли только основополагающие документы, определяющие цель паллиативной помощи, формирование соответствующих организационных структур, принципов ее оказания, доступность для взрослого и детского населения. Несомненно, для дальнейшего совершенствования и повышения доступности необходимо внесение дополнений в раздел «виды медицинской помощи» в порядке оказания медицинской помощи детям – по профилю эндокринология [241], больным туберкулезом [239], для больных с наследственными и врожденными заболеваниями, орфанными, психическими заболеваниями [243] и др., дополнив раздел наименованием «паллиативная». Следует отметить, что ряд порядков оказания медицинской помощи детям уже содержат указание на паллиативную медицинскую помощь, по детской онкологии [240], «неврологии» [242], дополнен порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях [246]. Внесение дополнений в порядки, регламентирующие оказание медицинской помощи сделает паллиативную медицинскую помощь детям более доступной.

В Федеральном законе 2011 г. [233] паллиативная медицинская определяется как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в

целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан», которую могут оказывать медицинские работники, прошедшие обучение по оказанию паллиативной помощи. С 2013 г. оказание паллиативной помощи включено в программу госгарантий, обеспечив доступность и развитие этого вида медицинской помощи во всех регионах России [299]. В ходе предоставления паллиативной помощи в стационарных условиях граждане обеспечиваются лекарственными средствами из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Организация паллиативной медицинской помощи населению в субъектах РФ относится к полномочиям региональных органов государственной власти в сфере охраны здоровья.

Средние нормативы объемов медицинской помощи из расчета на одного жителя в год были установлены программой госгарантий на 2014 год [225], где планировалось оказание паллиативной помощи в стационарных условиях с формированием соответствующего коечного фонда за счет реструктуризации коек по другим видам медицинской помощи, имеющим профицитный коечный фонд. Программой были определены следующие нормативы для оказания паллиативной медицинской помощи в стационаре, динамика которых за три года отражает государственную политику, направленную на обеспечение доступности паллиативной медицинской помощи населению страны (2014 год – 0,092 к/дня на одного жителя, на 2015 год – 0,112, на 2016 год – 0,115 к/дня на одного жителя) [299].

О перспективном развитии паллиативной помощи свидетельствует выделение Правительством РФ трансфертов [252] в 2018 г. региональным бюджетам за счет бюджетных средств резервного фонда Правительства России в объеме 4350000 тыс. рублей на развитие паллиативной медицинской помощи, которые необходимо было направить на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами; организацию мониторинга оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям; обеспечение медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, медицинскими изделиями, в т.ч. для использования на дому. В Распоряжении определены

финансовые средства, выделяемые субъектам РФ на эти цели – на Саратовскую область было выделено 97632,6 тыс. руб.

В таблице 11 представлен контент – анализ Порядков оказания паллиативной медицинской помощи, утвержденных в период ее становления, начиная с 2012 г., и Положения об оказании паллиативной помощи, принятого взамен порядков оказания паллиативной медицинской помощи взрослому и детскому населению, в 2019 г. совместным приказом Минздрава России и Минтруда России.

Таблица 11 – Сравнительный анализ порядков оказания паллиативной помощи, действующих в 2012-2019 гг.

№п/п	Порядок от 15.05.2012г. № 543н [237] (взрослым)	Порядок от 23.05.2015г. № 187н [248] (взрослым)	Порядок от 14.04.2015г. № 193н [249] (детям)	Положение от 31.05.2019 г. № 345н/372н [239] (общее)
Цель оказания паллиативной медицинской помощи				
	отсутствует	имеется	имеется	имеется
Перечень состояний, которые позволяют оказывать паллиативную помощь				
	отсутствует	имеется	отсутствует	имеется (рисунок 54)
Критерии отнесения пациентов к группе неизлечимо больных				
	отсутствует	имеется	отсутствует	имеется
показания для госпитализации пациентов, нуждающихся в медицинском наблюдении, лечении и уходе в условиях отделения паллиативной медицинской помощи				
	отсутствует	имеется	отсутствует	имеется (Приложение 3)
Наличие в перечне медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь таких подразделений как:				
хоспис	отсутствует	имеется	имеется	имеется
дом (больница) сестринского ухода	отсутствует	имеется	имеется	имеется
отделение сестринского ухода	отсутствует	имеется	имеется	имеется
-центр паллиативной помощи	имеется	отсутствует	отсутствует	отсутствует

Продолжение таблицы 11

№п/п	Порядок от 15.05.2012г. № 543н [237] (взрослым)	Порядок от 23.05.2015г. № 187н [248] (взрослым)	Порядок от 14.04.2015г. № 193н [249] (детям)	Положение от 31.05.2019г. № 345н/372н [236] (общее)
Наличие положений, обеспечивающих:				
преимущество медицинских организаций при оказании паллиативной медицинской помощи	отсутствует	имеется	имеется	имеется
взаимодействие медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций	отсутствует	отсутствует	отсутствует	имеется
Наличие положения об организации транспортировки пациента домой или в другую медицинскую организацию				
	отсутствует	имеется	отсутствует	имеется
Условия, в которых оказывается паллиативная медицинская помощь:				
дневной стационар	имеется	отсутствует	отсутствует	имеется
амбулаторно	имеется	имеется	имеется	имеется
круглосуточный стационар	имеется	имеется	имеется	имеется

- с различными формами злокачественных новообразований;
- с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- с различными формами деменции в терминальной стадии заболевания.



Рисунок 54 – перечень состояний, при которых показана паллиативная помощь

Разработаны показания к госпитализации в отделения паллиативной медицинской помощи, в дом (больницу) сестринского ухода, в отделение сестринского ухода, в отделение круглосуточного медицинского наблюдения и лечения хосписа [248, 249] (Приложение К).

Характеристика отдельных положений ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [233] представлена в таблице 12.

Таблица 12 – Характеристика отдельных положений ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [233] в связи с принятием ФЗ № 18 «О внесении изменений в Федеральный закон № 323» [218]

	ФЗ № 323 21.11. 2011	Последствия	ФЗ № 18 06.03.2019	Последствия
паллиативная медицинская помощь				
паллиативная помощь включает психологическую поддержку и уход за неизлечимо больными гражданами	нет	снижение качества паллиативной медицинской помощи	есть	повышение качества паллиативной медицинской помощи

Продолжение таблицы 12

	ФЗ № 323 21.11. 2011	Последствия	ФЗ № 18 06.03.2019	Последствия
медицинские организации должны взаимодействовать с родственниками неизлечимо больного пациента, другими членами его семьи, организациями социального обслуживания, религиозными организациями.	нет	снижение качества паллиативной медицинской помощи	есть	повышение качества паллиативной медицинской помощи
разделение паллиативной медицинской помощи на паллиативную первичную медицинскую помощь, и паллиативную специализированную медицинскую помощь	нет	снижение качества паллиативной медицинской помощи	есть	повышение качества паллиативной медицинской помощи
возможность оказания паллиативной помощи в условиях дневного стационара	нет	ограничение доступности и снижение эффективности медицинской помощи	есть	повышение доступности и эффективности медицинской помощи
возможность для использования на дому медицинских изделий, используемых для поддержания жизненно важных функций организма	нет	ограничение доступности медицинской помощи	есть	повышение доступности и эффективности медицинской помощи
возможность обеспечения пациентов лекарственными препаратами для обезболивания, включая наркотические и психотропные, при посещениях на дому	нет	ограничение доступности медицинской помощи	есть	повышение доступности медицинской помощи
предоставление в медицинских организациях, оказывающих паллиативную МП, психологической и психотерапевтической помощи пациенту и членам семьи пациента, или после его смерти (в случае обращения членов семьи пациента в организацию)	нет	снижение качества паллиативной медицинской помощи	есть	повышение качества паллиативной медицинской помощи

Изменения, внесенные в Федеральный закон 2011 г. «Об основах охраны здоровья...» [218] в 2019 г., нашли отражение в Постановлении Правительства России, дополнив новыми положениями Программу госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам на 2019 г. и плановый период 2020–2021 гг. [224]. Так, в числе новшеств – организация работниками поликлиник, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, оказания первичной паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с выездными патронажными бригадами медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь, и при взаимодействии с медицинскими организациями, которые оказывают паллиативную специализированную медицинскую помощь. Закреплена обязательность преемственности при оказании специализированной и первичной медицинской помощи.

Введены новые критерии доступности и качества паллиативной медицинской помощи:

- доля пациентов, которым оказана паллиативная помощь, в общем количестве пациентов, нуждающихся в ней;
- доля пациентов, которым оказана паллиативная помощь по месту жительства, в том числе на дому;
- доля выездов патронажной службы на дом для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в общем количестве посещений по взрослому населению.

Определены средние нормативы объема паллиативной медицинской помощи:

- в амбулаторных условиях (в т.ч. на дому), за счет средств бюджета на 2019 год – 0,008 посещения на 1 жителя, на 2020 г. – 0,0085, на 2021 г. – 0,009 посещения на 1 жителя, в т.ч. при посещениях на дому выездными патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи, на 2019 г. – 0,001 посещения на 1 жителя, на 2020 год – 0,0015 посещения на 1 жителя, на 2021 год – 0,002 посещения на 1 жителя. В условиях дневного стационара – 0,004 случая лечения

на 1 жителя; в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) за счет бюджетных средств на 2019–2021 гг. – 0,092 к/дня на 1 жителя. Таким образом, программа госгарантий отражает курс на развитие паллиативной помощи в амбулаторных условиях. Финансовые затраты на паллиативную помощь в амбулаторных условиях в 2019 году на одно посещение составляли 396 рублей (средний норматив затрат), паллиативной помощи выездными патронажными бригадами – 1980 рублей. В нормативном акте закреплено финансовое обеспечение по предоставлению и использованию на дому у пациента медицинских изделий, предназначенных для поддержания витальных функций; обеспечение лекарственными препаратами для обезболивания при посещениях на дому. Кроме этого, медицинские организации должны оказывать психологическую и психотерапевтическую помощь и пациенту, и членам его семьи, как при оказании паллиативной помощи, так и после его смерти в случае обращения членов семьи пациента в медицинскую организацию.

8 июля 2019 г. вступил в силу совместный приказ Минздрава России и Минтруда и соцзащиты России, которым утверждено Положение об организации паллиативной медицинской помощи, включающее порядок взаимодействия медицинских организаций с организациями социального обслуживания, и общественными объединениями, иных некоммерческих организаций» [236]. Одновременно прекратили действие Приказ Минздрава России 2015 г. «Об утверждении Порядка...» [249] и Приказ Минздрава России 2015 г. «Об утверждении Порядка...» [248]. В Положении установлены единые правила организации паллиативной медицинской помощи, как взрослым, так и детям. Кроме того, в нём нашли отражение все новшества Федерального закона 2019 г. «О внесении изменений...» [218].

В Положении впервые конкретизированы общие медицинские показания к оказанию паллиативной помощи взрослому населению, а также применительно к конкретным патологическим состояниям, например, при злокачественных новообразованиях, с болезнью Альцгеймера, дегенеративными заболеваниями

нервной системы на поздних стадиях и др. Это нововведение позволяет поликлиникам своевременно дифференцировать потоки пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, что обеспечивает доступность данного вида медицинской помощи. Ссылка о том, что перечень медицинских показаний не является исчерпывающим, позволяет врачам первичного звена самостоятельно определять индивидуальную потребность пациентов в паллиативной помощи по тем нозологическим формам, которые не указаны в Положении [236]. Для детского населения Положение [236] также определяет заболевания или состояния, которые требуют оказания паллиативной медицинской помощи: злокачественные новообразования, неоперабельные врождённые пороки развития, последствия травм и социально значимых заболеваний органов и систем с неблагоприятным прогнозом и др.

Основанием для оказания паллиативной медицинской помощи является медицинское заключение, выдача которого отнесена к компетенции врачебной комиссии медицинской организации (либо консилиума врачей), в которой осуществляется наблюдение и лечение взрослого пациента. В состав ВК рекомендовано включать врача по медицинской реабилитации, врача-гериатра (для пациентов после 75 лет), а также врача анестезиолога-реаниматолога и/или пульмонолога (для пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке). Медицинское заключение для предоставления паллиативной медицинской помощи детям выдает ВК с обязательным включением в нее руководителя медицинской организации (заместителя). Совместный приказ Минздрава и Минтруда и соцзащиты России впервые законодательно строго регламентировал механизм и сроки взаимодействия медицинских организаций, оказывающих паллиативную специализированную медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях, первичную паллиативную помощь, а также, детской и взрослой лечебных сетей. Всё это позволит обеспечить доступность и преемственность в оказании паллиативной медицинской помощи пациентам.

Приказом утверждены требования к стандартам оснащения, штатным нормативам, правилам организации деятельности кабинетов, отделений, дневных

стационаров, хосписов, больниц (домов) сестринского ухода, как для детей, так и для взрослых.

Отдельно сформирован порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания, общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья, в котором закреплён механизм и сроки, в которые должно быть реализовано взаимодействие всех юридических субъектов, участвующих в оказании паллиативной помощи.

Резюме

1. Паллиативная помощь – актуальное направление современной медицины, ведущим принципом которого является междисциплинарное оказание помощи пациентам с хроническим течением заболевания.

Роль паллиативной помощи в социальном институте медицины позволяет определить ее как вид социальной практики. Происходящий в современной России процесс институционализации паллиативной помощи может быть представлен с методологических позиций исследования социально-структурных функций (AGIL), предложенных Т. Парсонсом для открытых социальных систем.

Формирование социальной практики паллиативной помощи направлен на оптимизацию качества жизни и эффективную ресоциализацию пациентов онкологического профиля при хроническом течении заболевания, предполагает решение социальных проблем, определяющих повышение эффективности здравоохранения для обеспечения доступности паллиативной помощи населению и предупреждения дисфункциональных практик.

2. После законодательного определения паллиативной помощи как нового вида медицинской помощи, в 2012 году был принят порядок оказания медицинской помощи указанного профиля взрослому населению, который не мог в полном объеме обеспечить реализацию основных принципов оказания медицинской помощи, в связи с отсутствием закрепления этих принципов в федеральном законе. В связи с этим, принятые порядки оказания медицинской

паллиативной помощи взрослому и детскому населению определили саму возможность оказания паллиативной помощи в медицинских организациях, закрепили номенклатуру последних, утвердили примерную классификацию состояний, при которых оказывается паллиативная помощь, определили показания для направления пациентов на госпитализацию для оказания указанного вида помощи. Эти положения, отраженные в Порядках, позволили начать формирование системы паллиативной помощи в стране и ее субъектах. В Порядке 2012 г. отсутствовал ряд положений, что существенным образом ограничивало доступность паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

3. До 2019 г. Порядки оказания медицинской помощи эволюционировали с учетом критического анализа опыта работы медицинских организаций, правоприменительной практики, публикаций результатов исследований отечественных и зарубежных ученых. Однако, в указанный период при формировании нормативной базы не нашел отражения принцип интегративного подхода к организации паллиативной помощи, произошло расширение медикализации паллиативной помощи и только в 2019 г. в новых нормативных документах появились положения, позволяющие реализовывать системный интегративный подход при организации оказания паллиативной помощи населению РФ.

ГЛАВА 7. ОБОСНОВАНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

7.1. Научное обоснование организации региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным

Известны исследования отечественных авторов [104, 158, 179, 257, 320, 327, 359, 437, 438, 439, 440, 442, 444], посвященные институциональным преобразованиям в системе здравоохранения современной России, научному обоснованию современных тенденций организации здравоохранения.

Преодоление фрагментации, заключающейся в недостаточном взаимодействии отдельных медицинских подразделений в достижении клинического и экономического результата, и формирование интегрированной системы является важной задачей современного здравоохранения. Исследовательский интерес направлен на поиск направлений и механизмов интеграции с учетом специфики национального здравоохранения [426].

Региональное развитие рассматривается «как процесс формирования новой теоретической модели структурно-пространственной организации региона с использованием системного подхода» [451].

Оценка пространства здравоохранения в регионе включает анализ социально-экономических, экологических и др. особенностей развития региона, взаимодействие основных региональных субъектов, характеристики их координации, региональные особенности организации (обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи) и менеджмента системы здравоохранения, уровень коммерциализации медицины, соотношение социальной (оптимизация качества жизни пациентов, повышение качества и доступности медицинской помощи населению) и экономической (сокращение бюджетных расходов на здравоохранение) эффективности, паритет

стратегических и тактических решений, межинституциональное взаимодействие, дисфункциональные практики здравоохранения региона [68, 291, 376].

Оказание помощи при онкологических заболеваниях ставит целью улучшение функционального статуса, снижение мучительных для пациента симптомов, продление жизни путем вторичной профилактики и улучшение качества жизни пациентов [589]. Этим целям едва ли можно достигнуть при традиционных подходах. Необходима принципиально новая персонифицированная модель оказания помощи, ориентированная на больного с полиморбидной патологией. По мнению Р.А. Хальфина и соавт. (2019), «внедрение пациентоориентированной модели позволит существенно повысить качество оказания медицинской помощи населению России» [290].

Эффективная межпрофессиональная координация во многих отношениях опирается на межведомственную координацию. Оказание помощи пациентам с онкологическими заболеваниями предполагает создание модели континуума медицинской помощи [678], взаимодействие субъектов оказания онкологической помощи может формироваться между «структурами управления, планирования работы, финансирования, организации профессиональной и иной деятельности» [127].

При хроническом течении онкологического заболевания континуум онкологической помощи формируется в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания. В большинстве регионов России онкологическая помощь до настоящего времени ограничена в основном специализированной помощью. При этом в онкологическую помощь в последние годы включена и паллиативная помощь, которая в российских законодательных документах до принятия в 2019 г. изменений в Федеральный закон [218], рассматривалась только как паллиативная *медицинская* помощь.

В связи с отсутствием в России сформированного континуума онкологической помощи, возникает необходимость его концептуализации.

Процесс формирования региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам, учитывающей специфику ее

организации в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания, рассматривается нами в ракурсе интегрированной системы здравоохранения:

- интеграции паллиативной помощи в региональную систему здравоохранения. Когерентность («сцепленность») рассматривается как условие, обеспечивающее институциональную комплементарность [168];
- формирования паллиативной помощи при помощи организационных преимуществ государственно-частного партнерства;
- объединения реабилитации, специализированной, паллиативной медицинской помощи в систему онкологического междисциплинарного сервиса пациентам онкологического профиля в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

С системой онкологической помощи связана дефиниция иерархичности [61]. Иерархичность системы онкологической помощи представлена разными уровнями ее организации и определяется координированным функционированием медицинских, социально-психологических и экономических структурных элементов континуума.

Здравоохранение Саратовской области представляет собой открытую, целостную, устойчивую и управляемую систему.

Анализ организации региональной системы онкологической помощи проводится нами с позиций согласованности ее структурных и функциональных характеристик в контексте интегрированной системы здравоохранения. При разработке концепции региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным учитывался контент сопровождения данной категории больных [369]:

- превенция возникновения и прогрессирования заболевания;
- диагностика клинических и социально-психологических потребностей пациента, установление приоритетов;
- персонифицируемая междисциплинарная помощь, учитывающая потребности пациентов;
- мотивация самоменеджмента.

Сущность концепции региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам определяют следующие положения:

- формирование медицинской активности больных, страдающих онкологическим заболеванием, и их родственников в определении стратегий системы онкологической помощи;
- формирование групп клинического и социального риска развития и прогрессирования онкологических заболеваний. Разработка и осуществление программ профилактики в группах риска;
- обеспечение непрерывного междисциплинарного подхода в предоставлении пациентам специализированной, паллиативной и реабилитационной помощи, содержание которой продолжительностью и тяжестью заболевания;
- взаимодействие специалистов в междисциплинарной группе и новых социальных агентов системы охраны здоровья;
- интеграция континуума онкологической помощи в региональную систему здравоохранения.

Концептуальная модель организации континуума помощи пациентам с хроническими заболеваниями, предложенная В.И. Стародубовым и соавт. (2015), предполагает междисциплинарное постоянное сопровождение пациента с хроническим заболеванием, исключающее эпизодическое оказание медицинской помощи, с целью сохранения здоровья, социальной активности и оптимизации качества жизни [369]. Реализация модели «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни» связана с созданием и функционированием Центров ведения пациентов с хроническими болезнями, являющихся структурными подразделениями располагающих необходимыми лечебно-реабилитационными и кадровыми возможностями поликлинических медицинских организаций, в которых медико-социальная помощь осуществляется группой специалистов, реализующих междисциплинарный подход к ведению пациента с хроническим заболеванием.

По мнению авторов, структура Центра включает амбулаторное лечебно-диагностическое отделение, состоящее из выездной службы и дневного стационара, отделение реабилитации, паллиативной помощи (включая школу), профилактическое отделение и оргметодкабинет.

Паллиативная помощь и реабилитация онкологических больных осуществляется междисциплинарной группой специалистов под руководством куратора (онколога – для пациентов в нетерминальных стадиях болезни, специалиста по паллиативной помощи – для пациентов в терминальных стадиях), в составе группы: врач общей практики, специалисты смежных специальностей (для лечения сопутствующих состояний и хронического болевого синдрома), средний медицинский персонал, специалист по реабилитации, психолог, специалист по социальной работе, волонтеры.

При организации центра осуществляется взаимодействие с различными медицинскими и общественными организациями, негосударственными организациями с использованием механизмов государственно-частного партнерства.

Организационная технология «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни», по мнению О.С. Мишиной (2016), заключается в повышении социальной активности и самоменеджмента пациента, определение потребностей пациентов, формирование междисциплинарного медико-социального персонифицированного подхода, использование внебольничных форм ведения пациента с концентрацией медицинской помощи в организации здравоохранения, максимально приближенных к месту жительства, включение в спектр оказания помощи интерактивных консультативных и информационно-справочных услуг [200].

Рассмотрим ситуацию с онкологической помощью в Саратовской области [253].

В регионе первичная специализированная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь онкологическим больным представлена 62 первичными онкологическими кабинетами, расположенными в

г. Саратове и 38 районах области, а также специализированными учреждениями – областным клиническим онкологическим диспансером и рядом медицинских организаций, имеющих онкологические отделения или койки онкологического профиля. Охват специализированным лечением пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, составляет 67%. Специализированная медицинская помощь населению при онкологических заболеваниях организована на 579 койках.

Ведущим онкологическим учреждением в регионе является ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер». На него, наряду с лечебно-диагностической, возложены функции организационно-методической работы. В составе ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» (ОКОД) 4 лечебно-диагностических отдела, в которых функционируют стационарные койки (включая круглосуточные – 480 коек и дневные 36 коек). Кроме того, имеется 12 анестезиолого-реанимационных коек и 3 отделения амбулаторной помощи мощностью 635 больных ежедневно).

ГУЗ «Областная клиническая больница» – 35 коек онкологических круглосуточного пребывания.

ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 2 им. В.И. Разумовского» – 16 коек онкологических круглосуточного пребывания.

ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 8» – 6 коек онкологических круглосуточного пребывания.

12 онкологических коек имеется в структуре Детской областной клинической больницы.

Число онкологических коек в Саратовской области составило 429. Обращает на себя внимание один из низких по Российской Федерации уровень обеспеченности онкологическими койками – 1,75 коек на 10 тыс. населения в 2018 г. (в РФ – 2,4). При этом число впервые выявленных онкологических заболеваний – 39,6 на 1000 (по РФ – 59,4 на 1000 населения). Развернутых радиологических коек в регионе – 150, показатель обеспеченности указанными койками – 0,61 на 10 тыс. населения (по РФ – 0,54 на 10 тыс. чел. в 2017 г.).

Дефицит коечной мощности по койкам онкологического профиля частично нивелируется организацией оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях негосударственной формы собственности и ведомственных медицинских организациях. 30 коек онкологического профиля развернуто в Федеральном государственном учреждении здравоохранения – «Саратовский медицинский центр ФМБА», 105 коек – в Клинической больнице системы РЖД в г. Саратове – радиологических 60 и онкологических 45 коек.

Обеспеченность онкологических больных высокотехнологичными видами медицинской помощи в городе Саратове составляет 90% благодаря процессу постепенного погружения отдельных видов (методов) лечения в базовую программу ОМС (раздел ВМП в системе ОМС).

По итогам 2018 г. в региональных медицинских организациях число штатных единиц врачей-онкологов составило 165,75, из которых заняты ставки составили 121,75. Так в областном онкологическом диспансере на 78 шт. должностей врачей-онкологов работали 67 врачей, на 20 шт. ед. радиологов – 16 специалистов (коэффициент совместительства – 1,27).

Медицинское оборудование организаций системы первичной медико-санитарной помощи устарело, требует замены и обновления для обеспечения своевременного выявления злокачественных новообразований. Материально-техническая база Областного онкологического диспансера также не соответствует современным требованиям к оснащению организаций соответствующего профиля и подлежит модернизации [253].

Саратовская область имеет ряд медико-социальных особенностей, влияющих на онкологическую ситуацию в регионе:

- низкая плотность населения (2,5 человека на 1 км²) при достаточно большой общей площади территории региона (363700 км²);
- низкая доступность медицинской помощи для 34,7% жителей удаленных от областного центра (онкологического диспансера) населенных пунктов;

– кадровый дефицит специалистов в районных медицинских организациях – из 38 районов лишь в десяти работают врачи – онкологи, в других в других должности врачей онкологов занимают врачи иных специальностей.

На протяжении последних лет в Саратовской области отсутствует положительная динамика показателей, характеризующих доступность и качество онкологической помощи, что обусловлено нерешенными проблемами:

- установление диагноза в поздние сроки заболевания,
- отказ пациентов от лечения,
- отсутствие современного медицинского оборудования;
- дефицит медицинских кадров.

В региональных медицинских организациях функционирует весь необходимый набор структурных подразделений, которые призваны осуществлять профосмотры, контролировать их качество с целью ранней диагностики предопухолевых и онкологических заболеваний населения Саратовской области.

Основные задачи онкологической службы определены приказом Минздрава России 2009 г. № 944н [245], который утверждает порядок оказания медицинской помощи пациентам онкологического профиля. К ним относится ведение учета онкологических больных; анализ эпидемиологических показателей, характеризующих распространенность злокачественных новообразований; организация системы оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения за больными указанного профиля; оценка эффективности деятельности онкологических учреждений; разработка в регионе противораковых мероприятий; организация санпросветработы по профилактике и предупреждению злокачественных новообразований.

Для решения поставленных задач необходима концептуализация формирования континуума онкологической помощи в регионе, предполагающего онкологический скрининг групп риска и декретированных групп, повышение результативности профилактических осмотров в медорганизациях; активное внедрение и совершенствование информационных технологий; подготовку кадров

высшей квалификации и дополнительное профессиональное образование (перспективное обучение на базе СГМУ); внедрение современных диагностических, лечебных и реабилитационных технологий, включающее оснащение современным оборудованием и обучение специалистов; приведение мощностей областного онкологического диспансера в соответствие с уровнем накопленной заболеваемости, тяжести состояния пациентов; формирование адекватного коечного фонда (круглосуточного и дневного пребывания).

Приказ Минздрава РФ 2012 г. № 915н [241] возлагает на онкологические диспансеры осуществление координации работы различных медицинских организаций, деятельность которых связана с реабилитацией и паллиативной помощью. При этом онкологические диспансеры осуществляют координацию деятельности различных медицинских организаций, деятельность которых связана с реабилитацией и паллиативной помощью.

Организация паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями является обязательством субъекта РФ, который включает формирование системы в территориальную программу развития здравоохранения.

В России отсутствует единая модель организации паллиативной помощи, что обусловлено разнообразием субъектов РФ по их географическому расположению, демографическим и экономическим показателям и предопределяет индивидуальный подход при формировании региональной системы паллиативной помощи [373].

Согласно данным Д. Невзоровой (2015), на выбор регионами модели паллиативной помощи влияет региональный уровень заболеваемости и смертности, региональная специфика развития территории, характеристика системы здравоохранения [208]. Необходимо оценить потребность в данном виде помощи в каждом конкретном субъекте. Расчётная величина в 10 коек на 100 тысяч населения не является единственным и объективным индикатором качества работы служб паллиативной медицинской помощи. В некоторых субъектах потребность в койках паллиативного профиля может быть незначительной, и там целесообразно организовывать выездные патронажные службы и помощь

пациентам на дому. Именно такая модель организации паллиативной помощи считается наиболее оправданной как для пациентов, так для экономии ресурсов системы здравоохранения.

Г.А. Новиков и соавт. (2015) констатируют, что, несмотря на имеющееся нормативное обеспечение для формирования и развития системы паллиативной помощи в России, есть риски формирования диспропорции в доступности паллиативной помощи для неонкологических и онкологических пациентов. Для минимизации указанных рисков, необходим индивидуальный подход, учитывающий возможности и особенности конкретного региона, что позволит в процессе построения региональных моделей обеспечить равную доступность паллиативной помощи [264].

Е.С. Введенская и соавт. (2012) определили задачи организации паллиативной помощи онкологическим больным в регионах РФ в программах федерального и регионального развития:

- осуществление контроля за организацией и оказанием паллиативной помощи населению;
- разработка и включение в систему медицинского образования программ по паллиативной помощи, соответствующих уровню образования;
- обоснование стандартов паллиативной помощи, закрепление их в НПА и осуществление контроля за их выполнением;
- информирование специалистов здравоохранения об особенностях терминальных состояний, современных тенденциях обезболивания онкологических больных;
- обеспечение доступности per os и в трансдермальных формах;
- осуществление контроля качества паллиативной помощи [36].

Качество оказания паллиативной помощи в отдельном регионе зависит не только от качества помощи, предоставляемой отдельными (медицинскими и немедицинскими) организациями, но также от взаимодействия этих организаций между собой. Создание региональной сети взаимодействующих организаций повышает доступность и качество паллиативной помощи для населения [670].

В литературе рассматриваются региональные модели паллиативной медицинской помощи [311]. Г.А. Новиков и соавт. (2015) предлагают разные региональные модели паллиативной помощи – для субъектов РФ с населением до и более 2 млн. человек. По мнению авторов, одно из структурных подразделений модели паллиативной помощи с населением до 2 млн. человек должно выполнять функции организационно-методического центра и взаимодействовать с региональными органами управления здравоохранения [373].

Региональная модель паллиативной помощи с населением более 2 млн. человек включает центр паллиативной помощи, в котором континуум онкологической помощи определяется оказанием помощи в стационарных и амбулаторных условиях. Центр выполняет организационно-методические функции и взаимодействует с медицинскими организациями, оказывающими паллиативную помощь в регионе [373].

Известны исследования региональной организации модели паллиативной медицинской помощи А.Г. Егоровой и соавт. (2016), в которых описана региональная модель управления качеством паллиативной медицинской помощью, разработанная в процессе деятельности онкологической службы Самарской области [310].

Приказ 187н [235] утверждает, что в России паллиативная помощь больным должна быть представлена различными структурными подразделениями. Для создания коечной мощности отделений паллиативной помощи предполагалась реструктуризация существующего коечного фонда, развернутого для оказания специализированной медицинской помощи при одновременном усилении коечной мощности дневных стационаров.

В большинстве регионов России, в том числе в Саратовской области, онкологическая помощь до настоящего времени ограничена в основном специализированной помощью. Несмотря на востребованность паллиативной помощи чаще во время ухудшения состояния, достаточно токсичного лечения и терминальной стадии заболевания, доступность стационарной паллиативной помощи в медицинских организациях Саратовской области низкая. В регионе не

организовано оказание психологической, социальной и духовной поддержки инкурабельному пациенту и его семье.

По результатам проведенного Н.Н. Кочкиной и соавт. (2015) среди населения исследования доступности и качества медицинской помощи, большинство (80%) респондентов убеждены в отсутствии доступной медицинской помощи в случае серьезной болезни, при которой большинство населения осознает собственную незащищенность и невозможность рассчитывать на социальную поддержку [144].

7.2. Региональная модель организации интегрированной медико-социальной помощи пациентам онкологического профиля

Региональная модель интегрированной медико-социальной помощи больным онкологического профиля



Рисунок 55 – Региональная модель интегрированной медико-социальной помощи больным онкологического профиля

По результатам проведенных исследований и критического анализа организации междисциплинарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями нами разработана концепция региональной модели интегрированной медико-социальной помощи больным онкологического профиля, в основе которой лежит соблюдение принципов доступности, интегративности, приоритета интересов пациента при получении медицинской помощи (рисунок 55).

При разработке пациентоцентрированной организационной модели интегрированной медико-социальной помощи пациентам онкологического

профиля учитывались клинические, релевантные продолжительности и тяжести заболевания, и социальные характеристики пациентов, организационно-экономические условия оказания медицинской помощи, которые детерминируют эффективность медицинской помощи и обосновывают формирование гибкой маршрутизации онкологических больных для получения наиболее эффективного результата. Структурно-функциональные единицы модели, представленные на схеме, будут задействованы в оказании онкологической помощи в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

С целью межинституциональной координации континуума онкологической помощи предполагается создание Координационного центра под руководством главного онколога Министерства здравоохранения Саратовской области.

Интегрированная онкологическая помощь может рассматриваться в терминах «координированного сервиса, предоставляемого органами здравоохранения и социального обеспечения», позволяющего пациентам «перемещаться внутри систем и между ними, чтобы получить различные виды помощи на разных уровнях» [631] с целью улучшения клинических результатов и эффективности взаимодействия систем [645]. Персонифицированная междисциплинарная помощь заключается в медицинском и социально-психологическом сопровождении пациента с учетом его потребностей [465].

Уровни интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным при формировании персонифицированной модели определяются релевантной продолжительности и тяжести заболевания динамикой качества жизни пациентов (рисунок 56).



Рисунок 56 - Уровни интеграции медико-социальной помощи онкологическим больным

Рассмотрим реализацию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи больным онкологического профиля в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

При появлении подозрения или выявлении опухолевого процесса (в период профилактического осмотра и обследования, во время диспансеризации, при обращении в медицинскую организацию) лечебно-диагностическая помощь поэтапно оказывается на основании действующих порядков – первичная медико-санитарная помощь, специализированная (в том числе высокотехнологичная). Одновременно с оказанием специализированной помощи осуществляется социально-психологическое сопровождение пациента в Центре ведения больных с хроническими заболеваниями в амбулаторных условиях по месту жительства.

После проведения специализированного лечения в онкологическом диспансере, пациенту оказывается междисциплинарная медико-социальная помощь в Центре ведения больных с хроническими заболеваниями районной поликлиники. Консилиум специалистов, возглавляемый куратором-онкологом, осуществляет составление плана реабилитации и паллиативной помощи

пациентов, определяет показания к направлению пациентов на санаторно-курортное лечение. При формировании стойких нарушений функций организма больные направляются на медико-социальную экспертизу.

В нетерминальных стадиях заболевания интегрированная онкологическая помощь пациентам формируется в дискурсе системы здравоохранения на макроуровне – политика государства, направленная на предупреждение социальной эксклюзии инвалидов, мезоуровне – объединения континуума медицинской помощи с другими сервисами (в т.ч. с общественными пациентскими сообществами, организациями, оказывающими социальную помощь), микроуровне – самоменеджмент пациента, сотрудничество пациента, его семьи и специалистов (рисунок 56).

В нетерминальных стадиях болезни система онкологической помощи включает специализированную (в т.ч. высокотехнологичную), паллиативную помощь и реабилитацию пациентов, направлена на сохранение преморбидных социальных ролей, пролонгирование активной жизни, превенцию инвалидизации пациента и оптимизацию качества жизни пациента и его семьи.

Медико-социальная реабилитация пациента и вторичная профилактика в нетерминальных стадиях проводится амбулаторно в отделениях Центра ведения больных с хроническими заболеваниями, где функционирует школа паллиативной помощи, в которой под руководством куратора-онколога психолог осуществляет психологическое сопровождение пациента и его семьи, в решении социальных проблем пациента и его семьи принимает участие специалист по социальной работе.

Современные модели помощи пациентам интегрируют специализированные методы лечения с паллиативной помощью и реабилитацией [694]. В континууме онкологической помощи реабилитация и паллиативная помощь являются важными разделами комплексной медицинской помощи для пациентов с угрожающими жизни онкологическими заболеваниями. Паллиативная помощь и реабилитация разделяют общие цели и терапевтические подходы, имеют многопрофильную структуру, которая направлена на улучшение

функциональности и комфорта у пациентов [500], повышение эффективности медицинской помощи и минимизацию расходов при сокращении продолжительности пребывания в больнице [731].

При реализации междисциплинарного подхода к организации континуума онкологической помощи пациентам и их семьям оказывается медицинское и социально-психологическое сопровождение с участием в процессе лечения и диспансерного наблюдения помимо профессиональных онкологов и врачей различных специальностей, психолога и специалиста по социальной работе, что исключает лишь «эпизодическую помощь пациентам с хроническим заболеванием» [368].

В терминальных стадиях болезни происходит смещение акцентов при формировании интегрированной медико-социальной онкологической помощи на социальное обеспечение (на уменьшение «медицинского аспекта» помощи при взаимосвязи здравоохранения и социального обеспечения [644]).

Система онкологической помощи пациентам в терминальном состоянии включает паллиативную помощь и паллиативную реабилитацию и направлена на оптимизацию качества жизни пациента и его семьи. Эта цель может быть достигнута облегчением физических и психологических симптомов, поддержанием функций на всех этапах процесса умирания, возможностью решения незавершенных жизненных задач, сохранения значимых отношений [590].

Паллиативная помощь и паллиативная реабилитация пациентам в терминальных стадиях заболевания должны оказываться в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и в условиях круглосуточного стационара в зависимости от состояния пациента. Стационарная помощь может быть организована в хосписе, отделениях паллиативной помощи крупных многопрофильных городских больницах и межрайонных центрах. Функционирование отделений паллиативной помощи (хосписных отделений) и отделений сестринского ухода в многопрофильных больницах осуществляется при взаимодействии со структурными подразделениями многопрофильного

стационара с возможностью привлечения врачей-консультантов различных специальностей [194].

В структуру крупных поликлиник должны входить отделения паллиативной помощи, телемедицинские центры, обеспечивающие доступность школ паллиативной помощи пациентам и их семьям в отдаленных районах, выездные многопрофильные группы.

В терминальных стадиях болезни меняется контент интегрированной онкологической помощи: сужение социального пространства с акцентом на медико-социальную и семейную поддержку, ограничение самоменеджмента в связи с изменением ракурса независимости (физические и личностные депривации).

Интегрированная онкологическая помощь пациентам в терминальных стадиях заболевания формируется на мезоуровне – объединения континуума медицинской помощи с другими сервисами и микроуровне – сотрудничество пациента, его семьи и специалистов (рисунок 56).

Решение проблемы недостаточной обеспеченности инкурабельных онкологических больных паллиативной медицинской помощью требует организации хосписов и перепрофилирования коечного фонда в уже существующих медицинских организациях Саратовской области. Для Саратовской области представляется весьма актуальным организация внебольничной паллиативной помощи инкурабельным пациентам в связи с невысокой плотностью сельского населения, значительной удалённостью многих малых городов и сельских поселений от медицинских центров, крайне ограниченного коечного фонда стационаров по оказанию помощи терминальным пациентам. Следует учитывать, что часть больных с терминальными стадиями онкологического заболевания и их родственники предпочитают паллиативное лечение в домашних условиях.

Патронаж больного в терминальном состоянии на дому осуществляет выездной консилиум специалистов междисциплинарной группы, составляющей план паллиативной помощи и паллиативной реабилитации. По данным С.А.

Тюляндина (2001), значительные успехи в лечении хронического болевого синдрома были достигнуты только благодаря совместной работе онкологов, невропатологов, лучевых терапевтов, анестезиологов, хирургов, психиатров, физиотерапевтов [390].

Организация паллиативной реабилитации и паллиативной помощи, включающей уход за пациентом, осуществляется при участии специалиста по социальной работе, психолога, реабилитолога, среднего медперсонала, волонтеров, представителей общественных организаций.

Паллиативная реабилитация проводится на дому и в дневном стационаре Центра ведения больных с хроническими заболеваниями районной поликлиники.

В модели предполагается при организации медицинской помощи пациентам онкологического профиля использовать бюджетные средства, средства обязательного медицинского страхования, внебюджетные средства общественных организаций, средства частной системы здравоохранения и других негосударственных организаций посредством более активного применения механизма частно-государственного партнерства

Эффективность специализированной медицинской помощи и медико-социальной реабилитации онкологическим больным обсуждается в терминах выживаемости и превенции инвалидности. Эффективность паллиативной помощи подтверждается положительной динамикой качества жизни онкологических пациентов.

Известны исследования (А. Cheville, 2001; В. Gagnon et al., 2013; M.R. Chasen et al., 2013; V. Franciosi et al., 2019), которые рассматривают реабилитацию как необходимый раздел паллиативной помощи онкологическим больным в терминальных стадиях заболевания [504, 461, 476, 549]. В этом случае речь идёт о паллиативной реабилитации [626].

Качество жизни пациентов является индикатором эффективности паллиативной помощи. Субъективно определяемое качество жизни зависит от физического состояния, интенсивность болевого синдрома и выраженности других мучительных симптомов, психологического состояния, нерешенных

социальных проблем и т.д.» [48]. Паллиативная помощь, имея важное значение для оптимизации качества жизни, является эффективной социально ориентированной услугой здравоохранения [51].

Основные тенденции паллиативной помощи (физическая, личная автономия, эмоциональная, социальная, духовная, познавательная, состояние системы здравоохранения), регламентированные соотношением и динамикой показателей качества жизни, представлены N. McCaffrey и соавт. (2016) [791].

С целью оценки эффективности одного из элементов разработанной региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам, учитывающей специфику ее организации в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания, в 2019 г. с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 проведено исследование динамики показателей качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы, при оказании паллиативной помощи в стационарных условиях.

В исследование включены пациенты, страдающие раком молочной железы: 56 пациентов в нетерминальном и 42 пациента в терминальном состоянии, которым была оказана паллиативная помощь в стационарах г. Саратова в 2019 г.

Статистическая достоверность различия средних показателей качества жизни респондентов определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни. При $p < 0,05$ различие считалось статистически значимым.

Результаты исследования динамики значений показателей качества жизни пациентов с нетерминальными стадиями болезни при оказании паллиативной помощи в паллиативном отделении стационара представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Динамика значений показателей качества жизни пациентов с нетерминальными стадиями болезни

Субсферы	Средние значения (медианы) показателей опросника		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	При поступлении	При выписке	
F1 «Боль и дискомфорт	11,00	12,00	0,04

F4 «Положительные эмоции»	13,00	14,00	0,02
F11 «Зависимость от лекарств и лечения»	11,00	14,00	0,015
F14 «Практическая социальная поддержка»	16,00	18,00	0,04
F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)»	12,00	13,00	0,045

В остальных субсферах статистически достоверных различий средних значений показателей при поступлении и при выписке не выявлено.

Результаты исследования динамики значений показателей качества жизни терминальных пациентов при оказании паллиативной помощи в паллиативном отделении стационара представлены в таблице 14

Таблица 14 – Динамика значений показателей качества жизни пациентов с терминальными стадиями болезни

Субсферы	Средние значения (медианы) опросника		Статистическая значимость различий средних (параметр p)
	При поступлении	При выписке	
F1 «Боль и дискомфорт	9,00	10,00	0,049
F11 «Зависимость от лекарств и лечения»	10,00	12,00	0,03
F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)»	10,00	11,00	0,045

По сравнению с больными с нетерминальными стадиями болезни, у терминальных пациентов меньше как число субсфер, показывающих положительную динамику, так и разность между средними показателями при поступлении и при выписке.

Формирование системы междисциплинарной онкологической помощи происходит в Саратовской области в условиях недостаточного бюджетного финансирования. При невысокой доходной части бюджета региона оправданным является привлечение частных инвесторов, например, в форме государственно-

частного партнерства для организации паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в региональной системе здравоохранения.

Следует отметить основные предпосылки развития государственно-частного партнерства в региональном здравоохранении:

- недостаточное финансирование региональной системы здравоохранения;
- несоответствие уровня оснащенности большинства медицинских организаций современным стандартам диагностики и лечения;
- наличие потребности в модернизации и реконструкции существующих медицинских организаций [378].

Развитие механизмов государственно–частного партнерства при организации онкологической помощи в регионе возможно по следующим направлениям:

- строительство и эксплуатация организаций здравоохранения за счет частных инвестиций;
- оказание медицинской помощи в рамках государственного (муниципального) заказа;
- развитие инновационной инфраструктуры, медицинских кластеров и управляющих компаний, в том числе по трансферу технологий в практику здравоохранения;
- развитие профессионального образования и системы переподготовки кадров;
- финансирование научных исследований [380].

При организации системы онкологической помощи в регионе механизм государственно-частного партнерства может способствовать достижению целей, поставленных перед здравоохранением: улучшение профилактики и выявляемости онкологических заболеваний в ранние сроки болезни, улучшение качества медицинской помощи, снижение смертности [294], оптимизации качества жизни пациентов. Ряд регионов занимают лидирующие позиции в рейтинге Приволжского Федерального округа по уровню развития государственно-частного партнерства в здравоохранении. В Самарской области в

форме государственно-частного партнерства реализуются 13 проектов, предполагающих организацию лечебного питания, модернизацию отделений стерилизации изделий медицинского назначения, создание медицинских центров. Они позволят создать порядка 1,7 тысячи новых рабочих мест и привлечь более восьми миллиардов рублей инвестиций. В 2018 г. реализованы два пилотных проекта на базе клинической больницы, в которых инвесторами выступили Самарские компании. Стоимость проектов – порядка 100 миллионов рублей [175].

В Саратовском регионе также существуют организации, использующие механизмы государственно-частного партнерства, в частности, ООО «ФРЕЗЕНИУС» (Гемодиализный центр), но для онкологических пациентов одной из ведущих многопрофильных негосударственных медицинских организаций, интегрированных в государственно-частное партнёрство, является компания Медицинский Di Центр, основанная в 2005 г.

В структуру Медицинского Di Центра входят отделения: терапевтическое, гинекологическое, хирургическое (в котором оперативное лечение осуществляется способами эндоскопической хирургии, лазерной хирургии, традиционной хирургии, открытой хирургии), паллиативной помощи больным, страдающим хроническими заболеваниями, отделение реабилитации, отделения функциональной диагностики, лабораторной диагностики.

Медицинский Di Центр принимает участие в инвестиционных проектах строительства медицинских организаций региона на основе концессионных соглашений – оказании бесплатной для населения медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС. С 2017 г. Медицинский Di Центр внесён в реестр медицинских организаций региона, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Саратовской области.

В 2017 г. для оказания амбулаторно–поликлинической помощи взрослому населению был сформирован один из филиалов Центра – ООО «Медицинский Ди центр плюс». В рамках государственно-частного партнерства из ГУЗ «СГП № 19», на основе соглашения о взаимном сотрудничестве между Министерством здравоохранения Саратовской области и ООО «Медицинский Ди Центр плюс»

(Приложение 10), ООО «Медицинский Ди центр плюс» взяло на себя обязательство по оказанию медицинской помощи населению (численность 10 000 человек), проживающему в поселке Солнечный г. Саратова. Общая площадь арендуемого под поликлинику помещения составляет 347,4 кв.м., мощность поликлиники – 100 посещений в смену. Медицинский Ди центр плюс на строительство и оснащение поликлиники направил 39 000 000 руб.

Одним из приоритетов деятельности Медицинского Di Центра является участие в организации системы онкологической помощи в регионе. Для оказания паллиативной помощи и реабилитации онкологических больных в ООО «Медицинский Ди центр плюс» открыт Центр ведения пациентов с хроническими болезнями, в котором медико-социальная помощь осуществляется группой специалистов, реализующих междисциплинарный подход к ведению пациентов с хроническими заболеваниями.

Интеграция в организацию онкологической помощи позволяет Медицинскому Di Центру участвовать в решении существующих проблем регионального здравоохранения по оказанию онкологической помощи населению:

- неудовлетворительный уровень и объем диагностических услуг;
- высокая изношенность медицинского оборудования,
- низкая оснащённость современным медицинским оборудованием;
- необходимость в модернизации медицинских организаций;
- необходимость профессиональной подготовки и переподготовки специалистов здравоохранения.

Регионы Российской Федерации на основе порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» [241] разрабатывают и внедряют организационные технологии маршрутизации онкологических больных. И.М. Сон с соавт. (2015) проанализировали опыт маршрутизации онкологических больных в республике Татарстан и в Свердловской области и определили основные достижения и преимущества внедрения системы маршрутизации на региональном уровне. Это высокий уровень доступности, сокращение времени ожидания от начала обследования до начала специализированного лечения; создание системы

учета (регистр) пациентов, повышение эффективности использования ресурсов [364].

Представим анализ отдельных положений указанного порядка, которые дают возможность обосновать систему онкологической помощи и предложить оптимальную схему маршрутизации пациентов.

Согласно указанному приказу врач-онколог (1 ед. на 25 тыс. чел. населения) первичного онкологического кабинета (отделения) оказывает консультативную помощь врачам первичного звена, которые оказывают медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, динамическое наблюдение в соответствии с рекомендациями врача-онколога за больными, получающими лекарственную противоопухолевую терапию, проводимую в специализированных медицинских организациях, осуществляют мониторинг и оценку лабораторных показателей с целью предупреждения развития токсических реакций, своевременное направление больного в онкологический диспансер или в другую медицинскую организацию, для оказания медицинской помощи; направление больного с онкологическим заболеванием для паллиативного и симптоматического лечения в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями;

Такая структура как Онкологический диспансер создается для обеспечения оказания специализированной, в том числе ВМП; методической помощи медицинским организациям первичного звена, в проведении профилактики онкозаболеваний, в организации онкоскрининга.

В зависимости от коечной мощности диспансер может в структуре иметь различные структурные подразделения, из которых обязательными являются: операционный блок; отделения – анестезиологии и реанимации, противоопухолевой лекарственной терапии; хирургических методов лечения, радиотерапевтическое и реабилитационное.

Если мощность диспансера 200–300 коек, в нем могут быть развернуты отделения хирургических методов лечения (по профилю онкоурологии, опухолей

головы и шеи, опухолей костей), фотодинамической терапии; паллиативной помощи.

При мощности свыше 300 коек, кроме указанных выше – онкологические отделения хирургических методов лечения (торакальной, онкологии, нейроонкологии, рентгенохирургических методов лечения).

Порядок содержит разработанные Правила организации деятельности структурных подразделений диспансера. В частности, правилами установлен порядок организации деятельности отделения реабилитации. Отделение реабилитации в структуре онкодиспансера или медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь онкологическим больным, осуществляет реабилитацию этих больных на этапах проведения специализированной медицинской помощи и после ее оказания. Кроме того, задачей отделения реабилитации являются профилактика и лечение осложнений основной терапии, а также оценка эффективности и переносимости проведенного лечения.

Рекомендуемые штатные нормативы отделения реабилитации предусматривают 0,5 ставки психолога на 60 коек онкологического стационара, 0,5 ставки врача физиотерапевта на 75-100 коек, 2 ставки медицинской сестры по физиотерапии на 0,5 ставки врача, 1 ставку врача по лечебной физкультуре на 75-100 коек, 1 инструктора по лечебной физкультуре на 1 врача и дополнительно 1 инструктора на тренажерный зал или кабинет механотерапии.

Правилами установлен порядок организации деятельности отделения паллиативной помощи медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями; определена цель его создания, показания для госпитализации пациентов, задачи по проведению по социальной реабилитации по оказанию психологической помощи не только пациентам онкологического профиля, но и членам их семей, а также задачи по организации консультаций и семинаров для родственников, которые осуществляют уход за больными.

Четко определены медицинские показания для направления онкобольных на госпитализацию в отделение паллиативной помощи:

- подтвержденный диагноз прогрессирования опухолевого процесса;
- выраженный хронический болевой синдром, снижение качества жизни больного с онкозаболеванием.

В штатном расписании помимо врача-онколога (радиотерапевта), врача терапевта, рекомендуется предусмотреть должность врача-психотерапевта из расчета 1 ед. на 20 коек.

Правилами определен порядок организации дневного стационара, задачи дневного стационара, возможности проведения широкого спектра лекарственной терапии; радиотерапии; хирургического лечения; фотодинамической терапии; реабилитационных мероприятий; паллиативной помощи. В отделении дневного стационара штатным расписанием предусматриваются должности врача-онколога, радиотерапевта, хирурга, в то время как психотерапевты, психологи, физиотерапевты, врачи ЛФК и средний медицинский персонал указанных профилей предусмотрен только штатным расписанием стационарных отделений для круглосуточного пребывания пациентов.

Приказом МЗ РФ № 1705н [221] урегулированы аспекты организации реабилитационных мероприятий для взрослого и детского населения, включающих природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапии и другие методы. Именно этот приказ является основополагающим для проведения реабилитации, которая должна проводиться в три этапа, в зависимости от стадии процесса и тяжести состояния больного.

I этап – медицинская реабилитация реализуется в острый период заболевания, когда пациент еще находится в реанимации либо в отделении интенсивной терапии по профилю основного заболевания. Для проведения реабилитации предварительно на основании обследования необходимо определить наличие (отсутствие) реабилитационного потенциала и противопоказаний для проведения реабилитации;

II этап – проводится либо в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений,

при хроническом течении вне обострения заболевания в условиях стационара (реабилитационных центрах, отделениях реабилитации);

III этап – реабилитация осуществляется в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях и выездными бригадами на дому (в кабинетах реабилитации, ФТО, ЛФК, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога)). Реабилитация проводится тем пациентам, которые способны себя обслуживать, общаться, самостоятельно передвигаться (или с дополнительными средствами опоры), при наличии реабилитационного потенциала.

В 2015 г. были приняты порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям (приказы МЗ РФ от 14.04.2015 № 187н и № 193н соответственно) [248, 249], где среди групп пациентов, которым показана паллиативная помощь, первыми определены пациенты с разными злокачественными новообразованиями.

Определена номенклатура медицинских организаций, в которых оказывается паллиативная помощь. При этом в хосписе и в доме (больнице) сестринского ухода рекомендуется предусматривать 1 должность социального работника.

В то же время в порядке оказания медицинской помощи пациентам профиля «онкология» паллиативная помощь упоминается только применительно к отделениям паллиативной медицинской помощи, причем должности социальных работников там не предусмотрены.

Резюме

Организация региональной онкологической помощи на региональном уровне предполагает формирование модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам, в содержание которой включена профилактика, ранее выявление онкологического заболевания, своевременное оказание специализированной медицинской помощи, медико-социальной

реабилитации и паллиативной помощи, соотношение которых определяется продолжительностью и тяжестью онкологического заболевания, а также интеграцию новых социальных агентов.

Концептуальные подходы к формированию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным предполагают комплексное междисциплинарное систематическое оказание помощи пациентам и детерминируют разработку оптимального варианта маршрутизации пациентов.

Внесение дополнений в порядок, регламентирующий организацию медицинской помощи населению по профилю «онкология» (о необходимости организации пациентам указанного профиля реабилитационной и паллиативной медицинской помощи), разработка порядка реабилитации и оказания паллиативной помощи пациентам онкологического профиля позволит реализовать предложенные принципиально новые подходы к формированию системы онкологической помощи в зависимости от продолжительности и тяжести онкологического заболевания, предполагающие комплексное междисциплинарное, систематическое оказание медицинской помощи пациентам с хроническим заболеванием.

Показатель качества жизни, релевантного здоровью, больных онкологического профиля предлагается как критерий оценки эффективности организации онкологической помощи пациентам в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

Применение новейших технологий и методов лечения, формирование модели интегрированной медико-социальной помощи наряду с маршрутизацией больных позволят достичь показателей, определенных в качестве критериев качества и доступности оказания помощи онкологическим больным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Онкологические заболевания относятся к числу распространенных, определяющих витальный прогноз пациентов хронических заболеваний, влияющих на состояние общественного здоровья. В последние годы наблюдается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в мире. При этом в Российской Федерации он более интенсивен среди женского населения (Г.В. Сыч и соавт., 2018). На первом месте в структуре первичной заболеваемости и смертности женского населения в России регистрируется рак молочной железы (В.Ф. Семиглазов, В.М. Мерабишвили и соавт., 2017; Д.Г. Заридзе и соавт., 2018).

Среди многочисленных рисков, инициирующих возникновение онкологических заболеваний, облигатными являются социальные риски. В связи с эволюцией онкологических заболеваний от фатального диагноза к хроническому заболеванию меняются подходы к оказанию медицинской помощи пациентам онкологического профиля. Исследования медико-социальных перспектив онкологических больных традиционно фокусировались на оценке летальности, в настоящее время одним из ведущих аспектов медико-социального прогноза является качество жизни онкологических больных.

В связи с клиническим, социально-психологическим, демографическим и экономическим контекстом онкологических заболеваний, континуум онкологической помощи должен включать не только медицинскую помощь, но и сопровождающие ее социальные компоненты. До настоящего времени не решена проблема их оптимальной взаимосвязи в контексте региональной модели континуума онкологической помощи. Отсутствует сформированная концепция интегрированной системы медико-социальной помощи онкологическим пациентам в Российской Федерации, учитывающая реалии современных социально-экономических условий в стране, появление новых социальных агентов в системе охраны здоровья граждан, что и послужило причиной проведения данного исследования, цель которого – изучить особенности

организации региональной медико-социальной помощи онкологическим больным и разработать модель интегрированной медико-социальной помощи в онкологии в современной системе здравоохранения.

В качестве объекта исследования выступали социальные группы пациентов со злокачественными новообразованиями, профессиональная группа врачей-онкологов, медицинские организации различных форм собственности, организации социального обслуживания, общественные организации.

Предмет исследования – институализация региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным в современной России.

Исследование включало семь этапов.

Анализ социальной детерминированности онкологических заболеваний и организации медико-социальной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в современной системе интегрированного здравоохранения включал обзор литературы по материалам отечественных и зарубежных наукометрических, реферативных и полнотекстовых баз данных: e-library, SCOPUS, Web of Science, Medline, PubMed, Научной электронной библиотеки, ProQuest Dissertations & Theses, Cambridge University Press, Oxford University Press, журналам издательств Sage, Taylor&Francis, Wiley, Springer Nature и других; аналитический обзор официальных нормативных документов.

Хронические заболевания лидируют в формировании заболеваемости, инвалидизации и смертности населения в современном мире. Анализ социальных рисков, инициирующих возникновение и прогрессирование онкологических заболеваний, действующих на микро- и макроуровне, предполагает обсуждение их социальных контекстов. Обсуждаемые в работе интервенционные и наблюдательные исследования посвящены роли социально детерминированных рисков в эпидемиологии онкологических заболеваний. Осуществленный анализ социологических и клинических исследований социальных рисков онкологических заболеваний, социальных ракурсов формирования индивидуальных рисков, действующих как на микро-, так и на макроуровне,

свидетельствует о том, что социально детерминированные риски макроуровня представляют наиболее широкий контекст социальных рисков онкологических заболеваний.

Отечественные и зарубежные исследования устанавливают социальную детерминированность и мультикаузальность онкологической патологии. Депрессивное состояние окружающей среды, бедность, ограничение доступности онкологической помощи, социально-экономический статус, психосоциальные факторы (социальная поддержка, социальная изоляция, одиночество, длительное пребывание в состоянии тоски и отчаяния, депрессия, гнев, враждебность), высокие психоэмоциональные нагрузки, преморбидные личностные характеристики рассматриваются как ведущие социальные риски онкологических заболеваний в современной России.

В исследовании представлена концепция интегрированного здравоохранения, предполагающая предоставление больным с хроническими заболеваниями междисциплинарной помощи при координации различных видов деятельности (диагностика, терапия, реабилитация и др.). Формирование интегрированного здравоохранения рассматривается как одна из важнейших задач современной системы здравоохранения, суть которой заключается в недостаточном взаимодействии, несогласованности взаимодействия медицинских структур.

Современному здравоохранению свойственно эпизодическое оказание помощи при хронических заболеваниях. В качестве примера рассматривается система диспансеризации, сложившаяся в советском здравоохранении. При обсуждении различных моделей интегрированной системы оказания помощи при хронических заболеваниях отмечается, что они включают в себя персонифицированную, координированную и многопрофильную помощь.

Формирование системы интегрированного здравоохранения рассматривается в ракурсе государственно-частного партнерства. Являясь важным элементом современной экономики и равноправным партнером социального развития, государственно-частное партнерство может

использоваться как один из перспективных механизмов предупреждения или минимизации дисфункциональных практик системы здравоохранения в России.

При анализе российской и региональной динамики основных демографических детерминант здоровья населения последних десятилетий отмечено, что структура населения по возрасту позволяет говорить о регрессивном типе популяционного здоровья в России, причем в последние годы соотношение возрастных групп меняется в неблагоприятном направлении.

Показатель первичной заболеваемости населения Российской Федерации за четверть века (с 1990 по 2017 гг.) увеличился в 1,2 раза, при этом темпы роста показателя заболеваемости постоянно снижаются.

Особое внимание было направлено на исследование динамики заболеваемости, инвалидности и смертности при онкологических заболеваниях. В России в структуре первичной заболеваемости онкологические заболевания составляют 1,5%. По классу новообразований первичная заболеваемость на протяжении более чем двух десятилетий демонстрирует стойкую тенденцию к росту, с 1990 года она выросла в 2 раза и составила в 2017 г. 11,4 на 1000 человек населения.

Показатель общей заболеваемости по классу новообразований (на 100 тыс. населения) за последние 25 лет удвоился, увеличиваясь на 20 процентов каждые 5 лет. За последние 15 лет количество больных увеличилось на 60%. Ежегодно в Саратовской области регистрируется около 10 тыс. заболеваний злокачественными новообразованиями. В возрастной структуре заболевших злокачественными новообразованиями преобладают старшие возраста (60 лет и старше) – 64,8% пациентов.

На первом месте в первичной заболеваемости у женщин рак молочной железы – в 2016 г. 87,09, в 2017 – 89,60 на 100 тыс. населения.

При анализе динамики смертности населения по основным классам болезней, отмечается, что показатель общей смертности на 100 000 населения в Российской Федерации демонстрирует стойкую тенденцию к снижению – за 10 лет он снизился практически на 20%. На втором месте среди причин смерти –

новообразования, их доля в структуре общей смертности постоянно увеличивается. Динамика смертности от новообразований в общей смертности населения Саратовской области соответствует российским тенденциям.

При характеристике показателей инвалидизации населения в Российской Федерации проводится сопоставление уровня и структуры инвалидности по основным классам причин в Российской Федерации и Саратовской области.

Проведенный анализ основных статистических показателей здоровья населения Саратовской области свидетельствует о неблагоприятных тенденциях их динамики на протяжении последних десятилетий.

Осуществлению в работе SWOT-анализа тенденций функционирования и потенциала системы онкологической помощи в Саратовской области предшествовало проведение социологического исследования «Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области». Цель исследования – изучение экспертных мнений о функционировании, потенциале и направлениях оптимизации системы онкологической помощи в Саратовской области. В исследовании приняли участие 8 руководителей подразделений лечебно-диагностического отдела № 1 ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер». В соответствии с гайдом фокус-группы обсуждались тенденции организации региональной системы онкологической помощи и направления совершенствования континуума онкологической помощи.

В последние годы в регионе инициирован процесс формирования системы онкологической помощи, связанный с наличием федеральных нормативно-правовых документов, регламентирующих организацию системы онкологической помощи в регионах. Специализированная медицинская помощь онкологическим больным оказывается в онкологических диспансерах и медицинских организациях с круглосуточными койками онкологического профиля. Организация в регионе специализированной медицинской помощи онкологическим больным позволила обеспечить население Саратовской области койками онкологического профиля. Выделены финансовые средства на развитие паллиативной помощи онкологическим пациентам в различных условиях ее

оказания. Эксперты отметили, что в Саратовской области выстроена 2-х уровневая система оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях. Обеспеченность онкологическими койками для взрослого населения превышает среднероссийский показатель.

По мнению экспертов, несмотря на современные достижения в лечении пациентов с онкологическими заболеваниями, пациенты часто лишены необходимой медицинской помощи, региональная модель онкологической помощи часто не отвечает потребностям больных. Сроки обследования до установки окончательного диагноза и начала лечения не соответствуют нормативным, сохраняются значительные трудности с доступностью онкологической помощи и своевременностью начала лечения. Имеется дисбаланс в соотношении хирургических и химиотерапевтических онкологических коек, отдельная статистика по их соотношению не ведется (отсутствует стандартизованный целевой показатель). Развернутое количество коек не позволяет обеспечить в 100% случаев своевременное начало химиотерапевтического лечения.

В Саратовской области, несмотря на превышение по обеспеченности радиологическими койками общероссийских показателей, имеется выраженный дефицит лучевых установок, недостаточная доступность лучевой терапии, очередь на госпитализацию. Эксперты отметили недостаточность амбулаторного этапа специализированной паллиативной помощи в регионе. В Саратовской области ограниченно доступна паллиативная помощь пациентам в терминальном состоянии. В районах области преимущественно функционируют койки сестринского ухода, выполняющие «социальную» функцию.

В дискуссии было высказано мнение о том, что стратегии помощи больным с онкологическими заболеваниями наиболее эффективны при междисциплинарном взаимодействии. Возможности совершенствования организации медицинской помощи онкологическим больным в регионе эксперты связывают в том числе, с внедрением механизмов государственно-частного партнерства.

Одна из наиболее обсуждаемых проблем в ходе дискуссии касалась подготовки специалистов по паллиативной помощи в регионе, недостаточного количества подготовленных медицинских кадров для оказания паллиативной помощи, отсутствия в номенклатуре специальности «Врач по паллиативной медицинской помощи».

Группировка и ранжирование системных элементов континуума онкологической помощи в регионе, обозначенных в ходе фокус-группового исследования, использована при построении SWOT-матрицы, позволившей конкретизировать выбор и приоритеты направления совершенствования организации системы онкологической помощи в регионе.

При компаративном анализе качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы, использован международный опросник WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Исследование качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями проводилось на примере пациентов, страдающих раком молочной железы, учитывая ранговые позиции патологии в структуре онкологической заболеваемости женского населения, а также оптимизацию клинического прогноза: увеличение 5-летней выживаемости пациентов, страдающих раком молочной железы и хроническое течение болезни при диагностировании заболевания в ранние сроки. При анализе качества жизни пациентов, страдающих раком молочной железы, установлена динамика и направления оптимизации показателей качества жизни пациентов в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

Проведён компаративный анализ средних показателей качества жизни в группе больных в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания, выявлено статистически значимое снижение средних значений показателей качества жизни онкологических больных в терминальных стадиях болезни во всех субсферах, в наибольшей степени в «Физической», «Психологической» сферах и сфере «Уровень независимости». Полученные результаты позволяют рассматривать качество жизни, проанализированное с использованием опросника

ВОЗ КЖ-100, как мультифакторный показатель соматического состояния и эффективности ресоциализации больных онкологического профиля.

При обсуждении в работе современного контекста реабилитации больных при онкологических заболеваниях отмечается, что вследствие оптимизации клинического и социального прогноза пациентов при онкологических заболеваниях в последние десятилетия возникает возможность включения реабилитации в континуум онкологической помощи.

Наряду с анализом исследований по медико-социальной реабилитации онкологических больных, представлен эмпирический материал собственных исследований, посвящённых разработке стратегий медико-социальной реабилитации пациентов в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания (на примере больных раком молочной железы).

Реабилитация больных в терминальных стадиях заболевания рассматривается как необходимый раздел паллиативной помощи онкологическим больным. Результаты проведённого исследования подтверждают, что приоритетным направлением реабилитации онкологических больных является сохранение автономии и независимости. Однако, в нетерминальных стадиях болезни речь идёт о социальной автономии, сохранении активной социальной жизни, превенции инвалидизации и улучшении качества жизни пациентов. В терминальных стадиях болезни меняется ракурс независимости, паллиативная реабилитация сосредоточена на физическом и эмоциональном функционировании, которое, как и независимость должны сохраняться как можно дольше для оптимизации качества жизни инкурабельных пациентов и уменьшения бремени ухода за ними. Этим задачам отвечает интеграция паллиативной помощи и паллиативной реабилитации.

Отношение пациентов к ситуации онкологического заболевания исследовано с использованием нарративного подхода, при реализации которого отобраны рассказы пациенток и их родственников. Понимание недостаточности оценки соматического состояния пациента определило оптимизацию качества

жизни больных онкологическими заболеваниями как основную цель реабилитации.

В работе осуществлен анализ тенденций институционализации паллиативной помощи с использованием набора четырех функций (AGIL), представленных Т. Парсонсом для характеристики социальной системы. Результаты проведенного социологического исследования мнения онкологов о содержании паллиативной помощи больным онкологического профиля в Саратовской области подтверждают тенденции медиализации паллиативной помощи в региональном здравоохранении, которые рассматриваются нами в ракурсе дисфункциональных практик.

Критический анализ организации региональной системы онкологической помощи представлен с позиций согласованности его структурных и функциональных характеристик. Содержание и организация региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным определяется в зависимости от продолжительности и тяжести онкологического заболевания.

Создание региональной сети взаимодействующих организаций направлено на повышение доступности междисциплинарной помощи онкологическим больным, оказываемой в интегрированной системе здравоохранения. Уровни интегрированной помощи онкологическим больным при формировании персонифицированной модели определяются релевантной продолжительности и тяжести заболевания динамикой качества жизни пациентов.

Формирование системы онкологической помощи происходит в Саратовской области в условиях сокращения бюджетного финансирования. При значительном снижении доходной части бюджета региона необходимо привлечение внебюджетного финансирования в форме государственно-частного партнерства для организации междисциплинарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, встроенной в региональную систему здравоохранения.

С целью оценки эффективности паллиативной помощи – одного из элементов разработанной региональной модели интегрированной медико-

социальной помощи онкологическим пациентам, с использованием опросника ВОЗ КЖ-100 проведено исследование динамики показателей качества жизни в группах пациентов, страдающих раком молочной железы, при оказании им паллиативной помощи. У большинства пациентов отмечены тенденции положительной динамики показателей качества жизни.

По результатам исследования обоснована целесообразность внесения дополнений в нормативно-правовые акты с целью реализации разработанных в исследовании принципиально новых подходов к формированию континуума онкологической помощи в зависимости от продолжительности и тяжести онкологического заболевания.

ВЫВОДЫ

1. Региональное здравоохранение строится по модели неотложной или эпизодической медицинской помощи при обострении хронических заболеваний у пациентов с недостаточным институциональным и межинституциональным взаимодействием.

Институционализация региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим пациентам предполагает

- оказание персонифицируемой, координированной и многопрофильной медико-социальной помощи больным с хронической полиморбидной патологией, учитывающей облигатность социальных рисков в прогнозе онкологических заболеваний;

- формирование междисциплинарного взаимодействия специалистов и новых социальных агентов системы охраны здоровья граждан для сопровождения пациентов с онкологическими заболеваниями;

- доступность необходимых методов лечения;

- преодоление фрагментарности во всем диапазоне медико-социальной помощи.

Государственно-частное партнерство является эффективным механизмом финансирования интегрированного здравоохранения, позволяющее повысить качество помощи больным с онкологическими заболеваниями за счет оптимизации государственных расходов, создания условий для современной модернизации здравоохранения.

2. Доля новообразований в структуре причин общей смертности в России и в Саратовской области занимает второе место (2018 г.). В структуре смертности населения трудоспособного возраста новообразования, как причина, занимают третье место, причем показатель смертности населения от новообразований (73,3 на 100 тыс. чел. населения) сопоставим с показателем смертности от ИБС. Мужчины в 2 раза чаще умирают от новообразований, чем женщины. За последние пять лет отмечена тенденция к снижению смертности от

новообразований, ускорение темпов снижения смертности среди мужчин и женщин трудоспособного возраста.

Первичная заболеваемость по классу новообразований за 25 лет выросла в 2 раза и составила в 2017 г. 11,4 на 1000 тыс. чел. населения.

Новообразования занимают первое место в структуре первичной инвалидности, как в Российской Федерации, так и Саратовской области (2018 г. – 18,4 на 10 тыс. чел. населения).

Онкологические заболевания, являясь одной из основных причин смертности, инвалидности и заболеваемости населения, в том числе трудоспособного возраста, оказывают существенное влияние на состояние здоровья населения.

3. В результате проведенного фокус-группового исследования сформировано объективное понимание особенностей организации онкологической помощи в Саратовском регионе и верифицированы системные факторы, оказывающие существенное влияние на континуум онкологической помощи:

I. Территориально-демографические:

- большая общая площадь территории региона (363700 км²);
- низкая плотность населения – 2,5 человека на 1 км² (в России – 8,2 человека на 1 км²).

II. Медико-социальные:

- дефицит медицинских кадров в организациях первичной медико-санитарной помощи, особенно удаленных от районных и областных центров;
- кадровый дефицит специалистов-онкологов в районных медицинских организациях – из 38 районов области лишь в 10 работают врачи – онкологи, в других должности врачей онкологов занимают врачи иных специальностей.
- недостаток современного диагностического медицинского оборудования в районных медицинских организациях;
- недостаточное количество кабинетов паллиативной помощи в организациях первичной медико-санитарной помощи;

– отсутствие хосписов.

Выявленные факторы обуславливают ограничение доступности всех видов медицинской помощи (первичной специализированной медико-санитарной, специализированной и паллиативной) пациентам онкологического профиля в регионе, особенно в удаленных от крупных городов районах.

SWOT-анализ, реализованный на основе фокус-группового исследования, включающего определение и структурирование системных факторов онкологической заболеваемости, позволил конкретизировать выбор направлений совершенствования организации региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным:

– Разработка профилактических программ для предупреждения/минимизации социальных рисков онкологических заболеваний.

– Прогнозирование и стратегическое планирование развития системы организации и ресурсного обеспечения оказания онкологической помощи в регионе с учетом роста заболеваемости населения онкологическими заболеваниями и численности пациентов в терминальном состоянии.

– Разработка механизмов междисциплинарной интеграции развития региональной системы онкологической помощи.

– Устранение факторов, сдерживающих развитие государственно-частного партнерства и внедрение механизмов государственно-частного партнерства в систему организации медицинской помощи онкологическим больным в регионе.

– Создание региональной программы стратегического развития системы паллиативной помощи онкологическим больным на долгосрочный период с использованием механизмов государственно-частного партнерства.

– Разработка региональной формы статистического наблюдения, позволяющей объективно оценивать функционирование системы паллиативной помощи и своевременно корректировать мероприятия плана развития системы организации онкологической помощи.

– Разработка стратегической программы подготовки специалистов паллиативного профиля в регионе.

4. Показатель качества жизни, релевантный здоровью, проанализированный с использованием опросника WHOQOL-100, является дополнительным многофакторным критерием оценки динамики психосоматического состояния и условий социального функционирования пациентов, страдающих раком молочной железы, в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

При оценке качества жизни пациентов, страдающих онкологическим заболеванием в нетерминальных стадиях болезни, снижение средних значений показателей качества жизни фиксируется в «Физической» (релевантной болезни) сфере и сфере «Уровень независимости» (релевантной эффективности ресоциализации пациента, социальной автономии). В терминальных стадиях болезни изменения динамики показателя качества жизни отмечается в «Физической» и «Психологической» сферах и сфере «Уровень независимости», определяющих физическое и эмоциональное функционирование инкурабельных онкологических больных.

5. Динамика показателей качества жизни онкологических больных в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания и незавершенности процесса ресоциализации регламентирует стратегии медико-социальной реабилитации, включенной наряду со специализированной и паллиативной помощью в континуум онкологической помощи.

Приоритетным направлением реабилитации онкологических больных является сохранение автономии и независимости. В нетерминальных стадиях заболевания реабилитация предполагает сохранение социальной автономии, активной социальной жизни, превенцию инвалидизации пациента. В терминальных стадиях реабилитация рассматривается как необходимый раздел паллиативной помощи онкологическим больным, как паллиативная реабилитация. В терминальных стадиях болезни меняется ракурс независимости, реабилитация сосредоточена на физическом и эмоциональном функционировании инкурабельных онкологических больных. Этим задачам отвечает интеграция паллиативной помощи и реабилитации.

6. Ведущим принципом паллиативной помощи является оказание междисциплинарной помощи пациентам с хроническим течением заболевания. Формирование социальной практики паллиативной помощи предполагает решение социальных проблем, определяющих повышение эффективности здравоохранения для обеспечения доступности паллиативной помощи населению и предупреждения дисфункциональных практик.

Происходящий в современной России процесс институционализации паллиативной помощи может быть представлен с методологических позиций исследования социально-структурных функций (AGIL), предложенных Т. Парсонсом для открытых социальных систем.

Организация паллиативной помощи в России происходит одновременно с совершенствованием правовых актов, что существенно замедляет процесс становления указанного вида помощи населению и предопределяет ограничение ее доступности. До 2019 г. при формировании нормативной базы не нашел отражения принцип интегративного подхода к организации паллиативной помощи, произошло расширение медиализации паллиативной помощи.

7. Организация региональной онкологической помощи реализована в формировании региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным, включающей профилактику и раннее выявление онкологического заболевания, своевременное оказание современной специализированной медицинской помощи, медико-социальной реабилитации и паллиативной помощи, соотношение которых определяется продолжительностью и тяжестью онкологического заболевания, а также интеграцию новых социальных агентов.

Концептуальные подходы к формированию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным предполагают комплексное междисциплинарное, исключаящее лишь эпизодическую помощь, ведение пациентов и детерминируют разработку оптимального варианта маршрутизации пациентов.

Внесение дополнений в порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» (о необходимости организации пациентам указанного профиля реабилитационной и паллиативной медицинской помощи), разработка порядка реабилитации и оказания паллиативной помощи пациентам онкологического профиля позволит реализовать предложенные принципиально новые подходы к формированию системы онкологической помощи в зависимости от продолжительности и тяжести онкологического заболевания, предполагающие комплексное междисциплинарное, исключаящее лишь эпизодическую помощь, ведение пациентов с хроническим заболеванием.

Показатель качества жизни, релевантного здоровью, больных онкологического профиля является критерием оценки эффективности организации онкологической помощи пациентам в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Органам управления здравоохранением на федеральном уровне:

– при разработке стратегий развития онкологической помощи использовать результаты оценки качества жизни онкологических больных в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания. В связи с тем, что изменения показателей качества жизни пациентов определяют тенденции организации онкологической помощи, динамика показателей качества жизни может быть использована в качестве критерия эффективности региональной модели онкологической помощи;

– разработать и утвердить национальные рекомендации по организации онкологической помощи, включающие специализированную, паллиативную помощь и реабилитацию пациентов в зависимости от продолжительности и тяжести заболевания;

– разработать научно-методическое обоснование и единую классификацию состояний, при которых показана и должна быть организована паллиативная помощь и внести соответствующие изменения в положение об оказании паллиативной помощи;

– при формировании нормативной базы по организации медико-социальной помощи при онкологических заболеваниях руководствоваться принципом интегративного подхода для предупреждения и преодоления дисфункциональных практик в процессе институционализации здравоохранения;

– провести пилотную апробацию региональной модели онкологической помощи в субъектах различных федеральных округов РФ.

2. Органам управления здравоохранением на региональном уровне:

– верифицировать и устранить сдерживающие факторы государственно-частного партнёрства при организации междисциплинарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в регионе в контексте интегрированной системы здравоохранения;

– использовать при модернизации онкологической службы региона разработанные автором концептуальные подходы к формированию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным.

3. Федеральным государственным образовательным организациям высшего образования включить в образовательные программы высшего медицинского и дополнительного профессионального образования тематику междисциплинарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БСК – болезни системы кровообращения

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты

МЗ – Министерство здравоохранения

МЗ и СР – Министерство здравоохранения и социального развития

МП – медицинская помощь

НИР – научно-исследовательская работа

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПП – паллиативная помощь

РФ – Российская Федерация

СГМУ – Саратовский государственный медицинский университет

СО – Саратовская область

ФЗ – Федеральный закон

ЦВЗ – церебро-васкулярные заболевания

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, Е.В. Качество жизни как проблема социальной философии : дис. ... канд. филос. наук : 09.00.11 / Е.В. Абрамов; Сиб. аэрокосм. акад. им. акад. М.Ф. Решетнева. – Красноярск, 2010. – 177 с.
2. Альгин, А.П. Риск и его роль в общественной жизни / А.П. Альгин. – М., 1989. – 187 с.
3. Амлаев, К.Р. Доступность качественной онкологической помощи в условиях города / К.Р. Амлаев, М.Г. Гейвандова, Е.Ю. Хорошилова // Социология города. – 2015. – № 3. – С. 47–52.
4. Амлаев, К.Р. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье (обзор) / К.Р. Амлаев, А.В. Курбатов // Профилактическая медицина. – 2012. – Т. 15, № 1. – С. 10–5.
5. Анализ доступности и направления совершенствования медицинской помощи пациентам при злокачественных новообразованиях в московской области / Е.Ю. Огнева, А.Н. Гуров, М.В. Пирогов, Е.В. Гамеева, О.Ю. Александрова // Исследования и практика в медицине. – 2018. – Т. 5, № 4. – С. 106–117.
6. Андреев, Ю.П. Социальные институты: содержание, функции, структура / Ю.П. Андреев, Н.М. Коржевская, Н.Б. Костина. – Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1989. – С. 19–27.
7. Андриянова, Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины : дис. ... д-ра социол. наук : 14.00.52 / Е.А. Андриянова; Волгогр. гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2006. – 369 с.
8. Аржаненкова, Л.С. Организационные подходы комплексной реабилитации больных злокачественными заболеваниями женской репродуктивной системы : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Л.С. Аржаненкова; Кур. гос. мед. ун-т МЗ РФ. – Курск, 2007. – С. 131–132.
9. Арзыматова, А.Б. Коррекция психологических нарушений при раке молочной железы / А.Б. Арзыматова // Вестник КРСУ. – 2013. – Т. 13, № 11. – С. 38–41.

10. Архипова, И.В. Психогенные факторы и рак молочной железы / И.В. Архипова, Н.П. Кокорина, Ю.А. Магарилл. – В кн.: Актуальные проблемы рака молочной железы. – Кемерово, 2003. – вып. VII. – С. 7–8.
11. Аскин, Я.Ф. Философские категории в структуре научного познания / Я.Ф. Аскин // Философский статус понятия и его методологическое значение. – Саранск, 1981. – С. 5–12.
12. Ахметзянов, Р.Ш. Тактика лечения запущенных форм рака яичников / Р.Ш. Ахметзянов // Материалы 5 Всероссийского съезда онкологов. – Казань, 2000. – С. 397–398.
13. Балабуха, О.С. Качество жизни как основа программ реабилитации онкологических больных / О.С. Балабуха // Международный медицинский журнал. – 2010. – № 4. – С. 11–13.
14. Балева, Е.С. Некоторые результаты исследования качества жизни у больных ишемической болезнью сердца / Е.С. Балева, О.Ю. Алёшкина, И.Л. Кром // Наука и современность. – 2012. – № 15-1. – С. 44–47.
15. Батиевская, В.Б. Системный подход как метод исследования эффективности отрасли социальной инфраструктуры региона / В.Б. Батиевская // Известия УрГЭУ. – 2009. – № 4 (26). – С. 116–121.
16. Бек, У. Общество риска: на пути к другому модерну / У. Бек. – М.: Прогресс-тенденция, 2000. – 384 с.
17. Беликова, А.В. Социальное пространство: онтологические основания и институциональные структуры : дис. ... канд. филос. наук : 09.00.11 / А. В. Беликова. – Саратов, 2004. – 150 с.
18. Беляева, Л.А. Уровень и качество жизни. Проблемы измерения и интерпретации / Л.А. Беляева // СОЦИС. – 2009. – № 1. – С. 33–42.
19. Бестужев-Лада, И.В. Альтернативная цивилизация / И.В. Бестужев-Лада. – М., 2003. – 444 с.
20. Бестужев-Лада, И. В. О «качестве жизни» в США / И. В. Бестужев-Лада, Г.С. Батыгин // США – экономика, политика, идеология. – 1978. – № 1. – С. 23–25.

21. Биктина, Н.Н. Личностные особенности и ролевые позиции онкологических больных / Н.Н. Биктина, А.Н. Кекка // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2. – С. 686.
22. Блинов, Н.Н. Роль психонкологии в лечении онкологических больных / Н.Н. Блинов // Вопросы онкологии. – 1996. – № 5. – С. 70–73.
23. Богма, К.А. Система здравоохранения как социальный институт: роль и значение в обществе / К.А. Богма. // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – Прага, 2014. – № 27 : Social sciences and public health: theoretical approaches, social sciences and public health: theoretical approaches, empirical researches, practical decisions empirical researches, practical decisions : materials of the IV in- materials of the IV international scientier national scientific conference on April 20–21, 2014. – С. 6–11.
24. Бойко, Е.О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии / Е.О. Бойко // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 58–65.
25. Бойцов, С.А. Факторы, влияющие на смертность населения / С.А. Бойцов, И.В. Самородская // Вестник Российской Академии наук. – 2015. Т. 86, № 12. – С. 1089–1097.
26. Бойцов, С.А. Влияние медицинских и немедицинских факторов на смертность населения: социальные факторы / С.А. Бойцов, И.В. Самородская, В.Ю. Семёнов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, № 6. – С. 336–339.
27. Болт–Крисмас, О. Интегрированное медицинское обслуживание [Электронный ресурс] / О. Болт–Крисмас, Дж. Димсон, К. Клосс // Вестник McKinsey : теория и практика управления [Электронный ресурс]. – 2015. – № 32. – Режим доступа: <http://www.vestnikmckinsey.ru/healthcare-and-pharmaceuticals/Integrirovannoe-meditsinskoe-obsluzhivanie> (дата обращения: 10.03.2021).

28. Борисов, К.Е. Качество жизни больных раком молочной железы в процессе противоопухолевого лечения : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.14 / К.Е. Борисов; Башкир. гос. мед. ун-т. – Уфа, 2004. – 180 с.
29. Боровиков, А.М. Восстановление груди после мастэктомии / А.М. Боровиков. – Тверь, 2000. – С. 4–18.
30. Боязитова, А.Н. Медикализация как социальный процесс : дис. ... канд. мед. наук : А.Н. Боязитова. – Волгоград, 2007. – 160 с.
31. Бурковский, Г.В. Об исследованиях здоровья и качества жизни / Г.В. Бурковский, Е.В. Левченко, А.М. Беркман // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 1. – С. 27–28.
32. Бутрина, В.И. Организация паллиативной помощи больным с онкологическими заболеваниями / В.И. Бутрина // Вестник последипломного медицинского образования. – 2014. – № 1. – С. 7.
33. Быченков, В.М. Социальные институты в системе субъект-субъектных отношений : дис. ... д-ра филос. наук : 09.00.11. / В.М. Быченков. – М., 1999. – 372 с.
34. Варнавский, В.Г. Частно-государственное партнерство [Электронный ресурс] / В. Г. Варнавский // Открытая экономика. Экспертный канал [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.opec.ru/article_doc.asp?d_no = 50578. 20 (дата обращения: 10.03.2021).
35. Введенская, Е.С. История развития паллиативной помощи больным злокачественными новообразованиями в России / Е.С. Введенская // Паллиативная помощь и реабилитации. – 2012. – № 2. – С. 55–58.
36. Введенская, Е.С. Проблемы организации паллиативной помощи больным злокачественными новообразованиями в регионах / Е.С. Введенская, Л.Ф. Кобзева // Медицина и качество жизни. – 2012. – № 3. – С. 41–43.
37. Ведринцев, В. ГЧП: новое в сфере здравоохранения Воронежской области [Электронный ресурс] / В. Ведринцев // Медицина целевые проекты. – 2015. – № 21. – Режим доступа: <http://www.sovstrat.ru/journals/medicina-celevyue-proekty/articles/st-med21-4.html> (дата обращения: 10.03.2021).

38. Верзилин, Д.Н. Методы анализа условий и качества функционирования социальных и медицинских систем в субъектах Российской Федерации / Д.Н. Верзилин. – СПб. : Изд-во СПбГУФ, 2004. – 175 с.
39. Взаимосвязь социально-экономических факторов и показателей смертности населения / И.В. Самородская, О.Л. Барбараш, Н.В. Кондрикова, С.А. Бойцов // Профилактическая медицина. – 2017. – Т. 20, № 1. – С. 10–14.
40. Взаимосвязь социальной работы и социальной политики: учебник / под ред. Ш. Рамона. – М. : Аспект-Пресс, 2010. – 256 с.
41. Винницкий, Д.В. Государственно-частное партнёрство в здравоохранении России / Д.В. Винницкий // Социально-экономические явления и процессы. – 2009. – № 4 (016). – С. 24–27.
42. Вирусные гепатиты В, С, D и ВИЧ- инфекция у наркоманов / Н.Н. Власов, А.А. Яковлев, Е.Н. Виноградова, С.М. Семенов // Вирусные гепатиты и другие актуальные инфекции. – СПб., 1997. – С. 115–122.
43. Власова, А.В. Современное состояние хосписной и паллиативной помощи в РФ и проблемы гериатрии / А.В. Власова, Л.С. Краснова, П.А. Воробьёв // Клиническая геронтология. – 2013. – № 1-2. – С. 40–47.
44. Влияние некоторых психологических и социальных факторов на течение и результаты лечения онкологических больных / Г.М. Жаринов, Н.Ю. Некласова, О.А. Богомоллов, В.Н. Анисимов // Практическая онкология. – 2016. – Т. 17, № 4. – С. 256–270.
45. Водолагин, А.В. Современные стратегии реализации паллиативной помощи в Российской Федерации / А.В. Водолагин // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 4. – С. 43–49.
46. ВОЗ. Всемирный доклад о борьбе с раком 2014 года [Электронный ресурс] / ВОЗ. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/ru/> (дата обращения: 25.03.2021).
47. ВОЗ. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. [Электронный ресурс] / ВОЗ. –

2014. – 114 с. – Режим доступа: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/ru/> (дата обращения: 25.03.2021).

48. ВОЗ. Наркотические и психотропные препараты. Достижение равновесия в национальной политике контроля опиоидов. Рекомендации по оценке / ВОЗ. – ВОЗ, 2000. – 31 с.

49. ВОЗ. Обеспечение сбалансированности национальной политики в отношении контролируемых веществ: рекомендации по обеспечению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств / ВОЗ, документ ВОЗ WHO/EDM/QSM/2000.4. – Женева: ВОЗ, 2011. – 100 с. – Материал представлен в электронной форме на сайте: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85541/9789241564175_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата обращения: 10.03.2021).

50. ВОЗ. Первый Всемирный Атлас потребностей в паллиативной помощи [Электронный ресурс] / ВОЗ. – Режим доступа: <http://www.thewhpcsa.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> (дата обращения: 25.03.2021).

51. ВОЗ. Укрепление паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла. Шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2014. – Режим доступа: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454ru/s21454ru.pdf> (дата обращения: 25.03.2021).

52. ВОЗ. Здоровье и права человека. Информационный бюллетень N°323. Декабрь 2015 г. [Электронный ресурс] / ВОЗ. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/ru/> (дата обращения: 28.03.2021).

53. ВОЗ. Шестьдесят третья сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 17-21 мая 2010 г. : WHA63/2010/REC/1 : резолюции и решения, приложения / ВОЗ. – Женева : Всемирная орг. здравоохранения, 2010. – XIX. – 175 с.

54. Возможности и проблемы современной реабилитации в онкологии / Н.А. Шаназаров, Ш.А. Булекбаева, Н.Ю. Лисовская, К.К. Кусаинова, Е.В. Лисовский // *Фундаментальные исследования*. – 2015. – № 1. – С. 1735–1740.

55. Возможности исследования качества жизни в клинической практике / Д.Ю. Латышев, Ю.Ф. Лобанов, Н.М. Михеева, Е.А. Рябина, Д.С. Фуголь // Социальная интеграция и развитие этнокультур в евразийском пространстве. – 2013. – № 1. – С. 305–309.
56. Воробцова, Е.С. Командный метод работы в организациях паллиативной медицинской помощи / Е.С. Воробцова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 3. – С. 16–20.
57. Воробцова, Е.С. Социальная работа в системе паллиативной медицинской помощи / Е.С. Воробцова, А.В. Мартыненко, С.В. Овчинникова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 2. – С. 14–20.
58. Воронова, Е.А. Особенности оценки качества жизни инкурабельных пациентов / Е.А. Воронова, М.Я. Подлужная // Здоровье семьи – 21 век. – 2015. – № 1. – С. 35–43.
59. Гавра, Д.П. Общественное мнение как социологическая категория и социальный институт / Д.П. Гавра. – СПб. : ИСЭП, 1995. – 235 с.
60. Гареева, И.А. Социальная трансформация системы здравоохранения в современных условиях (социологический анализ на примере Хабаровского края) : дис. ... д-ра социол. наук. : 22.00.04 / И.А. Гареева – Хабаровск. – 2014. – 370 с.
61. Гареева, И.А. Теоретические и методические основы исследования системы здравоохранения / И.А. Гареева // Власть и управление на Востоке России. – 2009. – №4 (49). – С. 133–139.
62. Герасименко, В.Н. Реабилитация онкологических больных / В.Н. Герасименко, Ю.В. Артюшенко, А.Т. Амирасланов. – М. : Медицина, 1988. – 272 с.
63. Герасименко, В.Н. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных / В.Н. Герасименко, А.Ш. Тхостов // Журнал клинической психоонкологии. – 2002. – № 2.
64. Гидденс, Э. Социология / Э. Гидденс. – 2-е изд., выполн. по 4-му англ. изд., полностью перераб. и доп. – М. : Едиториал, 2005. – 629 с.

65. Гидденс, Э. Судьба, риск и безопасность / Э. Гидденс // THESIS. – 1994. – Вып. 5. – С. 107–143.
66. Гнездилов, А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. – 2001. – № 1. – С. 5–11.
67. Гнездилов, А.В. Психология и психотерапия потерь / А.В. Гнездилов. – М.: Речь, 2007. – 161 с.
68. Гольченко Ю.В. Управление развитием региона : трансформационно-экономический аспект [Электронный ресурс] / Ю.В. Гольченко, Озеров П.В. Озеров П.В. // Управление экономическими системами [Электронный ресурс] : электронный научный журнал. – Режим доступа : <http://uecs.ru/regionalnaya-ekonomika/item/612-2011-09-14-10-51-15> (дата обращения : 10.10.2019).
69. Государственно-частное партнерство в образовании: сб. / науч. ред. О.П. Молчанова, А.Я. Лившин. – М. : Книжный дом Университет, 2009. – 240 с.
70. Государственно-частное партнёрство как инновационная форма развития российского здравоохранения / М.Е. Добрусина, Г.Н. Завьялова, О.Н. Тулупова, С.М. Хлынин // Вестник Томского государственного университета. – 2011. – № 1 (13). – С. 142–147.
71. Государство, банки и медицинский бизнес: возможен ли эффективный формат сотрудничества? [Электронный ресурс] / РОСКОНГРЕСС: Пространство доверия. – Режим доступа: <https://roscongress.org/sessions/health-2019-gosudarstvo-banki-i-meditsinskiy-biznes-vozmozhen-li-effektivnyy-format-sotrudnichestva/about/> (дата обращения: 19.03.2021)
72. Готлиб, А.С. Нарративная медицина глазами российских врачей: попытка эмпирического анализа / А.С Готлиб // Вестник СамГУ. – 2010. – № 5 (79). – С. 64.
73. Готовина, М.С. Организация паллиативной помощи в современной России: социологический анализ / М.С. Готовина // Научный результат. Серия: медицина и фармация. – 2015. – Т. 1, № 2 (4). – С. 69–76.
74. Готько, О.В. Новые возможности лабораторной оценки риска прогрессирования опухолевого процесса при раке яичников / О.В. Готько, Л.А.

Державец // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2016. – № 2 (16). – С. 116–123.

75. Гришина, С.В. Преимущества и ограничения SWOT-анализа / С.В. Гришина // Актуальные вопросы экономических наук. – 2009. – № 5-5. – С. 37–41.

76. Грушина, Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия / Т.И. Грушина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.

77. Гуменюк, Л.Н. Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / Л.Н. Гуменюк, В.А. Рослякова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1–2. – С. 103–106.

78. Гурылева, М.Э. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии / М.Э. Гурылева, М.В. Журавлева, Г.Н. Алеева // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, № 10. – С. 761–763.

79. Гущин, А.В. Качество жизни как оценочный критерий в медицине (на примере офтальмологии): монография / А.В. Гущин, А.В. Петраевский. – Волгоград, 2013. – 244 с.

80. Давыдов, М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г. / М.И. Давыдов, Е.М. – Аксель. М. : РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2005. – 286 с.

81. Демин, Е.В. Психоонкология: становление и перспективы развития / Е.В. Демин, А.В. Гнездилов, В.А. Чулкова // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 57, № 1. – С. 86–91.

82. Демографический ежегодник России, 2018 : стат. сб. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/demo18.pdf> (дата обращения: 10.03.2021).

83. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2007. – С. 454–484.

84. Дмитриева, Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева // Социологические исследования. – 2003. – № 11. – С. 51–57.

85. Доброродный, Д.Г. Медиализация как социокультурный феномен и предмет междисциплинарного исследования / Д.Г. Доброродный, Ю.Г. Черняк // Философия и социальные науки. – 2012. – № 1/2. – С. 82–88.

86. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. на 52-й сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ, сентябрь 2002 // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02. Копенгаген, 17 сентября 2002. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2002. – 2 с. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/press-releases> (дата обращения: 10.03.2021).

87. Дрегало, А.А. Социальная реабилитация онкологических больных: состояние и возможные направления исследования проблемы. Сборники конференций НИЦ Социосфера / А.А. Дрегало. – Пенза, 2013. – № 44. – С. 56–60.

88. Дроздов, Н.Д. Институциональная экономика : учеб. пособие / Н.Д. Дроздов. – Тверь, 2006. – 156 с.

89. Дьяченко, В.Г. Перспективы изучения качества жизни больных раком молочной железы (обзор литературы) / В.Г. Дьяченко, В.Л. Коваленко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 134–138.

90. Дячук, Е.А. Развитие института государственно-частного партнерства в здравоохранении / Е.А. Дячук, И.Г. Салимьянова, О.К. Николаева // Инновационная деятельность. – 2016. – № 1. – С. 38–45.

91. Евдокимов, В. И. Научно-методологические проблемы оценки качества жизни / В. И. Евдокимов // Вестник психиатрии. – 2008. – № 27. – С. 102–131.

92. Евсина, О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента / О.В. Евсина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – № 1. – С. 119–133.

93. Еругина, М.В. Нормативное обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи. Чем помочь неизлечимо больному пациенту? Проблема доступности паллиативной медицинской помощи / М.В. Еругина // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2014. – № 11. – С. 40–47.

94. Еругина, М.В. Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / М.В. Еругина. – Рязань, 2009. – 291 с.
95. Жерновой, М.В. Оценка некоторых социально-гигиенических факторов риска онкологических заболеваний / М.В. Жерновой, С.В. Юдин // Дальневосточный медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 80–82.
96. Жидяева, Н.А. Медико-социальные аспекты причин запущенности рака легкого на уровне первичного звена медицинской службы / Н.А. Жидяева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 1. – С. 44–45.
97. Жукова, О.А. Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией / О.А. Жукова, И.Л. Кром, Ю.Б. Барыльник // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 3. – С. 676–680.
98. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. – М. : Наука, 2006. – 240 с.
99. Завьялова, Я.С. Влияние факторов окружающей среды на распространение онкологической заболеваемости населения Приморского края / Я.С. Завьялова // Medicus. – 2016. – № 4. – С. 23–24.
100. Загрязнение городов и здоровье населения (обзор литературы) / Л.Ф. Писарева, О.А. Ананина, И.Н. Одинцова, Л.Д. Жуйкова // Профилактическая медицина. – 2016. – Т. 19, № 4. – С. 60–64.
101. Заридзе, Д.Г. Взаимодействие факторов окружающей среды и генетического полиморфизма в этиологии злокачественных опухолей / Д.Г. Заридзе, А.Ф. Мукерия, О.В. Шаньгина // Успехи молекулярной онкологии. – 2016. – № 3. – С. 8–17.
102. Заридзе, Д.Г. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в России / Д.Г. Заридзе, А.Д. Каприн, И.С. Стилиди // Вопросы онкологии. – 2018. – Т. 64, № 5. – С. 578 – 591.
103. Заридзе, Д.Г. Канцерогенез / Д.Г. Заридзе. – М. : Научный мир, 2000. – 420 с.

104. Зарубежный опыт и его влияние на формирование отечественной модели подготовки кадров в области управления здравоохранением / В.А. Решетников, Г.П. Сквирская, Г.Ш. Гаджаалиев, Ф.А. Сулькина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т. 60, № 5. – С. 240–244.

105. Зинченко, Ю.П. Методологические основы и задачи психологической реабилитации онкологических больных / Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко, А.Ш. Тхостов // Вестник восстановительной медицины. – 2014. – № 4. – С. 31–42.

106. Злокачественные новообразования у населения Сибири и Дальнего Востока / Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова, О.А. Ананина, А.П. Бояркина // Сибирский онкологический журнал. – 2015. – № 1. – С. 68–75.

107. Значение оценки качества жизни в объективизации стратегий паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями / И.Л. Кром, М.В. Еругина, А.Б. Шмеркевич, М.Д. Черняк // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2017. – № 2. – С. 13–15.

108. Зозуля, Ю.А. Качество жизни пациента как показатель эффективности оказания медицинской помощи / Ю.А. Зозуля // Украинский нейрохирургический журнал. – 2007. – № 4. – С. 37–39.

109. Ибяттов, Ф.М. Зарубежный опыт реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения и образования / Ф.М. Ибяттов // Управление. – 2019. – № 1. – С. 35–39.

110. Ивашкина, М.Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитационного сопровождения личности в условиях онкологического заболевания / М.Г. Ивашкина // Лечебное дело. – 2010. – № 3. – С. 49–54.

111. Ильина, Т.Н. Медико-социологическое объяснение феномена качества жизни / Т.Н. Ильина, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2011. – Т. 11, № 4. – С. 20–26.

112. Ильницкий, А.П. Лица, перенесшие сильный психоэмоциональный стресс / А.П. Ильницкий // Модель региональной программы первичной профилактики рака : методические рекомендации / Государственное санитарно-эпидемиологическое

нормирование Российской Федерации. – М. : Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. – С. 18. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <https://files.stroyinf.ru/Data2/1/4293755/4293755312.pdf> (дата обращения: 10.03.2021).

113. Ильницкий, А.П. О возможной роли психоэмоционального стресса в возникновении рака [Электронный ресурс] / А.П. Ильницкий. – Режим доступа: http://www.ppr-info.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=105:2008-12-07-18-58-48&catid=36:2008-11-27-09-40-59&Itemid=5 (дата обращения: 20.03.2021).

114. Новиков, Г.А. Интеграция паллиативной медицинской помощи в здравоохранение РФ / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, В.В. Самойленко, М.А. Вайсман // Медицина и качество жизни. – 2013. – № 3. – С. 4–8.

115. Ионова, Т. И. Качество жизни онкологических больных / Т. И. Ионова // Вопросы онкологии. – 1998. – Т. 44. – № 6. – С. 749–752.

116. Ионова, Т.И. Коцептуальные и методологические аспекты исследования качества жизни в онкогематологии : дис. ... д-ра биол. наук : 14.00.29 / Т. И. Ионова. – М., 2009. – 230 с.

117. Исаенко, М. С. Научное обоснование совершенствования медицинской помощи и качество жизни женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / М. С. Исаенко. – Краснодар, 2005. – С. 85–86.

118. Использование показателей качества жизни населения как интегрального критерия оценки эффективности медико-профилактических программ / В.С. Лучкевич, Г.Н. Мариничева, И.Л. Самодова, А.М. Шакиров, А.В. Зелионко // Гигиена и санитария. – 2017. – Т. 96, № 4. – С. 319–324.

119. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л. : Медицина, 1985. – 216 с.

120. Казаковцева, М.В. Теоретические подходы определения понятия «государственно-частное партнёрство» / М.В. Казаковцева // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – С. 391.

121. Карелина, Д.Д. Оценка качества жизни, релевантного здоровью, больных депрессивными невротами / Д.Д. Карелина, И.Л. Кром, Ю.Б. Барыльник // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6, № 3. – С. 674–678.

122. Карпов, О.Э. Развитие электронной системы здравоохранения Российской Федерации / О.Э. Карпов, Г.С. Клименко, Г.С. Лебедев // Федерализм. – 2016. – № 2. – С. 7–22.

123. Касимовский, К.К. Партнёрство между государственным и частным секторами здравоохранения / К.К. Касимовский, Д.В. Ефремов, Е.П. Жилиева // Бюллетень национального научно-исследовательского института им. Н.А. Семашко. – 2013. – Т. 1. – С. 93–95.

124. Качество жизни больных раком молочной железы после функционально-щадящей мастэктомии / А.Н. Демко, Ю.Д. Каминский, Е.П. Куликов, М.С. Федотова, М.В. Шомова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 1. – С. 9–12.

125. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных (на примере СПб Городского клинического онкологического диспансера) : Тезисы докладов и выступлений Всероссийского социологического конгресса «Глобализация и социальные изменения в современной России». – М., 2006. – С. 15–18.

126. Качество жизни пациентов, перенесших пересадку печени / Е.Н. Рябова, С.В. Романов, О.П. Абаева, С.А. Васенин, В.Е. Загайнов // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2019. – Т. 21, № 5. – С. 77.

127. Качмазова, Б.А. Теория и практика интеракции социологии медицины и медико-социальной работы : дис. ... канд. социол. наук : 14.00.52 / Б.А. Качмазова. – Волгоград, 2008. – 160 с.

128. Квашнина, Н.А. Систематизация подходов к пониманию частно-государственного партнёрства в России и за рубежом / Н.А. Квашнина, М.Е. Орешкова // Вестник финансового университета. – 2011. – № 6. – С. 5–12.

129. Кешишян, И.В. Исследования качества жизни – важный компонент клинических исследований и клинической практики / И.В. Кешишян, А.Н.

Шкробко // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2009. – № 11. – С. 55–58.

130. Кику, П.Ф. Экологические проблемы здоровья / П.Ф. Кику, Б.И. Гельцер. – Владивосток : Дальнаука, 2004. – 228 с.

131. Кислицына, О.А. Влияние социально–экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений / О.А. Кислицына // Журнал исследований социальной политики. – 2015. – Т. 13, № 2. – С. 289–302.

132. Кислицына, О.А. Социально-экономическое неравенство в состоянии здоровья: тенденции и гипотезы / О.А. Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. – 2017. – Т. 54, № 2. – С. 1.

133. Кислицына, О.Я. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян / О.Я. Кислицына // Народонаселение. – 2007. – № 2. – С. 24–37.

134. Классификация видов государственно-частного партнерства, используемых в здравоохранении / А.Н. Пищита, Л.Д. Просяник, В.П. Клочков, Н.А. Иванова // Медицина. – 2019. – № 1. – С. 61–69.

135. Клинические рекомендации. Онкология / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 928 с.

136. Коблова, А.А. Социальные риски психического здоровья: медико-социологическая интерпретация / А.А. Коблова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6. – С. 728.

137. Коблова, Ю.А. Институциональное пространство в предметном поле экономической науки / Ю.А. Коблова // Экономическая теория. – 2015. № 1 (122). – С. 15–19.

138. Козак, В.С. Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения / В.С. Козак // Главный врач. – 2004. – № 5. – С. 28–40.

139. Коломийченко, М.Е. Об организации паллиативной медицинской помощи / М.Е. Коломийченко, О.С. Караева // Проблемы социальной гигиены,

организации здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 299–302.

140. Комарова, В.П. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения: Материалы V Российской онкологической конференции / В.П. Комарова. – М., 2001. – С. 31–33.

141. Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.П. Столбов, А.А. Свистунов, С.А. Орлов, А.А. Бакулина, А.О. Ефимова, Т.А. Татарина, А.Ю. Гиль // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 6. – С. 418–423.

142. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]. // Федеральный портал PROTOWN.RU. – Режим доступа: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html> (дата обращения: 10.03.2021).

143. Короткова, А.С. Изучение влияния экологических факторов на смертность населения в тульской области и на территории РФ от новообразований / А.С. Короткова, П.Г. Гладких // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6. – С. 71.

144. Кочкина, Н.Н. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. / Н.Н. Кочкина, М.Д. Красильникова, С.В. Шишкин. – М. : ИД Высшей школы экономики, 2015. – 56 с.

145. Коц, Я.И. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я.И. Коц, Р.А. Либис // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66–72.

146. Крейк, А.И. Концептуальная модель институциональной системы / А.И. Крейк // Социология. – 2011. – № 3. – С. 10–26.

147. Кром, И.Л. Векторы оптимизации качества жизни больных ишемической болезнью сердца / И.Л. Кром, М.В. Еругина, Г.Ю. Сазанова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 62–65.

148. Кром, И.Л. Качество жизни (здоровье) и современная концепция инвалидности в России / И.Л. Кром // Социальная политика и социология. – 2005. – № 3. – С. 55.

149. Кром, И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.52 / И.Л. Кром. – Волгоград, 2007. – 388 с.

150. Кром, И.Л. Оценка медицинской помощи в контексте качества жизни больных ишемической болезнью сердца / И.Л. Кром, М.В. Еругина, Г.Ю. Сазанова // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-6. – С. 1174–1177.

151. Кром, И.Л. Перспективы исследования качества жизни в практике медико-социальной экспертизы / И.Л. Кром // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2006. – № 3. – С. 35–38.

152. Кром, И.Л. Современная интерпретация паллиативной помощи / И.Л. Кром, М.В. Еругина, И.Ю. Новичкова // Интегративные исследования в медицине: Сборник : Научные труды III Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – 2014. – С. 78-81.

153. Крюков, Н.Н. Качество жизни больных инфарктом миокарда / Н.Н. Крюков, М.А. Качковский // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 54–58.

154. Крюкова, Т.Л. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними / Т.Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, Е. В. Куфтык. – СПб., 2005. – 240 с.

155. Куапдыков, Е.К. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного (обзор литературы) / Е.К. Куапдыков, Ж.С. Абдрахманов // Валеология. – 2010. – № 3. – С. 9–12.

156. Куприянова, И.Е. Качество жизни и превентивная психиатрия. Монография / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке. – Томск, 2007. – 186 с.

157. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным / под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова. – М., 2004. – Т. 1. – 656 с.

158. Кучеренко, В.З. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики / В.З. Кучеренко, Н.В.

Эккерт // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – Т. 67, № 3. – С. 4–9.

159. Лазарев, А.В. Качество жизни кардиохирургических больных как критерий эффективности медицинской помощи / А.В. Лазарев // Справочник врача общей практики: ежемесячный научно-практический журнал. – 2016. – № 3. – С. 45–47.

160. Лайченкова, Н.Н. Проблемы становления института государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации/ Н.Н. Лайченкова, С.А. Нефедова // Ленинградский юридический журнал. – 2017. – № 1. – С. 118–125.

161. Ларин, С.А. Влияние загрязнений атмосферного воздуха автотранспортом на развитие злокачественных новообразований у населения г. Кемерово / С.А. Ларин, А.А. Быков // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 5. – С. 9–13.

162. Ларина, В.Н. Основы паллиативной помощи: современный подход / В.Н. Ларина, Н.В. Орлова // Фундаментальные аспекты психического здоровья. – 2016. – № 2. – С. 43–46.

163. Лебедева-Несевря, Н.А. Социальные факторы риска здоровью как объект управления / Н.А. Лебедева-Несевря // Вестник Пермского университета. Серия: Биология. – 2010. – № 3. – С. 36–41.

164. Лебедева-Несевря, Н.А. Теория, методология и практика анализа социально детерминированных рисков здоровью населения : дис. ... д-ра социол. наук : 14.02.05 / Н.А. Лебедева-Несевря. – Волгоград, 2014. – 369 с.

165. Лига, М.Б. Качество жизни: генезис идей / М.Б. Лига // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Социологические науки. – 2011. – № 4. – С. 237–244.

166. Лига, М.Б. Модель качества жизни в социально-экологической парадигме/ М.Б. Лига // Территория новых возможностей. – 2016. – № 1 (32). – С. 197–203.

167. Лига, М.Б. Социологический анализ основных направлений эволюции концептуального осмысления понятия и оценки качества жизни во второй половине XX – начале XI веков : дис. ... д-ра социол. наук : 22.00.01 / М.Б. Лига. Барнаул, 2006. – 342 с.
168. Липов, В.В. Институциональная комплементарность как фактор формирования социально-экономических систем / В.В. Липов // *Journal of institutional studies* (Журнал институциональных исследований). – 2012. – Т. 4, № 1. – С. 25–42.
169. Лисицын, Ю. П. История медицины : учебник для студентов медицинских вузов / Ю.П. Лисицын. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 400 с.
170. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов медицинских вузов / Ю.П. Лисицын. – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
171. Лубяный, И.Д. Эволюция подходов к анализу категории «качество жизни» / И.Д. Лубяный // *Управление экономическими системами*. – 2015. – № 2 (74). – С. 45. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <http://uecs.ru/uecs-74-742015/item/3382--1-r> (дата обращения: 10.03.2021).
172. Луман, Н. Понятие риска / Н. Луман // *TESIS: Теория и история экономических и социальных институтов и систем*. – 1994. – Вып. 5 : Риск, неопределённость, случайность. – С. 132–145.
173. Луман, Н. Риск, неопределенность, случайность / Н. Луман // *THESIS*. – 1994. – № 5. – С. 135–160.
174. Луман, Н. Социальные системы. Очерк общей теории. / Н. Луман СПб: Наука, 2007. – 641 с.
175. Майоров, О.В. Опыт ГЧП в Самарской области [Электронный ресурс]. / О.В. Майоров // *БЮДЖЕТ.RU*. – Режим доступа: <http://bujet.ru/Article/310546.php> (дата обращения: 10.02.2021).

176. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика : нейро-лингвистическое программирование (НЛП), самовнушение, семейная терапия, танцевально-двигательная терапия / И.Г. Малкина-Пых. – М.: ЭКСМО, 2008. – 1022 с.

177. Малофеевская, Н.А. Экологическая обстановка как фактор формирования злокачественных новообразований в России / Н.А. Малофеевская, О.В. Рубцова // Общество. Среда. Развитие. – 2016. – № 4 (41). – С. 158–164.

178. Малыхин, Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (Обзор литературы) / Ф.Т. Малыхин // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 11–18.

179. Манерова, О.А. Научное обоснование системы формирования кадрового потенциала в условиях реформы здравоохранения : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / О.А. Манерова; Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова. – М., 2005. – 370 с.

180. Манжуров, И.Л. Многофакторная оценка влияния окружающей среды на развитие онкологических заболеваний / И.Л. Манжуров, В.Л. Лежнин // Экология человека. – 2015. – № 1. – С. 3–9.

181. Марилова, Т.Ю. Психопатологические реакции онкологических больных / Т.Ю. Марилова, О.В. Андрианов, Т.В. Марилов // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина. – 2003. – № 2. – С. 28–30.

182. Мартыненко, А.В. Теория и практика медико-социальной работы. / А.В. Мартыненко. – М. : Гардарики, 2007. – 158 с.

183. Матвеевко, Ю.И. Современные подходы к изучению риска / Ю.И. Матвеевко // Известия Тульского государственного университета. – 2012. – № 1. – С. 165–173.

184. Матюхина, Ю.С. Анализ моделей государственно-частного партнерства в здравоохранении РФ / Ю.С. Матюхина // Вопросы экономических наук. – 2015. – № 6 (76). – С. 58–61.

185. Медико-социальная реабилитация больных со злокачественными опухолями и другими инвалидизирующими заболеваниями / А.Н. Редькин, Е.Ю.

Устинова, Ю.С. Иванова, Т.Н. Назарец, Ш.К. Какаджанов, И.И. Черкасова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 3. – С. 31–33.

186. Медико-социальные аспекты повторной инвалидизации взрослого населения вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, Е.Е. Ачкасов, С.С. Меметов, Г.С. Погосян, Л.С. Идрисова // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 1. – С. 18–22.

187. Медико-социальные характеристики женщин с онкологическими заболеваниями / Г.В. Сыч, В.П. Косолапов, О.Н. Чопоров, Р.Е. Джавахадзе // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 5. – С. 297–301.

188. Медицинская диссертация: современные требования к содержанию и оформлению: руководство / под ред. И.Н. Денисова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с.

189. Междисциплинарный анализ социально детерминированных рисков здоровья детского населения / Н.Н. Шигаев, И.Л. Кром, М.В. Еругина, Д.Л. Дорогойкин // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2. – С. 65.

190. Мельник, А.А. Государственно-частное партнерство как градиент российского здравоохранения / А.А. Мельник // Проблемы экономики и юридической практики. – 2017. – № 1. – С. 66–70.

191. Менделевич, В.Д. Психиатрическая пропедевтика : практическое руководство / В. Д. Менделевич. – 5-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 568 с.

192. Мерабишвили, В.М. Статистическая оценка возникновения риска злокачественных новообразований и анализ онкологической ситуации на популяционном уровне / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54, № 2. – С. 148–56.

193. Мертон, Р.К. Социальная теория и социальная структура. / Р. К. Мертон. – М. : Хранитель : АСТ Москва, 2006. – 873 с.

194. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи (утв. Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 № 7180-ПХ) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.durex-promo.ru/index.php?ds=1422328> (дата обращения: 10.02.2021).

195. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи [Электронный ресурс] / Н.В. Эккерт, Г.А. Новиков, А.К. Хетагурова, М.Г. Шарафутдинов. – М., 2008. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420258887> (дата обращения: 10.03.2021).

196. Методология построения интегрированных медицинских информационных систем. Надежный фундамент для гибкой и мобильной информационной системы для сферы здравоохранения и социального обеспечения : в 5 ч. / Корпорация Microsoft. – 2-е изд. – [Б. м.] : Корпорация Microsoft, 2009. – Ч. 1 : Введение и обзор. – 64 с. – (Здравоохранение основанное на знаниях). – Материал представлен в электронной форме на сайте: https://download.microsoft.com/documents/rus/healthcare/info/CHF_ADB_v2_Summary_rus_TranslateVer1.pdf (дата обращения: 10.03.2021).

197. Мещерякова, Ж.В. Государственно-частное партнерство в инновационном механизме развития экономики Северо-Кавказского федерального округа / Ж.В. Мещерякова // Экономика и социум. – 2014. – № 1 (10). – С. 291–300.

198. Мещерякова, Ж.В. Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: проблемы и пути решения / Ж.В. Мещерякова, В.С. Дзекунскас // Научный альманах. – 2015. – № 12-1(14). – С. 254–257.

199. Мигунова, Ю.В. Показатели здоровья. Показатели оценки состояния здоровья населения / Ю.В. Мигунова // Известия Уфимского научного центра РАН. – 2015. – № 1. – С. 99–105.

200. Мишина, О.С. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни: методические рекомендации / О.С. Мишина. – М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2016. – 40 с.

201. Моисеенко, Е.И. Вопросы организации медико-социальной работы в онкологии [Электронный ресурс] / Е.И. Моисеенко – Режим доступа: www.doctor.ru/oncos.html (дата обращения: 02.03.2021).

202. Мошуров, И. П. Мы первыми в России применили государственно-частное партнерство в сфере онкологии / И. П. Мошуров. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.kommersant.ru/doc/2871472> (дата обращения: 02.03.2021).

203. Мухамедшина, Э.И. Качество жизни как показатель психического здоровья больных соматическими заболеваниями / Э.И. Мухамедшина, К.К. Яхин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2006. – № 4. – С. 40–43.

204. Нагибина, Ю.В. Медико-социальные особенности больных ишемической болезнью сердца и качество жизни / Ю.В. Нагибина, Л.А. Захарова // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 3. – С. 155–159.

205. Назарова, И.Б. Занятые на рынке труда: факторы, влияющие на здоровье / И.Б. Назарова // Вестник Российского университета дружбы народов. Социология. – 2004. – № 1. – С. – 107–121.

206. Найговзина, Н. О некоторых подходах к укреплению здоровья населения и развитию здравоохранения России на долгосрочную перспективу / Н. Найговзина, В. Филатов // Экономическая политика. – 2009. – № 5. – С. 24–40.

207. Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей. Необходимость, соответствующее наличие и отсутствие чрезмерных ограничений : доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2015 год (E/INCB/2015/1) [Электронный ресурс] / Организация Объединенных Наций, Международный комитет по контролю над наркотиками. – Нью-Йорк: ООН, 2016. – Режим доступа: https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/Russian/Supplement-AR15_availability_Russian.pdf (дата обращения: 10.02.2021).

208. Невзорова, Д. Проблемы прежде всего в головах медицинских работников / Д. Невзорова // Медицинский вестник. – 2015. – № 22 (707). – С. 13.

209. Нецепляев, Д.А. Общее и особенное в профессиональной деятельности врачей частных и государственных медицинских учреждений : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.05 / Д.А. Нецепляев. – Волгоград, 2011. – 168 с.

210. Нечаев, В.С. Медицинская реабилитация: история вопроса и дефиниции / В.С. Нечаев, З.А. Магомедова // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 221–225.

211. Николаева, Е.Е. Системно-структурно-функционально-интегративная трактовка распределительных отношений / Е.Е. Николаева // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2011. – Т. 17, № 4. – С. 193–197.

212. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.

213. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова ; под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд.– М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 316 с.

214. Новикова, С.С. Социология: история, основы, институционализация в России / С. С. Новикова. – М. : Московский психолого-социальный институт ; Воронеж : МОДЭК, 2000. – 460 с.

215. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" : Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №313-ФЗ. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12180682/> (дата обращения: 10.02.2021).

216. О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» и приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2012 г. № 54н

«Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления : Приказ Минздрава РФ от 21 апреля 2016 г. № 254н (ред. от 14.01.2019). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=332825> (дата обращения: 28.03.2021).

217. О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов : Постановление Правительства РФ от 12 апреля 2019 г. № 440. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72122170/> (дата обращения: 28.03.2021).

218. О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи : Федеральный закон от 6 марта 2019 г. № 18-ФЗ. [Электронный ресурс]. ИПС КОНСУЛЬТАНТ. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319586/ (дата обращения: 10.03.2021).

219. О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 13 июля 2015 г. № 224-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_182660/ (дата обращения: 10.02.2021).

220. О порядке оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» на территории Саратовской области : Приказ Минздрава Саратовской области от 9 января 2018 г. № 05-п. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/45121892/> (дата обращения: 28.03.2021).

221. О порядке организации медицинской реабилитации : Приказ Минздрава РФ от 29 декабря 2012 г. № 1705н. [Электронный ресурс]. ИПС КОНСУЛЬТАНТПЛЮС. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_143130/ (дата обращения: 28.03.2021).

222. О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения : Приказ Минздрава СССР от 30 мая 1986 г. № 770. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=1199> (дата обращения: 28.03.2021).

223. О проблемах паллиативной помощи / В.О. Щепин, Е.А. Тельнова, О.Б. Карпова, Т.Н. Проклова // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 1. – С. 36 – 40.

224. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. (с изменениями на 12 апреля 2019 года) : Постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506 (ред. от 12.04.2019) [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322593/ (дата обращения: 10.03.2021).

225. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг. : Постановление Правительства РФ от 18 ноября 2013 г. № 932 (ред. от 29.05.2014) [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153466/ (дата обращения: 10.02.2021).

226. О совершенствовании оказания медицинской помощи больным онкологического профиля на территории Саратовской области : Приказ Минздрава Саратовской области от 3 июля 2018 г. № 96-п. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/45127106/> (дата обращения: 28.03.2021).

227. О совершенствовании системы государственного ракового регистра : Приказ Минздрава РФ от 19 апреля 1999 г. № 135. [Электронный ресурс]. ИПС

ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/4175904/> (дата обращения: 28.03.2021).

228. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг. : Постановление Правительства Саратовской области от 25 декабря 2018 г. № 720-П. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/45133618/> (дата обращения: 28.03.2021).

229. О Федеральном информационно-аналитическом центре развития государственно-частного партнерства в здравоохранении : Приказ Минздрава РФ от 31 января .2019 г. № 33. [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://gkrfkod.ru/zakonodatelstvo/prikaz-minzdrava-rossii-ot-31012019-n-33/> (дата обращения: 10.02.2021).

230. Об обращении лекарственных средств: Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ. [Электронный ресурс]. ИПС КОНСУЛЬТАНТПЛЮС. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/ (дата обращения: 10.02.2021).

231. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (с изменениями и дополнениями) : Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12180688/> (дата обращения: 10.02.2021).

232. Об организации работы по раннему выявлению опухолевых и предопухолевых заболеваний, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями : Приказ Минздрава Саратовской области от 16 июня 2015 г. № 331. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/17923191/> (дата обращения: 28.03.2021).

233. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/11/23/zdoroviedok.html> (дата обращения: 10.02.2021).

234. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640. [Электронный ресурс]. ИПС КОНСУЛЬТАНТПЛЮС. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (дата обращения: 28.03.2021).

235. Об утверждении нормативов для расчета потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения : Приказ Минздрава РФ от 1 декабря 2016 г. № 917н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71470284/> (дата обращения: 28.03.2021).

236. Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2019 № 55053) : Приказ Минздрава РФ и Минтруда России от 31 мая 2019 г. № 345н/372н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/72280964/> (дата обращения: 28.03.2021).

237. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : Приказ Минздрава РФ от 15 мая 2012 г. № 543н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения: 28.03.2021).

238. Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения : Приказ Минздрава РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70404898/> (дата обращения: 28.03.2021).

239. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом : Приказ Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н. [Электронный

ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70340750/> (дата обращения: 28.03.2021).

240. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «детская онкология» : Приказ Минздрава РФ от 31 октября 2012 г. № 560н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70346920/> (дата обращения: 28.03.2021).

241. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология» : Приказ Минздрава РФ от 12 ноября 2012 г. № 908н. [Электронный ресурс]. ИПС КОНСУЛЬТАНТПЛЮС. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139609/ (дата обращения: 28.03.2021).

242. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «неврология» : Приказ Минздрава РФ от 14 декабря 2012 г. № 1047н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70201498/> (дата обращения: 28.03.2021).

243. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при психических расстройствах и расстройствах поведения : Приказ Минздрава РФ от 17 мая 2012 г. № 566н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70200618/paragraph/1:1> (дата обращения: 28.03.2021).

244. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» (с изменениями и дополнениями от 23.08.2016, 04.07.2017) : Приказ Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70317796/> (дата обращения: 28.03.2021).

245. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях : Приказ Минздрава РФ от 3 декабря 2009 г. № 944н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа:

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12071697/> (дата обращения: 28.03.2021).

246. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях : Приказ Минздрава РФ от 5 ноября 2013 г. № 822н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70471454/> (дата обращения: 28.03.2021).

247. Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению : Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. № 1343н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572/> (дата обращения: 28.03.2021).

248. Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению : Приказ Минздрава РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70914388> (дата обращения: 28.03.2021).

249. Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям : Приказ Минздрава РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70922908/> (дата обращения: 28.03.2021).

250. Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения : Приказ Минздрава РФ от 26 октября 2017 г. № 869н. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71730314/> (дата обращения: 28.03.2021).

251. Об утверждении профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 10.08.2018 № 51848) : Приказ Минтруда России от 22 июня 2018 г. № 409н.

[Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71911724/> (дата обращения: 28.03.2021).

252. Об утверждении распределения иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2018 году бюджетам субъектов Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований резервного фонда Правительства Российской Федерации в целях развития паллиативной медицинской помощи : Распоряжение Правительства РФ от 15 марта 2018 г. № 427-р. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://rulings.ru/government/Rasporyazhenie-Pravitelstva-RF-ot-15.03.2018-N-427-r/> (дата обращения: 10.02.2021).

253. Об утверждении Региональной программы Саратовской области «Борьба с онкологическими заболеваниями» (с изменениями на 26 сентября 2019 г.): Постановление Правительства Саратовской области от 25 июня 2019 г. № 444-П. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/467722325#loginform> (дата обращения: 28.03.2021).

254. Об утверждении типового положения о хосписе: Приказ Комитета здравоохранения г. Москвы от 20 марта 2002 г. № 138. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_45979/ (дата обращения: 10.03.2021).

255. Обзор событий в сфере государственно-частного партнерства за неделю: 19-23 марта 2012 / НП «Центр развития государственно-частного партнерства». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://mgimo.ru/files/212680/2012-03-19-23.pdf> (дата обращения 10.03.2021)

256. Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: резюме / под ред. М. Мармота. – Копенгаген: ВОЗ, 2013.

257. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения : учебник : [для студентов ВПО по специальностям "Лечебное дело" и "Педиатрия" по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранение,

экономика здравоохранения"] : в 2 томах / [В. З. Кучеренко и др.] ; под ред. В. З. Кучеренко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 2. – 158 с.

258. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 287 с.

259. Объективизация стратегий паллиативной помощи больным хроническими заболеваниями в контексте региональной модели / И.Л. Кром, М.В. Еругина, А.Б. Шмеркевич, А.В. Водолагин, Д.Л. Дорогойкин // Социология медицины. – 2017. – № 1. – С. 62–64.

260. Оганесян, М.Г. Образ жизни больных раком (качественное исследование в госпитальной популяции) / М.Г. Оганесян // Современные исследования социальных проблем. – 2015. – № 2 (46). – С. 392–402.

261. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиций системы здравоохранения / Всемирная Организация Здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения; ред.: Е. Nolte, М. McKee. – ВОЗ, 2011. – XXVI, 286 с. – Материал представлен в электронной форме на сайте: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136169/e91878R.pdf?ua=1 (дата обращения: 10.02.2021).

262. Олухов, Н.В. Социальное партнерство в период становления российского гражданского общества: дис. ... канд. социол. наук.: 22.00.04 / Н.В. Олухов. – Екатеринбург, 2004. – 201 с.

263. Опыт маршрутизации онкологических больных в Свердловской области и республике Татарстан / И.М. Сон, И.В. Ларичева, В.Б. Шаманский и др. // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 6–7. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <http://docplayer.ru/48673405-Опыт-marshrutizacii-onkologicheskikh-bolnyh-v-sverdlovskoy-oblasti-i-respublike-tatarstan.html> (дата обращения: 10.03.2021).

264. Организационно-методологические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, Б.А. Тарасов, Д.В. Подкопаев // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 4. – С. 5–8.

265. Орлова, М.М. Идентичность больного в контексте внутренней картины болезни больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы / М.М. Орлова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2014. – № 3 (6). – С. 84–96.

266. Орлова, М.М. Исследование качества жизни как системной характеристики ситуации болезни / М.М. Орлова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2014. – Т. 14, № 4. – С. 83–89.

267. Орлова, М.М. Перцепция здоровья и болезни, как частный случай адаптационных стратегий / М.М. Орлова // Известия Саратовского Университета. Новая серия. Т. 9. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – Вып. 1. – С. 87–92.

268. Орлова, М.М. Семейная поддержка в контексте внутренней картины болезни больных онкологическими заболеваниями репродуктивной системы / М.М. Орлова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. – 2016. – Т. 16, № 4. – С. 439–443.

269. Орлова, М.М. Социально-психологические ситуации болезни / М.М. Орлова. – Саратов, 2013. – 288 с.

270. Основные направления совершенствования медицинской помощи онкологическим больным в современных социально-экономических условиях отдельно взятого региона / В.П. Гордиенко, А.А. Вахненко, О.В. Сапегина, Е.М. Ролько // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 3(37). – С. 6.

271. Основные тенденции первичной заболеваемости населения в субъектах Российской Федерации в 2008-2017 гг. / А.А. Савина, С.А. Леонов, И.М. Сон, Ю.В. Михайлова, С.И. Фейгинова, В.Г. Кудрина // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 2. – С. 118–122.

272. Особенности психологического состояния больных раком молочной железы / А.В. Важенин, Д.А. Циринг, М.Н. Миронченко, Е.А. Евстафеева, И.В. Пономарева // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 4. – С. 24–28.

273. Отдалённые результаты и характер прогрессирования опухолевого процесса после адьювантной химиолучевой терапии рака желудка / М.А. Гусарева, Ю.А. Геворкян, М.Л. Малейко, И.А. Жужеленко, С.А. Ильченко // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 3. – С. 35–39.

274. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации / Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, С.И. Шляфер, А.В. Гажева, С.А. Леонов, Н.К. Горшунова // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 1. – С. 27–34.

275. Оценка качества жизни больного в медицине / А.А. Новик, С.А. Матвеев, Т.И. Ионова [и др.] // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.

276. Оценка качества жизни в паллиативной медицине: монография / Г.А. Новиков, Т.З. Биктимиров, М.Г. Шарафутдинов, В.В. Самойленко, С.В. Рудой. – Ульяновск: УлГУ, 2013. – 114 с.

277. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А.Г. Гладков, В.П. Зайцев, Д.М. Аронов, М.Г. Шарфнадель // Кардиология. – 1982. – № 2. – С. 100–103.

278. Оценка распространения онкологических заболеваний в Приморском крае / К.М. Сабирова, М.А. Мезенцева, В.Г. Морева, П.Ф. Кику // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2016. – Т. 66, № 3. – С. 205–209.

279. Паллиативная медицина и реабилитация / под ред. Г.А. Новикова. – М., 2004. – 233 с.

280. Паллиативная помощь онкологическим больным : учеб. пособие / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Учебно-методическое объединение по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова ; [сост. Н.А. Осипова и др.]; под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова. – М. : Медицина за качество жизни, 2006. – 191 с.

281. Паллиативная медицинская помощь / ВОЗ. – 2018. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/ru/> (дата обращения: 10.02.2021).

282. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. – М.: Р. Валент, 2014. – 180 с.

283. Паллиативное лечение больных распространёнными формами рака / В.И. Соловьёв [и др.]. – М., 2004. – 140 с.

284. Паниотто, В.И. Количественные методы в социологических исследованиях. / В.И. Паниотто, В.С. Максименко – Киев, 2003. – 270 с.

285. Панова, Л.В. Механизмы формирования социальных неравенств в здоровье (на примере Санкт-Петербурга) / Л.В. Панова, Н.Л. Русинова // Интернет-конференция «Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности», 16.04.2007–15.06.2007 : [материалы]. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308468.html> (дата обращения: 10.02.2021).

286. Парсонс, Т. О социальных системах / Т. Парсонс. – М.: Академический Проект, 2002. – 832 с.

287. Паутов, И.С. Восприятие рисков ухудшения здоровья населением России и механизмы его формирования / И.С. Паутов // Вестник Удмуртского университета. Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – Вып. 2. – С. 119–128.

288. Паутов, И.С. Социологический анализ взаимосвязи макросоциальных индикаторов благосостояния и показателей здоровья населения современной России / И.С. Паутов // Петербургская социология сегодня. – 2015. – № 6. – С. 408–422.

289. Паутов, Л.С. Риски ухудшения здоровья и их социальные детерминанты / Л.С. Паутов // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12.– 2009. – Вып. 2.4.1. – С. 151–157.

290. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, О.Е. Качкова, И.Д. Демина, Т.И. Кришталева, Е.Н. Домбровская, К.С. Мильчаков, Ю.Ю. Розалиева // Вестник

Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2019. – Т. 23, №1. – С. 104–114.

291. Пепеляева, А.В. Применение институционально-эволюционного подхода в изучении системы здравоохранения региона / А.В. Пепеляева // Управление экономическими системами. – 2014. – № 2. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://uecs.ru/uecs62-622014/item/2753-2014-02-13-12-04-06>. (дата обращения: 28.03.2021).

292. Петров, В.И. Практическая биоэтика: этические комитеты в России / В.И. Петров, Н.Н. Седова. – М. : «Триумф», 2002. – 192 с.

293. Петров, В.И. Проблема качества жизни в биоэтике / В.И. Петров, Н.Н. Седова. – Волгоград : «Издатель», 2001. – 94 с.

294. Петровская, А.А. Вопросы сотрудничества государства и бизнеса в сфере здравоохранения России на базе государственно-частного партнёрства / А.А. Петровская // Экономика и управление: анализ тенденций и перспектив развития. – 2012. – № 1/2. – С 133–137.

295. Писарева, Л.Ф. Особенности онкологической заболеваемости населения Сибири и Дальнего Востока / Л.Ф. Писарева, А.П.Бояркина, Р.М. Тахауов. – Томск: Изд-во Томск. ун-та, 2001. – 410 с.

296. Потребитель медицинских услуг как субъект системы здравоохранения / В.Н. Денисов, В.Б. Филатов, А.В. Решетников, Е.А. Финченко, Ю.В. Попков // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1995. – № 2. – С. 3–6.

297. Преподавание предмета «паллиативная медицинская помощь в онкологии» для студентов медицинских вузов / Е.П. Куликов [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 2. – С. 11–13.

298. Проблемы улучшения качества жизни населения / Е.М. Черепов, П.В. Тархов, А.М. Царенко, И.И. Шевелев // Гигиена и санитария. – 2001. – № 5. – С. 39–41.

299. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.

: Постановление Правительства РФ от 18 октября 2013 г. № 932. [Электронный ресурс]. ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71189846/> (дата обращения: 28.03.2021).

300. Проект национального доклада о привлечении частных инвестиций в развитие инфраструктуры и применении механизмов государственно-частного партнерства в Российской Федерации + Рейтинг регионов 2017-2018. М. : [б. и.], 2018. – II, 78 с. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <http://pppcenter.ru/assets/files/260418-rait.pdf> (дата обращения: 10.03.2021).

301. Прокофьев, А.Б. Влияние на качество жизни – важный критерий оценки лекарственных средств / А.Б. Прокофьев // Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. – 2013. – № 3. – С. 33–35.

302. Психологические особенности личности и отношение к болезни у пациентов со злокачественными опухолями / Н.Н. Биктина, Т.А. Галкина, А.В. Карпец, А.Н. Кекка // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 3. – С. 39–43.

303. Путин, В. В. Послание Президента Федеральному Собранию 1 марта 2018 года / В. В. Путин. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/56957> (дата обращения: 10.02.2021).

304. Психотерапевтическая реабилитация онкобольных / И.Е. Куприянова, Е.М. Слонимская, Л.Н. Балацкая [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 3. – С. 67–68.

305. ПЭТ-Технолоджи: диагностический центр [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://yandex.ru/maps/org/pet_tekhnolodzhi/1328429259/?ll=36.147812%2C51.668725&source=wizbiz_new_text_single&z=17 (дата обращения: 31.03.2021).

306. Пятчанина, Т.В. Риск возникновения рака молочной железы в условиях загрязнения окружающей среды / Т.В. Пятчанина, А.Н. Огородник // Евразийский онкологический журнал. – 2015. – № 2. – С. 76–84.

307. Рассказов, Л.Д. Российские кризисы и медицинализация общества: философский анализ актуальных социальных явлений / Л.Д. Рассказов // Вестник Бурятского государственного университета. – 2016. – Вып. 3. – С 57–67.

308. Расширенное заседание коллегии Минздравсоцразвития, 16.03.12 / МИА «Россия сегодня», Сетевое издание РИА Новости. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://ria.ru/trend/health_ministry_Putin_16032012/ (дата обращения: 10.02.2021).

309. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни / А.П. Карицкий, В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева, Т.Ю. Семиглазова // Вопросы онкологии. – 2015. – Т. 61, № 2. – С. 180–184.

310. Региональная организационная модель паллиативной медицинской помощи онкологическим больным Самарской области и система управления её качеством / А.Г. Егорова, С.Н. Ищеряков, А.Н. Сомов, А.Е. Орлов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2016. – № 4. – С. 5–10.

311. Региональные организационно-методологические модели оказания паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации / Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, С.В. Рудой, О.В. Зеленова, Е.С. Введенская, Д.В. Подкопаев // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 3. – С. 9–15.

312. Резник, И. Главный вызов для врачей [Электронный ресурс]/ Резник, И. Резник. // Здоровоохранение : Тематическое приложение к ежедневной деловой газете РБК. – 2018. – №11, 14.12.2018. – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://plus.rbc.ru/news/5c134dbd7a8aa97cd4254d2a> (дата обращения: 01.03.2021).

313. Результаты первого в России эпидемиологического исследования потребности онкологических пациентов в паллиативной медицинской помощи и оценка эффективности и безопасности методов диагностики патологических симптомов / Г.А. Новиков, Е.С. Введенская, О.В. Зеленова, М.А. Вайсман, С.В. Рудой, А.В. Палехов, Д.В. Подкопаев, С.И. Абрамов, А.П. Бессонов, И.Е. Булгакова, Т.М. Золотых, А.В. Иванов, М.Н. Миронченко, И.В. Шаймарданов, Н.Ю. Шайтанова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2018. – № 4. – С. 5–10.

314. Рекомендации Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) по разработке образовательных программ по паллиативной помощи в европейских вузах: доклад Ответственной группы ЕАПП по медицинскому образованию и подготовке специалистов по паллиативной помощи / Европейской ассоциации паллиативной помощи. – ЕАРС, 2013. – 26 с. – Материал представлен в электронной форме на сайте: [https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/70PKe-5EvkmDsBh1s1UWPA/Text/RUSSIAN-Рекомендации Европейской ассоциации паллиативной помощи ...pdf](https://www.eapcnet.eu/Portals/0/adam/Content/70PKe-5EvkmDsBh1s1UWPA/Text/RUSSIAN-Рекомендации%20Европейской%20ассоциации%20паллиативной%20помощи...pdf) (дата обращения: 10.02.2021).

315. Решетников, А.В. Медико-социологическая оценка качества жизни онкологических больных, получающих терапию отечественными цитокинами / А.В. Решетников, Н.В. Присяжная, К.Э. Соболев // Социология медицины. – 2016. – Т. 15, № 1. – С. 52–57.

316. Решетников, А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с.

317. Решетников, А.В. Методология исследований в социологии медицины: руководство / А.В. Решетников. – М., 2000. – 238 с.

318. Решетников, А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований / А.В. Решетников // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С. 38–41.

319. Решетников, А.В. Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие / А.В. Решетников, С.А. Ефименко. – М. : ИГ «ГЕОТАР-Медиа», 2007. – 160 с.

320. Решетников, А.В. Система обязательного медицинского страхования в регионе: Социально-гигиеническое исследование по материалам Новосибирской области : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.33 / А.В. Решетников. – М., 1995. – 862 с.

321. Решетников, А.В. Социальный институт медицины (часть 1) / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 4–11.

322. Решетников, А.В. Социальный институт медицины (часть 2) / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2018. – Т. 17, № 2. – С. 68–79.

323. Решетников, А.В. Социологическое осмысление медицины / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2003. – № 1 (2). – С. 3–15.
324. Решетников, А.В. Социология медицины. Введение в научную специальность: руководство. / А.В. Решетников. – М., 2002. – 976 с.
325. Решетников, А.В. Социология медицины : руководство / А.В. Решетников. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 864 с.
326. Решетников, А.В. Социология медицины: учебник / А.В. Решетников. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 255 с.
327. Решетников, А.В. Социология управления здравоохранением / А.В. Решетников // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 1. – С. 50–53.
328. Решетников, А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга / А.В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 1 (18). – С. 3–14.
329. Ритцер, Дж. Современные социологические теории / Дж. Ритцер. – 5-е изд. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 688 с.
330. РМЖ рецидив год спустя. ЖЖ. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://oncobudni.livejournal.com/961838.html> (дата обращения: 31.03.2021).
331. Рожкова, Е.В. Государственно-частное партнёрство: сущность, значение, основные направления реализации в сфере здравоохранения / Е.В. Рожкова, О.В. Касенко // Материалы конференции Vedecko vydavatelске centrum Sociosfera-CZ s.r.o. – Прага. 2015. – № 19. – С. 7–9.
332. Романов, В.Л. Социология экстремальных социальных процессов – вызов общества риска / В.Л. Романов // Тезисы докладов и выступлений на II Всероссийском социологическом конгрессе «Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы»: в 3 т. – М., 2003. – Т. 2. – С. 344–346.
333. Российский онкологический форум. Рак молочной железы слева. [Электронный ресурс]. Режим доступа:

<http://www.oncoforum.ru/forum/showthread.php?t=108719> (дата обращения: 31.03.2021).

334. Российский статистический ежегодник. 2016: Стат.сб. / Росстат. – М., 2017. – 686 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078 (дата обращения: 01.02.2021).

335. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат.сб. / Росстат. – М., 2018. – 694 с. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/doc_2018/year/year18.pdf (дата обращения: 20.03.2021).

336. Рудауска, И. Моделирование качества сервиса в интегрированной системе здравоохранения / И. Рудауска // Социологические исследования. 2015. – № 11. – С. 115–126.

337. Русинова, Н.Л. Социальные особенности здоровья в Европе и России: влияние индивидуальных и контекстуальных факторов / Н.Л. Русинова, В.В. Сафронов // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2013. – № 3. – С. 16–32.

338. Савельева, Ж.В. Здоровье и болезнь в контексте социологической теории: специфика интерпретаций / Ж.В. Савельева // Вестник Казанского технологического университета. – 2012. – Т. 15, № 22. – С. 202–206.

339. Савельева, О.Н. Психосоматика онкологических заболеваний / О.Н. Савельева // Вестник науки и образования. – 2015. – № 9 (11). – С. 75–76.

340. Саймонтон, К. Психотерапия рака/ К. Саймонтон, С. Саймонтон. – СПб: Питер, 2001. – 288 с.

341. Самойлов, А.С. Опыт организации паллиативной медицинской помощи в многопрофильном стационаре / А.С. Самойлов, Ю.Д. Удалов, Е.А. Мироманова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 4. – С. 29–32.

342. Сарансков, В.Е. Качество жизни: к вопросу о сущности и содержании понятия / В.Е. Сарансков, Е.С. Грузина // Повышение качества жизни населения – важнейшая проблема Российской Федерации: Сборник научных статей по материалам III Международного форума «Качество жизни: содружество науки,

власти, бизнеса и общества» / Фонд «Социальная инноватика» // Тюриков А.Г., Парфенов В.Г. [и др.]. – в 2-х ч. – М: Муниципальный мир, 2005. – С. 130.

343. Саратовская область в цифрах – 2018 : краткий статистический сборник / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области. – Саратов, 2019. – 232 с.

344. Саратовская область в цифрах – 2016 : краткий статистический сборник / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области. – Саратов, 2017. – 256 с.

345. Саурина, О.С. Алиментарные факторы и онкологическая заболеваемость населения / О.С. Саурина, В.С. Нечаев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н.А. Семашко. – 2014. – № S1. – С. 180–183.

346. Седова, Н.Н. Здоровье и болезнь в социальном контексте / Н.Н. Седова // Философия науки и техники. – 2008. – Т. 13, № 1. – С. 262–268.

347. Седова, Н.Н. Социальные риски распространения «медицинского империализма» в постсоветской России / Н.Н. Седова, С.А. Варгина // Известия ВолГТУ. – 2010. – Т. 7, № 7. – С. 38–42.

348. Седова, Н.Н. Современные СМИ как социальные агенты медиализации / Н.Н. Седова, Н.В. Сергеева // Философия социальных коммуникаций. – 2010. – № 3. – С. 129–134.

349. Семке, В.Я. Психотерапевтическая реабилитация онкологических больных / В.Я. Семке, Л.Н. Балацкая // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – 2007. – Вып. 13. – С. 84–87.

350. Семке, В.Я. Улучшение качества жизни как слагаемое общественного здоровья / В.Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 1. – С. 4–8.

351. Семкина, Е.Н. Улучшение качества жизни больных, оперированных по поводу злокачественных новообразований : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Е.Н. Семкина. – Смоленск, 2005. – С. 84–85.

352. Сидоров, П.И. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция социальной эпидемиологии онкологических заболеваний / П.И. Сидоров, Е.П. Совершаева // Экология человека. – 2015. – № 4. – С. 47–57.

353. Ситуация в области неинфекционных болезней в странах на 2011 г. Глобальный доклад ВОЗ = Noncommunicable diseases country profiles 2011. World Health Organization 2011. – 209 p. Материал представлен в электронной форме на сайте: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/ru/ (дата обращения: 10.03.2021).

354. Скрыль, Т.В. Институциональные проблемы формирования частно-государственного партнерства в современных российских условиях / Т.В. Скрыль // Вестник Международного института экономики и права. – 2013. – № 2 (11). – С. 64–67.

355. Смертность населения в трудоспособном возрасте. Регламентные таблицы. Январь-июнь 2017-2018гг. / Росстат. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/smert.htm (дата обращения: 02.03.2021).

356. Смычек М.В. Основные принципы реабилитации / М.В. Смычек. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.belmapo.by/downloads/med_soc_ekspert/osnovnie_pri (дата обращения: 13.03.2021).

357. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации / В.В. Самойленко, Г.А. Новиков, Б.М. Прохоров, М.А. Вайсман, С.В. Рудой, М.А. Ефимов // Медицина и качество жизни. – 2010. – № 3. – С. 8.

358. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, И.А. Купеева, В.Б. Розанов, С.А. Леонов, Ф.С. Билалов, А.В. Гажева, В.А. Евдаков, Н.А. Кравченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, № 4. – С. 216 – 220.

359. Современные проблемы организации медицинской помощи населению / О.П. Щепин, Э.Я. Плясунова, Ю.Г. Трегубов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 2. – С. 31–34.

360. Современный взгляд на развитие паллиативной помощи в Российской Федерации / Г.А. Новиков, В.В. Самойленко, С.В. Рудой, М.А. Вайсман // Паллиативная помощь и реабилитация. – 2012. – № 2. – С. 5–8.

361. Создан Федеральный информационно-аналитический центр развития государственно-частного партнерства в здравоохранении. // Интернет ресурс Минздрава РФ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2019/02/01/10660-sozdan-federalnyu-informatsionno-analiticheskiy-tsentr-razvitiya-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-zdravoohranenii> (дата обращения: 10.03.2021).

362. Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни / Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко, А.С. Ломаченков // Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека. – СПб., 1995. – С. 27–28.

363. Соловьев, В.И. Роль и место организационной формы паллиативного лечения больных злокачественными новообразованиями в структуре областного здравоохранения / В.И. Соловьев, Е.П. Куликов // Российский медико-биологический вестник. – 2004. – № 1/2. – С. 54–62.

364. Сон, И.М. Опыт маршрутизации онкологических больных в Свердловской области и республике Татарстан / И.М. Сон, И.В. Ларичева, В.Б. Шаманский и др. // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 10. – С. 6–17. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <http://docplayer.ru/48673405-Opyt-marshrutizacii-onkologicheskikh-bolnyh-v-sverdlovskoy-oblasti-i-respublike-tatarstan.html> (дата обращения: 20.03.2021).

365. Соотношение предикторов прогноза качества жизни больных ишемической болезнью сердца / Д.А. Осипов, Т.В. Рождественская, И.Л. Кром,

А.П. Ребров // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 426–429.

366. Специфические подходы к изучению влияния преморбидных психологических особенностей на возникновение и течение тяжёлого соматического заболевания в психосоматике / К.Я. Митрофанов, А.А. Будницкий, Л.В. Савосина, Е.А. Левкова // Научно–техническое и экономическое сотрудничество стран АТР в XXI веке. – 2016. – Т. 2. – С. 333–337.

367. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г.А. Новиков, В.В. Самойленко, С.В. Рудой, М.А. Вайсман // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2010. – № 4. – С. 6–10.

368. Стародубов, В.И. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы / Стародубов В.И., Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова. – М. : Медицина, 2003. – 288 с.

369. Стародубов, В.И. Принципы организации медицинской и социальной помощи населению на основе модели «Сопровождение хронических больных на протяжении всей жизни» (на примере больных псориазом) / В.И. Стародубов, О.С. Мишина, А.С. Дворников // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 3 (43). [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/676/30/lang,ru_RU.CP1251/ (дата обращения: 20.03.2021).

370. Статистический ежегодник Саратовской области 2016 год: статистический сборник в 2 т., т.1. / Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области. – Саратов, 2017. – 177 с.

371. Стенограмма заседания кабинета министров России по теме саморегулирования от 29.01.2015 // Саморегулирование : информационный портал. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://nostroy.ru/Articles/detail.php?ELEMENT_ID=3133 (дата обращения: 10.02.2021).

372. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://gigabaza.ru/doc/153687.html> (дата обращения: 10.02.2021).

373. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Некоторые итоги и перспективы / Г.А. Новиков, С.В. Рудой, М.А. Вайсман, Б.А. Тарасов, Д.В. Подкопаев // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 5–11.

374. Стратегия-2020: Новая модель роста – новая социальная политика. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. – М. : Издательский Дом «Дело», 2013. – Кн. 1. – 430 с. – Материал представлен в электронной форме на сайте: https://www.hse.ru/data/2013/10/30/1283340742/Стратегия-2020_Книга_1.pdf (дата обращения: 10.03.2021).

375. Строк, А.Б. Изучение качества жизни больных с бронхиальной астмой / А.Б. Строк, С.Б. Баширова // Качественная клиническая практика. – 2008. – № 3. – С. 53–55.

376. Сухарев, О.С. Институциональное планирование, траектории институционального развития и трансакционные издержки / О.С. Сухарев // Журнал институциональных исследований. – 2012. – № 3. – Т. 4. – С. 95–112.

377. США глазами американских социологов: Социальные аспекты американского образа жизни / отв. ред. Ю. Н. Давыдов, Г. В. Осипов. – М.: Наука, 1982. – 264 с.

378. Сюткин, М.В. Государственно-частное партнёрство в сфере здравоохранения в регионах России / М.В. Сюткин // Проблемы современной экономики. – 2011. – № 4 (40). – С. 314–316.

379. Танаева, И. Как я борюсь с раком груди / И. Танаева; Wonderzine. Интернет-сайт для девушек о стиле, красоте и развлечениях. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.wonderzine.com/wonderzine/health/personal/221769-breast-cancer> (дата обращения: 10.02.2021).

380. Таппасханова, Е.О. Государственно-частное партнёрство в здравоохранении / Е.О. Таппасханова, З.А. Мустафаева // Российское предпринимательство. – 2012. – № 13 (211). – С. 112–118.

381. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине / Н.Н. Седова, Б.А. Навроцкий, М.Е. Волчанский [и др.] // Медицинский Вестник Северного Кавказа. – 2015. – №4. – С. 686–702.

382. Тернер, Дж. Структура социологической теории: Пер. с англ. / Дж. Тернер; общ. ред. и вступ. ст. Г.В. Осипова. – М.: Прогресс, 1985. – 472 с.

383. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области. Смертность по основным классам причин смерти по Саратовской области за 2018 год [Электронный ресурс]. Режим доступа:

http://srtv.old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/srtv/ru/statistics/population/f1453400413666c3870ae7367ccd0f13 (дата обращения: 31.03.2021).

384. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Саратовской области. Уровень заболеваемости населения по основным классам и группам болезней по Саратовской области за 2018 год [Электронный ресурс]. Режим доступа:

http://srtv.old.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/srtv/ru/statistics/sphere/0166b88043cca83bad06af319bbedff8 (дата обращения: 31.03.2021).

385. Тиллингаст, С.Дж. Россия выбирает жизнь: программа реформирования российского здравоохранения. Часть 1. / С.Дж. Тиллингаст // Международный журнал медицинской практики. – 1997. – № 3. – С. 54–62.

386. Тимофеев, Д.А. Модель и технология экспертной количественной сопоставительной оценки объектов в здравоохранении с использованием показателей интервальной шкалы / Д.А. Тимофеев, М.А. Цвигайло, А.Д. Печникова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4, Ч. 3. – С. 526–529.

387. Тихомиров, А.В. Социально-политические проблемы охраны здоровья и правовые пути их разрешения / А.В. Тихомиров // Главный врач: хозяйство и право. – 2011. – № 1. – С. 9–17.

388. Ткаченко, Л.В. Профессиональная роль врача акушера-гинеколога в системе родовспоможения / Л.В. Ткаченко, Н.Н. Седова, А.А. Шестаков. – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2017. – 221 с.

389. Тодоров, А. С. Качество жизни: критический анализ буржуазных концепций. / А. С. Тодоров. – М.: Прогресс, 1960. – 224 с.

390. Тюляндин, С.А. Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику / С.А. Тюляндин // Практическая онкология. – 2001. – № 1 (5). – С. 3–4.

391. Тюляндин, С.А. Лечение больных распространенным раком яичников / С.А. Тюляндин // Материалы 5 ежегодной Российской онкологической конференции. – М., 2001. – С. 18–20.

392. Тюляндин, С.А. Практическая онкология: избранные лекции / С.А. Тюляндин, В.М. Моисеенко. – СПб. : Центр ТОММ, 2004. – 784 с.

393. Ульрих, Е.А. Качественные характеристики жизни у молодых больных раком шейки матки после радикального лечения / Е.А. Ульрих, З.А. Тамбиева, Г.Ф. Кутушева, О.Н. Михеева, А.Ф. Урманчеева // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 1. – С. 18–22.

394. Урбанизация и здоровье человека : информация для лекции, статьи, беседы / ГБУЗ КО «Кемеровский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.kemfizkult.ru/node/13> (дата обращения: 10.03.2021).

395. Устьянцев, В.Б. Концепт риска в проблемном поле социальных наук / В.Б. Устьянцев // Известия Саратовского университета. Новая серия. Сер.: Философия. Психология. Педагогика. – 2016. – Вып. 2. – С. 165–170.

396. Федеральная служба государственной статистики. Россия и страны мира – 2016. / Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b16_39/Main.htm (дата обращения: 10.02.2021).

397. Феофанов, К.А. Российская социология риска: состояние и перспективы / К.А. Феофанов // Социологические исследования. – 2007. – № 4. – С. 3–12.

398. Феофанов, К.А. Социальный риск как категория социальной философии / К.А. Феофанов // Вестник Тверского государственного университета. Серия: философия. – 2014. – № 1. – С.35–40.

399. Фетисова, Н.П. Адаптационная модель болезни в динамике реабилитации у онкологических больных с различной субъективной оценкой прогноза / Н.П. Фетисова // Вестник КРСУ. – 2008. – Т.8, № 4. – С. 155–157.

400. Фомина, А.В. Научное обоснование приоритетных направлений совершенствования системы обеспечения доступности лекарственной помощи населению : дис. ... д-ра. фарм. наук : 15.00.01 / Фомина А.В. – М., 2007. – 314 с.

401. Фомина, А.В. Доступность лекарственной помощи населению: фактор влияния / А.В. Фомина, Л.В. Мошкова // Новая Аптека. 2011. №3. С. 48-51.

402. Форрестер, Дж. Мировая динамика : пер. с англ. / Дж. Форрестер. – М.: Академия, Terra Fantactuka. 2003. – 384 с.

403. Форум. «7я.ру». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://conf.7ya.ru/popular/rak-molochnoj-zhelezy-forum/> (дата обращения: 31.03.2021).

404. Форум «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!»» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.russcpa.ru/ob-assotsiatsii> (дата обращения: 01.03.2021).

405. Форум «Движение против рака». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rakpobedim.ru/forum/index.php?/topic/2937-%D1%80%D0%BC%D0%B6-%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5-%D1%81%D0%BE-%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B9/> (дата обращения: 01.03.2021).

406. Форум «Рак молочной железы» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.u-mama.ru/forum/family/health/155756/> (дата обращения: 01.03.2021).

407. Форум общения больных людей. Неизлечимых болезней нет! [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://forumjizni.ru/printthread.php?t=1303&pp=40&page=7> (дата обращения: 31.03.2021).

408. Фролов, С.С. Общая социология: учебник / С.С. Фролов. – М. : Проспект, 2017. – 384 с.

409. Хальфин, Р.А. О критериях оценки деятельности медицинских организаций в новой пациентоориентированной системе здравоохранения / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.П. Столбов // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 13–16.

410. Хетагурова А.К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине / А.К. Хетагурова // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 6 (13). – С. 49–53.

411. Хетагурова, А.К. Организация паллиативной помощи в Российской Федерации / А.К. Хетагурова, Н.В. Эккерт // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 3–4.

412. Хисматуллина, З.Н. Паллиативная помощь инкурабельным больным в рамках социально-медицинской работы в онкологии / З.Н. Хисматуллина // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – № 4. – С. 7.

413. Ходаревская, Ю.А. Зарубежные и отечественные начала паллиативной помощи онкологическим инкурабельным больным / Ю.А. Ходаревская // Наука и современность – 2010 : сборник, материалы I Международной научно-практической конференции. – Новосибирск, 2010 – С. 68–73.

414. Холланд, Д. Психонкология. История развития / Д. Холланд, Н.М. Ривкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 1 (80). – С. 14–23.

415. Холмогорова, А.Б. Социальная поддержка как предмет научного изучения и ее нарушения у больных с расстройствами аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 15–23.

416. Холмогорова, А.Б. Методы диагностики социальной поддержки при расстройствах аффективного спектра / А.Б. Холмогорова, Г.А. Петрова // М. : Медицинская технология. МНИИ психиатрии Росздрава, 2007. – 24 с.

417. Хрусталёв, Ю.Г. Философия науки и медицины/ Ю.Г. Хрусталёв. – М., 2009. – 784 с.

418. Чанчиков, В. Пирамида Семашко / В. Чанчиков // Наш Красноярский край. – 2012. – 29 авг. (№ 34 (401)). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://gnkk.ru/Articles/piramida-semashko/> (дата обращения: 10.02.2021).

419. Черепов, В. Государственно-частное партнерство в области здравоохранения / В. Черепов // Экономическая политика. – 2008. – № 5. – С. 46–49.

420. Черкасова, Е.А. Социальные детерминанты онкологических заболеваний / Е.А. Черкасова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2013. – Т. 13, № 1. – С. 53–56.

421. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность). / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М. : ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2007. – 252 с.

422. Чиссов, В.И. Профилактика в онкологии / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Т.В. Данилова // Врач. – 2006. – № 13. – С. 8–12.

423. Чойнзонов, Е.Л. Качество жизни онкологических больных как оценка эффективности лечения и реабилитации / Е.Л. Чойнзонов, Л.Н. Балацкая // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Прил. № 2. – С. 215.

424. Чудинова, И.Э. Здравоохранение как социальный институт / И.Э. Чудинова, Я.Д. Погорелова // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 7/8. – С. 15.

425. Чулкова, В.А. Клинико-психологические аспекты в онкологии / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Вестник СПбГУ. : Сер.12. – 2010. – Вып. 1. – С. 91–99.
426. Шаевский, В.И. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения / В.И. Шаевский, И.М. Шейман // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2013. – № 3. – С. 24–47.
427. Шапошников, Ю.Ю. Исследование качества жизни больных после хирургического лечения / Ю.Ю. Шапошников, Н.Ю. Шапошников // Астраханский медицинский журнал. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 115–122.
428. Шарафутдинов, М.Г. Медицинско–математическая модель качества жизни и её оценка при оказании паллиативной медицинской помощи / М.Г. Шарафутдинов, В.В. Родионов // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2014. – № 1. – С. 105–118.
429. Шевцова, В.И. Опыт преподавания дисциплины «паллиативная медицина» при обучении по программам ординатуры / В.И. Шевцова, А.А. Зуйкова, В.И. Болотских // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2019. – № 4. – С. 17–20.
430. Шейман, И.М. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: доклад государственного университета Высшей школы экономики / И.М. Шейман, С.В. Шишкин. – М. : Издательский дом ГУ ВШЭ, 2009. – 66 с.
431. Шестьдесят третья сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения. Женева, 17-21 мая, 2010 г. : резолюции и решения, приложения / Всемирная организация здравоохранения, документ ВОЗ WHA63/2010/REC/1. – Женева : ВОЗ, 2010. – XX, 175 с. – Материал представлен в электронной форме на сайте: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-ru.pdf (дата обращения: 10.02.2021).
432. Шильникова, Н.Ф. Организация паллиативной помощи на уровне субъекта Российской Федерации / Н.Ф. Шильникова, А.И. Сенижук, Т.С. Новичкова // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2015. – Т. 134, № 3. – С. 84–86.

433. Шульгина, С.В. Отзывчивость системы здравоохранения: определение, структура, понятия, методические подходы к проведению исследования / С.В. Шульгина // Экология человека. – 2015. – № 2. С. 27–32.

434. Шульгина, С.В. Отзывчивость системы здравоохранения и её характеристики / С.В. Шульгина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 23 (1). – С. 25–27.

435. Шушкова, Н.В. Этот ускользящий патернализм: попытка построения концепции / Н.В. Шушкова // Социологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 39–57.

436. Щепаньский, Я. Элементарные понятия социологии : перевод с польского / Я. Щепаньский ; общ. ред. и посл. А. М. Румянцева. – М. : Прогресс, 1969. – 240 с.

437. Щепин, В.О. Анализ смертности от внешних причин среди населения трудоспособного возраста на территории Российской Федерации / В.О. Щепин, Е.В. Шишкин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 222–226.

438. Щепин, О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 3–7.

439. Щепин, О.П. Перспективная программа развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1998. – № 3. – С. 3–10.

440. Щепин, О.П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23, № 6. – С. 3–6.

441. Эйдемиллер, Э.Г. Семья как фактор, определяющий реакцию индивида на психическую травму / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис // Психология семьи и больной ребенок : учебное пособие : хрестоматия. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – С. 37–40.

442. Эккерт, Н.В. Научное обоснование организационно-функциональной модели системы паллиативной помощи населению : дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Н.В. Эккерт; Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. – М., 2010. – 415 с.

443. Эккерт, Н.В. Организация внебольничной паллиативной помощи / Н.В. Эккерт // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 21–23.

444. Эккерт, Н.В. Паллиативная помощь в Российской Федерации: состояние и перспективы развития: монография / Н. В. Эккерт; под ред. А. К. Хетагуровой. – М., 2010. – 337 с.

445. Эколого-гигиенические аспекты распространения онкологических заболеваний в Приморском крае / П.Ф. Кику, Л.В. Веремчук, В.Г. Морева, С.В. Юдин // Гигиена и санитария. – 2015. – Т. 94, № 6. – С. 101–106.

446. Эпидемиология и скрининг рака молочной железы / В.Ф. Семиглазов, В.М. Мерабишвили, В.В. Семиглазов, А.В. Комяхов, Е.В. Демин, А.В. Атрощенко, М.В. Харитонов // Вопросы онкологии. – 2017. – Т. 63, № 3. – С. 375–384.

447. Эпидемиология рака молочной железы в Приморском крае / Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова, О.А. Ананина, О.Ю. Муранова, Л.И. Гурина // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 50–55.

448. Юдин, С.В. Бедность как социально-гигиенический фактор риска онкологических заболеваний / С.В. Юдин, А.А. Мелякова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2005. – № 4. – С. 37–39.

449. Юдин, С.В. Социально-гигиенические факторы риска онкологических заболеваний / С.В. Юдин, П.Ф. Кику // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – Прил. № 2. – С. 232.

450. Юсуфов, М.М. Пути и перспективы решения проблем, деформирующих процесс институализации здравоохранения в современной России / М.М. Юсуфов // Вестник Краснодарского университета МВД России. – 2011. – № 3. – С. 73–77.

451. Юшкова, Н.Г. Пространственный подход в исследовании процессов функционирования и развития социально-экономических систем региона / Н.Г. Юшкова // *Terra economicus*. – 2013. – Т. 11, № 4, Ч. 3. – С. 192–198.

452. Ягудина, Р.И. Методологические основы анализа эффективности медицинских технологий при проведении фармакоэкономических исследований / Р.И. Ягудина, В.В. Бабий // *Фармакоэкономика: теория и практика*. – 2015. – Т. 1, № 3. – С. 7–16.

453. Яницкий, О. Н. Россия как общество риска: методология анализа и контуры концепции / О.Н. Яницкий // *Общественные науки и современность*. – 2004. – № 2. – С. 5–15.

454. Яницкий, О.Н. Россия как общество риска: социально-экономический аспект современного социологического анализа теневого отношения / О.Н. Яницкий // *Перспективные направления развития теоретической социологии в России рубежа XX–XXI веков* / редкол.: В. А. Мансуров [и др.]. – М. ; Барнаул : Издательство АРНЦ СО РАО, 2003. – С. 50–60.

455. Яровая, Е.Г. К проблеме психолого-социального сопровождения онкологических больных / Яровая Е.Г. // *Консультативная психология и психотерапия*. – 2014. – № 1. – С. 178–196.

456. 1-st World Congress of the International-Society-of-Physical-and-Rehabilitation Medicine (ISPRM I). – Amsterdam, Netherland. 2001. – Vol. 84, Issue 4. – P. 3–4.

457. A cognitive-existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study / P. Gagnon, L. Fillion, M.-A. Robitaille [et al.] // *Palliative & supportive care*. – 2015. – Vol. 13, Issue 4. – P. 981–990.

458. A guidebook on public-private partnership in infrastructure // *Economic and social Commission for Asia and the Pacific*. – Bangkok: UNESCAP, 2011. – 76 p.

459. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care / T. Pastrana, S. Jünger, C. Ostgathe, F. Elsner, L. Radbruch // *Palliative medicine*. – 2008. – Vol. 22. – P. 222–232.

460. A population-based study on the association between educational length, prostate-specific antigen testing and use of prostate biopsies / T. Nordström, O. Bratt, J. Örtengren, M. Aly, J. Adolfsson, H. Grönberg // *Scandinavian Journal of Urology*. – 2016. – Vol. 50, № 2. – P. 104–109.

461. A prospective evaluation of an interdisciplinary nutrition-rehabilitation program for patients with advanced cancer / B. Gagnon, J. Murphy, M. Eades [et al.] // *Current oncology*. – 2013. – Vol. 20 (6). – P. 310–318.

462. A quantitative dynamic systems model of health-related quality of life among older adults / M. Roppolo, E.S. Kunnen, P.L. van Geert [et al.] // *Clinical interventions in aging*. – 2015. – Vol. 10. – P. 1755–1770.

463. A structured review of chronic care model components supporting transition between healthcare service delivery types for older people with multiple chronic diseases / M. Sendall, L. McCosker, K. Kristie Crossley, A. Bonner // *Health Information Management Journal*. – 2017. – Vol. 46 (2). – P. 58–68.

464. A survey regarding the knowledge, attitudes, and beliefs of graduates of cancer rehabilitation fellowship program / R.R. Yadav, A.T. Ngo-Huang, J.B. Fu, A. Ng, C. Custodio, E. J. Bruera // *Cancer Educ*. – 2019. – Vol. 34. – P. 402–405.

465. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group / H. Krumholz, R. Currie, B. Riegel [et al.] // *Circulation*. – 2006. – Vol. 114. P. 1432–1445.

466. Absolom, K. Ovarian failure following cancer treatment: current management and quality of life / K. Absolom [et al.] // *Human Reproduction*. – 2008. – Vol. 23. – P. 2506–2512.

467. Acceptance and reliability of an electronic psychooncological screening of patients with breast cancer: a randomized controlled study / N. Schaeffeler, K. Pfeiffer, E.M. Grischke [et al.] // *Psychotherapie. Psychosomatic. Medizinische psychologie*. – 2013. – Vol. 63, Issue 9/10. – P. 374–380.

468. Ademuyiwa, F. Managing breast cancer in younger women: challenges and solutions / F. Ademuyiwa, A. Cyr, J. Ivanovich // *Breast cancer-targets and therapy*. – 2016. – Vol. 8. – P. 1–12.

469. Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review / L. Newman, F. Baum, S. Javanparast, K. O'Rourke, L. Carlon // Health Promotion International. – 2015. – Vol. 2.126–ii143 – doi: 10.1093/heapro/dav054. [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://heapro.oxfordjournals.org/content/30/suppl_2/ii126.full.pdf+html.
470. Administration requirement for approval of anticancer drugs / J.R. Johnson, R. Temple [et al.] // Cancer Treat Reports. – 1985. – № 65. – P. 1155–1157.
471. Akin, S. Investigation of the relationship among fatigue, self-efficacy and quality of life during chemotherapy in patients with breast, lung or gastrointestinal cancer / S. Akin, C.K. Guner // European journal of cancer care. – 2019. – Vol. 28, Issue 1. – article number e12898.
472. Alborz, A. The nature of quality of life: a conceptual model to inform assessment / A. Alborz // Journal of policy and practice in intellectual disabilities. – 2017. – Vol. 14 (1). – P. 15–30.
473. Alcohol and genetic polymorphisms: Effect on risk of alcohol-related cancer / N. Druesne-Pecollo, B. Tehard, Y. Mallet [et al] // The Lancet Oncology. – 2009. – Vol. 10, Issue 2. – P. 73–80.
474. Alt-Epping, B. More than quality of life assessment: How to value the usefulness of palliative care interventions in patients suffering from cancer / B. Alt-Epping // Oncology research treatment. – 2017. – Vol. 40, Supp. 3. – P. 115.
475. Alyami, H.M. End-of-life care preferences for people with advanced cancer and their families in intensive care units: a systematic review / H.M. Alyami , R.J Chan., K. New // Supportive care in cancer. – 2019. – Vol. 27, Issue 9. – P. 3233–3244.
476. An interprofessional palliative care oncology rehabilitation program: effects on function and predictors of program completion / M.R. Chasen, A. Feldstain, D. Gravelle [et al.] // Current oncology. – 2013. – Vol. 20 (6). – P. 301–309.
477. Andrews, K.R. Directors' responsibility for corporate strategy / K.R. Andrews // Harvard Business Review. – 1980. – Vol. 58, Issue 6. – P. 30–42.

478. Andrykowski, M.A. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence / M.A. Andrykowski, S.L. Manne // *Annals of behavioral medicine*. – 2006. – Vol. 32, Issue 2. – P. 93–97.

479. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life / D. Stark, M. Kiely, A. Smith [et al.] // *Journal of clinical oncology*. – 2002. – Vol. 20. – P. 3137–3148.

480. Are, M. Global disparities in cancer pain management and palliative care / M. Are, A. McIntyre, S. Reddy // *Journal of surgical oncology*. – 2017. – Vol. 115, Issue 5. – P. 637–641.

481. Assessing health-related quality of life in patients with heart failure: a systematic, standardized comparison of available measures / O. Garin, M. Herdman, G. Vilagut [et al.] // *Heart failure reviews*. – 2014. – Vol. 19, Issue 3. – P. 359–367.

482. Assessing the need for psychooncological support: screening instruments in combination with patients' subjective evaluation may define psychooncological pathways / N. Schaeffeler, K. Pfeiffer, J. Ringwald [et al.] // *Psycho-oncology*. – 2015. – Vol. 24, Issue 12. – P. 1784–1791.

483. Associations between psychological factors and health-related quality of life and global quality of life in patients with ALS: a systematic review / A.C. van Groenestijn, E.T. Kruitwagen-van Reenen, J.M.A. Visser-Meily, L.H. van den Berg, C.D. Schröder // *Health and quality of life outcomes*. – 2016. – Vol. 14 (1). – P. 107.

484. Association between stress and breast cancer in women: a meta-analysis / M. Santos, B. Horta, J. Amaral, P. Fernandes, C. Galvão, A. Fernandes // *Cad Saúde Pública*. – 2009. – Vol. 25 (suppl 3). – P. 453–463.

485. Associations of breast cancer risk factors with tumor subtypes: A pooled analysis from the Breast Cancer Association Consortium studies / X.R. Yang, J. Chang-Claude, E.L. Goode [et al.] // *Journal of the National Cancer Institute*. – 2011. – Vol. 103, Issue 3. – P. 250–263.

486. Axelsson, B. Quality of life of cancer patients and their spouses in palliative home care / B. Axelsson, P.O. Sjoden // *Palliat Med*. – 1998. – Vol. 12. – P. 29–39.

487. Balasooriya-Smeekens, C. The role of emotion in time to presentation for symptoms suggestive of cancer: a systematic literature review of quantitative studies / Balasooriya-Smeekens, F.M. Walter, S. Scott // *Psycho-oncology*. – 2015. – Vol. 24, Issue 12. – P. 1594–1604.

488. Bamm, E.L. Is Health Related Quality Of Life of people living with chronic conditions related to patient satisfaction with care? / E.L. Bamm, P. Rosenbaum, S. Wilkins // *Disability and rehabilitation*. – 2013. – Vol. 35, Issue 9. – P. 766–774.

489. Basal phenotype identifies a poor prognostic subgroup of breast cancer of clinical importance / E.A. Rakha, D.A. El-Rehim, C. Paish [et al.] // *European Journal of Cancer*. – 2006. – Vol. 42, Issue 18. – P. 3149–3156.

490. Bauer, R. *Social Indicators* / R. Bauer. – London, 1969. – 357 p.

491. Berwick, D.M. The triple aim: care, health, and cost / D.M. Berwick, T.W. Nolan, J. Whittington // *Health Affairs*. – 2008. – Vol. 27 (3). – P. 759–769.

492. Boldt-Christmas, O. Supply and demand strategies for lowering spending on hospitals / O. Boldt-Christmas, J. Dimson, C. Kloss // *Health International*. – 2010. – Nr 10. – P. 7–17.

493. Bramston, P. Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration / P. Bramston, H. Chipuer, G. Pretty // *Journal of intellectual disability research*. – 2005. – Vol. 49. – P. 728–733.

494. Brief psychosocial interventions improve quality of life of patients receiving palliative care: A systematic review and meta-analysis / M. Warth, J. Kessler, F. Koehler [et al.] // *Palliative medicine*. – 2019. – Vol. 33, Issue 3. – P. 332–345.

495. Campbell, G.B. Cancer rehabilitation: read, reflect, act. / G.B. Campbell, B.S. Reigle // *Rehabil Nurs*. – 2018. – Vol. 43. – P. 183–185.

496. Campbell, T.C. The Past, present, and future of nutrition and cancer: Part 1—Was a nutritional association acknowledged a century ago? / T.C. Campbell // *Nutrition and Cancer*. – 2017. – Vol. 69, Issue 5. – P. 811–817.

497. Cancer as an evolutionary and ecological process / L.M.F. Merlo, J.W. Pepper, B.J. Reid [et al.] // *Nature reviews cancer*. – 2006. – Vol. 6, Issue 12. – P. 924–935.
498. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012 / J. Ferlay, E. Steliarova-Foucher, J. Lortet-Tieulent [et al.] // *European journal of cancer*. – 2013. – Vol. 49, Issue 6. – P. 1374–1403.
499. Cancer rehabilitation: assessment of need, development, and evaluation of a model of care / J.F. Lehmann, J.A. de Lisa, C.G. Warren, B.J. de Lateur, P.L. Bryant, C.G. Nicholson // *Archives of physical medicine and rehabilitation*, – 1978. – Vol. 59. – P. 410–419.
500. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services / J.K. Silver, V.S. Raj, J.B. Fu [et al.] // *Supportive care in cancer*. – 2015. – Vol. 23, Issue 12. – P. 3633–3643.
501. Carson, S.S. Effect of palliative care-led meetings for families of patients with chronic critical illness. A randomized clinical trial / S.S. Carson, C.E. Cox, S. Wallenstein [et al.] // *JAMA-Journal of the American medical association*. – 2016. – Vol. 316, Issue 1. – P. 51–62.
502. Cazier, J.B. General lessons from large-scale studies to identify human cancer predisposition genes / J.B. Cazier, I. Tomlinson // *Journal of Pathology*. – 2010. – Vol. 220, Issue 2. – P. 255–262.
503. Cella, D. Quality of life outcomes: measurement and intervention / D. Cella // *Journal of Supportive Oncology*. – 2005. – Vol. 3, Suppl. 2. – P. 133–134.
504. Cheville, A. Rehabilitation of patients with advanced cancer / A. Cheville // *Cancer*. – 2001. – Vol. 92, № 4. – P. 1039–1048.
505. Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes / A. Nicolucci, D. Cucinotta, S. Squatrito [et al.] // *Nutrition metabolism and cardiovascular diseases*. – 2009. – Vol. 19, Issue 1. – P. 45–53.
506. Clinical standards board for scotland. Clinical standards for specialist palliative care. – Edinburgh: NHS Scotland, 2002.

507. Cockerham, W.C. The Social Determinants of Chronic Disease / W.C. Cockerham, B.W. Hamby, G.R. Oates // *American journal of preventive medicine.* – 2017. – Vol. 52, Issue 1, Sup. 1. – P. S5–S12.

508. Cohen, C.C. Functional and existential tasks of family caregiving for end-of-life, hospitalized older adults / C.C. Cohen, G.D. Auslander, F. Yossi [et al.] // *Journal of gerontological nursing.* – 2016. – Vol. 42, Issue 7. – P. 55–64.

509. Cohen, K.R. Patient-centered care: a revolution in medicine / K.R. Cohen, D.H. Naughton // *Med. Interface.* – 1995. – Vol. 8. – P. 66–73.

510. Coleman, K. Evidence on the chronic care model in the new millennium / K. Coleman, B.T. Austin, C. Brach, E.H. Wagner // *Health Affairs.* – 2009. – Vol. 28 (1). – P. 75–85.

511. Components and determinants of quality of life in community-dwelling older adults / P. Martinez-Martin, M.-E. Prieto-Flores, M. João Forjaz, G. Fernandez-Mayoralas, F. Rojo-Perez, J.-M. Rojo, A. Ayala // *European journal of ageing.* – 2012. – Vol. 9 (3). – P. 255–263.

512. Comprehensive and Integrated Palliative Care for People With Advanced Chronic Conditions: An Update From Several European Initiatives and Recommendations for Policy / X. Gómez-Batiste, S. Murray, K. Thomas, M. Dees, M. Costantini // *Journal of Pain and Symptom Management.* – 2017. – Vol. 53 (3). – P. 509–517.

513. Correcting bias in self-rated quality of life: an application of anchoring vignettes and ordinal regression models to better understand QoL differences across commuting modes / M. Crane, C. Rissel, S. Greaves [et al.] // *Quality of life research.* – 2016. – Vol. 25, Issue. 2. – P. 257–266.

514. Cost savings from palliative care teams and guidance for a financially viable palliative care program / I.M. McCarthy, C. Robinson, S. Huq [et al.] // *Health services research.* – 2015. – Vol. 50, Issue 1. – P. 217 – 236.

515. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (last

accessed 08.03.2017). Рекомендации Rec (2003) ...Комитета Министров Совета Европы государствам–участникам по организации паллиативной помощи. 90 с.

516. Cummins, R.A. Understanding quality of life in medicine: a new approach / R.A. Cummins // *Journal of the American College of Nutrition*. – 2015. – № 34. – P. 4–9.

517. Currier, M.B. Depression as a risk factor for cancer: from pathophysiological advances to treatment implications / M.B. Currier, C.B. Nemeroff // *Annual review of medicine*. – 2014. – Vol. 65. – P. 203–221.

518. Curtis, J.R. Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care / J.R. Curtis, P.D. Treece, E.L. Nielsen [et al.] // *American journal of respiratory and critical care medicine*. – 2016. – Vol. 193, Issue 2. – P. 154–162.

519. Davis, E. Better Palliative Care for Older People / E. Davis, I.J. Higginson. – Geneva: World Health Organization, 2004. – 40 p.

520. Davis, G.F. The Diagnosis of Dying / G.F. Davis // *Journal of clinical ethics*. – 2009. – Vol. 20, Issue 3. – P. 262–263.

521. Dempers, C. Which public health approach to palliative care? An integrative literature review / C. Dempers, M. Gott // *Progress in Palliative Care*. – 2017. – Vol. 25 (1). – P. 1–10.

522. Department of Health. Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration. – London: Department of Health, 2005.

523. Depression, antidepressant use, and postmenopausal breast cancer risk / S.B. Brown, S.E. Hankinson, K.F. Arcaro [et al.] // *Cancer epidemiology biomarkers & prevention*. – 2016. – Vol. 25, Issue 1. – P. 158–164.

524. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) / J. Bromberger [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2007. – Vol. 103. – P. 267–272.

525. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients / L. Grassi, E. Rossi, S. Sabato [et al.] // *Psychosomatic*. – 2004. – Vol. 45, Issue 6. – P. 483–491.
526. Dietz, J.H. Rehabilitation of the cancer patient / J.H. Dietz // *Med Clin North Am*. – 1969. – Vol. 53. – P. 607–624.
527. Diez, Roux A. Multilevel analysis in public health research / Roux A. Diez // *Annual Review of Public Health*. – 2000. – Vol. 21. – P. 171–192.
528. Diez, Roux A. The study of group-level factors in epidemiology: Rethinking variables, study designs, and analytical approaches / Roux A. Diez // *Epidemiologic Reviews*. – 2004. – Vol. 26. – P. 104–111.
529. Differences in palliative care quality between patients with cancer, patients with organ failure and frail patients: A study based on measurements with the Consumer Quality Index Palliative Care for bereaved relatives / J.M. Hofstede, N.J.H. Raijmakers, L.S.van der Hoek [et al.] // *Palliative medicine*. – 2016. – Vol. 30, Issue 8. – P. 780–788.
530. Dijkers, I. Measure of quality of life: methodological problem / I. Dijkers // *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. – 1999. – Vol. 78 (3). – P. 286–300.
531. Dijkers, M.P. Individualization in quality of life measurement: Instruments and approaches. / M.P. Dijkers // *Arch Phys Med Rehabil*. –2003. – Vol. 84 (4 Suppl 2)/ – P. S3–S14. DOI: 10.1053/apmr.2003.50241
532. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses / O. Garin, M. Ferrer, A. Pont, M. Rué, A. Kotzeva, I. Wiklund, [et al.] // *Quality of life research*. – 2009. – Vol. 18. – P. 71–75.
533. Disparities in cancer incidence and mortality by area-level socioeconomic status: a multilevel analysis / T.A. Hastert, S.A.A. Beresford, L. Sheppard [et al.] // *Journal of epidemiology and community health*. – 2015. – Vol. 69, Issue 2. – P. 168–167.

534. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? / Y. Chida, M. Hamer, J. Wardle, A. Steptoe // *Nature clinical practice oncology*. – 2008. – Vol. 5, Issue 8. – P. 466–475.

535. Does personality affect health-related quality of life? A systematic review / I.-C. Huang , J.L. Lee , P. Ketheeswaran , C.M. Jones, D.A. Revicki, A.W. Wu // *PLoS ONE*. – 2017. – Vol. 12 (3). – doi.: 10.1371/journal.pone.0173806 .

536. Duijts, S. The association between stressful life events and breast cancer risk: a meta-analysis / S. Duijts, M. Zeegers, B.V. Borne // *International journal of cancer*. – 2003. – Vol. 107, Issue 6. – P. 1023–1029.

537. Dzingina, M.D. Public health and palliative care in 2015 / M.D. Dzingina, I.J. Higginson // *Clinics in Geriatric Medicine*. – 2015. – Vol. 31 (2). – P. 253–263.

538. Early Integrated Telehealth versus In-Person Palliative Care for Patients with Advanced Lung Cancer: A Study Protocol / I.S. Chua , F. Zachariah , W. Dale [et al.] // *Journal of palliative medicine*. – 2019. – Vol. 22. – P. 7–19.

539. Early integration of palliative/supportive cancer care-healthcare professionals' perspectives on the support needs of cancer patients and their caregivers across the cancer treatment trajectory / A. Rohrmoser, M. Preisler, K. Baer [et al.] // *Supportive care in cancer*. – 2017. – Vol. 25, Issue 5. – P. 1621–1627.

540. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial / V. Franciosi, G. Maglietta, E. C. Degli [et al.] // *Annals of palliative medicine*. – 2019. – Vol. 8, Issue 4. – P. 381–389.

541. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial / C. Zimmermann, N. Swami, M. Krzyzanowska [et al.] // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383, Issue 9930. – P. 1721–1730.

542. Early surveillance is associated with less incidence and severity of breast cancer-related lymphedema compared with a traditional referral model of care. / L.A. Koelmeyer, R.J. Borotkanics, J. Alcorso [et al.] // *Cancer*. – 2019. – Vol. 125. –P. 854–862.

543. Effect of the duration of hospice and palliative care on the quality of dying and death in patients with terminal cancer: A nationwide multicentre study / J.Y. Choi ,

K.A. Kong , Y.J. Chang [et al.]// European journal of cancer care. – 2018. – Vol. 27, Issue 2. – article number e12771.

544. Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: A systematic review / G. Catania, M. Beccaro, M. Costantini [et al.] // Palliative medicine. – 2015. – Vol. 29, Issue 1. – P. 5–21.

545. Effectiveness of informational and emotional consultation on the psychological impact on women with breast cancer who underwent modified radical mastectomy / S.-C. Hsu, H.-H. Wang, S.-Y. Chu [et al.]// Journal of nursing research. – 2010. – Vol. 18, Issue 3. – P. 215–226.

546. Effectiveness of psycho-educational interventions with telecommunication technologies on emotional distress and quality of life of adult cancer patients: a systematic review / A. Bartolo, E. Pacheco, F. Rodrigues [et al.] // Disability and rehabilitation. – 2019. – Vol. 41, Issue 8. – P. 870–878.

547. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer the project ENABLE II randomized controlled trial / M. Bakitas, K.D. Lyons, M. Hege [et al.] // JAMA. – 2009. – Vol. 302, Issue 7. – P. 741–749.

548. Effects of pessimism, depression, fatigue, and pain on functional health-related quality of life in patients with resected non-advanced breast cancer / C. Calderon, A. Carmona-Bayonas, R. Hernandez [et al.] // BREAST. – 2019. – Vol. 44. – P. 108–112.

549. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review / R.J. Salakari Minna, T. Surakka, R. Nurminen [et al.] // Acta oncologica. – 2015. – Vol. 54, № 5. – P. 618–628.

550. Egeblad, M. Tumors as organs: complex tissues that interface with the entire organism / M. Egeblad, E.S. Nakasone, Z. Werb // Developmental cell. – 2010. – Vol. 18. – P. 884–901.

551. Elkinton, J.R. Medicine and the quality of life / J.R. Elkinton // Annals of Internal Medicine. – 1966. – Vol. 64. – P. 711–714.

552. Emotional acceptance, inflammation, and sickness symptoms across the first two years following breast cancer diagnosis / R.G. Reed, K.L. Weihs, D.A. Sbarra [et al.] // *Brain behavior and immunity*. – 2016. – Vol. 56. – P. 165–174.

553. Environmental design for end-of-life care: an integrative review on improving the quality of life and managing symptoms for patients in institutional settings / R.S. Zadeh, P. Eshelman, J. Setla [et al.] // *Journal of pain and symptom management*. – 2018. – Vol. 55, Issue 3. – P. 1018–1034.

554. Epidemiology and treatment patterns of epithelial ovarian cancer / P. Jessmon, T. Boulanger, W. Zhou [et al.] // *Expert review of anticancer therapy*. – 2017. – Vol. 17, Issue 5. – P. 427–437.

555. Epping Jordan, J.E. Improving the quality of health care for chronic conditions / J.E. Epping Jordan, S.D. Pruitt, R. Bengoa, E.H. Wagner // *Qual Saf Health Care*. – 2004. – Vol. 13. – P. 299–305.

556. Erci, B. Meaning in life of patients with cancer / B. Erci // *Palliative & supportive care*. – 2015. – Vol. 13, Issue 1. – P. 3–10.

557. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries / L. Morin, R. Aubry, L. Frova, D. Houttekier, J. Cohen // *Palliative Medicine*. – 2017. – Vol. 31 (6). – P. 526–536.

558. Etiology of cancer. Accomplishments in cancer research / C.S. Muir, Eds. J.G. Fortner, J.E. Rhads // Philadelphia. – 2006. – Vol. 11. – P. 108–121.

559. European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care, 1998. [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.eapcnet.org/about/definition.html (last accessed 14.03.2017).

560. European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care / K. Jordan, M. Aapro, S. Kaasa [et al.] // *Annals of oncology*. – 2018. – Vol. 29, Issue 1. – P. 36–43.

561. Evaluating disability insurance assistance as a specific intervention by physiatrists at a cancer center / J.B. Fu, M.P. Osborn, J.K. Silver, [et al.] // *Am J Phys Med Rehabil*. – 2017. – Vol. 96. – P. 523–528.

562. Evaluating Palliative Care Needs in Middle Eastern Countries / M. Silbermann, R.M. Fink, S.-J. Min [et al.] // *Journal of palliative medicine*. – 2015. – Vol. 18, Issue 1. – P. 18–25.

563. Evaluation of health-related quality of life measures in oncology drug product applications: issues and concerns / R. Sridhara, G. Chen, G.-Y.H. Chi, D.J. Griebel // *Journal of Biopharmaceutical Statistics*. – 2004. – Vol. 14, Issue 1. – P. 23–30.

564. Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review / K.A. Lorenz, J. Lynn, S.M. Dy [et al.] // *Annals of internal medicine*. – 2008. – Vol. 148, Issue 2. – P. 147–159.

565. Experiences of security and continuity of care: Patients' and families' narratives about the work of specialized palliative home care teams / A. Klarar, B.H. Rasmussen, B. Fossum [et al.] // *Palliative & supportive care*. – 2017. – Vol. 15, Issue 2. – P. 181–189.

566. Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice / G.H. Guyatt, C.E. Ferrans, M.Y. Halyard [et al.] // *Mayo clinic proceedings*. – 2007. – Vol. 82, Issue 10. – P. 1229–1239.

567. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers / S.A. Murray, M. Kendall, K. Boyd, A. Worth, T.F. Benton // *Palliative medicine*. – 2004. – Vol. 18. – P. 39–45.

568. Eysenck, H. Cancer, personality and stress: prediction and prevention / H. Eysenck // *Advances in behaviour research and therapy*. – 1994. – Vol. 16. – P. 167–215.

569. Factors affecting decisions regarding terminal care locations of patients with metastatic breast cancer / N. Nogami, K. Nakai, Y. Horimoto [et al.] // *American journal of hospice & palliative medicine*. – Ранний доступ 2020. – номер статьи 1049909119901154. DOI – 10.1177/1049909119901154.

570. Family caregivers subjective caregiving burden, quality of life, and depressive symptoms are associated with terminally ill cancer patients' distinct patterns

of conjoint symptom distress and functional impairment in their last six months of life / F.-H. Wen, J.-S. Chen, W.-C. Chou [et al.] // Journal of pain and symptom management. – 2019. – Vol. 57, Issue 1. – P. 64–72.

571. Fendler, T.J. Team-based palliative and end-of-life care for heart failure / T.J. Fendler, K.M. Swetz, L.A. Allen // Heart failure clinics. – 2015. – Vol. 11, Issue 3. – P. 479.

572. Fireman, B. Can disease management reduce health care costs by improving quality? / B. Fireman, J. Bartlett, J. Selby // Health Aff. – 2004. – Vol. 23. – P. 63–75.

573. Fletcher, A.E. Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease / A.E. Fletcher, B.M. Hunt, C.J. Bulpit // Journal of Chronic Diseases. – 1987. – Vol. 40, Issue 6. – P. 557–566.

574. Franks, P. The level of need for palliative care: a systematic review of the literature / P. Franks // Palliative Medicine. – 2000. – Vol. 14. – P. 93–104.

575. Frazier, A.L. Pre-adolescent and adolescent risk factors for benign breast disease / A.L. Frazier, S.M. Rosenberg // Journal of Adolescent Health. – 2013. – Vol. 52 (suppl 5). – P. 36–40.

576. Garssen, B. On the role of immunological factors as mediators between psychosocial factors and cancer progression / B. Garssen, K. Goodkin // Psychiatry Research. – 1999. – Vol. 85. – P. 51–61.

577. Garssen, B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research / B. Garssen // Clinical Psychology Review. – 2004. – Vol. 24. – P. 315–338.

578. Gidron, Y. Psychosocial factors, biological mediators, and cancer prognosis: a new look at an old story / Y. Gidron, A. Ronson // Current opinion oncology. – 2008. – Vol. 20, Issue 4. – P. 386–392.

579. Global atlas of palliative care at the end of life, worldwide palliative care alliance. [Электронный ресурс] – 2014. Режим доступа: <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> (дата обращения: 19.03.2021)

580. Global cancer statistics, 2002 / D.M. Parkin, F. Bray, J. Ferlay [et al.] // CA-A cancer journal for clinicians. – 2005. – Vol. 55, Issue 2. – P. 74–108.
581. Global cancer statistics, 2012 / L.A. Torre, F.S. Bray, L. Rebecca [et al.] // CA-A cancer journal for clinicians. – 2015. – Vol. 65, Issue 2. – P. 87–108.
582. Global geocancerology / Ed. by G.M. Howe. – Edinburg: Churchill Livingstone, 2006. – 350 p.
583. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 2013 / M.H. Forouzanfar, L. Alexander, H.R. Anderson [et al.] // Lancet. – 2015. – Vol. 386. Issue 10010. – P. 2287–2323.
584. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013 / T. Vos, R.M. Barber, B. Bell [et al.] // Lancet. – 2015. – Vol. 386, Issue 9995. – P. 743–800.
585. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 / H. Wang, M. Naghavi, C. Allen [et al.] // Lancet. – 2016. – Vol. 388, Issue 10053. – P. 1459–1544.
586. Goebel, J.R. Teamwork and perceptions of palliative care quality / J.R. Goebel, W. Guo, K.A. Wood // Journal of hospice & palliative nursing. – 2016. – Vol. 18, Issue 3. – P. 242–248.
587. Greer, S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks / S. Greer // Psycho-Oncology. – 1994. – Vol. 3. – P. 87–101.
588. Groene, O. Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services / O. Groene, B. M. Garcia // Int J Integr Care. – 2001. – Vol. 1. – P. 1–16.
589. Grumbach, K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism / K. Grumbach // Ann Fam Med. – 2003. – Vol. 1. – P. 4–7.

590. Guidelines in the care of the dying cancer patient // *Hematol Oncol Clin North Am.* – 1996. – № 10. – P. 261–286.

591. Hand, C. Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings Critical review of concepts and 3 tools / C. Hand // *Canadian family physician.* – 2016. – Vol. 62, Issue 7. – P. 375–383.

592. Harris, P.F. Review: Palliative care improves quality of life and symptom burden but does not affect mortality at 1 to 3 months / P.F. Harris // *Annals of internal medicine.* – 2017. – Vol. 166, Issue 6. – P. JC31-JC31.

593. Hasselaar, J. Moving the integration of palliative care from idea to practice / J. Hasselaar, S. Payne // *Palliative Medicine.* – 2016. – Vol. 30 (3). – P. 197–199.

594. Hauser, J. Navigation and Palliative Care / J. Hauser, M. Sileo, N. Araneta, R. Kirk // *Cancer.* – 2011. – Vol. 17. – P. 3558–3591.

595. Health-related quality of life, assessed by the EORTC QLQ-C30 (VI.0), in patients with aggressive lymphomas treated with CHOP or MACOP-B in a multicenter randomized trial by the Nordic lymphoma group / M. Jerkeman, S. Kaasa, S. Kvaley, E. Cavallin-Stahl // *Annals of Oncology.* – 1998. – Vol. 9, Supp. 4. – abstr. 5190.

596. Health-related quality of life and health care use in cancer survivors compared with patients with chronic diseases / M.J. Heins, J.C. Korevaar, E. Hopman, P. C. Petra [et al.] // *Cancer.* – 2016. – Vol. 122, Issue 6. – P. 962–970.

597. Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey / I.R. Zimmermann, M.T. Silva, T.F. Galvao [et al.] // *Revista brasileira de psiquiatria.* – 2017. – Vol. 39, Issue 1. – P. 62–68.

598. Health-related quality of life as co-primary endpoint in randomized clinical trials in oncology / F. Fiteni, A. Pam, A. Anota [et al.] // *Expert review of anticancer therapy.* – 2015. – Vol. 15, Issue. 8. – P. 885–891.

599. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: A systematic review of generic and disease-specific instruments / M. Solans, S. Pane, M.-D. Estrad, [et al.] // *Value in health.* – 2008. – Vol. 11, Issue 4. – P. 742–764.

600. Health-related quality of life measurement in randomized clinical trials in breast cancer – Taking stock / P.J. Goodwin, J.T. Black, L. Bordeleau [et al.] // Journal of the national cancer institute. – 2003. – Vol. 95, Issue 4. – P. 263–281.

601. Health-related quality of life models: systematic review of the literature / M.C. Taillefer, G. Dupuis, M.A. Roberge [et al.] // Social indicator research. – 2003. – Vol. 64, Issue. 2. – P. 373–379.

602. Hearn, J. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients. A systematic literature review / J. Hearn, I.J. Higginson // Palliative Medicine. – 1998. – Vol. 12. – P. 31–332.

603. Herceg, Z. Epigenetic mechanisms and cancer: An interface between the environment and the genome / Z. Herceg, T. Vaissiere // Epigenetics. – 2011. – Vol. 6. – P. 804–819.

604. Herzog, T.J. The impact of cervical cancer on quality of life the components and means for management / T.J. Herzog // Gynecological oncology. – 2007. – Vol. 107, Suppl. 3. – P. 572–577.

605. Hiatt, R.A. The social determinants of cancer: A challenge for transdisciplinary science / R.A. Hiatt, N. Breen // American Journal of Preventive Medicine. – 2008. – Vol. 35, Issue 2. – P. S141–S150.

606. Higginson, J. Cancer etiology and prevention / J. Higginson // In: Persons and high risk of cancer. An approach to cancer etiology and control. – New York: Acad. Press., 2005. – P. 385 – 398.

607. Higgs, R. The diagnosis of dying / R. Higgs // JR Coll. Physicians Lond. – 1999. – Vol. 33. – P. 110–112.

608. Hinkle, L.J. Factors associated with family satisfaction with end-of-life care in the ICU / L.J. Hinkle, G.T. Bosslet, A. M. Torke // Chest. – 2015. – Vol. 147, Issue 1. – P. 82–93.

609. Hirayama, T. Life-style and cancer: from epidemiological evidence to public behavior change to mortality reduction of target cancer / T. Hirayama // Journal of the National Cancer Institute. Monographs. – 2002. – Vol. 1. – P. 65–74.

610. Hochberg, M.E. A framework for how environment contributes to cancer risk / M.E. Hochberg, R.J. Noble // *Ecology letters*. – 2017. – Vol. 20, Issue 2. – P. 117–134.
611. Holland, J.C. Handbook of psycho-oncology: psychological care of the patient with cancer / J.C. Holland, J.H. Rowland. – New York: Oxford University Press; 1989.
612. Holland, J.C. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers / J.C. Holland // *Psychosomatic Medicine*. – 2002. – Vol. 64, № 2. – P. 206–221.
613. Holland, J.C. Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities / J.C. Holland // *Psycho-Oncology*. – 1992. – Vol. 6. – P. 1–13.
614. Holton, G.A. Defining risk / G.A. Holton // *Financial analysts journal*. – 2004. – Vol. 60, Issue 6. – P. 19–25.
615. How many people are in need of palliative care worldwide in: Global atlas of palliative care at the end of life. – Geneva: World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.
616. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates / F.E. Murtagh, C. Bausewein, J. Verne [et al.] // *Palliative medicine*. – 2014. – Vol. 28, Issue 1. – P. 49–58.
617. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services / S.N. Etkind, A.E. Bone, B. Gomes [et al.] // *BMC Medicine*. – 2017. – Vol. 52. – article number 102.
618. Illness perceptions and changes in lifestyle following a gynecological cancer diagnosis: A longitudinal analysis / M.E. van Broekhoven, B.H. de Rooij, J.M. Pijnenborg [et al.] // *Gynecologic oncology*. – 2017. – Vol. 145, Issue 2. – P. 310–318.
619. Illness trajectories and palliative care / S.A. Murray, M. Kendall, K. Boyd, A. Sheikh // *British medical journal*. – 2005. – Vol. 330, Issue 7498. – P. 1007–1011.
620. Impact of palliative care on quality of end-of-life care among brazilian patients with advanced cancers / V. de Oliveira, C. Talita, C.E. Paiva, D. Hui [et al.] // *Journal of pain and symptom management*. – 2020. – Vol. 59, Issue 1. – P. 39–48.

621. Impact of psychological stress on health / D. Herrera-Covarrubias, G.A. Coria-Avila, D.A. Munoz-Zavaleta [et al.] // *Eneurobiologia*. – 2017. – Vol. 8, Issue 17. – Article number: UNSP 220617.

622. Impact of socioeconomic status on cancer incidence and stage at diagnosis: selected findings from the surveillance, epidemiology, and end results: National Longitudinal Mortality Study / L.X. Clegg, M.E. Reichman, B.A. Miller [et al.] // *Cancer causes & control*. – 2009. – Vol. 20, Issue 4. – P. 417–435.

623. Improving spiritual well-being among cancer patients: implications for clinical care / Q. Cheng, X. Liu, X. Li [et al.] // *Supportive care in cancer*. – 2019. – Vol. 27, Issue 9. – P. 3403–3409.

624. Indicators of surgery and survival in oncology inpatients requiring surgical evaluation for palliation / B.D. Badgwell, K. Smith, P. Liu, E. Bruera, S.A. Curley, J.N. Cormier, // *Support Care in Cancer*. – 2009. – Vol. 17, Suppl. 6. – P. 727–734.

625. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews / M. Ouwens, H. Wollersheim, R. Hermens, M. Hulscher, R. Grol // *International Journal for Quality in Health Care*. – 2005. – Vol. 17 (2). – P. 141–146.

626. Integrating function-directed treatments into palliative care / A.L. Cheville, M. Morrow, S.R. Smith [et al.] // *PM&R*. – 2017. – Vol. 9 (9). – P. 335–346.

627. Integrating health-related quality of life findings from randomized clinical trials into practice: an international study of oncologists' perspectives / J. Rouette, J. Blazeby, M. King [et al.] // *Quality of life research*. – 2015. – Vol. 24, Issue 6. – P. 1317–1325.

628. Integration between oncology and palliative care: a plan for the next decade? / S. Kaasa, A.K. Knudsen, T. Lundeby [et al.] // *Tumori*. – 2017. – Vol. 103, Issue 1. – P. 1–8.

629. Integration of Oncology and Palliative Care: A Systematic Review / D. Hui, Y.J. Kim, J.C. Park [et al.] // *Oncologist*. – Vol. 20, Issue 1. – P. 77–83.

630. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of clinical oncology clinical practice guideline update / B.R. Ferrell, J.S. Temel, S. Temin [et al.] // *Journal of clinical oncology*. – 2017. – Vol. 35, Issue 1. – P. 96.

631. Interagency services in England and the Netherlands / B. Hardy, I. Mur Veemanu, M. Steenbergen, G. Wistow // *Health Policy*. – 1999. – Vol. 48. – P. 87–105.
632. Interventions addressing health inequalities in European regions: the AIR project / L.-R. Salmi, S. Barsanti, Y. Bourgueil [et al.] // *Health promotion international*. – 2017. – Vol. 32, Issue 3. – P. 430–441.
633. Ireland National Advisory Committee. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children, 2001.
634. Is dying in hospital better than home in incurable cancer and what factors influence this? A population-based study / B. Gomes, N. Calanzani, J. Koffman [et al.] // *BMC Medicine*. – 2015. – Vol. 13. – article number 235.
635. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? / I.J. Higginson, I.G. Finlay, D.M. Goodwin [et al.] // *J Pain Symptom Manage*. – 2003. – Vol. 25. – P. 150–168.
636. Karnofsky, D.A. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer / D.A. Karnofsky // C.M. Macleod, Evaluation of chemotherapeutic agents, Columbia Univers. Press, N. Y., 1949. – P. 199–205.
637. Kaufman, E.A. Model for psychotherapy with the good-prognosis cancer patient / E.A. Kaufman, V. Micha // *Psychosomatic*. – 1987. – Vol. 28, № 10. – P. 540–548.
638. Kim, J.-H. Impact of socioeconomic status and subjective social class on overall and health-related quality of life / J.-H. Kim, E.-C. Park // *BMC Public health*. – 2015. – Vol. 15. – Article Number 783.
639. Kim, K. The relationships between income inequality, welfare regimes and aggregate health: a systematic review / K. Kim // *European journal of public health*. – 2017. – Vol. 27, Issue 3. – P. 397–404.
640. Kodner, D. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications: a dicussion paper / D. Kodner, C. Spreeuwenberg // *Int J Integr Care*. – 2002. – Vol. 2. – P. 12.

641. Krieger, N. Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology / N. Krieger // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 2005. – Vol. 59, Issue 5. – P. 350–355.

642. Krieger, N. Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? / N. Krieger // *American Journal of Public Health*. – 2008. – Vol. 98, Issue 2. – P. 221–230.

643. Kunitz, S. Sex, race and social rolled History and the social determinants of health / S. Kunitz // *International Journal of Epidemiology*. – 2007. – Vol. 36, Issue 1. – P. 3–10.

644. Leichsenring, K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe / K. Leichsenring // *Int J Integr Care*. – 2004. – Vol. 4. – P. 10.

645. Leutz, W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom / W. Leutz // *The Milbank Quarterly*. – 1999. – Vol. 1, № 1. – P. 77–110.

646. Lin, X.J. Methodological issues in measuring health-related quality of life / X.J. Lin, I.M. Lin, S.Y. Fan // *Tzu Chi Medical Journal*. – 2013. – Vol. 25 (1). – P. 8–12.

647. Locus of control and adjustment to cancer / M. Watson, S. Greer, J. Pruyn, B. Van Der Borne // *Psychological Reports*. – 1990. – Vol. 66. – P. 39–48.

648. Loh, S.Y. Methods to improve rehabilitation of patients following breast cancer surgery: a review of systematic reviews / S.Y. Loh, A.N. Musa // *Breast cancer–targets and therapy*. – 2015. – Vol. 7. – P. 81–98.

649. Lucyk, K. Taking stock of the social determinants of health: A scoping review / K. Lucyk, L. McLaren // *Plos one*. – 2017. – Vol. 12, Issue 5. – Article number e0177306.

650. Lupau, C. Psychological effects of radical mastectomy in women breast cancer: is «unconditional self-acceptance» the key to minimize the impact? / C. Lupau, S. Mihutiu // *Psycho-oncology*. – 2016. – Vol. 25, Issue SP. S3. – P. 76.

651. Lynch T. Mapping levels of palliative care development: a global update / T. Lynch, S. Connor, D. Clark // *Journal of pain and symptom management*. – 2013. – Vol. 45, Issue 6. – P. 1094–1106.

652. Lynn, J. Living well at the end of life. adapting health care to serious chronic illness in old age / J. Lynn, M.D. Adamson/ – Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, WP-137, 2003. – 26 p. [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.rand.org/pubs/white_papers/WP137.html (дата обращения: 15.03.2021)

653. Mahabir, S. Association between diet during preadolescence and adolescence and risk for breast cancer during adulthood / S. Mahabir // *Journal of Adolescent Health*. – 2013. – Vol. 52 (suppl 5). – P 30–35.

654. Major clinical research advances in gynecologic cancer in 2016: 10-year special edition / D.H. Suh, M. Kim, K. Kim [et al.] // *Journal of gynecologic oncology*. – 2017. – Vol. 28, Issue 3. – e 45.

655. Manne, S.L. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? II. Using empirically supported therapy guidelines to decide / S.L. Manne, M.A. Andrykowski // *Annals of behavioral medicine*. – 2006. – Vol. 32, № 2. – P. 98–103.

656. Many people in Scotland now benefit from anticipatory care before they die: an after death analysis and interviews with general practitioners / J. Tapsfield, C. Hall, C. Lunan [et al.] // *BMJ. Support Palliat Care*. – 2019. – Vol. 9. – P. 28–33.

657. Markman, M. Unresolved issues in the chemotherapeutic management of gynecologic malignancies / M. Markman // *Seminars in Oncology*. – 2006. – Vol 33, Suppl. 6. – P. S33–S38.

658. Marmot, M. Social determinants of health inequalities / M. Marmot // *Lancet*. – 2005. – Vol. 365. – P. 1099–1104.

659. Mayne, S.T. Diet, nutrition and cancer: past, present and future / S.T. Mayne, M.C. Playdon, C.L. Rock // *Nature reviews clinical oncology*. – 2016. – Vol. 13, Issue 8. – P. 504–515.

660. McNamara, B. A method for defining and estimating the palliative care population / B. McNamara, L.K. Rosenwax, C.D. Holman // *J Pain Symptom Manage.* – 2006. – Vol. 32, Issue 1. – P. 5–12.

661. McTiernan, A. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical activity in cancer prevention and survival: a systematic review/ McTiernan A, C.M. Friedenreich, P.T, Katzmarzyk // *Med Sci Sports Exerc.* – 2019. –Vol. 51. –P. 1252–1261.

662. Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: Asystematic review / T. Brandao, R. Tavares, M.S. Schulz [et al.] // *Clinical psychology review.* – 2016. – Vol. 43. – P. 114–127.

663. Methodological issues in measuring subjective well-being and quality-of-life: applications to assessment of affect in older, chronically and cognitively impaired, ethnically diverse groups using the feeling tone questionnaire / J.A. Teresi, K. Ocepek-Welikson, J.A. Toner, M. Kleinman, M. Ramirez, J.P. Eimicke, B.J. Gurland , A. Siu // *Applied research in quality of life.* – 2017. – Vol. 12 (2). – P. 251–288.

664. Meyers, D.E. End-of-Life Decisions and Palliative Care in Advanced Heart Failure / D.E. Meyers, S.J. Goodlin // *Canadian journal of cardiology.* – 2016. – Vol. 32, Issue 9. – P. 1148–1156.

665. Mhatre, S.K. Development of a conceptual model of health-related quality of life among hepatitis C patients: A systematic review of qualitative studies / S.K. Mhatre, S.S. Sansgiry // *Hepatology research.* – 2016. – Vol. 46, Issue. 1. – P. 29–39.

666. Mielck, A. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease / A. Mielck, M. Vogelmann, R. Leid // *Health and quality of life outcomes.* – 2014. – Vol. 12. – Article Number 58.

667. Miller, G. Health psychology: developing biologically plausible models linking the social world and physical health / G. Miller, E. Chen, S.W. Cole // *Annual review of psychology.* – 2009. – Vol. 60. – P. 501–524.

668. Minaire, P. Disease, illness and health – theoretical models of the disablement process / P. Minaire // *Bulletin of the World Health Organization.* – 1992. – Vol. 70, № 3. – P. 373–379.

669. Missotten, P. Dementia-specific quality of life instruments: a conceptual analysis / P. Missotten, G. Dupuis, S. Adam // *International psychogeriatrics*. – 2016. – Vol. 28, Issue. 8. – P. 1245–1262.

670. Mitchell, G. Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model / G. Mitchell, J. Price // *Aust. Fam. Physician*. – 2001. – Vol. 30 (1). – P. 59–62.

671. Molecular portraits of human breast tumours / C.M. Perou, T. Sorlie, M.B. Eisen [et al.] // *Nature*. – 2000. – Vol. 406. – P. 747–752.

672. Montazeri, A. Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007 / A. Montazeri // *Journal of experimental & clinical cancer research*. – 2008. – Vol. 27. – Article Number 32.

673. Mortality material deprivation and urbanization: exploring the social patterns of a metropolitan area / P. Santana, C. Costa, M. Mari-Dell'Olmo [et al.] // *International journal for equity in health*. – 2015. – Vol. 14. – Article number 55.

674. Muers, M.F. Opioids for dyspnoea / M.F. Muers // *Thorax*. – 2002. – Vol. 57. – P. 922–923.

675. Multicomponent palliative care interventions in advanced chronic diseases: a systematic review / V. Phongtankuel, L. Meador, R.D. Adelman [et al.] // *American journal of hospice & palliative medicine*. – 2018. – Vol. 35, Issue 1. – P. 173–183.

676. Nandi, A. Association among socioeconomic status, health behaviors, and all-cause mortality in the United States / A. Nandi, M.M. Glymour, S.V. Subramanian // *Epidemiology*. – 2014. – Vol. 25, № 2. – P. 170–177.

677. National consensus project for quality palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care – Pittsburgh, 2004. – [Электронный ресурс].
Режим доступа:
https://www.hpna.org/multimedia/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf.
(дата обращения: 23.03.2021)

678. Nolte, E. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. / E. Nolte, M. McKee. – USA Open University Press. 2011. – 259 p.

679. Non-communicable diseases and the social determinants of health in the Nordic countries: Findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health / M. Balaj, T. Huijts, C.L. McNamara [et al.] // *Scandinavian journal of public health*. – 2017. – Vol. 2, Issue 2. – P. 90–102.

680. Norris, S.L. Chronic disease management. A definition and systematic approach to component interventions / S.L. Norris, R.E. Glasgow, M.M. Engelgau // *Dis Manage Health Outcomes*. – 2003. – Vol. 11. – P. 477–488.

681. Norris, S.L. The effectiveness of disease and case Management for people with diabetes. A systematic review / S. Norris, P. Nichols, C. Caspersen et al. // *Am J Prev Med*. – 2002. – Vol. 22. – P. 15–38.

682. Novel mechanisms and approaches to overcome multidrug resistance in the treatment of ovarian cancer / F. Ren, J. Shen, H. Shi [et al.] // *Biochimica et biophysica acta-reviews on cancer*. – 2016. – Vol. 1866, Issue 2. – P. 266–275.

683. Occupational inequalities in self-rated health and non-communicable diseases in different regions of Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health / C.L. McNamara, M. Toch-Marquardt, M. Balaj [et al.] // *European journal of public health*. – 2017. – Vol. 27, Sup. 1. – P. 27–33.

684. Ogelby, M. Interdisciplinary care using your team / M. Ogelby, R.D. Goldstein // *Pediatric clinics of north America*. – 2014. – Vol. 61, Issue 4. – P. 823–834.

685. Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and the Netherlands / E. Nolte, C. Knai, M. Hormarcher [et al.] // *Health Economics, Policy and Law*. – 2012. – № 7. – P. 125–146.

686. Owards a 'patient-centred' operationalization of the new dynamic concept of health: a mixed methods study / M. Huber, M. Van Vliet, M. Giezenberg, B. Winkens, Y. Heerkens, P.C. Dagnelie, J.A. Knottnerus // *BMJ Open*. – 2016. – Vol. 6 (1). – e010091.

687. Padgett, L.S. The intersection of rehabilitation and palliative care: patients with advanced cancer in the inpatient rehabilitation setting / L.S. Padgett, A. Asher, A. Cheville // *Rehabilitation nursing*. – 2018. – Vol. 43, Issue 4. – P. 219–228.

688. Palliative care. Cancer Control. Knowledge into Action / WHO Guide for Effective Programmes. Geneva: World Health Organization, 2007. – 42 p.
689. Palliative care: the World Health Organization's global perspective / C. Sepúlveda, A. Marlin, T. Yoshida, A. Ullrich // Journal pain symptom manage. – 2002. – Vol. 24. – P. 91–96.
690. Palliative care consultation teams cut hospital costs for medicaid beneficiaries / R.S. Morrison, J. Dietrich, S. Ladwig [et al.] // Health affairs. – 2011. – Vol. 30, Issue 3. – P. 454–463.
691. Palliative care for patients with dementia / T. Zieschang, P. Oster, M. Pfisterer [et al.] // Zeitschrift fur gerontology und geriatric. – 2012. – Vol. 45, Issue 1. – P. 50–54.
692. Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study / M.-J. Verhoef, E. de Nijs, N. Horeweg [et al.] // Supportive care in cancer. – 2020. – Vol. 28, Issue 3. – P. 1097–1107.
693. Participation in psychosocial oncology and quality-of-life research: a systematic review / C.E. Wakefield, J.E. Fardell, E.L. Doolan [et al.] // Lancet oncology. – 2017. – Vol. 18, Issue 3. – P. 153–165.
694. Payne, R. Chronic pain: challenges in the assessment and management of cancer pain / Payne, R. // JPSM. – 2000. – Vol. 19 (11). – P. 12–15.
695. Perspectives of primary care providers toward palliative care for their patients / D. Nowels, J. Jones, C.T. Nowels [et al.] // Journal of the American board of family medicine. – 2016. – Vol. 29, Issue 6. – P. 748–758.
696. Pettingale, K.W. The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients / K.W. Pettingale, M. Watson, S. Greer // Journal of Psychosocial Oncology. – 1984. – Vol. 2. – P. 3–31.
697. Pickett, K.E. Income inequality and health: A causal review / K.E. Pickett, R.G. Wilkinson // Social science & medicine. – 2015. – Vol. 128. – P. 316–326.

698. Pickett, K.E. Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: A critical review / K.E. Pickett, M. Pearl // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 2001. – Vol. 55, Issue 2. – P. 111–122.

699. Primary palliative care research: opportunities and challenges / S. Barclay, E. Moran, S. Boase [et al.] // *BMJ Supportive & Palliative Care*. – 2019. – Vol. 9. – P. 468–472. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001653

700. Principles of rehabilitation and reactivation / C.R. Osadnik, F.M. Rodrigues, C.A. Camillo [et al.] // *Respiration*. – 2015. – Vol. 89, Issue 1. – P. 2–11. Article Number 11.

701. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually / M.H. Gail, L.A. Brinton, D.P. Byar [et al.] // *Journal of the National Cancer Institute*. – 1989. – Vol. 81, Issue 24. – P. 1879–1886.

702. Proske, D. Catalogue of risks. Natural, Technical, Social and Health Risks / D. Proske. – Springer, 2007.

703. Provision of palliative care in low- and middle-income countries: overcoming obstacles for effective treatment delivery / B. Hannon, C. Zimmermann, F.M. Knaul [et al.] // *Journal of clinical oncology*. – 2016. – Vol. 34, Issue 1. – P. 62.

704. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom / M.J. Schoemaker, M.E. Jones, L.B. Wright [et al.] // *Breast cancer research*. – 2016. – Vol. 18. – Article number 72.

705. Psychological well-being, acceptance and psychological flexibility, in breast cancer patients undergoing mastectomy or lumpectomy / G. Deledda, S. Poli, M. Giansante [et al.] // *Annals of oncology*. – 2015. – Vol. 26, Issue 6. – P. 124.

706. Psychological well-being and quality of life in ovarian cancer survivors / B.R. Ferrel [et al.] // *Cancer*. – 2003. – Vol. 98, Suppl. 5. – P. 1061–1071.

707. Psychosocial interventions for pain management in advanced cancer patients: a systematic review and meta-analysis / M. Warth, J. Zoeller, F. Koehler [et al.] // *Current oncology reports*. – 2020. – Vol. 22, Issue 1. – article number 3.

708. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality / W. Breitbart, C.P. Gibson, R. Shannon [et al.] // *Canadian journal of psychiatry-revue canadienne de psychiatrie*. – 2004. – Vol. 49, Issue 6. – P. 366–372.

709. Quality of life (QOL) and symptom burden (SB) in patients with breast cancer / J. Hamer, R. McDonald, L. Zhang [et al.] // *Supportive care in cancer*. – 2017. – Vol. 25, Issue 2. – P. 409–419.

710. Quality of life considerations in gynecologic cancer / R.T. Penson, L.B. Wenzel, I. Vergote, D. Cella // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. – 2006. – Vol. 95, Suppl. 1. – P. S247–S257.

711. Quality of life evaluations in patients with ovarian cancer during chemotherapy treatment / T. Le [et al.] // *Gynecological oncology*. – 2004. – Vol. 92, Suppl. 3. – P. 839–844.

712. Quality of life in patients with recurrent breast cancer after second breast-conserving therapy in comparison with mastectomy: the German experience / S. Jendrian, K. Steffens, B. Schmalfeldt [et al.] // *Breast cancer research and treatment*. – 2017. – Vol. 163, Issue 3. – P. 517–526.

713. Race, breast cancer subtypes, and survival in the Carolina Breast Cancer Study / L.A. Carey, C.M. Perou, C.A. Livasy [et al.] // *JAMA*. – 2006. – Vol. 29. – P. 2492–2502.

714. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1054 patients / J. P. Stein, G. Lieskovsky, S. Groshen [et al.] // *J Journal of Clinical Oncology*. – 2001. – Vol. 19. – P. 666–675.

715. Ranking of palliative care development in the countries of the European Union / K. Woitha, E. Garralda, J. Maria Martin-Moreno [et al.] // *Journal of pain and symptom management*. – 2016. – Vol. 52, Issue 3. – P. 370–377.

716. Raphael, D. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. / D. Raphael. – Toronto: Canadian Scholars' Press, 2009.

717. Rastogi, P. Time path of total society system: The case of US society 1951-1972 / P. Rastogi // *Simulaion*. – 1972. – № 1. – P. 1–12.

718. Recommendation of the Committee of Ministers Rec (2003) 24E to member states on the organisation of palliative care (Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers Deputies). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://wed.coe.int/VjewDoc.jsp?id=85719> (дата обращения: 15.03.2021)

719. Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial / P. Hudson, T. Trauer, B. Kelly [et al.] // *Psycho-oncology*. – 2015. – Vol. 24, Issue 1. – P. 19–24.

720. Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument / M.J. Brady, D.F. Cella, F. Mo [et al.] // *Journal of clinical oncology*. – 1997. – Vol. 15, Issue 3. – P. 974–986.

721. Repeated observation of breast tumor subtypes in independent gene expression data sets / T. Sorlie, R. Tibshirani, J. Parker [et al.] // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. – 2003. – Vol. 100. – P. 8418–8423.

722. Rethinking end-of-life care and palliative care: learning from the illness trajectories and lived experiences of terminally ill patients and their family carers / M. Sercu, I. Beyens, M. Cosyns [et al.] // *Qualitative health research*. – 2018. – Vol. 28, Issue 14. – P. 2220–2238.

723. Rethinking the relationship between socio-economic status and health: Making the case for sociological theory in health inequality research / E. Oversveen, H.T. Rydland, C. Bambra [et al.] // *Scandinavian journal of public health*. – 2017. – Vol. 45, Issue 2. – P. 103–112.

724. Risk of cancer among patients with depressive disorder: a meta-analysis and implications / H.K. Ahn, J.H. Bae, H.Y. Ahn [et al.] // *Psycho-oncology*. – 2016. – Vol. 25, Issue 12. – P. 1393–1399.

725. Rockhill, B. Individual risk prediction and population-wide disease prevention / B. Rockhill // *Epidemiologic Reviews*. – 2000. – Vol. 22, Issue 1. – P. 176–180.

726. Rockhill, B. Theorizing about causes at the individual level while estimating effects at the population level / B. Rockhill // *Epidemiology*. – 2005. – Vol. 16. – P. 124–129.

727. Rosenberg, K. Palliative care improves quality of life, reduces symptoms / K. Rosenberg // *American journal of nursing*. – 2017. – Vol. 117, Issue 4. – P. 66–67.

728. Rosenfield, P.L. The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences / P.L. Rosenfield // *Social Science and Medicine*. – 1992. – Vol. 35. – P. 1343–1357.

729. Salvador-Carulla, L. The WHO construct of health-related functioning (HrF) and its implications for health policy / L. Salvador-Carulla, C. Garcia-Gutierrez // *BMC Public health*. – 2011. – Vol. 11, Supplement 4. – Article Number S9.

730. Sammarco, A. Psychosocial stages and quality of life of women with breast cancer / A. Sammarco // *Cancer Nurs*. – 2001. – Vol. 24, № 4. – P. 272–277.

731. Santiago-Palma, J. Palliative care and rehabilitation / J. Santiago-Palma, R. Payne // *Cancer*. – 2001. – Vol. 92, № 4. – P. 1049–1052.

732. Sarradon-Eck, A. Understanding the Barriers to Introducing Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study / A. Sarradon-Eck, S. Besle, J. Troian // *Journal of palliative medicine*. – 2019. – Vol. 22, Issue 5. – P. 508–516.

733. Satin, J.R. Depression as a Predictor of Disease Progression and Mortality in Cancer Patients / J.R. Satin, W. Linden, M.J. Phillips // *Cancer*. – 2009. – Vol. 115, Issue 22. – P. 5349–5361.

734. Schwartz, A.G. Lung cancer: Family history matters / A.G. Schwartz // *Chest*. – 2006. – Vol. 130. – P. 936–937.

735. Sen, A. *Development as freedom* / A. Sen. – Oxford: Oxford University Press, 2001. – 396 p.

736. Shortell, S. The new world of managed care: creating organized delivery systems / S. Shortell, R. Gillies, D. Anderson // *Health Aff*. – 1994. – Vol. 13. – P. 46–44.

737. Siegel, R.L. Cancer Statistics, 2013 / R.L. Siegel, D. Naishadham, Miller, A. Jemal // *CA-A cancer journal for clinicians*. – 2013. – Vol. 63. – P. 11–30.
738. Siegel, R.L. Cancer Statistics, 2017 / R.L. Siegel, K.D. Miller, A. Jemal // *CA-A cancer journal for clinicians*. – 2017. – Vol. 67, Issue 1. – P. 7–30.
739. Silver, J.K. Cancer rehabilitation: an opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes / J.K. Silver, J. Baima // *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. – 2013. – Vol. 92 (8). – P. 715–727.
740. Silver, J.K. Integrating rehabilitation into the cancer care continuum / J.K. Silver // *PM&R*. – 2017. – № 9 (9). – S291–S296.
741. Sim, S.W. Multi-dimensional approach to end-of-life care: The Welfare Model / S.W. Sim, T.L. Soh, L.K.R. Krishna // *Nursing ethics*. – 2020. – Vol. 26, Issue 7-8. – P. 1955–1967.
742. Smith, R.A. Cancer Screening in the United States, 2017: A Review of Current American Cancer Society Guidelines and Current Issues in Cancer Screening / R.A. Smith, K.S. Andrews, D. Brooks // *CA-A cancer journal for clinicians*. – 2017. – Vol. 67, Issue 2. – P. 100–121.
743. Smith, T. Personality and health: advantages and limitations of the five-factor model / T. Smith, P. Williams // *Journal of Personality*. – 1992. – Vol. 60. – P. 395–423.
744. Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis / L. Tay, K. Tan, E. Diener, E. Gonzalez // *Applied psychology-health and well being*. – 2013. – Vol. 5 (1). – P. 28–78.
745. Sorato, D.B. Coping, psychopathology, and quality of life in cancer patients under palliative care / D.B. Sorato, F.L. Osorio // *Palliative & supportive care*. – 2015. – Vol. 13, Issue 3. – P. 517–525.
746. Spatial relationship quantification between environmental, socioeconomic and health data at different geographic levels / M.S. Saib, J. Caudeville, F. Carre [et al.] // *International journal of environmental research and public health*. – 2014. – Vol. 11, Issue 4. – P. 3765–3786.

747. Spiegel, D. Depression and cancer: Mechanisms and disease progression / D. Spiegel, J. Giese-Davis // *Biological psychiatry*. – 2003. – Vol. 54, Issue 3. – P. 269–282.
748. Strategy and risk sharing in hospital-postacute care integration / J.P. McHugh, J. Zinn, R.R. Shield, [et al.] // *Health Care Manage Rev*. – 2020. – Vol. 45. – P. 73–82.
749. Striking life events associated with primary breast cancer susceptibility in women: a meta-analysis study / Y. Lin, C. Wang, Y. Zhong, X. Huang, L. Peng, G. Shan [et al.] // *Journal of experimental & clinical cancer research*. – 2013. – Vol. 32. – Article number: 53.
750. Substantial contribution of extrinsic risk factors to cancer development / S. Wu, S. Powers, W. Zhu [et al.] // *Nature*. – 2016. – Vol. 529, Issue 7584. – P. 43–47.
751. Sun, C.C. Quality of life for patients with epithelial ovarian cancer / C.C. Sun, P.T. Ramirez, D.C. Bodurka // *Nature Clinical Practice Oncology*. – 2007. – Vol. 4. – P. 18–29.
752. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges. / R. Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. (Observatory Studies Series №. 20).
753. Taioli, E. Gene-environment interaction in tobacco-related cancers / E. Taioli // *Carcinogenesis*. – 2008. – Vol. 29. – P. 1467–1474.
754. Telemedically augmented palliative care Empowerment for patients with advanced cancer and their family caregivers / R. Nemecek, P. Huber, S. Schur [et al.] // *Wiener klinische wochenschrift*. – 2019. – Vol. 131, Issue 23/24. – P. 620–626.
755. Temoshok, L. Personality, coping style, emotion and cancer: toward an integrative model / L. Temoshok // *Cancer Surveys*. – 1987. – Vol. 6. – P. 545–567.
756. Terje, A. The risk concept historical and development trends / A. Terje // *Reliability engineering & system safety*. – 2012. – Vol. 99. – P. 33–44.
757. Tessier, P. Does the relationship between health-related quality of life and subjective well-being change over time? An exploratory study among breast cancer

patients / P. Tessier, M. Blanchin, V. Sébille // *Social science and medicine*. – 2017. – Vol. 174. – P. 96–103.

758. The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults / T.W. Strine, D.P. Chapman, L.S. Balluz [et al.] // *Journal of community health*. – 2008. – Vol. 33, Issue 1. – P. 40–50.

759. The Association Between Pain and Quality of Life for Patients With Cancer in an Outpatient Clinic, an Inpatient Oncology Ward, and Inpatient Palliative Care Units / F. Mikan, M. Wada, M. Yamada [et al.] // *American journal of hospice & palliative medicine*. – 2016. – Vol. 33, Issue 8. – P. 782–790.

760. The contributions of family care-givers at end of life: A national post-bereavement census survey of cancer carers' hours of care and expenditures / C. Rowland, B. Hanratty, M. Pilling [et al.] // *Palliative medicine*. – 2017. – Vol. 31, Issue 4. – P. 346–355.

761. The contribution of housing and neighbourhood conditions to educational inequalities in non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health / C.L. McNamara, M. Balaj, K.H. Thomson [et al.] // *European journal of public health*. – 2017. – Vol. 27, Sup. 1. – P. 102–106.

762. The effect of early and systematic integration of palliative care in oncology on quality of life and health care use near the end of life: A randomised controlled trial / G. Vanbutsele, S. Van Belle, V. Surmont [et al.] // *European journal of cancer*. – 2020. – Vol. 124. – P. 186–193.

763. The effect of the psychological status of breast cancer patients on the short-term clinical outcome after mastectomy / N. Torer, T.Z. Nursal, K. Caliskan [et al.] // *Acta chirurgica belgica*. – 2010. – Vol. 110, Issue 4. – P. 467–470.

764. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30 – a quality of life instrument for use in international clinic trials in oncology / N.K. Aaronson, S. Ahmedzai, B. Bergman [et al.] // *Journal of the national cancer institute*. – 1993. – Vol. 85, Issue 5. – P. 365–376.

765. The expanding role of primary care in cancer control / G. Rubin, A. Berendsen, S.M. Crawford [et al.] // *Lancet oncology*. – 2015. – Vol. 16, Issue 12. – P. 1231–1272.

766. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure / D.F. Cella, D. S. Tulsky, G. Gray [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 1993. – Vol. 11, Issue 3. – P. 570–579.

767. The impact of radiodermatitis on breast cancer patients' quality of life during radiotherapy: a prospective cohort study / M.A. Fuzissaki, C.E. Paiva, M.A. de Oliveira [et al.] // *Journal of pain and symptom management*. – 2019. – Vol. 27, Issue 9. – P. 92.

768. The National Council for Public-Private Partnerships [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ncppp.org> (дата обращения: 21.03.2021).

769. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – An estimation based on death registration data / N. Scholten, A.L. Günther, H. Pfaff, U. Karbach // *The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – An estimation based on death registration data // BMC Palliative Care*. – 2016. – Vol. 15 (1). – P. 29.

770. The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health / C.L. McNamara, M. Balaj, K.H. Thomson [et al.] // *European journal of public health*. – 2017. – Vol. 389, Sup. 1. – P. 22–26.

771. The use of behavioural theories in end-of-life care research: A systematic review / A.-L. Scherrens, K. Beernaert, L. Robijn [et al.] // *Palliative medicine*. – 2018. – Vol. 32, Issue 6. – P. 1055–1077.

772. The use of focus groups in evaluating quality of life components among elderly Chinese people / K.-K. Leung, E.-C. Wu, B.-H. Lue, L.-Y. Tang // *Quality of life research*. – 2004. – Vol. 13 (1). – P. 179–190.

773. The Who, What, Why, When, Where, and How of Team-Based Interdisciplinary Cancer Rehabilitation / V.S. Raj, T.M. Pugh, S.I. Yaguda [et al.] //

Seminars in oncology nursing. – 2020. – Vol. 36, Issue 1. – article number UNSP 150974.

774. The World Health Report. WHO. Health Systems: Improving Performance. 2000. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/whr/2000/en/> (дата обращения: 10.02.2021).

775. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. 1995. – Vol. 41, Issue 10. – P. 1403–1409.

776. Thomas, D. Genee environment-wide association studies: Emerging approaches / D. Thomas // Nature Reviews Genetics. – 2010. – Vol. 11, Issue 4. – P. 259–272.

777. Tobias, M. Social rank: a risk factor whose time has come? / M. Tobias // Lancet. – 2017. – Vol. 389, Issue 10075. – P. 1172–1174.

778. Trajectory of illness for patients with congestive heart failure / R.E. Kheirbek, F. Alemi, B.A. Citron [et al.] // Journal of palliative medicine. – 2013. – Vol. 16, Issue 5. – P. 478–484.

779. Trecate, G. Noninvasive strategies for breast cancer early detection / G. Trecate, P.M.-L. Sinues, R. Orlandi // Future oncology. – 2016. – Vol. 12, Issue 11. – P. 1395–1411.

780. Truesdale, B.C. The health effects of income inequality: averages and disparities / B.C. Truesdale, C. Jencks // Annual Review of Public Health. – 2016. – Vol. 37. – P. 413–430.

781. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study / M. Staniute, J. Brozaitiene, J. Burkauskas [et al.] // Health and quality of life outcomes. – 2015. – Vol. 13. – Article Number 1.

782. Use of patient-reported outcomes to measure symptoms and health related quality of life in the clinic / A. Gilbert, D. Sebag-Montefiore, S. Davidson [et al.] // Gynecologic oncology. – 2015. – Vol. 136, Issue 3. – P. 429–439.

783. Vallgarda, S. Tackling social inequalities in health in the Nordic countries: targeting a residuum or the whole population? / S. Vallgarda // *Journal of Epidemiology & Community Health*. – 2010. – Vol. 64. – P. 495–496.

784. Varmus, H. The new era in cancer research / H. Varmus // *Science*. 2006. – Vol. 312. – P. 1162–1165.

785. Veenhoven, R. The four qualities of life / R. Veenhoven // *Journal of happiness studies*. – 2000. – Vol 1. – P. 1–39.

786. Volicer, L. Palliative care and quality of life for people with dementia: medical and psychosocial interventions / L. Volicer, J. Simard // *International psychogeriatrics*. – 2015. – Vol. 27, Issue 10. – P. 1623–1634.

787. Wagner, E.H. Organizing care for patients with chronic illness / E.H. Wagner, B.T. Austin, M. Von Korff // *Milbank Q*. – 1996. – Vol. 74. – P. 511–544.

788. Waloszczyk, K. Quality of life: environmental and conservative interpretations / K. Waloszczyk. – Technical University of Lodz. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://biopolitics.gr/biowp/wp-content/uploads/2013/04/VOL-VI-Waloszczyk.pdf> (дата обращения: 10.02.2021)

789. Watson, M. Review of the history and development in the field of psychosocial oncology / M. Watson, J. Dunn, J.C. Holland // *International review of psychiatry*. – 2014. – Vol. 26, Issue 1. – P. 128–135.

790. What are the components of interventions focused on quality-of-life assessment in palliative care practice? A systematic review / G. Catania, M. Beccaro, M. Costantini [et al.] // *Journal of hospice & palliative nursing*. – 2016. – Vol. 18, Issue 4. – P. 310–316.

791. What aspects of quality of life are important from palliative care patients' perspectives? A systematic review of qualitative research / N. McCaffrey, S. Bradley, J. Ratcliffe [et al.] // *Journal of pain and symptom management*. – 2016. – Vol. 52, Issue 2. – P. 318.

792. What is it Quality of life? World Health Organization. Quality of life group. // *World Health Forum*. – 1996. – Vol. 1. – P. 29.

793. WHO. Global Atlas on Palliative Care At the End of Life / The World Health Organization. – WHO, 2014. – 112 p. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care> (дата обращения: 10.02.2021).

794. WHO Definition of Palliative Care. – WHO, 2007. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www/who.int/cancer/palliative/definition/en>. (дата обращения: 10.03.2021).

795. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: World Health Organization. 2002. (Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий. – Всемирная организация здравоохранения, 2003 г.).

796. Wilkinson, R.G. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence / R.G. Wilkinson, K.E. Pickett // *Social Science & Medicine*. – 2006. – Vol. 62 (7). – P. 1768–1784.

797. Wolf, A.T. Palliative Care and Moral Distress in the Intensive Care Unit: An Integrative Literature Review / A.T. Wolf // *Journal of hospice & palliative nursing*. – 2016. – Vol. 18, Issue 5. – P. 405–412.

798. Wong, E. Factors influencing health related quality of life in cancer patients with bone metastases / E. Wong, E. Chow, L. Zhang, G. Bedard // *Journal of Palliative Medicine*. – 2013. – Vol. 16 (8). – P. 915–921.

799. WORLD CANCER REPORT 2014/ The World Health Organization. – WHO, 2014. – 630 p. – Материал представлен в электронной форме на сайте: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/ru/> (дата обращения: 10.03.2021).

800. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children/ – Geneva: World Health Organization, 1998.

801. World Health Organization. National cancer control programmers: policies and managerial guidelines, 2nd ed. – Geneva: World Health Organization, 2002.

802. World Health Organization. Palliative care: the solid facts. – Europe: WHO, 2004.

803. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // World Health Forum. – 1996. – Vol. 1. – P. 29.

804. World Health Organization. Symptom Relief in Terminal Illness/ – Geneva: World Health Organization, 1998.

805. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116 000 European men and women / K. Heikkilä, S.T. Nyberg, T. Theorell, E.I. Fransson, L. Alfredsson, J.B. Bjorner [et al.] // BMJ. – 2013. – Vol. 346. – Article number: f165.

806. Yach, D. The global burden of chronic diseases / D. Yach, C. Hawkes, C. Gould, K. Hofman // JAMA. – 2004. – Vol. 291. – P. 2616–2622.

807. Yennurajalingam, S. Palliative management of fatigue at the close of life: «it feels like my body is just worn out» / S. Yennurajalingam, E. Bruera // JAMA. – 2007. – Vol. 297, № 3. – P. 295–304.

808. Yokoi, T. Why do dementia patients become unable to lead a daily life with decreasing cognitive function? / T. Yokoi, H. Okamura // Dementia-international journal of social research and practice. – 2013. – Vol. 12, Issue 5. – P. 551–568.

809. Zautra, A. Quality of life indicators: a review of the literature / A. Zautra, D. Goodhart // Community Mental Health Review. – 1979. – Vol. 4, Issue 1. – P. 3–14.

810. Zdenkowski, N. Supportive care of women with breast cancer: key concerns and practical solutions / N. Zdenkowski, S. Tesson, J. Lombard // Medical journal of Australia. – 2016. – Vol. 205, Issue 10. – P. 471.

811. Zhao, S. Z. Evaluation of health-related quality of life of rheumatoid arthritis patients / S. Z. Zhao, J. I. Fiechtner // Arthritis Care and Research. – 2003. – Vol. 13, № 2. – P. 112–147.

Приложение А.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ДУМА
ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
СЕДЬМОГО СОЗЫВА

КОМИТЕТ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

ул. Охотный ряд, д. 1, Москва, 103265 Тел. 8(495)692-28-43 Факс 8(495)692-50-16 E-mail: chealth@duma.gov.ru

03 апреля 2019 г.

№ 3.4-22/181

Ректору Саратовского
государственного медицинского
университета

В.М.ПОПКОВУ

410012, Саратов, ул. Большая
Казачья, д.112

Уважаемый Владимир Михайлович!

Комитет Государственной Думы по охране здоровья информирует о том, что результаты научных исследований сотрудников и докторантов Саратовского государственного медицинского университета М.В.Еругиной, И.Л.Кром, А.Б.Шмеркевича, А.В.Водолагина и других, опубликованные в «Саратовском научно-медицинском журнале», журналах «Социология медицины», «Правовые основы здравоохранения», «Паллиативная медицина и реабилитация», «Биоэтика», «Russian Open Medical Journal» и других профильных изданиях, были использованы при работе Комитета над Федеральным законом от 6 марта 2019 года № 18-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи» (проект № 592287).

Председатель Комитета

С. Урочинский
Д.А. Морозов

Д.А.Морозов

Приложение Б.

СОГЛАШЕНИЕ

о взаимном сотрудничестве между министерством здравоохранения Саратовской области и Обществом с ограниченной ответственностью «Медицинский Ди центр плюс»

г. Саратов

20 07 2018 г.

Министерство здравоохранения Саратовской области, в лице министра здравоохранения Саратовской области Шульдякова Владимира Анатольевича, действующего на основании Положения о министерстве здравоохранения Саратовской области, утвержденного постановлением Правительства Саратовской области от 1 ноября 2007 года № 386-П с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Ди центр плюс», в лице директора Хижняковой Ольги Николаевны, действующего на основании Устава с другой стороны, именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

1. Предмет Соглашения

1.1. Настоящее Соглашение регулирует основы взаимоотношения Сторон при реализации сотрудничества в рамках государственно-частного партнерства в сфере медицинской деятельности и здравоохранения на территории Саратовской области, направленные на достижение баланса взаимных интересов.

1.2. Сотрудничество Сторон по настоящему Соглашению не является предпринимательской деятельностью и не предполагает извлечение прибыли и распределение ее между Сторонами.

1.3. Сотрудничество Сторон по настоящему Соглашению направлено на обеспечение равных прав всем хозяйствующим субъектам, не ограничивая конкуренцию и не предоставляя кому бы то не было преимуществ в предпринимательской деятельности в соответствии с действующим законодательством и в пределах компетенции Сторон.

1.4. Предметом Соглашения является сотрудничество Сторон при организации оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медицинской помощи, мероприятий по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, (далее по тексту - ПМСП), взрослому населению г. Саратова включая территории обслуживания Общества с ограниченной ответственностью «Медицинский Ди центр плюс», а также предоставление иных медицинских услуг гражданам в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», а также Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания жителям г. Саратов и Саратовской области медицинской помощи на очередной календарный год (далее - Программа), утвержденной в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Тарифным соглашением в сфере обязательного медицинского страхования и другими нормативными правовыми актами, регламентирующими условия, порядок и правила оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

В рамках настоящего Соглашения Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Ди центр плюс» за свой счет и своими силами обеспечивает создание и функционирование медицинского центра, под которым понимаются объекты здравоохранения (далее - Объекты), с использованием (эксплуатацией) которых осуществляется оказание первичной медико-санитарной помощи (далее по тексту - ПМСП) населению г. Саратов и Саратовской области в соответствии с условиями настоящего Соглашения.

В настоящем Соглашении под созданием Объектов понимаются любые работы, включая проведение ремонтных работ (выполнение капитального, текущего, косметического ремонта)

в отношении помещений в занимаемом Обществом с ограниченной ответственностью «Медицинский Ди центр плюс» здании, в том числе, не влекущие изменение внешнего вида здания, а также оснащение его необходимым оборудованием и укомплектование медицинским персоналом для осуществления медицинской деятельности в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

2. Задачи Соглашения

2.1. В рамках реализации поставленной цели Стороны ставят перед собой следующие задачи:

- 2.1.1 обеспечение эффективности и прозрачности деятельности Сторон;
- 2.1.2 формирование ответственного отношения представителей медицинского бизнеса;
- 2.1.3 партнерство и консолидация по развитию предпринимательства в сфере здравоохранения;
- 2.1.4 формирование положительного общественного мнения по вопросам взаимодействия Сторон в рамках настоящего Соглашения.

3. Направления взаимодействия Сторон

3.1. Для организации медицинской деятельности на территории Саратовской области Стороны обязуются:

3.1.1 обмениваться имеющейся в их распоряжении информацией по аспектам взаимного интереса, участвовать в совместных практических проектах, не противоречащих законодательству;

3.1.2 содействовать друг другу в реализации настоящего соглашения всеми имеющимися в их распоряжении средствами и возможностями, не нарушающими права третьих лиц;

3.1.3 соблюдать требования законодательства в сфере противодействия коррупции и предупреждения конфликта интересов Сторон;

3.1.4 соблюдать законодательство о порядке обращения со сведениями, составляющими коммерческую, служебную, налоговую, врачебную тайну и иную конфиденциальную информацию, в том числе соблюдать законодательство о защите персональных данных.

3.2. В целях реализации настоящего Соглашения Стороны договорились о следующих направлениях взаимодействия:

3.1.1 оперативный обмен актуальной информацией по вопросам, отнесенным к компетенции деятельности Сторон, согласно предмету настоящего Соглашения;

3.1.2 совместное участие в анализе законодательства Российской Федерации. Саратовской области, а также подготовка и обсуждение проектов нормативных правовых актов и иных документов, относящихся к предмету настоящего Соглашения;

3.1.3 совместная подготовка материалов по актуальным вопросам, отнесенным к компетенции Сторон;

3.1.4 совместное проведение информационной политики среди бизнес-сообществ и населения;

3.1.5 создание условий для - внедрения новейшего оборудования, специальной техники и технологий;

3.1.6 совместный анализ основных показателей деятельности медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность в коммерческой сфере;

3.3. Участие Сторон в настоящем Соглашении может выражаться в других согласованных формах взаимодействия.

3.4. Действия Сторон реализуются путем разработки совместных планов, программ, иных документов, а также путем оперативного текущего взаимодействия.

3.5. Содержание, объемы и сроки выполнения конкретных совместных мероприятий оформляются отдельными протоколами или иными документами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения

4.1. Настоящее Соглашение составлено в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую

Сторон, после письменного уведомления другой стороны за 15 дней до предполагаемой даты расторжения.

4.3. Дополнения или изменения в настоящее Соглашение могут быть внесены по согласованию Сторон.

Министр здравоохранения
Саратовской области



В.А. Шульдяков

Директор ООО «Медицинский Ди
центр плюс»



О.Н. Хижнякова

Приложение В.

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России

С.В. Романов

« 20 » _____ 2020 г.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

1. **Наименование предложения:** Организации интегрированной медико-социальной помощи больным в зависимости от продолжительности и тяжести онкологического заболевания.

2. **Кем и когда предложено, адрес организации:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Приволжский федеральный округ, Саратовская область, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

Предложение к.м.н., ассистента кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, к.м.н. А.Б. Шмеркевича.

3. **Источник информации:** Учебное пособие «Организация интегрированной медико-социальной помощи пациентам онкологического профиля», авторы А.Б. Шмеркевич, М.В. Еругина, И.Л. Кром.

4. **Где и когда внедрено:** Клиническая больница №4 ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, 2020 год.

Главный врач
Клинической больницы №4

 А.Б. Кузнецов

Помощник директора по науке, д.м.н.

 О.П. Абаева

Заместитель директора
по медицинской части, к.м.н.

 М.В. Хазов

Приложение Г1.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе –
директор института подготовки
кадров высшей квалификации и
дополнительного профессионального
образования
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» Минздрава
России
И.О. Бугаева

«06» 07 2020г.

АКТ

№ 446

О внедрении результатов диссертационного исследования Шмеркевича Александра Борисовича «Медико-социологическое исследование институционализации региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным» в практику учебной работы

1. Наименование кафедры, дисциплины: кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение».

2. Курс, факультет

Институт подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования. Слушатели курсов профессиональной переподготовки специалистов и цикла общего усовершенствования по специальности «общественное здоровье и здравоохранение». Ординаторы, обучающиеся по специальности «общественное здоровье и здравоохранение».

3. Место и время использования: лекции и практические занятия по темам: «Организация медицинской помощи населению», «Заболеваемость и инвалидность как медико-социальная проблема», «Организация паллиативной помощи населению», «Планирование деятельности медицинских организаций».

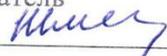
4. Краткая аннотация: Внедрены результаты анализа динамики состояния здоровья населения Российской Федерации и Саратовской области, результаты исследования организации паллиативной помощи

населению и континуума онкологической помощи, государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации.

5. Форма внедрения:

В материалах 4 лекций (1 лекция – 9 слайдов, 1 лекция – 8 слайдов, 2 лекции – по 6 слайдов), при проведении практических занятий, тренингов по решению практических задач.

Автор: А.Б. Шмеркевич, к.м.н., старший преподаватель



Зав. кафедрой: М.В. Еругина, д.м.н., профессор



Начальник управления обеспечения качества
образовательной деятельности: Н.А. Клоктунова, к.с.н.



Подписи

ЗАВЕРЯЮ:
Начальник ОК СГМУ



Приложение Г2.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
 МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
 МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
 ФЕДЕРАЦИИ
 (ФГБОУ ВО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)
 ул. Ленина, 3, г. Уфа, Республика Башкортостан, Российская Федерация, 450008
 тел. (347) 272-41-73, факс 272-37-51
 http:// www.bashgmu.ru, E-mail: rectorat@bashgmu.ru
 ОКПО01963597 ОГРН 1020202561136
 ИЦНП 0274023088 КПП 027401001

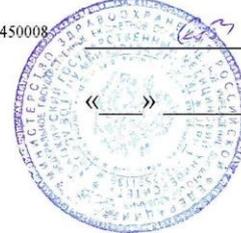
На № _____ от _____

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной
 работе

А.А.Цыглин

2020г.



Акт о внедрении

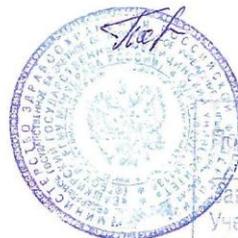
1. Наименование предложения для внедрения: Модель интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным;
2. Кем предложен: к.м.н. А.Б.Шмеркевич и преподавателями кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России;
3. Источники информации: Учебное пособие «Организация интегрированной медико-социальной помощи пациентам онкологического профиля»;
4. Где и когда внедрено: 2020 год, кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России;
5. Эффективность внедрения: Материалы используются в учебном процессе;
6. Замечания: замечаний нет.

Зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России
 д.м.н., профессор

Н.Х.Шарафутдинова

Завуч кафедры, доцент

М.Ю.Павлова



Подпись: *Н.Х. Шарафутдинова*
 Инициалы: _____
 Подпись: _____
 Инициалы: _____
 Ученый секретарь ФГБОУ ВО БГМУ
 Минздрава России

Приложение Д.

ГАЙД ФОКУС-ГРУППЫ

«Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области»

ЗНАКОМСТВО, описание цели и задач группы.

ВВОДНЫЕ ВОПРОСЫ: Онкологические заболевания являются одной из наиболее острых проблем современного здравоохранения. На современном этапе система регионального здравоохранения, сохраняя тенденции постоянного развития и адаптируясь к требованиям времени, активно внедряют новые методы и подходы к организации специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Какие тенденции организации региональной системы онкологической помощи, на Ваш взгляд, в настоящее время наиболее динамично проявляются? Опишите, в чем это проявляется? Характерны ли отмеченные тенденции для российского здравоохранения в целом? На Ваш взгляд, близки ли указанные направления развития в организации региональной системы онкологической помощи мировым тенденциям? С чем это связано?

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ

Какие перспективы развития системы онкологической помощи в Саратовской области Вы видите?

Какие ключевые проблемы в организации в регионе специализированной медицинской помощи онкологическим больным, Вы могли бы обозначить? (дисбаланс в соотношении онкологических коек хирургического и химиотерапевтического профиля и доступность радиологической помощи и др.)

Испытывает ли система здравоохранения региона потребность в повышении качества медицинской помощи онкологическим больным? Испытывает ли система здравоохранения региона потребность в повышении доступности медицинской помощи онкологическим больным? На Ваш взгляд, с какими определяющими факторами это может быть связано?

Нуждается ли в совершенствовании организация в регионе специализированной медицинской помощи онкологическим больным? Какие шаги необходимо предпринимать для этого? Какие механизмы развития могли бы быть наиболее эффективными?

Какие направления совершенствования онкологической помощи в регионе представляются Вам наиболее важными? Почему? Какие организационные меры могут этому способствовать?

По Вашему мнению, будет ли способствовать совершенствованию системы онкологической помощи укрепление междисциплинарного взаимодействия врачей при оказании медицинских услуг больным с онкологическими заболеваниями? Какие стимулы повышения вовлеченности в процесс междисциплинарного взаимодействия врачей, на Ваш взгляд, являются действенными?

Будет ли способствовать совершенствованию системы онкологической помощи расширение практики государственно-частного партнерства? По вашему мнению, будет ли это способствовать повышению эффективности организации в регионе специализированной медицинской помощи онкологическим больным? В чем это будет проявляться, на Ваш взгляд?

Какие перспективы формирования паллиативной помощи онкологическим больным в Саратовской области Вы видите?

Какие ключевые проблемы в организации паллиативной помощи онкологическим больным в регионе Вы могли бы обозначить?

На Ваш взгляд, насколько высока потребность пациентов в амбулаторной специализированной паллиативной помощи в регионе? В чем преимущества такой формы медицинской помощи, на Ваш взгляд? Какие недостатки такого формата Вы видите?

На Ваш взгляд, нуждается ли система регионального здравоохранения в подготовке специалистов по паллиативной помощи в регионе? Почему? В перспективе, какие результаты может дать подготовка указанных специалистов для развития системы паллиативной помощи онкологическим больным в регионе?

ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ: перевод и активация обсуждения в ракурсе обсуждения «случаев из практики, из жизни», разговор об особенностях и возможных вариантах совершенствования региональной системы медицинской помощи онкологическим больным.

Завершение обсуждения модератором, снижение эмоциональной окраски дискуссии; благодарность участникам, прощание.

Приложение Е.

Опросник ВОЗ КЖ-100²

Дата обследования: « _____ » _____ 20 _____ г.

Инструкция /

Дальнейшие вопросы касаются того, что Вы чувствуете относительно качества жизни, здоровья и других сфер вашей жизни. Если вы не уверены в том, какой ответ выбрать, пожалуйста, выберите один, который кажется наиболее подходящим. Часто это может быть ваша первая реакция на вопрос.

Пожалуйста, имейте в виду Ваши основные нормы, надежды, удовольствия и заботы. В данном разделе вопросника мы просим вас оценивать вашу жизнь в ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ.

Например, имея в виду последние две недели, Вы отвечаете на вопрос:

Насколько сильно Вы беспокоитесь о своем здоровье?

1	2	3	4	5
совсем не беспокоюсь	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Вы должны обвести кружком номер того ответа, который наилучшим образом описывает степень вашей обеспокоенности здоровьем ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВЕ НЕДЕЛИ. Таким образом, вы должны обвести кружком цифру 4, если вы были «относительно сильно» обеспокоены своим здоровьем, или цифру 1, если вы «совсем не беспокоились» о своем здоровье.

Приложения 1 и 2

Пожалуйста, прочитайте каждый вопрос, оцените свои чувства и обведите кружком номер наиболее подходящего ответа.

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, КАК МНОГО определенных вещей (например, положительных эмоций, таких как счастье или удовольствие) Вы испытали за последние 2 недели. Если Вы испытали их чрезвычайно много, то обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «предельно много» в шкале, следующей после вопроса. Если Вы совсем не испытывали этих вещей, обведите номер, соответствующий утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «предельно много», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.2 Беспокоитесь ли вы по поводу физических болей или дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F1.3 Насколько вам трудно справиться с болью или дискомфортом?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F1.4 В какой степени вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что вам нужно делать?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F2.2 Насколько легко вы утомляемы?

1	2	3	4	5

² Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2007. – С. 454–484.

предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко
---------------------	------------------------	--------	-----------------------	-----------------

F2.4 Насколько сильно вас беспокоит усталость?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F3.2 Имеются ли у вас какие-либо трудности со сном?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F3.4 Как сильно вас беспокоят проблемы сна?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.1 Насколько сильно вы наслаждаетесь жизнью?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.3 Насколько оптимистично вы ощущаете свое будущее?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F4.4 Как много положительных чувств вы испытываете в жизни?

1	2	3	4	5
совсем не испытываю	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F5.3 Насколько хорошо вы можете концентрировать свое внимание?

1	2	3	4	5
совсем не могу	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

F6.1 Насколько высоко Вы цените себя?

1	2	3	4	5
совсем низко	относительно низко	средне	относительно высоко	предельно высоко

F6.2 Насколько вы уверены в себе?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F7.2 Чувствуете ли вы себя подавленным из-за того, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F7.3 Есть ли что-либо в вашей внешности, что вызывало бы у вас чувство дискомфорта?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F8.2 Насколько обеспокоенным вы себя чувствуете?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.3 Насколько сильно чувства печали и депрессии влияют на вашу повседневную деятельность?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F8.4 Как сильно вас беспокоят депрессивные чувства?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F10.2 Насколько вам трудно выполнять повседневные дела?

1	2	3	4	5
предельно легко	относительно легко	средне	относительно трудно	предельно трудно

F10.4 Насколько сильно вы обеспокоены какими-либо ограничениями в выполнении повседневных дел?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.2 Насколько сильно вы нуждаетесь в использовании каких-либо лекарств для нормального функционирования в вашей повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.3 Насколько сильно вы нуждаетесь в каком-либо медицинском лечении для нормального функционирования в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F11.4 Насколько сильно качество вашей жизни зависит от использования лекарственных веществ и медицинской помощи?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F13.1 Насколько сильно вы чувствуете себя одиноким в жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.2 В какой степени удовлетворяются ваши сексуальные потребности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F15.4 Беспокоят ли вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F16.1 Насколько безопасно вы себя чувствуете в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.2 Чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	когда как	в основном да	да, вполне

F16.3 Насколько сильно вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F17.1 Насколько комфортно ваше жилье (место проживания)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F17.4 Насколько вам нравится жить там, где вы живете?

1	2	3	4	5
совсем не нравится	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F18.2 Есть ли у вас финансовые трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F18.4 В какой степени вы беспокоитесь о деньгах?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F19.1 Насколько легко вы можете получать качественную медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
предельно трудно	относительно трудно	средне	относительно легко	предельно легко

F21.3 В какой мере вы получаете наслаждение от проведения своего свободного времени?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F22.1 Насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда)?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном нет	в какой-то мере да, в какой-то - нет	в основном да	да, вполне

F22.2 В какой мере вас беспокоит шум в районе вашего проживания?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F23.2 Много ли у вас проблем с транспортом?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно мало	средне	относительно много	предельно много

F23.4 Как сильно затруднения с транспортом ограничивают вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем не ограничивают	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ПОЛНО вы испытываете или чувствуете себя способным делать определенные вещи в последние 2 недели, например, свои повседневные дела, такие как умывание, одевание или еда. Если вы были способны в полной мере осуществлять их, то обведите кружком номер, соответствующий утверждению «да, вполне». Если вы совсем не были способны делать их, обведите номер, соответствующий

утверждению «совсем нет». Если вы хотите, чтобы ваш ответ был где-то между «совсем нет» и «да, вполне», обведите один из номеров, соответствующий подходящему утверждению между ними. Помните, что все вопросы относятся к последним двум неделям.

F2.1 Достаточно ли у вас энергии для повседневной жизни?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно

F7.1 Способны ли вы принимать то, как вы выглядите?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F10.1 В какой степени вы способны справляться с повседневными делами?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F11.1 Насколько вы зависите от лекарств?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, полностью

F14.1 Получаете ли вы какую-нибудь поддержку от других, когда вам это нужно

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F14.2 В какой мере вы можете рассчитывать на своих друзей в случае нужды в них?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F17.2 Насколько качество вашего жилья соответствует вашим потребностям?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	когда как	В основном да	Да, вполне

F18.1 Достаточно ли у вас денег для удовлетворения своих потребностей?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном недостаточно	когда как	В основном достаточно	Вполне достаточно

F20.1 Насколько доступна для вас необходимая вам в вашей повседневной жизни информация?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F20.2 В какой мере вы обладаете возможностями получать информацию, в которой чувствуете необходимость?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.1 Обладаете ли вы возможностями для отдыха и развлечений?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F21.2 Способны ли вы расслабиться и получить удовольствие?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

F23.1 Обеспечены ли вы необходимыми вам транспортными средствами?

1	2	3	4	5
Совсем нет	В основном нет	В какой-то мере да, в какой-то - нет	В основном да	Да, вполне

Следующие ниже вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО УДОВЛЕТВОРЕННЫ, ДОВОЛЬНЫ ИЛИ СЧАСТЛИВЫ вы были в последние две недели различными аспектами своей жизни, например, своей семейной жизнью или той энергией, которой вы обладаете. Решите, в какой степени вы удовлетворены каждым из аспектов вашей жизни, и обведите кружком тот номер, который лучше всего подходит к тому, что вы чувствуете. Вопросы относятся к последним двум неделям.

G2 Насколько вы удовлетворены качеством своей жизни?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G3 В целом насколько вы удовлетворены своей жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

G4 Насколько вы удовлетворены своим здоровьем?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F2.3 Насколько вы удовлетворены той энергией, которой обладаете?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F3.3 Насколько вы удовлетворены своим сном?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью усваивать новое?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F5.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью принимать решения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.3 Насколько вы удовлетворены собой?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F6.4 Насколько вы удовлетворены своими способностями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F7.4 Насколько вы удовлетворены тем, как выглядит ваше тело?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F10.3 Насколько вы удовлетворены своей способностью выполнять свои повседневные дела?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.3 Насколько вы удовлетворены своими личными взаимоотношениями?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F15.3 Насколько вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.3 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от членов семьи?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F14.4 Насколько вы удовлетворены той поддержкой, которую получаете от друзей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью обеспечивать или поддерживать других людей?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F16.4 Насколько вы удовлетворены уровнем своей физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F17.3 Насколько вы удовлетворены условиями в своем доме (месте, где вы постоянно живете)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F18.3 Насколько вы удовлетворены своим финансовым положением?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.3 Насколько вы удовлетворены доступностью для вас медицинского обслуживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F19.4 Насколько вы удовлетворены службой социального обеспечения?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.3 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями для приобретения новых умений и навыков?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F20.4 Насколько вы удовлетворены имеющимися у вас возможностями узнавать новую информацию?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F21.4 Насколько вас удовлетворяет ваша деятельность в свободное время?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.3 Насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими, как загрязненность, зашумленность, красота или привлекательность)?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F22.4 Насколько вы удовлетворены климатом в месте своего проживания?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F23.3 Насколько вы удовлетворены имеющимся в вашем распоряжении транспортом?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F13.2 Чувствуете ли вы себя счастливым от общения с членами своей семьи?

1	2	3	4	5
очень несчастлив	в основном несчастлив	ни да, ни нет	в основном счастлив	вполне счастлив

G1 Как вы оцениваете свое качество жизни?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

F15.1 Как вы оцениваете вашу сексуальную жизнь?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	Очень высоко

F3.1 Как хорошо вы спите?

1	2	3	4	5
очень плохо	в основном плохо	ни плохо, ни хорошо	в основном хорошо	Очень хорошо

F5.1 Как вы оцениваете свою память?

1	2	3	4	5
очень низко	в основном низко	ни низко, ни высоко	в основном высоко	Очень высоко

F19.2 Как вы оцениваете качество доступной вам социальной помощи?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном плохое	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	вполне хорошее

Следующие вопросы определяют, КАК ЧАСТО вы испытываете определенные вещи, например, поддержку со стороны семьи или друзей, или негативные вещи, такие как чувство небезопасности. Если вы не испытывали их совсем в течение последних двух недель, выберите ответ «никогда». Если испытывали, решите, насколько часто это было, и выберите соответствующий номер. Так, например, если в течение последних двух недель вы все время

испытывали боль, то выберите номер, соответствующий ответу «всегда», и обведите его. Все вопросы относятся к последним двум неделям.

F1.1 Как часто вы испытываете боль?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F4.2 Чувствуете ли вы себя в целом довольным жизнью?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

F8.1 Как часто вы испытываете негативные чувства, такие как плохое настроение, отчаяние, тревога и депрессия?

1	2	3	4	5
никогда	довольно редко	ни часто, ни редко	довольно часто	всегда

Следующие ниже вопросы относятся к той РАБОТЕ, которую вы выполняете. Слово «работа» здесь означает любую важную деятельность, которой вы занимаетесь, иначе говоря, ваше основное занятие. Это включает добровольную работу, дневное обучение, заботу о доме, уход за детьми, оплачиваемую или неоплачиваемую работу. Таким образом, «работа» здесь означает ту деятельность, которая, по вашим ощущениям, отнимает большую часть вашего времени и энергии. Вопросы относятся к последним двум неделям.

F12.1 Можете ли вы работать?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном не могу	когда как	в основном могу	да, вполне

F12.2 Чувствуете ли вы себя способным выполнять свои обязанности?

1	2	3	4	5
совсем нет	в основном недостаточно	когда как	в основном достаточно	вполне достаточно

F12.4 Насколько вы удовлетворены своей способностью работать?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

F12.3 Как вы оцените свою способность работать?

1	2	3	4	5
очень низкая	в основном низкая	средняя	в основном высокая	очень высокая

Следующие несколько вопросов спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ХОРОШО ВЫ СПОСОБНЫ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ (например, в пределах своей квартиры, или своего дома, или вокруг дома во дворе их п.) в последние две недели. Это относится к вашей физической способности перемещать свое тело так, что это позволяет вам делать то, что вы хотите делать, а также то, что вам необходимо делать.

F9.1 Как хорошо вы способны передвигаться?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно плохо	средне	относительно хорошо	предельно хорошо

F9.3 Насколько сильно трудности при передвижении досаждают вам?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.4 Насколько сильно трудности при передвижении влияют на характер

вашей жизни?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F9.2 Насколько вы удовлетворены своей способностью передвигаться?

1	2	3	4	5
очень неудовлетворен	в основном не удовлетворен	ни да, ни нет	в основном удовлетворен	вполне удовлетворен

Следующие вопросы связаны с ВАШИМИ ЛИЧНЫМИ УБЕЖДЕНИЯМИ и тем, как они влияют на вашу жизнь. Эти вопросы относятся к религии, духовности или любым другим убеждениям, которых вы можете придерживаться. Эти вопросы также относятся к последним двум неделям.

F24.1 Вносят ли ваши личные убеждения (мировоззрение) смысл в вашу жизнь?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.2 В какой мере вы чувствуете, что ваша жизнь имеет смысл?

1	2	3	4	5
совсем не чувствую	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.3 Придают ли вам ваши личные убеждения (мировоззрение) силы противостоять трудностям?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

F24.4 Помогают ли вам ваши личные убеждения понимать жизненные трудности?

1	2	3	4	5
совсем нет	относительно слабо	средне	относительно сильно	предельно сильно

Следующие вопросы спрашивают о том, НАСКОЛЬКО ВАЖНЫ для вас различные аспекты вашей жизни. Мы спрашиваем, что вы думаете о том, как сильно они влияют на качество вашей жизни. Например, один вопрос – о том, насколько важен для вас сон. Если сон не важен для вас, обведите кружком тот номер, который соответствует утверждению «не важно». Если сон «весьма важен» для вас, но не является «предельно важным», вам надо обвести номер, соответствующий утверждению «весьма важно». В отличие от предыдущих вопросов, эти вопросы относятся НЕ ТОЛЬКО к последним двум неделям.

ImpG.1 Насколько важно для вас ваше общее качество жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ImpG.2 Насколько важно для вас ваше здоровье?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

ImpI.1 Насколько важно для вас быть свободным от любой боли?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp2.1 Насколько важно для вас иметь жизненную энергию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно

				важно
--	--	--	--	-------

Imp3.1 Насколько важен для вас сон, приносящий отдых?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.1 Насколько важно для вас ощущать счастье и наслаждение от жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.2 Насколько важно для вас ощущать удовольствие?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp4.3 Насколько важно для вас ощущать надежду?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.1 Насколько важна для вас способность усваивать и помнить важную информацию?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.2 Насколько важна для вас способность разбираться с ежедневными проблемами и принимать решения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp5.3 Насколько для вас важна способность к концентрации внимания?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp6.1 Насколько важно для вас иметь положительную оценку себя?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp7.1 Насколько важно для вас представление о своем теле и внешности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp8.1 Насколько важно для вас быть свободным от негативных чувств (печаль, депрессия, тревога, беспокойство и т.п.)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp9.1 Насколько важно для вас иметь способность передвигаться?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp10.1 Насколько важно для вас быть способным выполнять повседневную деятельность (умывание, одевание, приготовление пищи и т.п.)

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно

				важно
--	--	--	--	-------

Imp11.1 Насколько важно для вас быть свободным от зависимости от лекарств и лечения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp12.1 Насколько важна для вас ваша способность работать?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 13.1 Насколько для вас важны взаимоотношения с другими людьми?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 14.1 Насколько важна для вас поддержка окружающих?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 15.1 Насколько важна для вас ваша сексуальная жизнь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 16.1 Насколько важно для вас чувство физической безопасности и защищенности?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp 17.1 Насколько важны для вас домашние условия?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp1 8.1 Насколько важны для вас ваши финансовые ресурсы?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.1 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам медицинскую помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp19.2 Насколько важно для вас иметь возможность получить необходимую вам социальную помощь?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp20.1 Насколько важна для вас возможность получать новую информацию или знания?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp20.2 Насколько важна для вас возможность получать новые навыки?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp21.1 Насколько важен для вас отдых или досуг?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp22.1 Насколько важны для вас окружающая вас среда (загрязнение, шум, климат, привлекательность)?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp23.1 Насколько важна для вас адекватная работа транспорта в повседневной жизни?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Imp24.1 Насколько важны для вас ваши личные убеждения?

1	2	3	4	5
не важно	мало важно	важно	весьма важно	предельно важно

Информация о Вас

POL * Пожалуйста, укажите ваш пол (обведите нужный номер справа)

- мужской – 1
- женский – 2

V0ZR1 * Когда Вы родились? ____/____/____
(ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД)

V0ZR2 * Вам на сегодня _____ полных лет

OBR2 * Уровень Вашего образования (обведите нужное):

- неоконченное среднее (менее 11 кл.)1
- среднее (10-11 кл.).....2
- среднее специальное (закончил техникум, колледж)3
- незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза)4
- высшее.....5

SEMP1 * Ваше семейное положение в настоящее время (обведите нужное):

- Замужем/женат.....1
- Не замужем/не женат.....2
- состою в незарегистрированном браке3
- разъехался(лась) с супругом(ой).....4
- вдова/вдовец.....5

PROF Ваша профессия (основной род занятий) в настоящее время: __

DEN Учитывая все источники дохода, каков в среднем Ваш ежемесячный доход?

_____ руб.

CHILD Есть ли у Вас дети?

- нет1
- да, один ребенок2
- двое детей.....3
- трое детей или более4

G1.2 Ваше здоровье?

1	2	3	4	5
очень плохое	в основном хорошее	ни плохое, ни хорошее	в основном хорошее	очень хорошее

ZD0R1 Больны ли Вы в настоящий момент? (обведите нужное)

нет-1

да-2

ZD0R2 Если ДА, то чем именно? (пожалуйста, напишите):

IN V1 Есть ли у Вас инвалидность? (обведите нужное)

нет-1

да-2

INV2 Если ДА, то какой группы? (напишите) _____

Внимание, вопрос для всех

BOL3 Пожалуйста, укажите, какое лечение Вы получали в последние две недели:

- стационарное (в режиме круглосуточного стационара, с отпуском по выходным дням либо без отпуска)1
- лечение в режиме дневного стационара, то есть проводил в стационаре только дневное время (не менее 4 дней в неделю).....2
- лечение с режимом частичной госпитализации, т.е. посещал стационар не более 3 дней в неделю)3
- я проводил в стационаре только вечер и ночь (не менее 4 раз в неделю).....4
- я получал амбулаторное лечение (включая любое из следующего: посещение или телефонная консультация с врачом, прием прописанных врачом медикаментов, выполнение рекомендованных врачом процедур, таких как массаж, инъекции, физиотерапия и т. п.).....5
- я чувствовал себя больным, но не получал никакого лечения.....6
- я здоров и не получал никакого лечения.....7
- я получал только альтернативное лечение (у специалистов по нетрадиционной медицине или у лиц, не имеющих обычного медицинского образования, таких как экстрасенсы, знахари и т. п.)8

БЛАГОДАРИМ ЗА ПОМОЩЬ!

Приложение Ж.

Нарратив 1.

«У матери 3 года назад нашли уплотнение в левой груди направили в онкодиспансер, не поехала. Пытался уговорить не помогло. Время шло она не жаловалась вообще ничего не говорила, а щас заметил кровь на футболке пристал с расспросами на что она показала мне грудь я испугался груди практически нет - не соска, не ореола. Заставил поехать к онкологу уже в приказном порядке. Нашли рак молочной железы слева. Идет распад опухоли. Как выяснилось мать уже так живет пол года. При этом мать говорит болей не было и нет. Почему? Привязывала капусту, мазала мазью левомеколь. Сейчас гнойных выделений нет рана вроде как рубцуется но смотреть страшно. Маммолог назначил узи и флюорографию. Флюорографию не разобрать подчёрк, на узи нашли мтс в левом подмышечном лимфоузле. Назначили только через месяц щипок из груди.

Разве это не долго? Что нас ждёт? Все плохо? Врач ничего не говорит. Помогите пожалуйста что нам делать. Нам очень страшно...

Заранее спасибо!».

<http://www.oncoforum.ru/forum/showthread.php?t=108719>

Нарратив 2.

«В октябре 2013 поставили диагноз этой пакости. Опухоль отечная. УЗИ в октябре показала опухоль 4-5 см в правой груди. Прошла 2 химии. Параллельно пью курс болиголова (буду 3 горки делать), настой трав онкологических 2-3 раза в день по пол стакана, делаю аппликации из калины и глины ежедневно, пью ежедневно стакан морковного или свекольного сока (предварительно отстоявшегося), ем по возможности чаще капусту квашеную, каждый день пью поливитамины, а также ежедневно Доновит -BC2 по 6 таблеток. Каждую неделю стараюсь исповедоваться и причащаться в церкви. В ноябре сделали УЗИ и маммографию в Москве в НИИ Герцена - опухоль не видна, но пока прощупывается. Грудь намного мягче. Спала отечность. Ушли боли. Грудь иногда правда пожигает, но калина и глина снимают боль очень хорошо. Так что я в воодушевлении и верю, что все будет хорошо. Дорогие девочки, пробуйте всё, верьте врачам, просите у Бога помощи и тогда, я думаю мы выкарабкаемся!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!».

<http://forumjizni.ru/printthread.php?t=1303&pp=40&page=7>

Нарратив 3.

«Я в сентябре 2013 тоже побежала по врачам с увеличенным подмышечным лимфоузлом. Оказалась 3-я стадия РМЖ. На активное лечение (химиотерапия - операция - облучение) ушло время до июня 2014. С тех пор считаюсь в ремиссии (на гормонотерапии, но это - одна таблетка в день). Живу нормально, работаю, но есть вторая группа инвалидности, и после операции пожизненные ограничения по нагрузке на правую руку. Гарантий, что рецидива рака не будет, конечно, нет. Но тем не менее есть достаточно много шансов дожить до старости. А если рецидив будет, все равно есть возможности побороться за продление жизни.

Вам что могу посоветовать. Когда я свой диагноз узнала, спать нормально не могла (хотя не очень испугалась, поскольку есть знакомые, которые успешно лечились от РМЖ ранних стадий еще в 90-е годы). Так мне опытные люди посоветовали Фитоседан № 3, это травяной сбор (пустырник, валериана, не помню, что еще) в пакетиках для заваривания, продается в аптеках, на упаковке инструкция, как заваривать. И я с его помощью сон наладила. Если потребуется что-то более сильное, лучше с врачом подбирать. Нервы поберегите, еще понадобятся».

[http://www.rakpobedim.ru/forum/index.php?topic/2937-%D1%80%D0%BC%D0%B6-](http://www.rakpobedim.ru/forum/index.php?topic/2937-%D1%80%D0%BC%D0%B6-%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5-%D1%81%D0%BE-%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B9/)

[-%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5-%D1%81%D0%BE-%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B9/](http://www.rakpobedim.ru/forum/index.php?topic/2937-%D1%80%D0%BC%D0%B6-%D0%BF%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%B5-%D1%81%D0%BE-%D0%BC%D0%BD%D0%BE%D0%B9/)

Нарратив 4.

«Всем добрый день! Не буду говорить, что я новенькая, давно читаю ваши истории, все ищу ответы на свои вопросы! Меня зовут Ульяна, мне 36 лет. Хочу сказать всем огромное спасибо и создателю форума, за ваши личные истории, вы просто вытащили меня из глубокого отчаяния, депрессии, не знаю как еще обозвать это состояние.... Думала моя история закончилась в начале 2014 года, в 2013 летом обнаружили и удалили фиброаденому, оказалось инвазивная карцинома! По результатам их Er her отрицательный ki 67 был 25% Сделали 2 курса химии красной, потом операция радикальная мастэктомия, метастаз в одном лимфоузле, более ничего нигде не обнаружили. Потом лучи, и еще 4 курса красной, всего 8 месяцев лечения, контрольное мрт и вуаля я здорова, все везде чисто!!! Я вздохнула с облегчением, начала привыкать к обычной нормальной жизни. Из гормонотерапии назначили раз в месяц колоть бусерилин, 2 года, каждые пол года КТ. Так я и жила, все было прекрасно, пока после новогодних праздников у меня не заболел "желудок" как я решила, пошла на УЗИ, а там новообразование в печени, пошла на мрт, а там огромный метастаз да еще и в позвоночнике разглядели метастазы, и вот тут то меня и накрыло! После постановки диагноза в 2013 я как то держалась оптимистом, теперь же у меня произошел срыв, не просто срыв, я даже не знаю как сказать...После окончания первого лечения прошел ровно 1 год, 1 год спокойной и счастливой жизни и 33 до всего этого кошмара, теперь живу то помирать собираюсь)) то вроде забудусь и живу дальше...У меня дочки, две замечательные маленькие девочки ну вот опять ревуууууу..... Девочки неужели это конец??? Я планировала чалиться на этой планете 90 лет, как мои бабули)) Всегда смеялась на эту тему, я буду жить до ста лет))) вот тебе НА получите распишитесь, раз мечталась она до ста лет)) а ведь в роду ни у кого онкологии вообще не было!!!! Девочки помогите, успокойте, скажите, что все будет хорошо, что с этим можно жить!!!Теперь про лечение. В панике я полетела в Израиль в Ассуту, весьма неудачно, не хочу рассказывать подробности, скажу только, что везде нужно выбирать правильно врача ну и конечно госпожу удачу никто не отменял! Там делала ПЭТ КТ, итог мтс в печени и в костях. Сейчас лечусь в РОНЦ в Москве на Каширке, живу в Ростове. Биопсия печени показала все тож самое, все подтвердилось только Ki стал 30% Сделали 6 курсов таксотера, параллельно зомету, вроде в начале таксотер помогал, сейчас по мрт в печени новые мтс, меняем на гемзар тамоксифен и продолжаю зомету, главная задача спасти мою несчастную печень!!! Люди, скажите пожалуйста, печень вообще лечится от этой гадости??? Есть реальные истории? Спасибо, что выслушали, стало как-то легче, буду рада общению и новым знакомствам!)) Всем только здоровья и пожизненной ремиссии!!!».

<https://oncobudni.livejournal.com/961838.html>

Нарратив 5.

«Все от стадии зависит и как ни парадоксально от отношения к болезни. Я много читала, что рак боится смеха и положительных эмоций, но не верила. Моей бабулечке любимой поставили этот диагноз в 2003 году, и сразу четвертая стадия.... Сделали операцию, потом лучевая терапия, химия...Но она держалась молодцом, не показывала нам и виду, что страдает, смеялась, умудрялась еще и нас поддерживать. Потом через три года пошли метастазы в легкие, кости и постепенно везде. В итоге в этом году она умерла. Но прожила 6 лет с 4-й стадией, и 3 года с опухолью в легких тоже последней стадии (а при таком диагнозе врачи максимум полгода давали). Оперировала бабушку Демидов в 40й, и даже не скрыл удивления, увидев ее в онкоцентре через 3,5 года после операции, что даже спросил: "Вы живы?". Но я говорю про последнюю стадию. С первой-второй выживаемость вообще очень хорошая. В больнице у бабушки встречалась с женщиной, ей 49 лет, в 26 операцию делали по удалению груди, потом реконструкцию (т.е. кожу с живота на грудь дедали и силикон). Выглядит прекрасно. Так что, рецепт долгой и счастливой жизни:

- 1. Настрой.*
- 2. Выполнение всех рекомендаций врача!!!*

3. Никакой нетрадиционной медицины.

4. Поддержка близких.

Еще когда я сильно переживала за бабушку, мне очень помогла книга Донцовой "Записки безумной оптимистки", хотя я этого автора не читаю, просто попала на глаза (бабушке какая-то подруга дала), почитала и ведь отношение к болезни изменилось»

<https://www.u-mama.ru/forum/family/health/155756/>

Нарратив 6.

«Маму прооперировали по поводу рака груди и мама 30 лет прожила об этом не вспоминая. Ну как не вспоминая- считая эту операцию ошибкой. Ведь все после было хорошо. А потом у неё заболела спина и она перестала чувствовать стопы. Вот так ходила, не чувствуя как. Томограмма показала разрушение 3 позвонков, полный рентген всего скелета - метастазы в костях. Сделали ей химию- потом сказали не нужно было. В общем прожила она ещё 2 года. Сдалась она за 3 месяца до смерти, когда перестала ходить...»

21.01.2018 10:41:26, Юлия151234567890

Нарратив 6а – ответ.

«Вот наша семейная правда. Мой отец умер от рака ободочной кишки: его оперировали по поводу кишечной непроходимости, выяснили, что опухоль было приличная. 4 стадия была, метастазы в кости. Прожил год после операции, очень мучился, боли сильнейшие были. Моя тетя 20 лет назад бала прооперирована по поводу рака груди, грудб удалили. До сих пор все ОК, она почти не вспоминает об операции. Дедушка, который вел только здоровый образ жизни, умер от рака печени, не жалуясь практически до последнего ни на что. В больницу поехал, только когда совсем пожелтел и болезнь стала очевидной (4 стадия. Его пытались лечить, но от лекарств открылась старая язва, и его организм просто не выдержал. Но ему было 87 лет. Он был борец по характеру, но в силу возраста, наверное, химию бы уже не выдержал. Ваша мама значительно моложе, Вы о ней заботитесь, значит, у нее есть хорошие шансы на победу. Рак - вещь коварная, однако если лечение предлагают, а не спихивают больного на родственников (отца моего выписали, даже не сказав ему про диагноз, и он еще полгода был уверен, что ноги болят от артрита, стало быть, индометацинчику надо выпить): надо использовать все варианты. Химия - значит, химия. Важно не сломаться, не опустить руки, а поддерживать в человеке желание бороться, пока это возможно. В Вашем случае - возможно. Здоровья Вашей маме!»

<https://conf.7ya.ru/popular/rak-molochnoj-zhelezy-forum/>

Нарратив 7.

«...Моя восхитительная ремиссия длилась семь месяцев. По иронии судьбы, 16 февраля 2016 года, ровно через два года после постановки диагноза, у меня обнаружили метастазы в печени. Это был большой удар, очень неожиданный. Вроде бы всё знаешь, через всё уже проходила, но уложить в голове всё это тяжело. Я дала себе три дня: я плакала, ревела, истерила, хоронила себя. Через три дня взяла себя в руки и пошла воевать. И снова химиотерапия, невыносимая, гораздо тяжелее, чем предыдущая, – шесть курсов. Я выстояла, выдержала всё и продолжила жить. Метастазы ушли уже после третьего курса. Рака во мне нет, хотя, конечно, всё это условно и он может вернуться в любую секунду. Но я верю и даже знаю, что этого не произойдет. Каждый 21 день мне нужно капать таргетные препараты до того момента, пока будет эффект – это может продлиться два-три года, а может, и больше.

Борьба с метастазами далась мне гораздо легче в эмоциональном, психологическом плане. Конечно, у меня бывают срывы, мне порой ужасно надоедает эта раковая жизнь с постоянной войной за препарат, эти бесконечные обследования, анализы, контроль. Порой мне кажется, что я живу в онкодиспансере, но я не позволяю себе раскисать, всегда держу себя в

тонусе, контролирую своё лечение и внимательнее слежу за своим здоровьем. Да, в нашей стране очень много проблем с лечением онкологии – описать в двух словах их просто невозможно, это тема для отдельного разговора. Да и не хочется жаловаться, ведь повлиять на это сложно. Спасибо, что хоть и с большими трудностями, но нас лечат.

Несмотря на всё, мне удаётся сохранять оптимистичный настрой. Как? Всё просто: я не зацикливаюсь на своей болезни. Рак – это всего лишь моя параллельная жизнь, не более того. Я люблю свою лысую голову, и, хотя я очень жду, когда отрастут волосы, меня сейчас всё устраивает. Конечно, лучше вообще не знать, что такое рак, но что случилось, то случилось. Это очень непредсказуемая болезнь, и шутить с ней нельзя, но и поддаваться ей тоже не стоит. Для того чтобы бороться и побеждать, нужен сильный дух. Сейчас я даю себе ровно пять минут на то, чтобы поплакать и пожалеть себя, – больше нет ни времени, ни желания. Болезнь пытается внедриться в мою жизнь, но у неё не получится меня сломить: сколько надо, столько и буду бороться! Метастазы дали мне чётко понять: живи здесь и сейчас, не смотри вдаль, наслаждайся каждой секундой, дыши полной грудью. Завтра – это завтра. Мы ни от чего не застрахованы. Слишком много чести этому раку, разговорам, жалости, слёз – это всё не для меня».

<https://www.wonderzine.com/wonderzine/health/personal/221769-breast-cancer>

Приложение И.
Анкета для опроса онкологов

Уважаемый коллега!

*Мы просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы нашей анкеты.
Любое Ваше мнение крайне важно для нас. Мы гарантируем вам полную анонимность,
все результаты будут использованы в обобщенном виде.
Заранее благодарим за участие в нашем исследовании!*

1. Паллиативная помощь – это:

- медицинская помощь
- междисциплинарная помощь

2. Согласны ли Вы с тем, что в настоящее время паллиативная помощь пациентам в медицинских организациях региона является преимущественно медицинской. Психологическая и социальная помощь практически не представлены в паллиативной помощи?

- да
- не согласен
- затрудняюсь с ответом

3. Нуждаются ли пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, в психологической помощи?

- да
- нет
- затрудняюсь с ответом

4. Оказывается ли пациентам, страдающим онкологическим заболеванием, психологическая помощь в медицинских организациях региона?

- да
- нет
- затрудняюсь с ответом

5. Нуждаются ли пациенты, страдающие онкологическим заболеванием, в социальной поддержке?

- да
- нет
- затрудняюсь с ответом

6. Оказывается ли пациентам, страдающим онкологическим заболеванием, социальная поддержка в медицинских организациях региона?

- да
- нет
- затрудняюсь с ответом

7. Нуждаются ли в психологической и социальной поддержке родственники пациента с онкологическим заболеванием?

- да
- нет

8. Оказывается ли психологическая и социальная поддержка родственникам пациента с онкологическим заболеванием?

- да
- нет

Информация о Вас**Пол**

- Мужской
- Женский

Возраст

- до 30 лет
- от 31 до 40 лет
- от 41 до 50 лет
- от 51 до 60 лет

Стаж работы в здравоохранении

- менее 10 лет
- от 11 до 20 лет
- от 21 до 30 лет
- свыше 30 лет

Стаж работы по специальности

- менее 10 лет
- от 11 до 20 лет
- от 21 до 30 лет
- свыше 30 лет

Квалификационная категория

- высшая
- первая
- вторая
- не имею

Благодарим Вас!

Приложение К.

Показания для госпитализации в отделения паллиативной медицинской помощи

- ➔ Выраженный болевой синдром, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому.
- ➔ Тяжелые проявления заболеваний, требующие симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях.
- ➔ Необходимость проведения дезинтоксикационной терапии, нормализации показателей крови.
- ➔ Подбор схемы терапии для продолжения лечения на дому.
- ➔ Необходимость проведения медицинских вмешательств, осуществление которых невозможно в амбулаторных условиях, в том числе на дому (выполнение пункций, установка стентов, дренажей, применение методов региональной анестезии и прочее).

Основные медицинские показания для госпитализации пациентов в дом (больницу) сестринского ухода

- ➔ Неизлечимые прогрессирующие заболевания, в том числе онкологические, требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях паллиативной медицинской помощи или хосписах.
- ➔ Последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие круглосуточного сестринского ухода.
- ➔ Иные заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода.

Основные медицинские показания для госпитализации пациентов в отделение сестринского ухода

- **Неизлечимые прогрессирующие заболевания, в том числе онкологические, требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и сестринского ухода, при отсутствии медицинских показаний для лечения в отделениях паллиативной медицинской помощи или хосписах.**
- **Последствия травм и острых нарушений мозгового кровообращения, требующие круглосуточного сестринского ухода.**
- **Иные заболевания (состояния), сопровождающиеся ограничениями жизнедеятельности и мобильности различной степени и требующие проведения круглосуточного поддерживающего лечения и (или) сестринского ухода.**

Основные медицинские показания для госпитализации пациентов в отделение круглосуточного медицинского наблюдения и лечения хосписа

- **Выраженный болевой синдром в терминальной стадии заболевания, преимущественно у пациентов с онкологическими заболеваниями, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому.**
- **Нарастание тяжелых проявлений заболеваний, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому, требующих симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях.**
- **Необходимость подбора схемы терапии для продолжения лечения на дому.**
- **Отсутствие условий для проведения симптоматического лечения и ухода в амбулаторных условиях, в том числе на дому.**