

УДК 614.2: 616 – 332.1

Развитие структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи онкологическим больным

Малкина Лидия Викторовна

Кандидат экономических наук,
доцент кафедры экономики и социальной работы,
Ставропольский государственный медицинский университет,
355017, Российская Федерация, Ставрополь, ул. Мира, 310;
e-mail: malkinalv@yandex.ru

Киселева Ирина Николаевна

Кандидат экономических наук,
доцент кафедры экономики и социальной работы,
Ставропольский государственный медицинский университет,
355017, Российская Федерация, Ставрополь, ул. Мира, 310;
e-mail: worldclub@list.ru

Мохова Елена Александровна

Ассистент кафедры экономики и социальной работы,
Ставропольский государственный медицинский университет,
355017, Российская Федерация, Ставрополь, ул. Мира, 310;
e-mail: selenamoon12@mail.ru

Статья подготовлена в лаборатории анализа, перспективного прогнозирования и экономико-математического моделирования процессов совершенствования деятельности организаций здравоохранения и социальной защиты населения ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации в рамках в рамках НИР «Основные направления повышения эффективности деятельности медицинских организаций региональной системы здравоохранения» (№ АААА-А17-117013010059-4) и «Разработка теоретических и практических аспектов социальной реабилитации различных категорий населения» (АААА-А17-117013010058-7). По шифру специальности ВАК 08.00.05 Экономика и управление народным хозяйством (1.6.115. Социально-экономическая эффективность и качество обслуживания населения в отраслях сферы услуг).

Аннотация

В статье авторы анализируют используемые в настоящее время в отечественном здравоохранении модели оказания паллиативной помощи онкологическим больным, имеющие значительные различия в разных регионах страны, что отрицательно сказывается на доступности паллиативной помощи, качестве обслуживания и социальной поддержки умирающих больных и их родственников. Авторами предлагается внедрение интегральной межотраслевой структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи на базе системы специализированных хосписов в системе здравоохранения с широким привлечением социальных работников, позволяющей в полной мере реализовывать право

на получение в полном объеме как качественной паллиативной медицинской, так и паллиативной социальной помощи. Данная межсекторальная модель, предусматривающая упрощение процедуры получения инвалидности онкологическими больными, находящимися на лечении в стационарных отделениях хосписов или отделениях «хоспис на дому», позволит им и их семьям воспользоваться социальным обеспечением, предусмотренным действующим законодательством, через региональные системы социального обслуживания населения.

Для цитирования в научных исследованиях

Малкина Л.В., Киселева И.Н., Мохова Е.А. Развитие структурно-функциональной модели организации паллиативной помощи онкологическим больным // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2017. Том 7. № 10А. С. 99-110.

Ключевые слова

Здравоохранение, паллиативная помощь, структурно-функциональная модель, хосписы, стационарные отделения, выездная патронажно-консультативная служба, «хоспис на дому», социальное обслуживание, медико-социальная экспертиза.

Введение

Стремительное развитие и внедрение в практику отечественного здравоохранения инновационных медицинских технологий позволило достигнуть значительных успехов в диагностике и лечении онкологических заболеваний. Вместе с тем, злокачественные новообразования по-прежнему остаются одной из наиболее сложных и актуальных проблем во многих странах мира, являясь второй по значимости, после болезней системы кровообращения, причиной смерти населения большинства Европейских стран [Максимова, Белов, 2012]. Согласно прогнозным оценкам Всемирной организации здравоохранения и Международного агентства по изучению рака, при сохранении существующих в настоящее время темпов роста заболеваемости, число ежегодно выявляемых злокачественных новообразований к 2030 г. может превысить 21 млн., а смертность от рака составит примерно 13,2 млн. случаев в год [Антоненкова, Якимович, Черных, 2014].

Высокий уровень смертности актуализирует значимость эффективной организации паллиативной помощи онкологическим больным. Согласно статистическим данным в России ежегодно умирает свыше 350 тысяч больных со злокачественными новообразованиями. Около 75 процентов из них нуждаются в получении паллиативной помощи, но только 59 процентов эту помощь реально получают [Методические рекомендации, www].

Основная часть

Анализ становления и развития институтов помощи умирающим показал, что вплоть до XIX века медицина в принципе не занималась безнадежными больными, доживающими свои дни либо дома, либо в домах призрения. Даже факт смерти констатировали, как правило, не врачи, а священники. Первый приют для умирающих, названный хосписом, был открыт во Франции в 1842 году молодой женщиной Жане Гарнье, пережившей утрату супруга. Первый хоспис, созданный специально для ухода за обреченными больными, был основан еще 30 лет спустя в Дублине ирландскими сестрами милосердия.

Современное хосписное движение связывают с именем Сесилии Сандерс, считающейся его основательницей. Открытый Сандерс в Великобритании в 1967 году «Хоспис Святого Кристофера» имел в своей структуре не только стационар, но и собственную выездную службу, организованную в 1969 году.

В России организация ухода за онкологическими больными получила свое начало в 1903 году, когда под руководством профессора А.Л. Левшина был открыт Раковый институт при медицинском факультете Московского университета. Чуть позже, в 1911 году, в Северной столице начала функционировать Еленицкая больница для бедных женщин с онкологическими заболеваниями. Однако последующие исторические события отодвинули решение проблемы оказания паллиативной помощи почти на 80 лет.

Только в 1990 году в г. Лахта под Ленинградом был открыт первый в стране хоспис при помощи английского журналиста Виктора Зорза, исполнявшего предсмертное пожелание своей дочери, умиравшей в течение четырех месяцев в английском хосписе и завещавшей отцу организовать хосписы в России. Открытие хосписа, представляющего собой первое специализированное государственное медицинское учреждение, оказывающего медицинскую, психологическую, социальную и духовную помощь онкологическим больным в терминальной стадии и их родственникам, состоялось при непосредственном участии отдела здравоохранения Администрации Приморского района.

В целях приведения нормативно-правовой базы в соответствие с потребностями в создании институтов помощи лицам, страдающим от хронических и смертельных заболеваний, нуждающимся по состоянию здоровья в симптоматическом и поддерживающем лечении, Министерством здравоохранения РСФСР 01 февраля 1991 года был издан приказ № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц». Согласно определению, содержащемуся в «Положении о доме сестринского ухода, хосписе и отделении сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц», утвержденном данным приказом, хосписы представляют собой благотворительные медицинские организации, предназначенные для проведения симптоматического «лечения больных в терминальной стадии, организации им квалифицированного ухода, социально-психологической помощи больным и их родственникам».

Понятие «паллиативная медицинская помощь» как самостоятельный вид медицинской помощи получило законодательное оформление еще спустя десятилетие. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ впервые дал определение паллиативной помощи как комплекса мероприятий, «направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан» (ст. 32).

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 года № 2511-р утверждена государственная программа «Развитие здравоохранения», которая определила цели, вытекающие из них задачи, основные направления развития отрасли до 2020 года, показатели результативности планируемых мероприятий, а также их финансовое обеспечение и механизмы реализации. Позднее, Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 года № 294 данная программа утверждена в новой редакции.

В структуру государственной программы вошла подпрограмма «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям». Целью подпрограммы является повышение качества жизни неизлечимых больных на основе «решения физических, психологических и духовных проблем».

Задачами подпрограммы определены:

- создание эффективной службы паллиативной помощи;
- повышение качества жизни неизлечимых больных;
- адекватный контроль хронической боли и других тягостных симптомов;
- повышение удовлетворенности пациентов и их родственников качеством медицинской помощи.

Целевым индикатором подпрограммы является показатель обеспеченности населения паллиативными койками. Ожидаемым результатом реализации подпрограммы должно стать к 2020 году увеличение уровня обеспеченности паллиативными койками взрослого населения до 0,1 и детей до 0,02 коек на 10000 соответствующего населения за счет открытия отделений паллиативной помощи в многопрофильных больницах и самостоятельных хосписов. По мнению разработчиков программы, создание отделений паллиативной помощи позволит снизить нагрузку на стационарные койки, на которых оказывается реанимационно-интенсивная помощь, не менее чем на 15 процентов.

По состоянию на 01 января 2017 года обеспеченность паллиативными койками в Российской Федерации составила 0,63 койки на 10000 соответствующего населения, что в целом соответствует показателям, сложившейся во многих западных странах, где фактическое количество паллиативных коек колеблется в диапазоне от 0,1 до 0,75 коек.

Вместе с тем, обеспеченность населения паллиативными койками в отдельных субъектах страны существенно ниже среднероссийского. Так, в Ставропольском крае этот показатель – всего 0,34 койки на 10000 соответствующего населения (рис. 1).

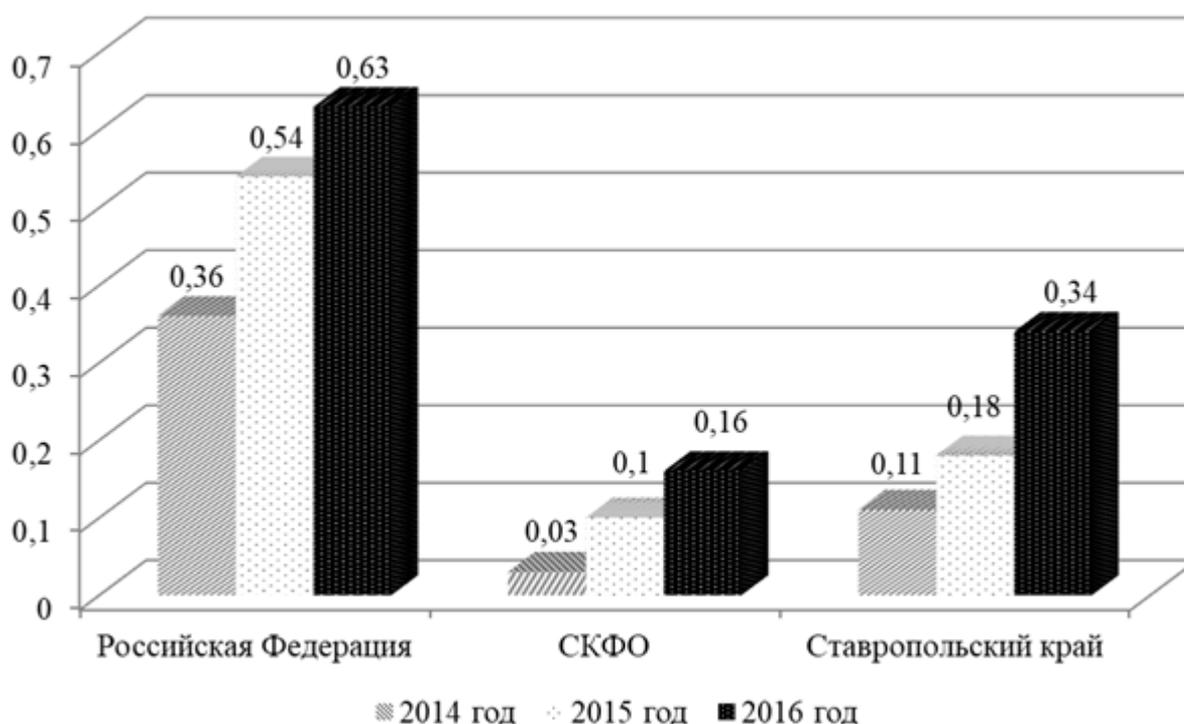


Рисунок 1 - Обеспеченность населения, нуждающегося в паллиативной помощи, профильными койками, коек на 10000 соотв. населения

И это – один из лучших показателей в Северо-Кавказском Федеральном округе. В соседних регионах показатель обеспеченности паллиативными койками еще ниже: в Республике Дагестан он составляет 0,05 койки на 10000 соответствующего населения, в Республике Ингушетия – равен 0,08, в Кабардино-Балкарской Республике – 0,12, в Карачаево-Черкесской Республике – 0,28, Республике Северная Осетия-Алания – 0,14 коек на 10000 соответствующего населения. В Чеченской Республике паллиативные койки отсутствуют.

Примечательно, что на реализацию мероприятий в рамках подпрограммы «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» государственной программы «Развитие здравоохранения» выделение дополнительных финансовых ресурсов не предусмотрено.

С 2012 года паллиативная медицинская помощь включена в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в рамках которой устанавливаются источники финансирования, средние нормативы объема медицинской, в том числе паллиативной, помощи и средние нормативы финансовых затрат на ее оказание.

Источником финансирования определены бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов. В 2017 году средние нормативы объема паллиативной помощи, установленные федеральной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, составили:

- в амбулаторных условиях, в том числе на дому – 0,7 посещения на одного жителя;
- в стационарных условиях, в том числе в хосписах и домах (больницах) сестринского ухода – 0,092 койко-дня на одного жителя.

Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2017 год предусмотрены нормативы объемов паллиативной помощи составляющие 0,182 обращения и 0,016 койко-дня на одного жителя для амбулаторной и стационарной помощи, соответственно, что в 3,8 раз (для амбулаторной паллиативной медицинской помощи) и 5,8 раз (для стационарной паллиативной медицинской) ниже общероссийских.

В этой связи следует также отметить, что средние нормативы финансовых затрат на единицу объема паллиативной помощи, оказываемой в соответствии с федеральной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, составляют:

- на одно посещение (для амбулаторной паллиативной медицинской помощи) – 403,9 руб. на одного жителя;
- на один койко-день (для стационарной паллиативной медицинской помощи) – 1856,5 руб. на одного жителя.

Установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Ставропольского края нормативы финансовых затрат на оказание паллиативной помощи полностью соответствует федеральным нормативам и составляют для амбулаторной паллиативной медицинской помощи 404,70 руб. и для стационарной паллиативной медицинской помощи 1860,20 руб. на одного жителя.

Приказами Минздрава России в 2015 году утверждены Порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям, в соответствии с которыми паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, государственной и частной систем здравоохранения.

С учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации паллиативная помощь оказывается в следующих условиях:

-амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника, если больному не показано круглосуточное медицинское наблюдение и лечение;

-стационарно, если требуется круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Амбулаторная паллиативная медицинская помощь оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи, в том числе в онкологических диспансерах и хосписах, а также выездными патронажными службами паллиативной медицинской помощи. Она предполагает тесное взаимодействие широкого круга медицинских работников: врачей-терапевтов, врачей по паллиативной медицинской помощи, иных врачей-специалистов и медицинских работников.

Стационарная паллиативная помощь оказывается в отделениях паллиативной медицинской помощи, сестринского ухода медицинских организаций и хосписов, в домах (больницах) сестринского ухода.

Служба паллиативной помощи в Российской Федерации на современном этапе развития представлена 3332 организациями, представленными как государственной (3178 организаций), так и негосударственной (154 организации) формами собственности. По данным Росздравнадзора, свыше 57 процентов из них являются медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в соответствии с лицензией на осуществление деятельности по оказанию паллиативной медицинской помощи.

В настоящее время в регионах страны сложились разнообразные организационно-функциональные модели оказания паллиативной помощи больным онкологическими заболеваниями [Введенская, Варенова, 2013]. В таких мегаполисах, как Москва и Санкт-Петербург, паллиативная помощь оказывается системой хосписов для онкологических больных, расположенных по территориальному принципу. В Ульяновской области, паллиативная помощь представлена как хосписом, так и отделением паллиативной помощи в структуре онкологического диспансера. В отдельных регионах (Ивановская, Челябинская области) хосписы функционируют не как самостоятельные медицинские организации, а в структуре онкологических диспансеров и центров.

В Ставропольском крае стационарная паллиативная медицинская помощь оказывается в специализированных отделениях многопрофильных стационаров, а хосписы, как медицинские организации, в регионе отсутствуют. В тоже время на базе онкологического диспансера еще в 1992 г. был организован кабинет противоболевой терапии, а в 2001 г. ему был придан статус краевого учебно-методического Центра противоболевой и паллиативной терапии при краевом клиническом онкологическом диспансере.

Основными задачами Центра противоболевой и паллиативной терапии являются:

-обучение врачебного и среднего медицинского персонала края современным методам противоболевой и паллиативной терапии;

-внедрение новых методов, рекомендуемых Министерством здравоохранения Российской Федерации;

-анализ работы онкологов и участковых терапевтов по проведению противоболевой паллиативной терапии онкологическим больным IV клинической группы;

-проведение семинаров на базах центральных районных больниц (ЦРБ), территориальных медицинских отделений (ТМО) края с участием Центра по противоболевой и паллиативной терапии для районных онкологов, участковых терапевтов.

Следуя поставленным задачам, сотрудники Центра:

1) занимаются изучением состояния паллиативной помощи и противоболевой терапии в крае, разработкой мероприятий по их улучшению и развитию;

2) оказывают методическую помощь по организации специализированных служб при ТМО, ЦРБ;

3) осуществляют обучение врачей, медицинского персонала среднего звена методам диагностики болевых синдромов, проведению паллиативных вмешательств, инвазивным методам обезболивания, фармакотерапии болевого синдрома и детоксикации, электроимпульсной терапии, лазеротерапии, рефлексотерапии, тиаминовых блокад, рациональной лекарственной терапии и другим методам противоболевой и паллиативной терапии;

4) участвуют в проведении научно-практических конференций, семинаров, зачетов по противоболевой и паллиативной терапии;

5) проводят апробацию новых методов, используемых в противоболевой и паллиативной терапии;

6) проводят апробацию основных и адъювантных лекарственных препаратов, используемых в противоболевой и паллиативной терапии, дают рекомендации по их использованию и приобретению;

7) осуществляют методическую помощь родственникам больных, страдающих хроническим болевым синдромом, по организации ухода за онкологическими больными IV клинической группы, проводят собеседования с лицами, осуществляющими уход.

В научной среде отсутствует единая точка зрения на эффективность применяемых на практике организационно-функциональных моделей, открытым остается вопрос о месте хосписов в системе специализированной паллиативной медицинской помощи.

В настоящее время хосписы, оказывающие паллиативную помощь населению, можно условно разбить на три группы. В первую группу вошли хосписы, созданные в связи с острой потребностью в осуществлении противоболевой и паллиативной терапии и осуществляющие специализированную паллиативную помощь онкологическим больным.

Ко второй группе можно отнести хосписы, осуществляющие поддерживающую терапию, оказывающие медико-социальную помощь и сестринский уход, но не оказывающие специализированную медицинскую паллиативную помощь.

Есть и третья группа хосписов, функционирующих в системе социальной защиты населения. Так, рост количества больных, нуждающихся в постоянном постороннем уходе, стал предпосылкой к открытию в январе 2007 года в городе Ставрополе на базе центра социального обслуживания населения надомного хосписного отделения. Важно отметить, что в его штате, состоящего из заведующей отделением, психолога, медицинской сестры и социальных работников, непосредственно осуществляющих уход, отсутствуют врачебные кадры. Отделение предназначено не для оказания специализированной медицинской помощи, а для предоставления социальных услуг и обеспечения постоянного постороннего ухода на дому гражданам, признанным нуждающимися в социальном обслуживании.

В тоже время, сотрудники отделения в повседневной практике также:

-оказывают содействие в организации медикаментозной терапии для снятия боли,

-отвлекают больного от ухода в себя и в свою боль.

При этом госпитальные функции выполняет единственная медицинская сестра, которая проводит и лечебную гимнастику, и внутримышечные инъекции, и перевязки, и лечит пролежни, работая в тесном взаимодействии с лечащим врачом получателя социальных услуг [Нечитайло, 2016].

Важнейшим условием совершенствования паллиативной помощи является постоянный

процесс обучения персонала. Однако, при наличии Центра для чего противоболевой и паллиативной терапии при краевом клиническом онкологическом диспансере сотрудники отделения «Хоспис на дому» более семи лет проходят обучение в Ставропольском городском отделении Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест».

Роль хосписов, входящих во вторую и третью группы, безусловно велика, но они не являются учреждениями специализированной паллиативной медицинской помощи.

Сторонники развития паллиативной помощи в условиях хосписов первой группы отмечают высокую экономическую эффективность такой модели. Сопоставление затрат на лечение одного пациента в различных медицинских организациях, показывает, что стоимость лечения одного пациента в условиях специализированного хосписа значительно ниже, чем стоимость лечения одного пациента в соматических отделениях стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждениях [Люцко, Бутрина, 2014].

Действительно, экономический эффект возникает вследствие сокращения расходов на материально-техническое обеспечение: ресурсное обеспечение хосписов отличается от общесоматических стационаров, поскольку не требует широкого перечня диагностического и лечебного оборудования. Кроме того, исследователи отмечают нецелесообразность около 2/3 вызовов скорой медицинской помощи к таким пациентам, поскольку вызовы скорой медицинской помощи обусловлены не столько экстренными показаниями, сколько необходимостью выполнения назначений участкового врача или врача-онколога: введения обезболивающих препаратов, выполнения манипуляций по уходу за больным.

Разработанная ими на основании экономико-математического моделирования структурно-функциональная модель маршрутизации онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи, и обучения уходу за ними их родственников характеризуется ростом экономической эффективности на основе экономии от предотвращенных экономических расходов. По прогнозным оценкам предотвращенные потери, например, в таком мегаполисе, как Москва могут составить не менее 4,5 млн руб.

По мнению авторов, в современных условиях, когда проблемы пациентов с онкологической патологией затрагивают не только их самих, но и их семейное, социальное окружение, составляющее еще около 10 процентов населения России [Борисов, Дронов, 2013], проблема оптимизации паллиативной помощи онкологическим больным перестала быть сугубо медицинской и приобретает мультиотраслевой характер. Представляется, что создание эффективной службы паллиативной помощи предполагает решение целого комплекса сопряженных задач от собственно медицинских и психологических до финансово-экономических, административно-управленческих и организационно-правовых.

В этой связи, для повышения социально-экономической эффективности функционирования системы оказания паллиативной помощи онкологическим больным авторами предлагается интегральная межотраслевая структурно-функциональная модель, в которой основным институтом, реализующим специализированную медицинскую помощь онкологическим больным должна стать система хосписов, располагающих тремя основными подразделениями: стационаром, дневным стационаром и выездной патронажно-консультативной службой, обеспечивающей не только консультативную помощь, но и паллиативную помощь «хоспис на дому».

В хосписную систему оказания специализированной паллиативной медицинской необходимо также интегрировать и паллиативную социальную помощь, предполагающую социальное сопровождение пациента и его семьи [Савченко, 2017].

При этом наиболее актуальным является вопрос об объединении усилий двух ведомств – Министерства труда и социальной защиты населения и Министерства здравоохранения в решении вопроса установления инвалидности онкологическим больным. Действующим законодательством предусмотрено установление бессрочной инвалидности следующим лицам со злокачественными новообразованиями: с метастазами и рецидивами после радикального лечения; метастазами без выявленного первичного очага при неэффективности лечения; тяжелого общего состояния после паллиативного лечения, инкурабельности заболевания с выраженными явлениями интоксикации, кахексии и распадом опухоли. Как правило, такие больные по состоянию здоровья не в состоянии явиться в бюро Медико-социальной экспертизы (МСЭ) лично, что подтверждается заключением врачебной комиссии организации, оказывающей лечебно-профилактическую помощь. По нашему мнению, в этом случае медико-социальная экспертиза должна проводиться на дому или в стационаре, где пациент находится на лечении, или заочно по решению бюро МСЭ. Хоспис представляется авторам наиболее оптимальным институтом, позволяющим осуществлять данное взаимодействие.

Достижимое, в предлагаемой функционально-структурной модели в рамках межсекторального взаимодействия упрощенная процедура получения инвалидности позволяет умирающим больным и их родственникам воспользоваться установленным действующим законодательством социальным обеспечением, в том числе бесплатными изделиями медицинского назначения, ухода, транспортными средствами (инвалидными колясками) и т.п.

Заключение

В заключение необходимо отметить, что Правительством Российской Федерации утверждена «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019, 2020 годов». В ней нашло отражение дальнейшее развитие оказания гражданам паллиативной медицинской помощи. Предложен новый критерий для оценки доступности медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе посещений по паллиативной медицинской помощи на дому – доля посещений выездной патронажной службой на дому для оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в общем количестве посещений по паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Целевое его значение каждый субъект Российской Федерации будет устанавливать самостоятельно.

Для реализации предлагаемой модели следует внести соответствующие коррективы в Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Так, в штатах специализированного хосписа под воздействием возрастающей значимости социальных аспектов возникает необходимость введения в обязательном порядке должности социального работника, функциональными обязанностями которого является сопровождения больного и семьи. К сожалению, в настоящее время, согласно действующим Порядкам оказания паллиативной медицинской помощи, данное положение носит рекомендательный характер, причем численность социальных работников хосписа никак не зависит от масштаба организации – одна должность на организацию.

Кроме того, в условиях недостаточности финансирования возрастает значимость таких аспектов паллиативной социальной помощи как: организация добровольческого движения, социальное посредничество с государственными и негосударственными службами в решении целого комплекса медико-социальных проблем.

Вместе с тем, по мнению авторов, определение объема работы социальных работников и их функционала зависит как от масштаба хосписа, так и условий предоставления специализированной паллиативной медицинской помощи.

Библиография

1. Антоненкова Н.Н., Якимович Г.В., Черных И.Д. и др. Необходимость и перспективы развития паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологической патологией // Онкологический журнал. 2014. Т. 8. № 1 (29). С. 40.
2. Борисов Д.А., Дронов Н.П. Соблюдение прав граждан России на получение доступной и качественной онкологической помощи // Вестник Росздравнадзора. 2013. № 6. С. 22-25.
3. Введенская Е.С., Варенова Л.Е. Место смерти больных как индикатор для выбора организационной формы паллиативной помощи в конце жизни // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2013. № 7-8. С. 32-36.
4. Люцко В.В., Бутрина В.И. Совершенствование оказания паллиативной помощи инкурабельным больным с онкологическими заболеваниями // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 1. С. 99.
5. Максимова Т.М., Белов В.Б. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в России и некоторых зарубежных странах // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 1. С. 9-12.
6. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи // Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи.
7. Нечитайло И.Н. «Хоспис на дому» как социальная технология // Инновационная наука. 2016. № 4-2. С. 173-176.
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 08 декабря 2017 года № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».
9. Савченко В.В. Социальные аспекты паллиативной помощи // Современные траектории развития социальной сферы: образование, опыт, проблемы, наука, тенденции, перспективы. Ставрополь, 2017. 214 с.
10. Статистическая информация Минздрава России.

Development of a structural and functional model for the organization of palliative care for cancer patients

Lidiya V. Malkina

PhD in Economics,
Associate Professor at the Department of Economics and social care,
Stavropol State Medical University,
355017, 310 Mira st., Stavropol, Russian Federation;
e-mail: malkinalv@yandex.ru

Irina N. Kiseleva

PhD in Economics,
Associate Professor at the Department of Economics and social care,
Stavropol State Medical University,
355017, 310 Mira st., Stavropol, Russian Federation;
e-mail: worldclub@list.ru

Elena A. Mokhova

Assistant at the Department of Economics and social care,
Stavropol State Medical University,
355017, 310 Mira st., Stavropol, Russian Federation;
e-mail: selenamoon12@mail.ru

Abstract

In the article, the authors analyze currently used models in the national healthcare for providing palliative care to cancer patients that have significant differences in different regions of the country, which adversely affects the availability of palliative care, the quality of care and social support for dying patients and their relatives. The authors suggest the introduction of an integrated cross-sectoral structural and functional model for the organization of palliative care on the basis of a system of specialized hospices in the healthcare system, with the broad involvement of social workers, which allows full realization of the right to receive in full both qualitative palliative medical and palliative social assistance. This cross-sectoral model, which provides for simplification of the procedure for obtaining disability by oncological patients on treatment at the hospice or hospice at home, will allow them and their families to use the social security provided by the current legislation through the regional systems of social services for the population. In the conditions of insufficient funding, the importance of such aspects of palliative social assistance as organization of a volunteer movement, social mediation with state and non-state services in solving a whole range of medical and social problems. At the same time, according to the authors, the definition of the workload of social workers and their functional depends on both the scale of the hospice and the conditions for the provision of specialized palliative care.

For citation

Malkina L.V., Kiseleva I.N., Mokhova E.A. (2017) Razvitie strukturno-funktsional'noi modeli organizatsii palliativnoi pomoshchi onkologicheskim bol'nym [Development of a structural and functional model for the organization of palliative care for cancer patients]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra* [Economics: Yesterday, Today and Tomorrow], 7 (10A), pp. 99-110.

Keywords

Healthcare, palliative care, structural and functional model, hospices, inpatient departments, visiting home-care service, hospice at home, social services, medical and social expertise.

References

1. Antonenkova N.N., Yakimovich G.V., Chernykh I.D. et al. (2014) Neobkhodimost' i perspektivy razvitiya palliativnoi meditsinskoi pomoshchi patsientam s onkologicheskoi patologiei [Necessity and prospects of development of palliative medical care for patients with oncological pathology]. *Onkologicheskii zhurnal* [Oncological Journal], 8, 1 (29), pp. 40.
2. Borisov D.A., Dronov N.P. (2013) Soblyudenie prav grazhdan Rossii na poluchenie dostupnoi i kachestvennoi onkologicheskoi pomoshchi [Observance of the rights of Russian citizens to obtain affordable and quality oncological care]. *Vestnik Roszdravnadzora* [Herald of Roszdravnadzor], 6, pp. 22-25.
3. Lyutsko V.V., Butrina V.I. (2014) Sovershenstvovanie okazaniya palliativnoi pomoshchi inkurabel'nym bol'nym s onkologicheskimi zabolevaniyami [Improving the provision of palliative care for incurable patients with oncological diseases]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 1, p. 99.
4. Maksimova T.M., Belov V.B. (2012) Zabolevaemost' zlokachestvennymi novoobrazovaniyami i smertnost' ot nikh v Rossii i nekotorykh zarubezhnykh stranakh [Morbidity of malignant neoplasms and mortality from them in Russia and

-
- some foreign countries]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, health and history of medicine], 1, pp. 9-12.
5. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii palliativnoi pomoshchi [Methodical recommendations on the organization of palliative care]. *Assotsiatsiya professional'nykh uchastnikov khospisnoi pomoshchi* [Association of professional participants in hospice care].
 6. Nechitailo I.N. (2016) «Khospis na domu» kak sotsial'naya tekhnologiya ["Hospice at Home" as a social technology]. *Innovatsionnaya nauka* [Innovative Science], 4-2, pp. 173-176.
 7. *Postanovlenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 08 dekabrya 2017 goda № 1492 «O programme gosudarstvennykh garantii besplatnogo okazaniya grazhdanam meditsinskoi pomoshchi na 2018 god i na planovyi period 2019 i 2020 godov»* [Decree of the Government of the Russian Federation of December 8, 2017 No. 1492 "On the program of state guarantees of free medical assistance to citizens for 2018 and for the planning period of 2019 and 2020"].
 8. Savchenko V.V. (2017) Sotsial'nye aspekty palliativnoi pomoshchi [Social aspects of palliative care]. In: *Sovremennye traektorii razvitiya sotsial'noi sfery: obrazovanie, opyt, problemy, nauka, tendentsii, perspektivy* [Modern trajectories of social sphere development: education, experience, problems, science, trends, perspectives]. Stavropol.
 9. *Statisticheskaya informatsiya Minzdrava Rossii* [Statistical information of the Ministry of Health of Russia].
 10. Vvedenskaya E.S., Varenova L.E. (2013) Mesto smerti bol'nykh kak indikator dlya vybora organizatsionnoi formy palliativnoi pomoshchi v kontse zhizni [The place of death of patients as an indicator for the choice of the organizational form of palliative care at the end of life]. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni* [Problems of standardization in public health], 7-8, pp. 32-36.