

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ОПЫТ ОЦЕНКИ

Варвара Юрьевна КУЛЬКОВА<sup>а</sup>, Наталия Сергеевна ГРИГОРЬЕВА<sup>б</sup>,  
Татьяна Владимировна ЧУБАРОВА<sup>с</sup>

<sup>а</sup> доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и инноватики,  
Казанский кооперативный институт Российского университета кооперации, Казань, Российская Федерация  
Kulkova77@mail.ru  
ORCID: отсутствует  
SPIN-код: 4819-4628

<sup>б</sup> доктор политических наук, профессор кафедры политического анализа,  
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация  
Grigorieva@sra.msu.ru  
ORCID: отсутствует  
SPIN-код: 3367-5073

<sup>с</sup> доктор экономических наук, руководитель Центра экономической теории социального сектора,  
Институт экономики РАН, Москва, Российская Федерация  
t\_chubarova@mail.ru  
ORCID: отсутствует  
SPIN-код: 3367-5073

\* Ответственный автор

### История статьи:

Получена 08.06.2018

Получена в доработанном  
виде 30.06.2018

Одобрена 20.07.2018

Доступна онлайн 15.10.2018

УДК 336.2

JEL: H41, I18

### Ключевые слова:

здравоохранение,  
паллиативная помощь,  
паллиативный подход,  
эффективность, услуги  
сферы здравоохранения

### Аннотация

**Предмет.** Актуальность исследования определяется повышением значимости доступа к паллиативной помощи в условиях увеличения численности граждан России, которым она необходима, что в объективных условиях ограниченности финансовых ресурсов требует оценки ее эффективности.

**Цели.** На основе обобщения теории и практики организации паллиативной помощи предложить методический подход к оценке эффективности паллиативной помощи с выделением критериев эффективности.

**Методология.** Обзор, обобщение и сравнение методических подходов к оценке эффективности паллиативной помощи с выделением критериев. Дескриптивное моделирование системы градации и организационных форм паллиативной помощи в РФ на основе требований Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП).

**Результаты.** Предложен, обоснован и апробирован организационный подход к оценке эффективности паллиативной помощи, основанный на выделении системы градации и организационных форм паллиативной помощи и критериев эффективности, включая качество жизни паллиативного больного и семьи паллиативного больного, доступность паллиативной помощи и обезболивающих препаратов, оценка населением паллиативной помощи.

**Выводы.** Для организации паллиативной помощи необходим комплексный подход как к применяемым критериям эффективности паллиативной помощи, так и к системе организации ее оказания, включая волонтерские службы, команды паллиативной помощи в больницах, центры дневного пребывания. Для улучшения доступа к паллиативной помощи, повышения ее качества и обеспечения непрерывности предложено использование сетевой модели организации паллиативной помощи, объединяющей учреждения, оказывающие паллиативную помощь населению в рамках единой региональной сети с выделением центров передового опыта.

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2018

**Для цитирования:** Кулькова В.Ю., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Эффективность паллиативной помощи в Российской Федерации: методические подходы и опыт оценки // *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. – 2018. – Т. 14, № 10. – С. 1782 – 1796.  
<https://doi.org/10.24891/ni.14.10.1782>

## Введение

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире постоянно увеличивается численность населения, нуждающегося в паллиативной помощи<sup>1</sup>. Основные значимые позиции, на которые ориентируются национальные государства при разработке стратегий и организации паллиативной помощи населению, закреплены в документах международных организаций. Отмечается, что «...государства несут обязанность уважать право на здоровье, воздерживаясь от принятия мер, закрывающих или ограничивающих равный доступ всем ...к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам здравоохранения». Паллиативная помощь рассматривается как образец инновационного подхода к здравоохранению и социальной политике, при этом выделяемые четыре ее направления, а именно: управление симптомами; психологическая, духовная и эмоциональная поддержка; поддержка семьи близкого; помощь в связи со смертью близкого человека свидетельствуют о необходимости мультифункционального подхода к организации паллиативной помощи<sup>2</sup>.

В России, особенно в последнее десятилетие, оказанию паллиативной помощи уделяется значительное внимание. Правовые основы организации паллиативной помощи на государственном уровне были заложены в Федеральном Законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ), в котором паллиативная медицинская помощь определена как один из видов медицинской помощи, оказываемой населению. Принятые впоследствии другие законодательные и нормативно-правовые документы способствовали выстраиванию системы оказания паллиативной помощи в

России. Так, в 2012 г. был принят Порядок оказания паллиативной помощи взрослому населению<sup>3</sup>, однако пробелы в этом документе, например отсутствие порядка оказания паллиативной помощи взрослому населению в хосписе или доме сестринского ухода, потребовали в 2015 г. принятия нового порядка.

Мероприятия по развитию паллиативной медицинской помощи включены в виде отдельной подпрограммы «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям» в государственную программу «Развитие здравоохранения»<sup>4</sup>, а также в соответствующие программы развития здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Кроме того, был принят ряд нормативно-правовых документов, касающихся регулирования порядка назначения сильнодействующих наркотических препаратов<sup>5</sup>. В результате анализа применения норм и правил появились предложения по их усовершенствованию, которые нашли отражение в методических рекомендациях по определению потребности в наркотических и психотропных средствах<sup>6</sup>. Для облегчения доступа пациентам к сильнодействующим наркотическим препаратам в 2016 г. был утвержден план мероприятия (дорожная карта) по повышению доступности этих препаратов в медицинских целях.

В августе 2017 г. президент страны дал поручение Правительству РФ при участии Общественной палаты России и Агентства стратегических инициатив обеспечить внесение изменений в законодательство, предусмотрев возможность расширения понятия «паллиативная медицинская помощь» и уточнения порядка ее оказания гражданам,

<sup>3</sup> Приказ Минздрава России от 21.02.2012 № 1343н.

<sup>4</sup> Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294.

<sup>5</sup> 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 России от 20.12.2012 № 1175.

<sup>6</sup> Приказ Минздрава России от 27.03.2017 № 131.

<sup>1</sup> World Health Organization and Worldwide Palliative Care Alliance. How Many People Are in Need of Palliative Care Worldwide? In: *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Geneva, 2014.

<sup>2</sup> Резолюция Парламентской ассамблеи Совета Европы № 1649, 2009.

в том числе в амбулаторных условиях и на дому, а также порядка социального обслуживания неизлечимо больных граждан и межведомственного взаимодействия при оказании им медицинских и социальных услуг<sup>7</sup>. Работа над поручениями Президента РФ актуализирует и выводит проблему организации паллиативной помощи в России на уровень национальных приоритетов, что в экономическом аспекте сопряжено с задачей обеспечения ее эффективности. Цель настоящего исследования состоит в том, чтобы на основе обобщения теории и практики организации паллиативной помощи в России предложить и эмпирически протестировать (апробировать) методический подход к оценке эффективности паллиативной помощи с выделением соответствующих критериев.

### Материалы и методы исследования

В рамках методологического восхождения от общего к частному на основе анализа традиционно применяемых в здравоохранении трех видов критериев эффективности медицинских услуг (медицинской, социальной, экономической), описанных отечественными и зарубежными исследователями (см. [1–4]) и конкретизации показателей, дополненных описанием отечественной практики оценки эффективности деятельности учреждений здравоохранения в контексте показателей и критериев оценки эффективности деятельности стационара для детей и взрослых и его руководителя<sup>8</sup> и заложенного соответствующего международной практике<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Перечень поручений по итогам встречи с представителями социально ориентированных, благотворительных организаций и волонтерского движения.

URL: <http://kremlin.ru/acts/assignments/orders/55419>

<sup>8</sup> Введены приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421.

<sup>9</sup> Council of Europe. Recommendation (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, 2003.

URL: [http://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf); Mid-Western Health Board. Report on the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children, 2001. URL: <http://hdl.handle.net/10147/43031>; National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2004; National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving supportive and

[5–11] методологического подхода мультифункциональности паллиативной помощи нами предложены и обоснованы критерии ее эффективности.

Методологической базой данного исследования является междисциплинарный подход [12], который в самом широком смысле понимается как способ расширения научного мировоззрения, что позволяет рассматривать то или иное явление, не ограничиваясь рамками какой-либо одной научной дисциплины. В результате возникает обобщенная картина исследования, по отношению к которой все дисциплинарные картины предстают в качестве ее частей. Междисциплинарный подход основан на применении в рамках одного исследования общих постулатов политических, управленческих и других наук для описания процессов, происходящих в сфере охраны здоровья. Это позволяет рассматривать здравоохранение как комплексную социальную систему, сфокусированную на человеке в терминах гуманитарных и социальных наук. Исследования системы оказания паллиативной помощи нуждается в применении междисциплинарного подхода, поскольку ее субъектом является человек в последний период своей жизни, а основной задачей – обеспечение достойного качества жизни его и членов его семьи, что обеспечивается работой специалистов в области медицины, социальной работы, фармацевтики, психологии, этики, коммуникативистики и т.д.

Для определения оценки эффективности той или иной системы активно используются методы сравнительного анализа [13]. В связи с этим можно выделить по крайней мере три задачи выполнения сравнительного анализа. *Во-первых*, сравнительный анализ позволяет вести поиск лучших способов достижения

palliative care for adults with cancer. The manual, 2004.

URL: <http://nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>;

Gomez-Batiste X., Porta-Sales J., Pascual A. et al. Palliative Care Advisory Committee of the Standing Advisory Committee for Socio-Health Affairs, Department of Health, Government of Catalonia. Catalonia WHO palliative care demonstration project at 15 years (2005). J. Pain. Symptom Manage 33. 2007. P. 584–590.

эффективности паллиативной помощи, во-вторых, рассматривать как политические и правительственные институты, политический процесс в целом влияют непосредственно на решение проблем оказания паллиативной помощи. В-третьих, каким образом процессы, происходящие в одних странах, влияют на другие. Именно поэтому мы изучаем документы и практики оказания паллиативной помощи в других странах, находящихся на разных уровнях развития и имеющих разные возможности для решения проблем паллиативных больных, например требования, сформулированные Европейской ассоциацией паллиативной помощи (ЕАПП) с точки зрения возможности их применения в Российской Федерации. Важной составляющей сравнительных исследований является компаративная методология, которую в данном случае мы можем конкретизировать через различные методы сравнительных исследований, как, например, метод сходств, метод различий.

Оценка доступности как критерия эффективности паллиативной помощи проводится на основе мультифункционального подхода к паллиативной помощи в организационном аспекте и включает дескриптивное моделирование системы градации и организационных форм паллиативной помощи в Российской Федерации с учетом требований Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП).

### **Методический подход к оценке эффективности паллиативной помощи**

Оценка эффективности паллиативной помощи является достаточно сложной задачей, что определяется ее сущностью. Согласно определению ВОЗ, *паллиативная помощь* – это подход, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемой, связанной с угрожающей жизни болезнью, посредством профилактики и облегчения страданий методами ранней идентификации и безупречной оценки, лечения боли и других проблем, физических,

психосоциальных и духовных. Таким образом, паллиативная помощь представляет собой междисциплинарную сферу, и ее оказание требует участия представителей различных профессий. Именно поэтому оценка эффективности паллиативной помощи объективно сталкивается с проблемой комплексной оценки междисциплинарной деятельности. Соответственно, критерии эффективности паллиативной помощи в силу ее специфики имеют особенности, определяемые ее мультифункциональностью, должны отражать все составляющие паллиативной помощи (медицинскую помощь, психологическую и духовную поддержку как пациентов, так и членов их семей).

В России в настоящее время паллиативная помощь развивается в медицинском поле, определяется как «паллиативная медицинская помощь» (ст. 36 Закона № 323-ФЗ) и понимается как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан». Вместе с тем на практике эффективность вмешательств в рамках оказания паллиативной помощи нужно оценивать не только по критериям, разработанным применительно к оказанию медицинских услуг, а в более широком социальном контексте [4].

Для медицинских организаций главным является критерий медицинской эффективности, под которой понимается степень адекватности и результативности медицинского вмешательства, качество лечения конкретного больного. Обычно критерием медицинской эффективности является достижение положительных результатов в лечении или диагностике, улучшение состояния здоровья пациента, его выздоровление, восстановление утраченных функций организма, а в случае с онкологическими заболеваниями – выживаемость. В результате при определении эффективности паллиативной помощи с точки зрения медицины возникает проблема

«отрицательной» медицинской эффективности, так как речь идет о больных в терминальной стадии.

Социальная эффективность является более сложным понятием, она оперирует, скорее, на макроуровне и связана с общественным, коллективным влиянием. Она есть у всех видов деятельности и включает в том числе степень удовлетворения населения оказанными услугами – медицинскими или социальными. В здравоохранении, например, социальная эффективность связана с улучшением показателей здоровья населения в целом или его отдельных групп. Для ее измерения используются такие показатели, как средняя продолжительность жизни при рождении, снижение уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Вместе с тем на уровне общества сложно определить, какой вклад внесла рассматриваемая деятельность в достижение общего результата. Например, в здравоохранении полученный социальный эффект может быть отнесен не именно к работе рассматриваемой системы, а к действию других факторов, которые влияют на здоровье человека (доход, качество жилья, образование).

В последнее время в условиях роста расходов на социальную сферу и охрану здоровья населения возрастает проблема экономической эффективности. Она определяется сравнением полученного результата с затратами на его достижение, что подразумевает достижение того же результата с меньшими затратами или большего результата с теми же затратами.

При определении экономической эффективности паллиативной помощи особое значение имеют косвенные затраты и пациента, и его окружения, в том числе связанные с рынком труда. Эти затраты трудно измерить, особенно в денежных единицах, и, соответственно, многое ускользает из расчетов (можно, например, рассчитывать потери доходов ухаживающих членов семьи в ситуации, когда они на определенный срок вынуждены оставить работу).

Таким образом, при формировании критериев эффективности паллиативной помощи необходимо использовать не только медицинских, но и социальных, а также экономических критериев с тем, чтобы обеспечить учет всего многообразия направлений деятельности, включаемых в паллиативную помощь в соответствии с международными подходами. Одним из важнейших критериев, который позволяет реализовать комплексный подход к эффективности паллиативной помощи, является *качество жизни паллиативного больного*.

Качество жизни является сложной категорией<sup>10</sup> и имеет как объективное (условия жизни человека, его социально-экономический статус в обществе), так и субъективное измерение (индивидуальное понимание). Паллиативная помощь направлена на улучшение качества жизни больных и членов их семей в ситуации, когда необходимо смириться с предстоящей потерей близкого человека путем облегчения страданий и боли, определения правильного решения возникающих в этом процессе физических, духовных и материальных проблем.

Для измерения качества жизни паллиативных больных могут быть использованы различные инструменты. Наиболее распространенными являются специальные вопросники, целью которых является оценка ситуации с разных точек зрения. Они включают вопросы по всему спектру состояния больного и оказываемой ему помощи, включая его отношения с семьей и персоналом. Задача состоит в том, чтобы постараться в комплексе оценить состояние паллиативного больного, что позволит разработать меры для облегчения его ситуации и повышения качества жизни. Первоначально такие вопросники разрабатывались для онкологических больных, однако сейчас они

<sup>10</sup> Мухарьямова Л.М. К вопросу об исследовании удовлетворенности населения медицинской помощи в условиях реализации национального проекта «Здоровье». В кн.: Альманах гуманитарных и социальных исследований. Казань, 2009. С. 39–52.

используются и для других категорий паллиативных больных, так как их потребности могут различаться.

Для паллиативной помощи рассмотренный критерий должен быть, на наш взгляд, дополнен таким критерием, как *качество жизни семьи паллиативного больного*. Известно, что уход из жизни затрагивает окружение больного, который часто остается дома, и поэтому его семье также нужна поддержка и в этот период, и в последующем, после ухода близкого человека.

Другим показателем эффективности паллиативной помощи является ее *доступность*. Понимание доступности достаточно хорошо проработано в здравоохранении. Под доступом понимают возможность гражданина получить необходимую ему помощь качественно и своевременно. Доступ прямо увязывается с правом граждан на охрану здоровья. Традиционно при характеристике доступа к системе здравоохранения рассматривают так называемые барьеры доступа – финансовые, территориальные и культурные. Предполагается, что отсутствие таких ограничений позволяет обеспечить доступ населения к необходимой помощи. В современной России в условиях недостаточного развития системы оказания паллиативной помощи, которая находится в стадии становления, проблема доступа все еще остается актуальной. При этом важно определить уровни и конкретные организационные формы оказания паллиативной помощи.

Для оказания паллиативной помощи особое значение имеет *доступность обезболивающих препаратов*. В России это двоякая проблема – и фактическое наличие соответствующих препаратов в аптечной сети, и возможность получения их по рецепту врача. В настоящее время они решаются, но эксперты отмечают сохраняющееся осторожное отношение врачей к выписке рецептов на сильнодействующие препараты.

Среди критериев эффективности следует также выделить *оценку населением паллиативной помощи*. Обычно она определяется путем опросов общественного мнения, выяснения отношения граждан к тому, как организована система паллиативной помощи. Как положительный сдвиг в данном направлении следует рассматривать выделение президентского гранта Левада-центру для проведения масштабного социологического исследования по проблемам паллиативной помощи. Оно должно помочь специалистам определить проблемные точки для выработки путей ее дальнейшего развития.

В настоящее время возникает проблема с разработкой и применением комплексного критерия, так как он должен включать и медицинские, и социальные, и экономические критерии. В настоящее время критерии эффективности работы разделены по соответствующим отраслям. Хороший пример в данной области – здравоохранение и социальные службы. Например, разработаны показатели и критерии эффективности деятельности медицинских учреждений и организаций и их руководителей, которые отражены в Методических рекомендациях по разработке органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников<sup>11</sup>. Примерный набор таких показателей представлен в *табл. 1*.

Как видно из анализа данных *табл. 1*, показатели и критерии деятельности медицинских организаций и их руководителей сгруппированы по:

- видам учреждений, оказывающих медицинскую помощь: амбулаторно-поликлинические, стационары и

<sup>11</sup> Утверждены приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421.

обособленные подразделения скорой медицинской помощи;

- обслуживаемому контингенту – взрослые и дети;
- отдельным врачебным специальностям, должностям среднего и младшего медицинского персонала.

Каждый показатель (всего, в зависимости от вида учреждения, от 6 до 9 показателей) оценивается в баллах, величина которых рассчитывается в зависимости от достижения значения утвержденного критерия. От степени их выполнения зависит размер стимулирующих выплат. Причем показательно, что паллиативная помощь специально не упоминается, а паллиативные подразделения или врачи, оказывающие паллиативную помощь, не включены в этот список.

По аналогичной схеме разработаны показатели и критерии деятельности организаций и их руководителей в социальных службах<sup>12</sup>. Обращает на себя внимание, что все показатели носят скорее формальный характер, направлены на оценку деятельности организации без учета ее специфики, включая такие параметры деятельности, как выполнение государственного задания, кадровые вопросы, финансирование. Хотя следует отметить использование такого показателя, как удовлетворенность оказанными услугами.

Вместе с тем для паллиативной помощи принципиально важно оценить не результат вмешательства – он предопределен самим состоянием больного, находящегося в терминальной стадии заболевания, а прежде всего сам процесс оказания услуг и существование в нем больного и его окружения. Здесь важны такие направления работы организации, как степень межпрофессионального взаимодействия, сфокусированность на пациенте, его социальная и духовная поддержка.

<sup>12</sup> Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 01.07.2013 № 287.

Проблема практической организации взаимодействия представителей различных профессий для решения общей проблемы весьма сложна. Попытка объединения была предпринята при составлении «дорожной карты»<sup>13</sup>, но и в этом документе речь идет об улучшении качества медицинской помощи. Другая попытка – принятие в Москве в 2017 г. приказа № 716/1071 «Об утверждении Регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению города Москвы». Данный регламент предполагает обязательные регулярные посещения и осмотры всех пациентов отделений милосердия специалистами выездной паллиативной службы для выявления пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи; обмен данными по паллиативным пациентам между департаментами; перевод одиноких пациентов, нуждающихся только в уходе из паллиативных отделений стационаров и хосписов в отделения социальной защиты.

### **Мультифункциональный подход в системе градации и организационных формах паллиативной помощи**

Мультифункциональность паллиативной помощи требует особого организационного подхода, который достаточно хорошо разработан в зарубежной практике. В его рамках уровни оказания паллиативной помощи и ее организационные формы могут рассматриваться как самостоятельные критерии эффективности паллиативной помощи.

В соответствии с международными подходами в организации паллиативной помощи ключевым моментом выступает выделение

<sup>13</sup> О плане мероприятий (дорожной карте) «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения»: расп. Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р.

уровней и соответствующих им ее организационных форм<sup>14</sup> [14], что формирует систему градации и организационные формы паллиативной помощи.

Исходя из особенностей организации и степени сложности, паллиативная помощь может оказываться на трех уровнях (табл. 2).

С учетом большого разнообразия потребностей пациентов, наиболее адекватной как для самих больных, так и для медиков может считаться система, состоящая из различных форм учреждений, оказывающих специализированную паллиативную помощь – как стационарных, так и амбулаторных, помощи на дому и консультативных подразделений, между которыми налажена эффективная координация и взаимодействие. Соотношение между разными уровнями в основном зависит от модели организации здравоохранения и степени интеграции в нее паллиативной медицинской помощи. В высокоразвитых странах Европы и Северной Америки доля третьего уровня – специализированной паллиативной помощи составляет 30–45% от общего объема медицинских услуг данного вида.

Предложенный обоснованный мультифункциональностью и зарубежной практикой оказания паллиативной помощи организационный подход, основанный на представленной дескриптивной модели системы градации и организационных форм паллиативной помощи, требует апробации и оценки эффективности паллиативной помощи в РФ.

В России оказание паллиативной помощи предусматривает дифференциацию по условиям, что усложняет оценку непрерывности паллиативной помощи и организации координации их взаимодействия в рамках сети. Для оценки организации сетевого взаимодействия, комплексности и непрерывности паллиативной помощи

проведена оценка системы градации и организационных форм паллиативной помощи в РФ в соответствии с моделью, разработанной международной практикой в рамках мультифункционального подхода к паллиативной помощи [15]. Результаты оценки представлены в табл. 3.

Согласно требованиям ЕАПП, «для удовлетворения всех потребностей пациентов и использования всех возможностей лечения должна быть создана система, состоящая из различных форм учреждений, среди которых должны быть стационарные отделения, отделения помощи на дому и консультативные службы». В РФ предусмотрено оказание паллиативной помощи медицинскими организациями в амбулаторных и стационарных условиях в таких видах, как паллиативный подход, общая и специализированная паллиативная помощь, однако результаты анализа системы градации и организационных форм паллиативной помощи в нашей стране показывают, что для реализации комплексной системы организации службы паллиативной помощи в РФ отсутствуют: в системе общей паллиативной помощи – волонтерские службы, команды паллиативной помощи в больницах; в системе специализированной паллиативной помощи – центры дневного пребывания. В результате возникают определенные дисфункции в организации паллиативной помощи, которые необходимо преодолеть, чтобы создать комплексную систему организации службы паллиативной помощи в РФ, в которой пациенты смогут получать помощь в нужное время, в нужном месте и в соответствии со своими потребностями.

В соответствии с Рекомендациями Совета Европы, «качество помощи в отдельном регионе не должно определяться только качеством оказания помощи в отдельных учреждениях или службах. Оно определяется также координацией деятельности специализированных служб и подразделений первичной медицинской помощи».

<sup>14</sup> Council of Europe. Recommendation (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, 2003.  
URL: [http://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)



Отсутствие эффективного механизма взаимодействия всех участников оказания паллиативной помощи на фоне решения узкопрофессиональных проблем в настоящее время постепенно становится основным препятствием осуществления эффективного паллиативного ухода. Паллиативная помощь имеет комплексный характер, что предполагает наличие многих субъектов – от государственных организаций до частных учреждений, иных негосударственных служб и добровольческих объединений; от врачей (медицинского персонала) до волонтеров, включая и тех, кто готов и хочет оказывать помощь (или поддержку семье) по индивидуальному графику (в соответствии со своими возможностями). Именно поэтому ее дальнейшее развитие в России обязательно будет связано с осуществлением междисциплинарного, межведомственного, межпрофессионального подхода. Именно на этой основе должна строиться перспективная модель организации паллиативного ухода на территории Российской Федерации, в ее различных регионах и на местах.

Представляется, что базовой структурой для стационарной паллиативной помощи может рассматриваться медицинское учреждение, так как осуществление медицинской деятельности требует специальных формальностей. Однако в условиях оказания паллиативной помощи на дому целесообразно создание специальных межпрофессиональных выездных бригад. В этом контексте следует обратить внимание на два организационных подхода, которые могут быть использованы при оказании паллиативной помощи в России и будут способствовать повышению ее эффективности.

Одна из проблем связана со значимостью социального работника (социальных служб) в обеспечении качества жизни паллиативных больных. В этой области есть значительный международный опыт, особенно в таких странах, как Великобритания, Норвегия, Швеция, Германия. В организации паллиативной помощи широко используется

метод ведения случая (*case (care) management*), когда для решения проблемы конкретного человека объединяются усилия различных служб. Задача состоит в том, чтобы люди, имеющие сложные и множественные проблемы, получили всю необходимую помощь в комплексе. Это включает оценку потребностей, составление плана оказания помощи, установление связей с необходимыми организациями, защиту интересов больного. Координатором работы различных специалистов и организаций обычно выступает социальный работник. При организации ведения случая при паллиативной помощи, которая тесно связана с медициной, социальный работник может базироваться как в социальной службе, так и в учреждении здравоохранения.

В 2014 г. специальная группа Европейской ассоциации по паллиативной помощи разработала основные компетенции социальной работы в области паллиативной помощи. Они определяют главные области знаний, которыми должны владеть социальные работники, а также моральные ценности, знания и навыки, которые позволят им максимально эффективно работать именно в паллиативной помощи. Социальные работники могут совместно работать с организациями и учреждениями на всех уровнях и во всех областях систем здравоохранения и социального обеспечения; содействовать разработке планов по оказанию хорошей паллиативной помощи в качестве основного положения междисциплинарной работы; облегчать общение между умирающими, их семьями и близкими им людьми, опекунами, друзьями и лицами, предоставляющими услуги в области здравоохранения и социальной помощи.

Другая проблема, связанная с координацией деятельности специализированных служб и подразделений первичной медицинской помощи в России, может быть преодолена путем формирования единого сетевого института учреждений паллиативной помощи, который должен выполнять следующие

функции: согласованно определять цели и задачи; разрабатывать стандарты качества и единые критерии госпитализации и выписки из стационара на всех уровнях оказания помощи; внедрять и использовать единые методы оценки, общие терапевтические стратегии, основанные на доступных доказательствах.

Выходя за рамки процесса оказания помощи, сеть проводит оценку ее эффективности, например с использованием методов аудита и, кроме того, организует и осуществляет наблюдение за процессом обучения и проведения научных исследований.

### **Выводы**

1. Для развития мультифункционального подхода к паллиативной помощи предложены и обоснованы критерии ее эффективности, а именно: качество жизни паллиативного больного, качество жизни его семьи; доступность обезболивающих препаратов, оценка населением паллиативной помощи. Выделение указанных критериев эффективности паллиативной помощи представляется важным и с точки зрения выявления резервов ее повышения.

2. Результаты оценки системы градации и организационных форм паллиативной помощи в РФ по требованиям ЕАПП позволяют

сделать вывод о том, что для реализации комплексной системы организации службы паллиативной помощи в РФ отсутствуют: в системе общей паллиативной помощи – волонтерские службы, команды паллиативной помощи в больницах; в системе специализированной паллиативной помощи – центры дневного пребывания.

На основе этого вывода рекомендуем для создания комплексной системы организации службы паллиативной помощи в РФ, в которой пациенты смогут получать помощь в нужное время, в нужном месте и в соответствии со своими потребностями, создать: в общей паллиативной помощи – волонтерские службы, команды паллиативной помощи в больницах; в специализированной паллиативной помощи – центры дневного пребывания. Для улучшения доступа к паллиативной помощи и повышения ее качества, а также непрерывности оказания помощи предложено использование метода управления случаем и модели организации учреждений паллиативной помощи в рамках единой региональной сети с выделением центров передового опыта паллиативной помощи, которыми осуществляется обучение, проводятся научные исследования и распространяется передовой опыт, разрабатываются стандарты и внедряются новые методы.

**Таблица 1****Показатели и критерии оценки эффективности деятельности детского и взрослого стационара и его руководителя****Table 1****Indicators and criteria for performance appraisal of an in-patient hospital for children and adults, and its principal**

Показатель	Критерии	Оценка (баллы)	Периодичность
Выполнение государственного задания (заказа)	От 95 до 100%.	+3	Ежеквартально
	От 80 до 95%.	0	
	100% и более	0	
Средние сроки пребывания больного на койке	От 95 до 100%.	+1	Ежеквартально
	Менее 95%.	0	
	110% и более	0	
Выполнение планов по достижению соотношения заработной платы по всем категориям медицинских работников со средней заработной платой в субъекте	110% и более.	+2	Ежеквартально
	От 100% до 110%.	+1	
	Менее 100%	-1	
Обоснованные жалобы	Отсутствие	+1	Ежеквартально
	1 и более	0	
Удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи	50% и более опрошенных.	+1	Ежеквартально
	Менее 50%	0	
Укомплектованность врачебным персоналом, % от штатной численности	70% и более.	+1	Ежеквартально
	Менее 70%	0	
Укомплектованность средним медицинским персоналом, % от штатной численности	70% и более.	+1	Ежеквартально
	Менее 70%	0	

*Источник:* Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности: приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421.

URL: [http://consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_149332/c9ce36a22b666dd031c6d9b57103c170b5a553ad](http://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149332/c9ce36a22b666dd031c6d9b57103c170b5a553ad)

*Source:* On the Approval of Methodological Recommendations for Governmental Authorities of the Constituent Entities of the Russian Federation and Local Authorities to Set Performance Indicators: Order of the Russian Ministry of Health Care of June 28, 2013 № 421.

URL: [http://consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_149332/c9ce36a22b666dd031c6d9b57103c170b5a553ad](http://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_149332/c9ce36a22b666dd031c6d9b57103c170b5a553ad) (In Russ.)

**Таблица 2****Характеристика системы градации и организационных форм паллиативной помощи****Table 2****Characteristics of the palliative care form and grade system**

Уровень паллиативной помощи	Характеристика	Организационные формы
Паллиативный подход	Применение/интеграция принципов и методик паллиативной помощи в учреждениях, не специализирующихся на оказании паллиативной помощи. Это касается не только фармакологических и нефармакологических методов купирования симптомов, но и принципов общения с пациентом и его родственниками, а также и с медицинскими работниками, принятия решений и постановки целей в соответствии с принципами паллиативной помощи	Скорая помощь. Больница. Долговременная помощь. Дом сестринского ухода, дом-интернат. Помощь на дому. Врачи общей практики, команды сестринского ухода на дому
Общая паллиативная помощь или специализированная поддержка	Оказывается медицинскими работниками первичного звена медицинской помощи и специалистами, которые занимаются лечением пациентов с угрожающими жизни заболеваниями	Волонтерская хосписная служба. Команда паллиативной помощи в больнице.

общей паллиативной помощи	и имеют хорошие навыки и знания основ паллиативной помощи. Специалистам, которые в своей практике чаще занимаются оказанием паллиативной помощи, например онкологам и гериатрам (но паллиативная помощь не является их основной специальностью), может потребоваться специализация и подготовка по паллиативной помощи, после чего они смогут предложить своим пациентам услуги лучшего качества	Команда паллиативной помощи на дому
Специализированная паллиативная помощь	Оказывается специализированными службами пациентам с угрожающими жизни/смертельными заболеваниями и их близким с многоплановыми проблемами для удовлетворения всех их нужд	Отделение паллиативной помощи. Стационарный хоспис. Выездная служба паллиативной помощи, центр дневного пребывания

*Источник:* [15]; Council of Europe. Recommendation (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, 2003. URL: [https://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](https://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

*Source:* [15]; Council of Europe. Recommendation (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care, 2003. URL: [https://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](https://coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)

**Таблица 3**

**Система градации и организационные формы паллиативной помощи в РФ**

**Table 3**

**The palliative care grade and form system in the Russian Federation**

Паллиативный подход		Специализированная поддержка общей паллиативной помощи		Специализированная паллиативная помощь
Скорая помощь	Больница	Волонтерская хосписная служба не предусмотрена в порядках оказания паллиативной медицинской помощи взрослому и детскому населению в РФ	Команда паллиативной помощи в больнице (не предусмотрена в порядках оказания паллиативной медицинской помощи взрослому и детскому населению в РФ)	Отделение паллиативной помощи
Долговременная помощь	Отделение и дом сестринского ухода, дом-интернат		Команда паллиативной помощи на дому в РФ. Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи	Стационарный хоспис
Помощь на дому	Врачи общей практики			Выездная служба паллиативной помощи, центр дневного пребывания (не предусмотрена в порядках оказания паллиативной медицинской помощи взрослому и детскому населению в РФ)

*Источник:* авторская разработка на основании данных [15]

*Source:* Authoring, based on the data from [15]

## Список литературы

1. *Дуганов М.Д.* Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП, 2007. 112 с.
2. *Орлов Е.М., Соколова О.Н.* Категория «эффективность» в системе здравоохранения // *Фундаментальные исследования*. 2010. № 4. С. 182–185. URL: <https://fundamental-research.ru/pdf/2010/4/11.pdf>
3. *Odedina F.T., Sullivan R.N., Nash R., Clemmons C.D.* Use of Pharmacoeconomic Data in Making Hospital Formulary Decisions // *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2002. Vol. 59. No. 15. P. 1441–1444.
4. *Григорьева Н.С., Чубарова Т.В.* Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. М.: Авторская академия, 2013. 344 с.
5. *Centeno C., Clark D., Lynch T. et al.* Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force // *Palliative Medicine*. 2007. Vol. 21. Iss. 6. P. 463–471. URL: <https://doi.org/10.1177/0269216307081942>
6. *Kaas-Bartelmes B.L., Hughes R., Rutherford M.K.* Advance Care Planning: Preferences for Care at the End of Life. Rockville: US Department of Health and Human Service, Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.
7. *Davies E., Higginson I.J.* Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.
8. *Jaspers B., Schindler T.* Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Berlin: Enquete-Kommission des Bundestages 'Ethik und Recht der modernen Medizin', 2005.
9. *Elsev B., McIntyre J.* Assessing a Support and Learning Network for Palliative Care Workers in a Country Area of South Australia // *Australian Journal of Rural Health*. 1996. Vol. 4. Iss. 3. P. 159–164. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.1996.tb00204.x>
10. *Mitchell G., Price J.* Developing Palliative Care Services in Regional Areas. The Ipswich Palliative Care Network Model // *Australian Family Physician*. 2001. Vol. 30. Iss. 1. P. 59–62.
11. *Schroder C., Seely J.F.* Pall-Connect: A Support Network for Community Physicians // *Journal of Palliative Care*. 1998. Vol. 14. Iss. 3. P. 98–101.
12. *Лысак И.В.* Междисциплинарность: преимущества и проблемы применения // *Современные проблемы науки и образования*. 2016. № 5. С. 264. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25376>
13. *Григорьева Н.С.* Государственная социальная политика. В кн.: *Государственная политика / под ред. А.И. Соловьева*. М.: Изд-во Московского университета, 2012. С. 428–434.
14. *Nemeth C., Rottenhofer I.* Abgestufte Hospiz – und Palliativversorgung in Österreich. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004.

## Информация о конфликте интересов

Мы, авторы данной статьи, со всей ответственностью заявляем о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

## EFFECTIVENESS OF PALLIATIVE CARE SERVICES IN THE RUSSIAN FEDERATION: METHODOLOGICAL APPROACHES AND PRACTICES OF EVALUATION

Varvara Yu. KUL'KOVA<sup>a\*</sup>, Nataliya S. GRIGOR'EVA<sup>b</sup>, Tat'yana V. CHUBAROVA<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Kazan Cooperative Institute of Russian University of Cooperation,  
Kazan, Republic of Tatarstan, Russian Federation  
Kulkova77@mail.ru  
ORCID: not available

<sup>b</sup> Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russian Federation  
Grigorieva@spa.msu.ru  
ORCID: not available

<sup>c</sup> Institute of Economics, Russian Academy of Sciences (IE RAS), Moscow, Russian Federation  
t\_chubarova@mail.ru  
ORCID: not available

\* Corresponding author

### Article history:

Received 8 June 2018  
Received in revised form  
30 June 2018  
Accepted 20 July 2018  
Available online  
15 October 2018

**JEL classification:** H41, I18

**Keywords:** health care,  
palliative care, palliative  
approach, efficiency, health  
services

### Abstract

**Importance** The research is conducted as access to palliative care becomes more important and the number of the Russian citizens who need it increases. Considering limited financial resources, the effectiveness of palliative care should be evaluated.

**Objectives** Summarizing the theory and practice of arranging palliative care, we propose our methodological approach to evaluating the effectiveness of palliative care and pointing out effectiveness criteria.

**Methods** We overview, summarize and compare methodological approaches to evaluating palliative care and point out the criteria. We perform descriptive modeling of the palliative care forms and grades system in Russia in line with requirements of the European Association for Palliative Care.

**Results** We propose, substantiate and test the organizational approach to evaluating the effectiveness of palliative care. The palliative care forms and grades system and effectiveness criteria should be set, including the quality of the palliative patient and his/her family, affordability and painkillers, public opinion on palliative care.

**Conclusions and Relevance** Palliative care requires a comprehensive approach to the applicable criteria of the palliative care effectiveness and its arrangement system. For better access to palliative care, higher quality and uninterrupted treatment, we suggest using the network-based model embracing palliative care services as part of the single regional network with the advanced centers.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2018

**Please cite this article as:** Kul'kova V.Yu., Grigor'eva N.S., Chubarova T.V. Effectiveness of Palliative Care Services in the Russian Federation: Methodological Approaches and Practices of Evaluation. *National Interests: Priorities and Security*, 2018, vol. 14, iss. 10, pp. 1782–1796.  
<https://doi.org/10.24891/ni.14.10.1782>

## References

1. Duganov M.D. *Otsenka effektivnosti raskhodov na zdravookhraneniye na regional'nom i munitsipal'nom urovnyakh* [Evaluating the efficiency of health care spending at the regional and municipal levels]. Moscow, Institute for Economy in Transition Publ., 2007, 112 p.
2. Orlov E.M., Sokolova O.N. [Efficiency category in public health services system]. *Fundamental'nye issledovaniya = Fundamental Research*, 2010, no. 4, pp. 182–185.  
URL: <https://www.fundamental-research.ru/pdf/2010/4/11.pdf> (In Russ.)

3. Odedina F.T., Sullivan R.N., Nash R., Clemmons C.D. Use of Pharmacoeconomic Data in Making Hospital Formulary Decisions. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 2002, vol. 59, iss. 15, pp. 1441–1444.
4. Grigor'eva N.S., Chubarova T.V. *Sovremennoe zdavookhranenie: politika, ekonomika, upravlenie* [Modern health care: politics, economics, management]. Moscow, Avtorskaya akademiya Publ., 2013, 344 p.
5. Centeno C., Clark D., Lynch T. et al. Facts and Indicators on Palliative Care Development in 52 Countries of the WHO European Region: Results of an EAPC Task Force. *Palliative Medicine*, 2007, vol. 21, iss. 6, pp. 463–471. URL: <https://doi.org/10.1177/0269216307081942>
6. Kass-Bartelmes B.L., Hughes R., Rutherford M.K. Advance Care Planning: Preferences for Care at the End of Life. US Department of Health and Human Service, Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.
7. Davies E., Higginson I.J. Better Palliative Care for Older People. World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.
8. Jaspers B., Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Berlin, Enquete-Kommission des Bundestages 'Ethik und Recht der modernen Medizin', 2005.
9. Elsey B., McIntyre J. Assessing a Support and Learning Network for Palliative Care Workers in a Country Area of South Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 1996, vol. 4, iss. 3, pp. 159–164. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.1996.tb00204.x>
10. Mitchell G., Price J. Developing Palliative Care Services in Regional Areas. The Ipswich Palliative Care Network Model. *Australian Family Physician*, 2001, vol. 30, iss. 1, pp. 59–62.
11. Schroder C., Seely J.F. Pall-Connect: A Support Network for Community Physicians. *Journal of Palliative Care*, 1998, vol. 14, iss. 3, pp. 98–101.
12. Lysak I.V. [Interdisciplinarity: Advantages and problems of application]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*, 2016, no. 5, p. 264. (In Russ.)  
URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25376>
13. Grigor'eva N.S. *Gosudarstvennaya sotsial'naya politika. V kn.: Gosudarstvennaya politika* [Governmental social policy. In: Governmental policy]. Moscow, Moscow University Publ., 2012, pp. 428–434.
14. Nemeth C., Rottenhofer I. Abgestufte Hospiz – und Palliativversorgung in Österreich. Wien, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004.

### **Conflict-of-interest notification**

We, the authors of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.