

ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm105441>

Хронические заболевания в контексте интегрированной медико-социальной помощи

И.Л. Кром, М.Г. Еремина, М.Д. Сапогова, Г.С. Петров

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Повышение качества медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями рассматривают как приоритетную задачу в системе здравоохранения, для решения которой необходима персонифицированная модель медико-социальной помощи, ориентированная на потребности больных с хронической патологией. Цель настоящей работы состояла в концептуализации континуума междисциплинарной помощи больным с хроническими заболеваниями в ситуациях болезни. Уровни интегрированной медико-социальной помощи больным при хронических заболеваниях определяются, по мнению авторов, динамикой качества жизни пациентов, релевантной ситуации болезни. В статье представлен контент многоуровневой интеграции медико-социальной помощи больным с хроническими заболеваниями в ситуациях болезни. Авторы полагают, что перспективные исследования контента интегрированной помощи, связанные с изучением оптимального соотношения медико-социальных компонентов континуума в ситуациях болезни, помогут решить комплексную проблему повышения качества медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями.

Ключевые слова: хронические заболевания; интегрированная медико-социальная помощь; качество жизни; уровни интеграции.

Как цитировать:

Кром И.Л., Еремина М.Г., Сапогова М.Д., Петров Г.С. Хронические заболевания в контексте интегрированной медико-социальной помощи // *Социология медицины*. 2022. Т. 21. № 1. С. 17–23. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm105441>

REVIEW

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm105441>

Chronic diseases in the context of integrated health and social care

Irina L. Krom, Mariya G. Yeremina, Marina D. Sapogova, Gennady S. Petrov

Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

ABSTRACT

The task of improving the quality of medical care for patients with chronic diseases is considered a priority for the healthcare system, which requires a personalized model of medical and social care focused on the needs of patients with chronic pathology. The article aims to conceptualize the continuum of interdisciplinary care for patients with chronic diseases in disease conditions. The levels of integrated medical and social care for patients with chronic diseases are determined, according to the authors, by the dynamics of the patients' quality of life mediated by the relevant condition of the disease. This article presents the practice of multilevel integration of medical and social care for patients with chronic diseases in disease conditions. The authors believe that prospective studies of the content of integrated care related to the study of the optimal ratio of medical and social components of the continuum in disease conditions will help solve the complex problem of improving the quality of medical care for patients with chronic diseases.

Keywords: chronic diseases; integrated medical and social care; quality of life; levels of integration.

To cite this article:

Krom IL, Yeremina MG, Sapogova MD, Petrov GS. Chronic diseases in the context of integrated health and social care. *Sociology of medicine*. 2022;21(1):17–23. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17816/socm105441>

Received: 26.03.2022

Accepted: 12.09.2022

Published: 30.11.2022

В современном мире остро стоит проблема растущего бремени хронических неинфекционных заболеваний [1]. Специалисты Глобального исследования бремени болезней, травм и факторов риска (Global Burden of Disease, 2018) при комплексной оценке смертности от 282 причин в 195 странах и территориях с 1980 по 2017 год установили, что наибольшую долю (уровень 1) от общего числа смертей в 2017 году составили неинфекционные заболевания — 73,4% [2].

Одной из приоритетных задач системы здравоохранения, направленной на улучшение социального функционирования, минимизацию соматических деприваций, пролонгирование и оптимизацию качества жизни, является повышение качества медицинской помощи больным с хроническими заболеваниями [3]. Эта задача «не может быть решена при традиционных подходах, необходима принципиально новая персонифицированная модель оказания помощи, ориентированная на потребности больного с хронической патологией». По мнению Р.А. Хальфина и соавт. [4], «внедрение пациентоориентированной модели позволит существенно повысить качество оказания медицинской помощи населению России». Персонифицированная медицинская помощь пациентам с хроническими болезнями основана на систематическом междисциплинарном медицинском и социально-психологическом сопровождении пациента с учётом его индивидуальных потребностей [5], что принципиально отличает её от устаревшей парадигмы оказания «эпизодической помощи пациентам с хроническим заболеванием в период его обострения» [6].

Цель работы — концептуализация континуума междисциплинарной помощи больным с хроническими заболеваниями в ситуациях болезни.

В 1999 году W.N. Leutz [7] сформулировал законы интеграции медицинских и социальных услуг, предлагая 3 уровня интеграции: связь, координация и полная интеграция.

Связь предназначена для пациентов с относительно умеренными или умеренными потребностями, которые могут быть обеспечены в системах, обслуживающих всё население, и основана на рекомендациях и последующем наблюдении.

При *координации* пациенты получают необходимые им услуги в 2 или более системах помощи: из системы медицинского обслуживания и из сектора социальных услуг.

Полная интеграция включает в себя объединение ресурсов со множеством подразделений и систем помощи. Это необходимо пациентам с потребностями, предполагающими необходимость медико-социальной помощи с использованием междисциплинарных групп.

Применение 3 уровней интеграции предполагает стратификацию пациентов по уровням на базе их потребностей и необходимости устанавливать приоритеты [8].

Одна из первых моделей междисциплинарной помощи пациентам с хроническими заболеваниями, предложенная

экспертами Всемирной организации здравоохранения [9] на основе модели, разработанной E. Wagner и соавт. [10] в 1999 году (Chronic Care Model, CCM), предполагает оказание помощи при хронических заболеваниях на микро- (комплаенс больного, его семьи и междисциплинарной группы специалистов), мезо- (сопровождение пациента междисциплинарной группой специалистов «с акцентом на преемственность и координацию» действий специалистов) и макроуровне (принятие политических решений и финансирование).

В исследовании Т. Czipionka и соавт. [11] предпринята попытка определения важнейших элементов в процессе комплексного оказания помощи пациентам «со сложными потребностями». Авторы обсуждают 4 категории, возникшие в результате всеобъемлющего анализа:

- целостный взгляд на пациента, учитывающий как его физическое и психологическое здоровье, так и социальную ситуацию;
- непрерывность оказания медицинской помощи, согласование услуг и комплаентность;
- отношения между профессионалами, основанные на доверии и поддерживаемые непрерывным общением;
- участие пациентов в постановке целей и принятии решений, позволяющее им адаптироваться к реорганизованному предоставлению услуг.

До настоящего времени, по мнению G.H. Rees и соавт. [12], существуют значительные различия и неопределённость в понимании контента междисциплинарной помощи.

1. Формирование междисциплинарной модели в рамках интерфейса первичной и вторичной медицинской помощи [13]. Преодоление фрагментарности в оказании медицинской помощи и формирование интегративного контента системы здравоохранения предполагает образование устойчивых связей и взаимовыгодного сотрудничества медицинских организаций и структурных единиц медицинской организации, что позволит повысить эффективность оказания медицинской помощи. Согласование экономических интересов медицинских организаций-участников интеграции нацелено на дальнейшее развитие и получение синергетического эффекта на основе взаимовыгодного партнёрства [14]. «Интеграция в здравоохранении может подразумевать объединение всех секторов лечебно-профилактической помощи на принципах системности и комплексности с целью достижения максимального эффекта при условии минимальных финансовых затрат» [15]. Она предполагает «процесс управления и функционирования структурных подразделений медицинской организации и интеграцию медико-социальных секторов и кластеров здравоохранения».

2. При лечении пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями необходим переход на оказание им медицинской помощи, психологической

и социальной поддержки [16]. Предполагается увеличение в популяции доли пациентов в ситуации хронического заболевания, не способных обслуживать себя самостоятельно [17, 18]. Медико-социальное сопровождение пациента «может снизить частоту повторных госпитализаций, особенно среди пациентов с низким социально-экономическим статусом, проживающих в одиночестве, имеющих проблемы самообслуживания» [19].

Эффективное сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями — интегративный междисциплинарный сервис — включает, по определению Е. Nolte и М. McKee [20], «стабильное финансирование, квалифицированных и мотивированных специалистов здравоохранения, информационные системы поддержки».

А.А. Третьяков и В.И. Перхов [21] рассматривают в качестве основных, основанных на интеграционных процессах, направлений организации современной системы здравоохранения ориентацию на хронического больного и его семью.

Формирование интегрированной медико-социальной помощи предполагает «объединение континуума медицинской помощи с другими сервисами с целью улучшения клинических результатов и эффективности взаимодействия систем» [22]. В координированном сервисе пациенты «могут перемещаться внутри систем и между ними, чтобы получить различные виды помощи на разных уровнях» [23].

Медико-социальная помощь пациентам с хроническим течением заболевания «интегрирует ресурсы и менеджмент здравоохранения в направлениях,

связанных с диагностикой, лечением, уходом и реабилитацией, информацией о здоровом образе жизни» [24] и может быть рассмотрена либо с акцентом на медицинскую помощь, либо в дискурсе социальной поддержки [25].

Континуум медико-социальной помощи больным с хроническими заболеваниями включает специализированную медицинскую помощь, медико-социальную реабилитацию и паллиативную помощь, соотношение которых в континууме формирует ситуацию болезни.

Мы полагаем, что уровни интегрированной медико-социальной помощи больным при хронических заболеваниях определяются релевантной ситуации болезни динамикой качества жизни пациентов (рис. 1).

Современные модели помощи пациентам в нетерминальной ситуации болезни интегрируют специализированные методы лечения с паллиативной помощью и реабилитацией [26], которые являются важными разделами комплексной медицинской помощи для пациентов с хроническими заболеваниями. Паллиативная помощь и реабилитация «разделяют общие цели и терапевтические подходы, имеют многопрофильную структуру, которая направлена на улучшение функциональности и комфорта у пациентов» [27], повышение «эффективности медицинской помощи и минимизацию расходов при сокращении продолжительности пребывания в больнице» [28].

В терминальной ситуации болезни происходит «смещение акцентов при формировании интегрированной медико-социальной помощи на социальное сопровождение» [25]. Система междисциплинарной помощи



Рис. 1. Уровни интеграции медико-социальной помощи пациентам с хроническими заболеваниями.

Fig. 1. Levels of integration of medical and social care for patients with chronic diseases.

пациентам с хроническими заболеваниями в терминальном состоянии, включающая паллиативную помощь и паллиативную реабилитацию, 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 незавершённых жизненных задач, сохранения значимых отношений» [29]. В указанной ситуации «меняется контент интегрированной медико-социальной помощи в связи с физическими и социальными депривациями, сокращением социального пространства, повышением роли медико-социальной и семейной поддержки, ограничением самоменеджмента» [30]. Мезоуровень континуума интегрированной помощи в терминальной ситуации заболевания предполагает «формирование медико-социальной помощи при объединении медицинской помощи с другими сервисами», микроуровень — «комплаенс пациента, его семьи и специалистов» [30].

В многочисленных исследованиях представлены убедительные доказательства влияния континуума интегрированной помощи на качество жизни больных с хроническими заболеваниями. Мы считаем, что перспективные исследования контента интегрированной помощи, связанные с изучением оптимального соотношения медико-социальных компонентов континуума в ситуациях болезни, помогут решить комплексную проблему повышения качества медицинской помощи пациентам с хроническими болезнями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Никифоров С.А., Алленов А.М., Арестова А.А., и др. Психическое здоровье и хронические неинфекционные заболевания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 6. С. 1252–1258. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1252-1258
2. Шарипов Ш.З., Бандаев И.С., Турсунов Р.А., и др. Оценка бремени хронических неинфекционных заболеваний и её ассоциация с факторами риска развития раковых болезней // Здравоохранение Таджикистана. 2019. № 3. С. 87–93.
3. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism // *Ann Fam Med*. 2003. Vol. 1, N 1. P. 4–7. doi: 10.1370/afm.47
4. Хальфин Р.А., Мадьянова В.В., Качкова О.Е., и др. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2019. Т. 23, № 1. С. 104–114. doi: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114
5. Krumholz H., Currie R., Riegel B., et al. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group // *Circulation*. 2006. Vol. 114, N 13. P. 1432–1445. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.177322
6. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. Москва: Медицина, 2003.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Не указан.

Вклад авторов. И.Л. Кром — концепция и дизайн; М.Г. Еремина, М.Д. Сапогова, Г.С. Петров — аналитический обзор литературы; И.Л. Кром, М.Г. Еремина, М.Д. Сапогова, Г.С. Петров — написание текста; И.Л. Кром — подтверждение окончательного варианта статьи. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFO

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. Not specified.

Author contribution. I.L. Krom — the concept and design; M.G. Yeremina, M.D. Sapogova, G.S. Petrov — analytical review of literature; I.L. Krom, M.G. Yeremina, M.D. Sapogova, G.S. Petrov — article text; I.L. Krom — approval of the final version of the article. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

7. Leutz W.N. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom // *Milbank Q*. 1999. Vol. 77, N 1. P. 77–110. doi: 10.1111/1468-0009.00125
8. Shortell S.M. Reflections on the Five Laws of Integrating Medical and Social Services—21 Years Later // *Milbank Q*. 2021. Vol. 91, N 1. P. 91–98. doi: 10.1111/1468-0009.12495
9. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: основные элементы для действий: глобальный доклад [интернет]. Всемирная организация здравоохранения [дата обращения: 04.10.2022]. Доступ по ссылке: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/104195>
10. Wagner E.H., Von Korff M., Austin B.T. Organizing care for patients with chronic illness // *Milbank Q*. 1996. Vol. 74, N 4. P. 511–544.
11. Czypionka T., Kraus M., Reiss M., et al. The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs // *BMC Health Serv Res*. 2020. Vol. 20, N 1. P. 1102. doi: 10.1186/s12913-020-05917-9
12. Rees G.H., Crampton P., Gauld R., MacDonell S. Rethinking workforce planning for integrated care: using scenario analysis to facilitate policy development // *BMC Health Serv Res*. 2020. Vol. 20, N 1. P. 429. doi: 10.1186/s12913-020-05304-4
13. O'Farrell A., McCombe G., Broughan J., et al. Measuring integrated care at the interface between primary care and secondary

care: a scoping review // *Journal of Integrated Care*. 2022. Vol. 30, N. 5. P. 37–56. doi: 10.1108/JICA-11-2020-0073

14. Пустынникова Е.В. Инновационные аспекты развития здравоохранения на основе межфирменной интеграции // *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Экономика и менеджмент*. 2020. Т. 14, № 4. С. 93–99.

15. Кича Д.И., Макарян А.С., Пачгин И.В. Интеграционные процессы в здравоохранении // *Вестник новых медицинских технологий*. 2013. Т. 20, № 4. С. 141.

16. Arai H., Ouchi Y., Toba K., et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan // *Geriatr Gerontol Int*. 2015. Vol. 15, N 6. P. 673–687 doi: 10.1111/ggi.12450

17. Ajani J.A., D'Amico T.A., Bentrem D.J., et al. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology // *J Natl Compr Canc Netw*. 2019. Vol. 17, N 7. P. 855–883. doi: 10.6004/jnccn.2019.0033

18. Escudier B., Porta C., Schmidinger M., et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up // *Ann Oncol*. 2019. Vol. 30, N 5. P. 706–720. doi: 10.1093/annonc/mdz056

19. Henning C., Ahnby U., Osterstrom S. Senior housing in Sweden: a new concept for aging in place // *Soc Work Public Health*. 2009. Vol. 24, N 3. P. 235–254. doi: 10.1080/19371910802595307

20. Nolte E., McKee M., editors. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education, 2011. Доступ по ссылке: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/caring-for-people-with-chronic-conditions.pdf>. Дата обращения: 04.10.2022.

21. Третьяков А.А., Перхов В.И. О медико-социальной интеграции в современном здравоохранении // *Медицина и организация здравоохранения*. 2020. Т. 5, № 1. С. 4–11.

22. Lin X.J., Lin I.M., Fan S.Y. Methodological issues in measuring health-related quality of life // *Tzu Chi Medical Journal*. 2013. Vol. 5, N 1. P. 8–12.

23. Hardy B., Mur Veemanu I., Steenbergen M., Wistow G. Interagency services in England and the Netherlands // *Health Policy*. 1999. Vol. 48, N 2. P. 87–105. doi: 10.1016/s0168-8510(99)00037-8

24. Gröne O., Garcia-Barbero M., WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services // *Int J Integr Care*. 2001. Vol. 1. P. e21.

25. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe // *Int J Integr Care*. 2004. Vol. 4. P. e10. doi: 10.5334/ijic.107

26. Payne R. Chronic pain: challenges in the assessment and management of cancer pain // *J Pain Symptom Manage*. 2000. Vol. 19, Suppl. 1. P. S12–S15. doi: 10.1016/s0885-3924(99)00123-2

27. Silver J.K., Raj V.S., Fu J.B., et al. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services // *Support Care Cancer*. 2015. Vol. 23, N 12. P. 3633–3643. doi: 10.1007/s00520-015-2916-1

28. Santiago-Palma J., Payne R. Palliative care and rehabilitation // *Cancer*. 2001. Vol. 92, Suppl. 4. P. 1049–1052. doi: 10.1002/1097-0142(20010815)92:4<1049::aid-cnrc1418>3.0.co;2-h

29. Cherny N.I., Coyle N., Foley K.M. Guidelines in the care of the dying cancer patient // *Hematol Oncol Clin North Am*. 1996. Vol. 10, N 1. P. 261–286. doi: 10.1016/s0889-8588(05)70338-5

30. Шмеркевич А.Б., Кром И.Л., Еругина М.В. Концептуальные подходы к формированию региональной модели интегрированной медико-социальной помощи онкологическим больным: коллективная монография. Саратов, 2020.

REFERENCES

1. Nikiforov SA, Allenov AM, Arestova AA, et al. The mental health and chronic infectious diseases. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2020;28(6):1252–1258. (In Russ). doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1252-1258

2. Sharipov SZ, Bandaev IS, Tursunov RA, et al. Estimation of the burden of chronic non-communicable diseases and its association with the risk factors of the cancerous diseases. *Health care of Tajikistan*. 2019;(3):87–93. (In Russ).

3. Grumbach K. Chronic illness, comorbidities, and the need for medical generalism. *Ann Fam Med*. 2003;1(1):4–7. doi: 10.1370/afm.47

4. Khalfin RA, Madyanova VV, Kachkova OE, et al. Patient-centered medicine: background to the transformation and components. *RUDN Journal of Medicine*. 2019;23(1):104–114. (In Russ). doi: 10.22363/2313-0245-2019-23-1-104-114

5. Krumholz H, Currie R, Riegel B, et al. A taxonomy for disease management: a scientific statement from the American Heart Association Disease Management Taxonomy Writing Group. *Circulation*. 2006;114(13):1432–1445. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.177322

6. Starodubov VI, Mikhailova YuV, Ivanova AE. *Zdorov'e naseleniya Rossii v sotsial'nom kontekste 90-kh godov: problemy i perspektivy*. Moscow: Meditsina; 2003. (In Russ).

7. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77–110. doi: 10.1111/1468-0009.00125

8. Shortell SM. Reflections on the Five Laws of Integrating Medical and Social Services—21 Years Later. *Milbank Q*. 2021;91(1):91–98. doi: 10.1111/1468-0009.12495

9. Novatorskie metody okazaniya pomoshchi pri khronicheskikh sostoyaniyakh: osnovnye elementy dlya deistvii: global'nyi doklad [Internet]. World Health Organization [cited 4 October 2022]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/104195>. (In Russ).

10. Wagner EH, Von Korff M, Austin BT. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511–544.

11. Czypionka T, Kraus M, Reiss M, et al. The patient at the centre: evidence from 17 European integrated care programmes for persons with complex needs. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1102. doi: 10.1186/s12913-020-05917-9

12. Rees GH, Crampton P, Gauld R, MacDonell S. Rethinking workforce planning for integrated care: using scenario analysis to facilitate policy development. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):429. doi: 10.1186/s12913-020-05304-4

13. O'Farrell A, McCombe G, Broughan J, et al. Measuring integrated care at the interface between primary care and secondary

care: a scoping review. *Journal of Integrated Care*. 2022;30(5):37–56. doi: 10.1108/JICA-11-2020-0073

14. Pustynnikova EV. Innovative aspects of healthcare development based on inter-company integration. *Bulletin of South Ural State University. Series «Economics and Management»*. 2020;14(4):93–99.

15. Kicha DI, Makaryan AS, Pachgin IV. Integration processes in the health care. *Journal of New Medical Technologies*. 2013;20(4):141. (In Russ).

16. Arai H, Ouchi Y, Toba K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(6):673–687. doi: 10.1111/ggi.12450

17. Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, et al. Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers, Version 2, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2019;17(7):855–883. doi: 10.6004/jnccn.2019.0033

18. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2019;30(5):706–720. doi: 10.1093/annonc/mdz056

19. Henning C, Ahnby U, Osterstrom S. Senior housing in Sweden: a new concept for aging in place. *Soc Work Public Health*. 2009;24(3):235–254. doi: 10.1080/19371910802595307

20. Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press/McGraw-Hill Education; 2011. Available from: <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/caring-for-people-with-chronic-conditions.pdf>. Accessed: 04.10.2022.

21. Tret'yakov AA, Perkhov VI. On medical and social integration in modern healthcare system. *Medicine and Organization of Health Care*. 2020;5(1):4–11. (In Russ).

22. Lin XJ, Lin IM, Fan SY. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*. 2013;5(1):8–12.

23. Hardy B, Mur Veemanu I, Steenbergen M, Wistow G. Inter-agency services in England and the Netherlands. *Health Policy*. 1999;48(2):87–105. doi: 10.1016/s0168-8510(99)00037-8

24. Gröne O, Garcia-Barbero M, WHO European Office for Integrated Health Care Services. Integrated care. A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *Int J Integr Care*. 2001;1:e21.

25. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *Int J Integr Care*. 2004;4:e10. doi: 10.5334/ijic.107

26. Payne R. Chronic pain: challenges in the assessment and management of cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2000;19 Suppl. 1:S12–S15. doi: 10.1016/s0885-3924(99)00123-2

27. Silver JK, Raj VS, Fu JB, et al. Cancer rehabilitation and palliative care: critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Support Care Cancer*. 2015;23(12):3633–3643. doi: 10.1007/s00520-015-2916-1

28. Santiago-Palma J, Payne R. Palliative care and rehabilitation. *Cancer*. 2001;92 Suppl. 4:1049–1052.

doi: 10.1002/1097-0142(20010815)92:4<1049:aid-cnrcr1418>3.0.co;2-h

29. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Guidelines in the care of the dying cancer patient. *Hematol Oncol Clin North Am*. 1996;10(1):261–286. doi: 10.1016/s0889-8588(05)70338-5

30. Shmerkevich AB, Krom IL, Erugina MV. *Kontseptual'nye podkhody k formirovaniyu regional'noi modeli integrirovannoi mediko-sotsial'noi pomoshchi onkologicheskim bol'nym: kollektivnaya monografiya*. Saratov; 2020. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

***Кром Ирина Львовна**, д.м.н., профессор;
адрес: Россия, 410012, Саратов, ул. Б. Казачья, д. 8;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1355-5163>;
eLibrary SPIN: 4854-1094; e-mail: irina.crom@yandex.ru

Еремина Мария Геннадьевна;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9752-1352>;
eLibrary SPIN: 9205-0670; e-mail: 913693@mail.ru

Сапогова Мария Дмитриевна;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6495-9884>;
eLibrary SPIN: 2289-3152; e-mail: maria.sapogova@mail.ru

Петров Геннадий Серафимович;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2312-5271>;
eLibrary SPIN: 4491-3873; e-mail: petrovgs2007@yandex.ru

AUTHORS INFO

***Irina L. Krom**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor;
address: 8, Bolshaya Kazachia Str., 410012, Saratov, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1355-5163>;
eLibrary SPIN: 4854-1094; e-mail: irina.crom@yandex.ru

Maria G. Yeremina;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9752-1352>;
eLibrary SPIN: 9205-0670; e-mail: 913693@mail.ru

Maria D. Sapogova;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6495-9884>;
eLibrary SPIN: 2289-3152; e-mail: maria.sapogova@mail.ru

Gennady S. Petrov;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2312-5271>;
eLibrary SPIN: 4491-3873; e-mail: petrovgs2007@yandex.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author