



ОСОБЕННОСТИ ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ: ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, ДОВЕРИЕ, ДОСТУПНОСТЬ

Кирилл Евгеньевич Яценко¹
Михаил Фёдорович Носков²

¹ Институт государственной службы
и управления РАНХиГС;
ООО «Забота и улыбка»

Москва, Россия;

² Новосибирский государственный
педагогический университет
Новосибирск, Россия;
Тобольский филиал Тюменского
индустриального университета,
Тобольск, Россия

¹ yatsenko-kir@mail.ru,

ORCID [0009-0006-4675-9030](https://orcid.org/0009-0006-4675-9030)

² Eggl@rambler.ru,

ORCID [0000-0002-4514-7925](https://orcid.org/0000-0002-4514-7925)

Для цитирования: Яценко К. Е., Носков М. Ф. Особенности институционализации паллиативной помощи в России: информационное обеспечение, доверие, доступность // Социологическая наука и социальная практика. 2026. Т. 14, № 2. С. 113–128. DOI [10.19181/snsp.2026.14.2.6](https://doi.org/10.19181/snsp.2026.14.2.6). EDN SCSLSM.

Аннотация. Паллиативная помощь является важным элементом современной системы здравоохранения и социальной политики, отражающим отношение общества к уязвимости, боли и умиранию. В условиях старения населения и роста хронических неизлечимых заболеваний проблема доступности и качества паллиативной помощи приобретает особую социальную значимость. Целью статьи является социологический анализ особенностей развития и функционирования паллиативной помощи в России с акцентом на институциональные механизмы, определяющие её доступность. Теоретико-методологической основой анализа выступают институциональный подход, концепции социологии заботы и теории социального неравенства, позволяющие рассматривать паллиативную помощь как социальный институт, формирующийся на пересечении формальных регуляций и реальных практик ухода. Использование сравнительного подхода даёт возможность сопоставить российскую модель паллиативной помощи с зарубежными практиками и определить её место в глобальной типологии

систем паллиативной помощи. Социологический подход позволяет выявить факторы, требующие управленческого воздействия для преодоления ситуации, при которой фактический охват населения паллиативной помощью остаётся ограниченным и характеризуется выраженными региональными и социальными неравенствами, несмотря на наличие в Российской Федерации нормативно-правовой базы и государственной вовлечённости в развитие данной сферы.

Ключевые слова: паллиативная помощь, система здравоохранения, хосписная помощь, качество жизни, хронические неизлечимые заболевания, социальная политика, доступность медицинской помощи

Введение

Паллиативная помощь в последние десятилетия становится одним из ключевых направлений развития систем здравоохранения и социальной политики в условиях старения населения, роста хронических и неизлечимых заболеваний, а также изменения общественного отношения к уязвимости, боли и умиранию. В международной практике паллиативная помощь рассматривается не только как медицинская услуга, но и как комплексный социальный институт, обеспечивающий поддержку пациентов и их семей на завершающих этапах жизни. В этом контексте уровень развития паллиативной помощи выступает важным индикатором социальной зрелости общества и способности государства обеспечивать защиту наиболее уязвимых групп населения.

В Российской Федерации в 2010-е гг. была сформирована нормативно-правовая база, закрепившая паллиативную помощь как самостоятельное направление медицинской деятельности. Принятие Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹, а также последующих подзаконных актов создало институциональные условия для развития системы паллиативной помощи. Вместе с тем, несмотря на формальное закрепление данного вида помощи и декларируемую государственную поддержку, фактическая доступность паллиативной помощи для населения остаётся ограниченной и характеризуется выраженными региональными и социальными неравенствами. Существенная часть нуждающихся пациентов по-прежнему не получает своевременного и комплексного сопровождения, а значительная нагрузка по уходу за неизлечимо больными возлагается на семьи и некоммерческий сектор.

Актуальность исследования, представленного в статье, обусловлена необходимостью социологического осмысления причин противоречия между нормативной обеспеченностью института паллиативной помощи и практикой его функционирования. В рамках социологии медицины и социальной политики паллиативная помощь может рассматриваться как особый «режим заботы»,

¹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Министерство здравоохранения Российской Федерации: сайт. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025> (дата обращения: 06.02.2026).

в котором ответственность за поддержку пациента распределяется между государством, семьёй и некоммерческими организациями. Анализ фактического состояния этого распределения позволяет выявить структурные ограничения системы, механизмы воспроизводства неравенств и факторы, влияющие на реальный доступ к помощи.

Целью статьи является социологический анализ особенностей развития и функционирования паллиативной помощи в России с акцентом на институциональные механизмы, определяющие её доступность. В качестве исследовательского вопроса рассматривается проблема ограниченной доступности паллиативной помощи в условиях наличия нормативно-правовой базы и государственной вовлечённости. Теоретико-методологической основой исследования выступают институциональный подход, концепции социологии заботы и теории социального неравенства, позволяющие рассматривать паллиативную помощь как социальный институт, формирующийся на пересечении формальных регуляций и реальных практик ухода.

Статья основана на анализе вторичных данных, включая нормативные правовые акты, официальную статистику, материалы Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), а также результаты российских и зарубежных исследований в области паллиативной помощи и социологии медицины. Использование сравнительного подхода позволяет сопоставить российскую модель паллиативной помощи с зарубежными практиками и определить её место в глобальной типологии систем паллиативной помощи.

Паллиативная помощь как социальный институт: модели организации, управления и функционирования

В современной социологии медицины паллиативная помощь рассматривается как социальный институт, формирующийся на пересечении системы здравоохранения, социальной политики и семейных практик ухода. Институциональный анализ позволяет выявить, каким образом нормативные регуляции, профессиональные стандарты и неформальные практики заботы определяют реальные возможности получения паллиативной помощи различными социальными группами.

С точки зрения институционального подхода паллиативная помощь представляет собой относительно новый и незавершённый социальный институт, характеризующийся размытостью границ и неоднозначным распределением ответственности между основными акторами. Государство формально закрепляет обязательства по оказанию паллиативной помощи и обеспечивает нормативно-правовую основу её функционирования, однако значительная часть практической реализации возлагается на медицинские организации, некоммерческий сектор и семьи пациентов. В результате формируется гибридная модель, в которой формальные и неформальные элементы института сосуществуют и зачастую вступают в противоречие.

Важным аналитическим инструментом для понимания специфики паллиативной помощи является социология заботы, в рамках которой внимание смещается с медицинских технологий на социальные отношения, эмоциональный труд и распределение заботы. В данном контексте забота выступает не только как профессиональная деятельность, но и как моральное обязательство, значительная часть которого ложится на ближайшее окружение пациента. Это особенно характерно для обществ с ограниченной институциональной поддержкой, где семья становится ключевым субъектом паллиативного ухода.

С позиции теорий социального неравенства доступ к паллиативной помощи определяется совокупностью структурных факторов, включая регион проживания, уровень развития медицинской инфраструктуры, социально-экономическое положение семьи и степень информированности населения. Наличие формальных прав на получение паллиативной помощи не гарантирует её фактической доступности, что приводит к воспроизводству территориальных и социальных различий. В условиях неоднородности российской системы здравоохранения такие неравенства приобретают устойчивый характер и оказывают существенное влияние на качество жизни пациентов и их близких.

Таким образом, рассмотрение паллиативной помощи как социального института позволяет выйти за рамки медицинского подхода и выявить системные ограничения её развития в России. Институциональная незавершённость, фрагментарность механизмов поддержки и высокая зависимость от ресурсов семьи и некоммерческого сектора формируют особый режим заботы, в котором декларируемые государственные гарантии не всегда трансформируются в реальные социальные практики. Такой теоретический фокус задаёт аналитическую рамку для дальнейшего рассмотрения исторических и современных особенностей организации паллиативной помощи в Российской Федерации.

Модели паллиативной помощи. Мировой опыт развития паллиативной помощи демонстрирует разнообразие институциональных моделей, отражающих особенности национальных систем здравоохранения, социальной политики и культурных представлений о заботе и умирании. ВОЗ рассматривает паллиативную помощь как неотъемлемую часть универсального охвата медицинской помощью и подчёркивает необходимость её интеграции на всех уровнях системы здравоохранения – от первичного звена до специализированных стационаров.

Наиболее развитые модели паллиативной помощи сформированы в странах с устойчивыми системами социального государства и высокой степенью межсекторального взаимодействия. В Великобритании паллиативная помощь исторически развивалась в рамках хосписного движения, а затем была интегрирована в Национальную службу здравоохранения. Существенную роль в этой модели играет некоммерческий сектор, однако его деятельность дополняет, а не заменяет государственные обязательства. Паллиативная помощь доступна на различных этапах заболевания и предоставляется в стационарных, амбулаторных и домашних условиях, что способствует снижению нагрузки на семьи и обеспечивает преемственность ухода.

Аналогичные черты характерны для канадской модели, в которой паллиативная помощь интегрирована в систему общественного здравоохранения и финансируется преимущественно за счёт государственных средств при активном участии региональных и муниципальных структур.

Американская концепция паллиативной помощи придаёт первостепенное значение борьбе с болью и решению психологических, социальных и духовных проблем пациента. Её ключевая цель – достижение наилучшего возможного качества жизни как для самого больного, так и для его семьи. При этом подчёркивается, что такая помощь необходима не только пациентам с терминальными онкологическими заболеваниями, но и incurable больным, страдающим от тяжёлых хронических прогрессирующих заболеваний различных систем и органов на конечных стадиях их развития [1].

В странах Центральной и Восточной Европы формирование паллиативной помощи происходило в условиях трансформации постсоциалистических систем здравоохранения. Для таких стран, как Чехия и Польша, характерен постепенный переход от фрагментарных благотворительных инициатив к более институционализированным формам паллиативной помощи. Как и Россия, они унаследовали высокоцентрализованные медицинские системы, дефицит кадровых ресурсов и низкую институционализацию паллиативной помощи в советский период¹. Чехия показательна в контексте сравнительного анализа с Россией, поскольку её развитие паллиативной помощи также было постепенным и зависело от реформ страховой медицины. Так, государственное возмещение услуг домашнего ухода было введено только в 2018 году, что существенно задержало развитие сектора. Для Польши характерно более активное участие религиозных организаций, но при этом система также испытывает кадровый дефицит.

Несмотря на развитие нормативной базы и расширение сети хосписов, упомянутые системы по-прежнему сталкиваются с проблемами кадрового обеспечения, региональных различий и ограниченной интеграции паллиативной помощи в первичное звено здравоохранения. Тем не менее в ряде стран наблюдается устойчивое движение в сторону повышения доступности и признания паллиативной помощи важным элементом социальной политики.

Формирование и институционализация паллиативной помощи в России

Российский опыт организации помощи тяжелобольным имеет глубокие исторические корни. Так, первая в стране община сестёр милосердия – Петербургская Свято-Троицкая обитель (1844) – уже в XIX в. реализовывала комплексный подход, включавший женскую больницу, приют для детей, отделение сестёр милосердия и богадельню для неизлечимо больных, что

¹ Лучка М. Паллиативная помощь в Чехии. От инициативы к повседневной практике // PACED : сайт. URL: https://paced.org.uk/czech_rus#rec1065958931 (дата обращения: 06.02.2026).

можно считать прообразом системной заботы о нуждающихся в паллиативной помощи.

Формирование паллиативной помощи в России имеет длительную и неоднородную историю, в рамках которой медицинские, социальные и благотворительные практики развивались фрагментарно и без единой институциональной логики. До начала XX в. забота о неизлечимо больных преимущественно осуществлялась в форме семейного ухода и благотворительных инициатив, включая деятельность религиозных и общественных организаций. Медицинское сопровождение пациентов на терминальных стадиях заболеваний носило ограниченный характер и не рассматривалось как самостоятельное направление здравоохранения [2].

В советский период проблема паллиативной помощи фактически оказалась вытесненной из публичного и профессионального дискурса. Доминирование идеологии медицинского оптимизма, ориентированной на излечение и восстановление трудоспособности, способствовало маргинализации тем, связанных с умиранием, хронической болью и длительным уходом. Забота о неизлечимо больных в значительной степени перекладывалась на семьи, а институциональные формы поддержки носили эпизодический характер. Отсутствие специализированных служб и подготовленных кадров обусловило формирование устойчивой практики «невидимости» паллиативных пациентов в системе здравоохранения.

Существенные изменения в развитии паллиативной помощи начались в постсоветский период, прежде всего с появлением хосписного движения и активизации некоммерческих организаций. В 1990–2000-е гг. именно НКО и профессиональные сообщества стали основными инициаторами внедрения принципов паллиативной помощи, заимствованных из мировой практики. В этот период открываются первые хосписы, развиваются образовательные программы для медицинских работников и создаётся экспертное поле, способствующее институциональному признанию паллиативной помощи [3].

Следующий этап связан с формированием нормативно-правовой базы. Принятие Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011) впервые юридически закрепило понятие паллиативной помощи. Это стало рубежом, после которого государство перешло от поддержки отдельных инициатив к построению системной модели.

Дополнительно правовое поле укреплено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи»¹ и Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Обеспечение охраны паллиативной помощи».

¹ Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/372н.

Федерации «Развитие здравоохранения»»¹. Эти нормативные акты детализируют порядок организации паллиативной помощи, регулируют взаимодействие между медицинскими и социальными службами, а также обеспечивают доступ пациентов к необходимым медицинским изделиям и лекарственным средствам.

Современный этап развития паллиативной помощи в России характеризуется сочетанием формальной нормативной закреплённости и практической фрагментарности. Система продолжает опираться на неравномерное распределение ресурсов, значительную роль некоммерческого сектора и высокую степень вовлечённости семей пациентов. В результате институционализация паллиативной помощи остаётся незавершённой, а её развитие осуществляется в условиях структурных ограничений, связанных с кадровым дефицитом, региональной дифференциацией и ограниченной межведомственной координацией. Эти особенности во многом определяют современные проблемы доступности паллиативной помощи и задают контекст для её сравнения с зарубежными моделями.

Анализ места России в глобальной типологии систем паллиативной помощи требует обращения к классификации ВОЗ. Данная организация определяет развитие паллиативной помощи как многоуровневый процесс, где ключевым критерием служит степень её интеграции в общегосударственную систему здравоохранения. Эта типология, подобно инструментам оценки в управленческих науках, позволяет объективно оценить уровень зрелости института паллиативной помощи в конкретной стране.

Классификация выявляет, насколько полно и системно выстроены механизмы оказания помощи, а какие элементы остаются неразвитыми или фрагментарными. Она служит основой для сопоставления прогресса России с международными стандартами и выявления стратегических точек роста для отечественной системы.

Согласно «Глобальному атласу паллиативной помощи»², Россия относится к группе 4А – «предварительная интеграция». Это одна из верхних категорий развития, однако она подразумевает не завершённость процесса, а его переходный характер. Принадлежность России к этой группе означает несколько ключевых характеристик:

- развитая нормативная база, включающая правовое определение паллиативной помощи, стандарты оказания услуг и регулирующую документацию, сформировавшуюся в 2010-е гг.;
- расширяющаяся сеть организаций, охватывающая как государственные, так и негосударственные структуры (включая региональные хосписы, выездные службы, кабинеты паллиативной помощи);

¹ Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 № 1640.

² Атлас мира по паллиативной помощи в конце жизни / Под ред. С. Р. Коннор, М. С. Бермедо ; Д. В. Невзорова ; пер. О. Цейтлина. ВОЗ, 2014. 101 с. URL: https://fondvera.ru/upload/news_images/images111/Global%20Atlas%20Russian.pdf (дата обращения: 06.02.2026).

- сохраняющиеся структурные ограничения, главным образом низкий фактический охват населения и выраженная неравномерность развития между регионами – от Москвы и Санкт-Петербурга до территорий, где инфраструктура всё ещё находится в зачаточном состоянии.

Текущее положение России в глобальной типологии паллиативной помощи отражает двойственность её институциональной модели. С одной стороны, в стране уже созданы системные элементы, формально соответствующие стандартам развитых государств. С другой стороны, их практическая реализация не гарантирует равного и повсеместного доступа к качественной помощи. С позиции социологии институтов такая ситуация может быть интерпретирована как признак незавершённой институционализации: правовые нормы и организационные структуры существуют, однако механизмы их устойчивого функционирования и реального воплощения остаются слабыми и фрагментированными.

Стратегической целью, которую формулируют эксперты и профессиональное сообщество, является переход России в категорию 4В по классификации ВОЗ – к практике стран с высокоразвитой, комплексной системой паллиативной помощи, таким как Канада, Германия или Япония. Достижение этой цели предполагает не просто совершенствование нормативной базы, но глубокую структурную трансформацию всей системы. Ключевыми направлениями такой трансформации выступают:

- *развитие кадрового потенциала*: что предполагает системное увеличение числа и повышение квалификации специалистов – врачей паллиативной помощи, медицинских сестёр, клинических психологов, специалистов по боли. Это требует формирования непрерывных образовательных программ и утверждения единых профессиональных стандартов;
- *налаживание межведомственной координации*, то есть преодоление ведомственной разобщённости и создание эффективных механизмов взаимодействия между службами здравоохранения, социальной защиты, некоммерческим сектором и органами региональной власти;
- *приоритетное развитие домашнего ухода* – активное внедрение и поддержка услуг по сопровождению пациентов на дому, что является краеугольным камнем высокоинтегрированных моделей (4В) и позволяет обеспечить качество жизни вне стен стационара.

Таким образом, переход на более высокий уровень интеграции означает не просто количественный рост учреждений, а качественное изменение самой логики системы – от фрагментарной и эпизодической помощи к целостной, устойчивой и междисциплинарной модели сопровождения пациента и его семьи.

Доступность паллиативной помощи в современной России: неравенства, доверие, информированность

Доступность паллиативной помощи в современной России складывается под влиянием сложного переплетения социальных условий, институциональных

возможностей и культурных особенностей общества. Как и в любой организационной системе, реальный уровень доступности определяется не только формальными нормативами, но и целым комплексом факторов: масштабом потребности, распределением ресурсов, кадровым потенциалом, информированностью населения и степенью доверия к самой системе.

Оценки экспертов указывают на значительный разрыв между потребностью и реальным охватом. Ежегодно в паллиативной помощи нуждаются около 1,2–1,3 млн россиян, включая примерно 700 тыс. пациентов в терминальной стадии заболеваний. Фактически же помощь получают лишь 200–250 тыс. человек, что составляет 15–20% от общего числа нуждающихся¹.

Наиболее остро проблема доступности проявляется в региональном неравенстве. Обеспеченность паллиативными койками варьируется от 0,3 до более чем 1,0 на 10 тыс. населения в зависимости от субъекта РФ. Такие диспропорции объясняются несколькими причинами:

- уровень бюджетной обеспеченности региона, от которого напрямую зависят возможности создания и содержания хосписов и кабинетов паллиативной помощи;
- активность некоммерческих организаций, которые во многих случаях компенсируют дефицит государственных ресурсов;
- качество подготовки специалистов, определяющее не только наличие, но и полноту оказываемых услуг.

В регионах с развитой инфраструктурой и подготовленными кадрами система демонстрирует способность адаптироваться к потребностям населения и обеспечивать более высокий уровень доступа.

Ключевым институциональным барьером остаётся острый дефицит квалифицированных врачей и медицинских сестёр паллиативной помощи. Причины этого дефицита имеют системный характер: низкий престиж специальности в профессиональной среде; исключительно высокая эмоциональная нагрузка, ведущая к профессиональному выгоранию; недостаточный уровень подготовки в медицинских вузах.

Как следствие, пациенты часто получают лишь минимальный медицинский уход, тогда как полноценная паллиативная помощь требует междисциплинарного подхода, включающего психологическую поддержку, социальное сопровождение и эффективный контроль боли.

Не менее значимым препятствием является низкая информированность населения. Данные исследований фонда «Вера» свидетельствуют, что большинство семей не знают о базовых правах и возможностях, таких как: право на получение паллиативной помощи как таковой; обязанность врачей назначать

¹ Методика расчёта контрольных показателей эффективности оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям // Сеченовский университет : сайт. 2020. URL: <https://palliativemed.sechenov.ru/upload/iblock/78b/kqt1od5zwcjw6y39777p0p3uonxhyran.pdf> (дата обращения: 06.02.2026).

опиоидные анальгетики при наличии показаний; возможность организации ухода на дому¹.

Эта неосведомлённость усугубляет социальное неравенство, поскольку наиболее уязвимые группы населения, как правило, располагают и меньшими ресурсами, и более ограниченным доступом к информации.

Важным социокультурным фактором остаётся уровень доверия к системе. Многие семьи сознательно выбирают домашний уход, отказываясь от услуг выездных служб. Такое решение обусловлено исторически сложившимися нормами «семейной заботы», настороженным отношением к государственным учреждениям и глубоко укоренённым страхом «госпитализации ради смерти». В итоге система сталкивается с необходимостью учитывать не только свои формальные возможности, но и то, как эти возможности воспринимаются и оцениваются гражданами.

Таким образом, доступность паллиативной помощи в России определяется сочетанием масштабной неудовлетворённой потребности, значительных региональных диспропорций, кадровых ограничений, недостаточной информированности населения и низкого уровня доверия к системе. С социологической точки зрения, повышение охвата и качества помощи требует не точечных мер, а комплексного подхода, который должен включать структурные реформы, системную подготовку специалистов, просветительскую работу с населением и последовательное выстраивание доверительных отношений между институтом паллиативной помощи и обществом.

В современном социологическом понимании паллиативная помощь представляет собой особый «режим заботы», в рамках которого ответственность за уход распределяется между тремя главными участниками: государством, семьёй и некоммерческими организациями. Эта система, подобно сложному механизму, функционирует благодаря совместным действиям и взаимной адаптации всех своих элементов.

Государство выступает как ключевой регулятор и организатор. Оно задаёт общие правила, финансирует учреждения и контролирует доступ к сильнодействующим обезболивающим. Однако декларируемые государством гарантии не всегда совпадают с реальностью. Пациенты по-прежнему сталкиваются с нехваткой подготовленных кадров, огромной разницей в качестве услуг между регионами и слабой развитостью выездных служб. Таким образом, государство создаёт необходимые институциональные рамки, но их практическое наполнение и эффективность зависят от множества местных факторов – ресурсов, координации и гибкости.

Семья в России выступает центральным и часто незаменимым агентом ежедневной заботы. Этот труд, по большей части лежащий на плечи женщин старшего поколения, обычно остаётся невидимым, неоплачиваемым

¹ Годовой отчет фонда «Вера». Вокруг человека // Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»: сайт. 2022. URL: <https://fondvera.ru/otchyety/2022/Годовой%20отчет%20фонда%20Вера%202022.pdf> (дата обращения: 06.02.2026).

и социально не признанным. Такая ситуация порождает феномен, который можно сравнить с «эмоциональным трудом» на работе, он требует огромных душевных и физических сил, но редко получает должную оценку. Именно семья часто берёт на себя роль главного адаптера, подстраиваясь под нужды больного и компенсируя пробелы в формальной системе помощи. При этом собственные социальные и экономические трудности семьи напрямую сказываются на том, какой уход она может обеспечить.

Некоммерческие организации (фонды, волонтерские движения) выполняют в этой системе критически важную роль «социальных инноваторов» и стабилизаторов. Они занимаются просвещением населения, поддерживают пилотные проекты, обучают специалистов и внедряют новые методы ухода. Особенно велико их значение в тех регионах, где государственная инфраструктура развита слабо. Там НКО фактически становятся центрами компетенции и координации помощи. С социологической точки зрения они выступают как адаптивный элемент, смягчающий неравенство и расширяющий доступ к поддержке.

В итоге эффективность паллиативной помощи в России определяется сложным взаимодействием и синергией этих трёх сил (государство, семья и НКО). Их слаженная работа способна повысить качество ухода, а дисбаланс – усугубить существующие проблемы: региональные диспропорции, непосильную нагрузку на семьи и уязвимость системы, зависимой от волонтерских усилий.

Статистические показатели развития паллиативной помощи отражают не только медицинские, но и социальные изменения. Данные Минздрава и профильных фондов свидетельствуют о некотором формальном росте: с 2017 по 2019 год количество специализированных коек увеличилось с 12 329 до 13 745, а кабинетов для взрослых – с 897 до 1 019¹. На первый взгляд, эти цифры указывают на расширение сети и укрепление института. Однако при социологическом анализе важно подчеркнуть, что простое количественное увеличение инфраструктуры само по себе не решает глубоких структурных проблем системы. Масштабный дефицит специализированных коек, нехватка квалифицированных кадров и недостаточное развитие выездных служб сохраняются, что указывает на устойчивый разрыв между законодательными гарантиями и реальной доступностью помощи для пациентов. Рост числа коек и кабинетов следует рассматривать не как полное преодоление кризиса, а как ограниченное расширение возможностей в рамках всё ещё уязвимой и не до конца сформированной системы.

С точки зрения социальной динамики, эти изменения отражают двойственный характер развития паллиативной помощи в России. С одной стороны, наблюдается постепенное укрепление института, с другой – сохраняется серьёзный дисбаланс между объективными потребностями населения и имеющимися ресурсами. Система, безусловно, развивается, но её внутренняя динамика пока

¹ Невзорова Д. В. Отчёт о развитии в Российской Федерации паллиативной медицинской помощи : URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/053/787/original/Отчет_за_2019_год.pdf?1610950683 (дата обращения: 06.02.2026).

недостаточна для того, чтобы охватить всех нуждающихся, особенно в регионах с изначально слабой инфраструктурой, где нагрузка ложится в основном на семьи и некоммерческие организации.

По отчётам Минздрава, в 2020 году число отделений выездной помощи выросло до 472, а количество бригад увеличилось до 758. За тот же год они совершили более 516 тыс. посещений, включая 72 тыс. – детям. Обновлённые статистические данные позволяют увидеть эту картину более детально. В России работает около 3 728 специализированных служб паллиативной помощи, включая амбулаторные кабинеты, выездные бригады и стационарные отделения. Среди них – 1 309 поликлинических кабинетов, 883 выездные домашние бригады (из которых 239 работают с детьми), а также 17 622 стационарные паллиативные койки. Функционируют 44 хосписа и 20 респираторных центров¹. Активность некоммерческого сектора также значительна: например, консультативная служба фонда AdVita к концу 2021 года сопровождала 2 840 семей, проведя за год более 9 300 консультаций². Однако согласно оценке проекта «Если быть точным», за 2022 год реальный охват паллиативной помощью составляет лишь около 52% от потребности, что, хотя и выше прежних оценок в 15–33%, всё равно указывает на значительный дефицит³.

Социологическая интерпретация этих цифр позволяет сделать несколько важных выводов. Во-первых, формальное расширение сети служб не гарантирует равного доступа для всех граждан. Институт паллиативной помощи действительно «разрастается» внутри системы здравоохранения, но сохраняющийся разрыв между потребностью и её удовлетворением свидетельствует о структурной ограниченности системы. Во-вторых, рост числа выездных бригад и посещений указывает на сдвиг модели ухода в сторону домашних условий. Это подчёркивает компенсаторную роль гибких, негосударственных форм помощи – прежде всего НКО и волонтёрских инициатив, которые заполняют пробелы государственной инфраструктуры. В-третьих, несмотря на положительные общенациональные тенденции, сохраняется резкое пространственное неравенство: в одних регионах созданы десятки служб, в других их практически нет. Это неравенство усугубляется зависимостью от местных бюджетов, активности гражданского общества и воли региональных властей. Наконец, данные подтверждают, что точечные меры и отдельные программы не способны решить проблему в масштабах страны. Требуется долгосрочная, комплексная стратегия,

¹ Отчёт о проделанной работе за 2020 год: URL: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/053/787/original/Отчет_за_2019_год.pdf?1610950683 (дата обращения: 06.02.2026).

² Годовой отчёт о деятельности Благотворительного фонда «АдВита» за 2021 год // AdVita: сайт. URL: <https://advita.ru/otchety/godovye-otchety/> (дата обращения: 06.02.2026).

³ Лакова К., Пирогова Е. В России больше 1,7 млн неизлечимо больных людей, которым нужен особый уход. Но его получает только половина от всех нуждающихся – или даже меньше // Если быть точным: сайт. URL: <https://techno.st/materials/v-rossii-bolse-17-mln-neizlecimo-bolnyx-liudei-kotorym-nuzen-osobyi-uxod-no-ego-polucaet-tolko-polovina-ot-vsex-nuzdaiushhixsia-ili-daze-mense> (дата обращения 29.05.2026).

включающая подготовку кадров, устойчивое финансирование, выравнивание межрегиональных различий и просвещение населения.

При этом важно учитывать методологические ограничения имеющихся данных. Отсутствие общероссийского регистра пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, затрудняет точную оценку как общей потребности, так и реального охвата услугами. Существующая статистика, особенно основанная на отчётах благотворительных организаций, может отражать лишь «видимую» часть айсберга, в то время как значительный объём домашнего ухода остаётся вне официального учёта. Кроме того, данные по развитым регионам, таким как Москва или Санкт-Петербург, не дают репрезентативной картины для всей страны, оставляя многие территории с низким уровнем развития служб в статистической тени.

Сравнивая российскую модель с международными практиками, можно отметить, что страна демонстрирует значительное нормативное развитие и высокий уровень государственной вовлечённости. Однако фактический охват остаётся ограниченным, кадровый дефицит сохраняется, а социальная видимость паллиативной помощи остаётся низкой. В сравнении с постсоциалистическими странами, такими как Чехия и Польша, Россия обладает более совершенной законодательной базой, но уступает в интеграции системы и преодолении кадровых проблем.

Таким образом, современная российская система паллиативной помощи находится на стадии «предварительной интеграции» (уровень 4А по классификации ВОЗ) и демонстрирует сочетание формальных достижений и фактических ограничений. Выход на уровень передовых мировых практик потребует комплексного подхода: расширения кадровых ресурсов, развития межведомственной координации, повышения информированности населения и внедрения прозрачных механизмов оценки качества.

Выводы

Подводя итог сказанному выше, отметим, что развитие паллиативной помощи в России следует рассматривать в контексте более широких процессов трансформации социальной политики, где сочетаются сильное государственное регулирование, активная роль НКО и традиционная семейная модель ухода. Институт паллиативной помощи находится в стадии частичной интеграции, а его ключевые ограничения – кадровые, информационные и организационные – имеют явную социальную природу.

Сравнительный анализ с международными моделями демонстрирует, что дальнейшее развитие паллиативной помощи требует не только медицинских реформ, но и социальных преобразований. Это включает формирование солидарных структур поддержки, признание уязвимости как общественной категории, сокращение региональных и социальных неравенств и расширение фактической доступности помощи для всех нуждающихся. Таким образом, социологическая

перспектива становится центральным инструментом анализа, планирования и оценки эффективности паллиативной политики в России.

Проведённое автором исследование актуализирует значимость социологического подхода, раскрывая несколько ключевых направлений анализа. Во-первых, предлагается институциональный подход к изучению развития паллиативной помощи в России, который показывает, как нормативные и организационные структуры формируют фактический доступ к помощи. Во-вторых, социологический фокус анализа рассматривает паллиативную помощь как «режим заботы», распределённый между тремя основными акторами – государством, семьёй и НКО, что позволяет ввести понятие социальных механизмов взаимодействия и распределения ответственности. Третий существенный результат связан с введением сравнительной перспективы. Сопоставление российской модели с мировыми практиками даёт возможность отнести её к типу «предварительной интеграции» (4А по классификации ВОЗ) и оценить сильные и слабые стороны института в глобальном контексте. Четвёртое направление касается социальной природы барьеров: исследование выявляет неравенства регионов, влияние культурных норм и дефицит доверия как ключевые факторы, ограничивающие доступ к паллиативной помощи.

Наконец, пятое направление отражает актуализацию проблемы социальной видимости боли и умирания в российском обществе. Подчёркивается, что признание этих процессов как общественно значимых категорий становится важной задачей для социологической науки и практики социальной политики.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Паллиативная помощь онкологическим больным: учеб. пособие / Г. А. Новиков, Н. А. Осипова, М. А. Вайсман [и др.] ; под ред. Г. А. Новикова, В. И. Чиссова. М. : ООД «Медицина за качество жизни», 2006. 192 с. ISBN 5-94039-009-9. EDN **ZAEJFZ**.
2. Гоглова О. О., Ерофеев С. В., Apelt R. История становления и организация хосписов // Вестник Ивановской медицинской академии. 2006. Т. 11, № 1-2. С. 83–85. EDN **JSGKUP**.
3. Cassell E. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine // New England Journal of Medicine. 1982. Vol. 306. P. 639–645.

Сведения об авторах

К. Е. Яценко

аспирант
врач

М. Ф. Носков

доктор технических наук,
профессор
SPIN-код: **1047-2872**

Вклад авторов в подготовку публикации:

К. Е. Яценко – 70% (подготовка общетеоретической и методологической основы

исследования, организация сбора и обработки социологических данных в ходе исследования, осуществление критического анализа и доработка текста статьи, участие в написании всех разделов статьи).

М. Ф. Носков – 30% (участие в сборе и обработке социологических данных в ходе исследования, участие в написании всех разделов статьи).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 05.12.2025; одобрена после рецензирования: 13.04.2026; принята к публикации: 26.05.2026.

Original article

DOI 10.19181/snsp.2026.14.2.6

SINGULARITY OF PALLIATIVE CARE INSTITUTIONALIZATION IN RUSSIA: INFORMATION SUPPORT, TRUST AND ACCESSIBILITY

Kirill Evgenievich Yatsenko¹
Mikhail Fyodorovich Noskov²

¹ Institute of Public Administration and
Civil Service (IPACS) of RANEPA
LLC “Zabota i ulybka”
Moscow, Russia;

² Novosibirsk State Pedagogical University,
Novosibirsk, Russia,
Tobolsk Branch of Tyumen Industrial University,
Tobolsk, Russia

¹ yatsenko-kir@mail.ru,
ORCID 0009-0006-4675-9030

² Eggl@rambler.ru,
ORCID 0000-0002-4514-7925

For citation: Yatsenko K. E., Noskov M. A. Singularity of palliative care institutionalization in Russia: information support, trust and accessibility. *Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika*. 2026;14(2):113–128. (In Russ.). DOI 10.19181/snsp.2026.14.2.6.

Abstract. Palliative care is an important element of the modern healthcare system and social policy, reflecting society's attitude towards vulnerability, pain, and dying. In the context of an aging population and an increase in chronic and incurable diseases, the issue of the availability and quality of palliative care becomes particularly important. The purpose of this article is to provide a sociological analysis of the development and functioning of palliative care in Russia, focusing on the institutional mechanisms that determine its accessibility. The theoretical and methodological basis of the analysis is the institutional approach, the concepts of sociology of care, and the theories of social inequality, which allow us to consider palliative care as a social institution that is formed at the intersection of formal regulations and real care practices. The use of a comparative approach makes it possible to compare the Russian model of palliative care with foreign practices and determine its place in the global typology of palliative care systems. A sociological approach allows us to identify factors that require

management intervention to overcome the situation in which the actual coverage of the population by palliative care remains limited and is characterized by pronounced regional and social inequalities, despite the existence of a regulatory framework and government involvement in the development of this area in the Russian Federation.

Keywords: palliative care, healthcare system, hospice care, quality of life, chronic incurable diseases, social policy, accessibility of medical care

REFERENCES

1. Novikov G. A., Osipova N. A. Vaisman M. A. Palliative care for oncology patients: textbook. The manual [Palliativnaya pomoshh' onkologicheskim bol'ny'm: ucheb. posobie]. Moscow: Medicina za kachestvo zhizni; 2006. 263 p. (In Russ.). ISBN 5-94039-009-9.
2. Goglova O. O., Yerofeev S. V., Apelt R. Hospices: history of formation and organization [Istoriya stanovleniya i organizaciya khospisov]. *Bulletin of the Ivanovo Medical Academy=Vestnik Ivanovskoj medicinskoj akademii*, 2006;11(1-2):83–85. (In Russ.).
3. Cassell E. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*. 1982;(306):639–645.

Information about the Authors

K. E. Yatsenko

Postgraduate Student,
medic

M. A. Noskov

Doctor of Technology,
Professor

Contribution of the authors:

K. E. Yatsenko – 70% (development of the general theoretical and methodological basis of the study, organization of the collection and processing of sociological data during the study, critical analysis and revision of the text of the article, participation in writing all sections of the article).

M. A. Noskov – 30% (participation in collection and processing of sociological data during the research, participation in writing of all sections of the article).

The authors declare no conflicts of interests.

The article was submitted 05.12.2026; approved after reviewing 13.04.2026; accepted for publication 26.05.2026.