

ФГБОУ ВО «ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

На правах рукописи

КОЗЛОВ ВЛАДИМИР АЛЕКСАНДРОВИЧ

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕШЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНОЙ И
СТРУКТУРНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА
РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор,

член.-корр. РАН

Костин Андрей Александрович

Иваново - 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. Предпосылки, проблемы и современные тенденции развития потенциала онкологической помощи (обзор литературы)	17
1.1 Эпидемиологические предпосылки развития онкологической помощи населению	17
1.2 Нормативно-правовой аспект развития потенциала онкологической помощи населению	20
1.3 Организационно-историческая эволюция странового и регионального потенциала онкологической помощи	24
1.4 Проблемы и перспективы развития инфраструктурного потенциала региональной онкологической службы	33
1.5 Медико-социальный аспект совершенствования онкологической помощи населению	37
1.6 Общие и различающиеся проблемы обеспечения результативности онкологической помощи и ее оценки в контексте региональных потенциалов здравоохранения	38
Глава 2. Программа и методика исследования	46
2.1 Программа исследования	46
2.2 Материалы и методы исследования	50
Глава 3. Консолидированная (субъекты центрального федерального округа России) и углубленная (Ивановская область) характеристика результативности онкологической помощи	57
3.1 Оценки результативности онкологической помощи и современных тенденций на уровне регионов ЦФО России	57
3.2 Углубленный анализ региональных особенностей результативности онкологической помощи (на примере субъекта ЦФО - Ивановской области).....	59
Глава 4. Правовая база, характеристика, выделение типовых проблем и региональных особенностей ресурсно-технологической результативности онкологической помощи населению в центральном федеральном округе России	78
4.1 Качество нормативного обеспечения и консолидированный анализ инфраструктурного потенциала обеспечения результативности онкологической помощи населению в субъектах ЦФО.	78
4.2 Углубленный анализ и выявление региональных особенностей ресурсно-технологического потенциала онкологической службы (на примере субъекта ЦФО - Ивановской области)	83

4.2.1 Организационная структура онкологической службы Ивановской области	83
4.2.2 Текущее состояние материально-технического и лекарственного компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической службы Ивановской области	86
4.2.3 Характеристика кадрового компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической службы Ивановской области	89
4.2.4 Характеристика онконастороженности врачей первичного звена разных систем здравоохранения	91
4.3 Характеристика медико-организационного компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической службы Ивановской области.....	95
4.3.1 Организация маршрутизации пациентов с онкопатологией в Ивановской области	96
4.3.2 Качество организации онкологической помощи населению в Ивановской области	103
4.4 Оценка состояния технологического компонента инфраструктурного потенциала онкологической службы Ивановской области	106
4.5 Оценка состояния имиджевого компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи Ивановской области	112
4.6 Интегральная оценка реализации потенциала ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи Ивановской области	113
Глава 5. Характеристика, выделение типовых проблем и региональных особенностей медико-социального потенциала обеспечения результативности онкологической помощи в субъектах центрального федерального округа России	118
5.1 Результаты консолидированной оценки и типовые проблемы результативности реализации медико-социального компонента потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ	118
5.2 Углубленный анализ и региональные особенности интегральной оценки реализации медико-социального потенциала онкологической помощи Ивановской области	123
5.3 Состояние онкоосведомленности и онкограмотности городского и сельского населения Ивановской области	126
5.4 Характеристика медицинской информированности пациентов, проходящих лечение в условиях онкодиспансера	138
5.5 Характеристика моделей принятия решений и медицинской активности пациентов со злокачественными новообразованиями после установления диагноза (на примере женщин с раком молочной железы и шейки матки)	141

Глава 6. Оценка вклада различных факторов в реализацию регионального потенциала повышения результативности онкологической помощи	148
6.1 Анализ частоты медико-социальных и ресурсно-технологических факторов потенциала онкологической помощи при разном уровне ее результативности	148
6.1.1 Анализ частоты медико-социальных факторов потенциала онкологической помощи при разном уровне ее результативности	148
6.1.2 Анализ частоты ресурсно-технологических факторов потенциала онкологической помощи при разном уровне ее результативности	151
Глава 7. Обоснование организационно-методической модели комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на основе развития ее регионального потенциала	162
7.1 SWOT – анализ проблем и направлений развития регионального потенциала онкологической помощи населению	162
7.2 Мероприятия по улучшению нормативно-правового регулирования онкологической помощи населению	168
7.3 Комплекс решений по повышению структурной результативности и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи на региональном уровне	170
7.4 Комплекс решений по повышению медико-социальной результативности и медико-социального потенциала онкологической помощи на региональном уровне	174
7.5 Оценка эффективности реализации мероприятий по совершенствованию региональной политики здравоохранения Ивановской области в части онкологической помощи населению	180
Заключение	185
Выводы.....	190
Практические рекомендации	192
Список использованной литературы	194
Приложение	230

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Злокачественные новообразования и организация онкологической помощи – актуальные и общественно значимые проблемы общественного здоровья и организации здравоохранения не только России, но и многих стран мира [Schneeweiss A., 2020; Socinski M.A., 2021]. Данные статистики и научных исследований говорят о недостаточной результативности онкологической помощи. Реализация Госпрограммы «Здравоохранение» должна была обеспечить достижение стратегической цели - снижение к 2024 году смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. населения. Однако, только половина регионов России (55) к 2023 году достигла целевых показателей [Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2024].

В 2025 г. в России стартовал федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» на перспективу до 2030. Он требует от региональных органов управления здравоохранением принятия комплексных решений по борьбе с онкологическими заболеваниями. Этому способствует приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», обеспечивающий преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах, а также внедрение в онкологической службе регионов новой организационной технологии - Центры амбулаторной онкологической помощи [Плигина Е.В., Семелева Е.В. 2023; Костин А.А., 2024].

Если в целом политика онкологической помощи в России закреплена в федеральных проектах, а также документах Правительства, в том числе Минздрава России, и понятна, то вот ее реализация на региональном уровне (уровне субъектов РФ) не всегда успешна и имеет недостаточный уровень предсказуемости, а значит и управляемости [Щепин В.О., 2024; Цыганова О.А., 2024]. Управление онкологической помощью, в том числе в регионах (территориальных единицах в рамках административных границ субъекта РФ), основывается на всестороннем

анализе ее результативности [Михайлова Ю.В., 2024; Сон И.М., 2024; Александрова О.Ю., с соавт., 2025]. Однако в научной литературе вопросы результативности онкологической помощи рассматривались сегментировано – медицинские, медико-социальные, структурные аспекты по отдельности, что не позволяло получить целостную ее характеристику, в том числе количественную, а следовательно, мешало принятию комплексных решений и обеспечению системной оптимизации помощи. Кроме того, наиболее полно обеспечить результативность онкологической помощи позволяет реализация ее регионального потенциала (оснащение онкодиспансеров современным диагностическим и лечебным оборудованием, состояние кадрового и технологического ресурсов) [Костин А.А., 2024; Кича Д.И., с соавт., 2025]. Вместе с тем, отсутствуют исследования, предлагающие универсальные методологические инструменты его интегральной оценки, анализа и развития.

Степень научной разработанности проблемы

Теоретическую основу оценки и анализа деятельности здравоохранения по профилю «онкология» составляют научные труды отечественных ученых А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.А. Костина, О.Ю. Александровой, Д.И. Кичи, А.В. Фоминой, и др., а также результаты исследований зарубежных авторов [Perusek D. Cancer, 2019; Kedrowski K., Sarow M., 2021; Buckman R., 2021; Holland J., Sheldon L., 2021], в том числе в части развития теории ценностно-ориентированного здравоохранения. Однако постановка руководством страны новых целей перед здравоохранением в части оказания онкологической помощи, изменение технологических возможностей и социально-экономических условий требует актуализации и научного обоснования новых подходов к решению практических задач, обладающих, с одной стороны, универсальностью (возможностью применения в разных регионах страны), а с другой – «чувствительностью» (учитывать региональную специфику условий и возможностей здравоохранения). Исследования показали, что в современной организации онкологической помощи населению в регионах остается целый ряд нерешенных вопросов, в том числе: не полное использования потенциала финансовых, человеческих, социальных,

материальных ресурсов онкологической службы [Ткаченко Е.В., с соавт. 2024; Хатьков И.Е., 2023; Костин А.А., Самсонов Ю.В., 2024; Хайлова Ж.В., 2024; Васильев В.В., 2025; Мерабишвили В.М., с соавт. 2025]. Авторы отмечают запаздывание региональных служб здравоохранения в вопросах цифровизации онкологической помощи, развития телемедицинских технологий [Зуенкова Ю.А., 2023; Ефремов С.А., с соавт. 2024; Новикова С.В., 2024]. Исследования последних лет не обеспечили комплексное понимание проблем и использования инструментов оценки регионального потенциала онкологической помощи, связь его реализации с результативностью помощи. Методологической основы для количественной (интегральной) оценки потенциала онкологической помощи регионального здравоохранения не предложено и ранее не проводилось, что осложняет возможность его мониторинга и межрегионального анализа. Не была предложена модель принятия комплексных решений повышения результативности онкологической помощи и ее организационный алгоритм.

Таким образом, существующие проблемные вопросы состояния и управления региональной онкологической помощью, требуют научного обоснования и разработки комплексных решений для повышения медико–социальной и структурной результативности онкологической помощи на основе максимального использования ее потенциала, что не нашло отражения в ранее проведенных исследованиях.

Цель и задачи исследования

Цель исследования: научно обосновать и разработать ряд комплексных решений повышения медико–социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне.

Задачи:

1. На основе данных литературы и нормативных документов определить приоритетные компоненты результативности и регионального потенциала онкологической помощи, разработать методику их интегральной оценки.

2. Изучить состояние медицинской, медико-социальной и ресурсной результативности, а также инфраструктуры онкологической помощи населению субъектов ЦФО Российской Федерации, провести их кластеризацию по уровню показателей, выделив универсальный регион для детального анализа.

3. Провести углубленный анализ, дать экспертную оценку федеральных и региональных нормативно-правовых аспектов, а также результатов развития ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи населению на межрегиональном (субъекты ЦФО РФ) и региональном (на примере универсального региона - Ивановской области) уровнях.

4. Представить сравнительный анализ и дать экспертную оценку современного состояния медико-социального потенциала онкологической помощи на межрегиональном и региональном уровнях.

5. Установить вклад и прогностическую значимость факторов регионального потенциала онкологической помощи в обеспечение ее результативности.

6. Разработать порядок интегральной оценки и организации мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи.

7. Разработать и внедрить организационно-технологическую модель комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на основе повышения ее регионального потенциала.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- Разработана методологическая основа для интегральной оценки медицинского, медико-социального и структурного компонентов результативности онкологической помощи, а также ее потенциала по двадцати двум значимым критериям, объединенных в два компонента (медико-социальный, ресурсно-технологический), установлен их оптимальный уровень, алгоритм оценки и интерпретации.
- Определены основные тенденции обеспечения медицинской результативности (достижения целевых показателей, установленных Национальным проектом) и

инфраструктурных изменений онкологической помощи населению субъектов ЦФО РФ, отражающие неполную реализацию медико-социальных и структурно-технологических возможностей регионов, отсутствие инструментов для оценки и управленческого анализа потенциала улучшений.

– Выявлены десять позиций нормативного регулирования онкологической помощи, требующие доработки, а также диспропорции в ресурсно-технологическом потенциале онкологической помощи региональных систем здравоохранения ЦФО РФ по семи позициям, выделены как общие для регионов резервы и барьеры его развития, так и региональные особенности.

– Оценены результаты экспертной оценки современного состояния медико-социального потенциала онкологической помощи на межрегиональном и региональном уровнях в аспекте разработки направлений оптимизации реформирования здравоохранения, отражающие общую для регионов значимость низкой онкограмотности населения (в диапазоне по субъектам 47-59%) при высоком уровне онкологических рисков (в диапазоне по субъектам 72-78%).

– Установлен вклад шести медико-социальных и десяти ресурсно-технологических факторов регионального потенциала онкологической помощи в обеспечение ее результативности, их прогностическая значимость, разработана прогностическая шкала оценки вероятности реализации риска.

– Создана организационно-методическая основа для проведения интегральной оценки и мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи, включающая: инструменты и методы, алгоритм сбора и регистрации данных, их интерпретации, автоматизированную платформу обработки данных.

– Выделены три кластера субъектов ЦФО РФ по уровню результативности онкологической помощи на основе экспертно установленных критериев (с высоким, средним и низким уровнем), признаки их дифференциации и направления оптимизации.

– Подготовлена, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи регионального уровня

включающая нормативный, ресурсно-технологический, медико-социальный блоки.

– Определены три варианта изменений результативности онкологической помощи в регионах: первый – сохранение положительных тенденций; второй – сохранение и усиление негативных тенденций; третий – усиление положительных тенденций.

– Обоснованы и предложены три варианта решений по повышению результативности онкологической помощи (при высокой результативности – поддерживающий; при средней – развивающий; при низкой – трансформирующий).

- Предложена новая организационная форма экспертного консорциума на общественной основе «Национальная лаборатория медико-организационных технологий онкологической помощи» для информационно-аналитического обоснования принятия и методического сопровождения реализации комплексных решений повышения результативности онкологической помощи.

Теоретическая и практическая значимость работы

Совокупность полученных результатов является базой для формирования направления медико-организационных исследований условий обеспечения результативности онкологической помощи, в том числе за счет развития ее регионального потенциала и принятия комплексных решений.

По результатам исследования в органы практического здравоохранения направлена (в форме информационного письма) объективная информация о состоянии трех компонентов результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ – медицинского, медико-социального, структурного; типовых проблемах обеспечения раскрытия региональных потенциалов онкологической помощи и трех вариантах комплексных решений: при высокой результативности – поддерживающий; при средней – развивающий; при низкой – трансформирующий.

Установленные признаки дифференциации субъектов РФ по уровням результативности на основе ее интегральной оценки являются управленческим инструментом, позволяющим проводить сравнительный межрегиональный анализ

успешности онкологической помощи и целевым образом планировать мероприятия стимулирующего и корректирующего характера, которые нашли отражения в методических рекомендациях для организаторов здравоохранения и внедрены в учебный процесс медицинских вузов.

Полученные данные о связи компонентов потенциала онкологической помощи с результативностью, а также предложенный организационный алгоритм интегральной оценки и комплексного мониторинга медико-социальных и ресурсно-технологических факторов, суть которых отражена в инструктивных материалах для организаторов здравоохранения, позволяют обеспечить непрерывное развитие системы управления онкологической помощью.

Разработанный и показавший эффективность в условиях апробации в универсальном регионе (Ивановской области) и ряде других субъектах РФ комплекс клинико-организационных и медико-социальных мероприятий по повышению регионального потенциала онкологической помощи, что подтверждено соответствующими актами внедрения, послужит базисом устойчивого обеспечения ее результативности на региональном уровне.

Методология и методы исследования

Методической основой исследования определены системный и комплексный подходы, позволяющие рассматривать систему онкологической помощи как совокупность взаимосвязанных структурных элементов, каждый из которых имеет свой потенциал развития, и, в свою очередь, управление которым требует принятия комплексных управленческих решений. Это определило набор конкретных методов и методик исследования: библиографического и систематического анализа данных литературы, экспертного опроса, социологический, экспертной оценки, сравнительного анализа, математико-статистический. Реализация данных методов проводилась на основе создания электронных баз данных и их многомерной обработки с помощью современных версий прикладных компьютерных программ.

Системный анализ литературных данных позволил дать следующие авторские определения понятиям:

Результативность онкологической помощи на региональном уровне – это совокупность характеристик, отражающих уровень достижения целевых (плановых) показателей (медицинских – медицинская результативность; ресурсных – структурная результативность; медико-социальных – медико-социальная результативность) с учетом климато-географической, медико-социальной, экономической и инфраструктурной специфики регионов.

Региональный потенциал онкологической помощи – это количественная оценка уровня реализации ресурсно-технологических и медико-социальных возможностей региональной системы здравоохранения в части обеспечения целей и задач оказания онкологической помощи. Включает 2 компонента: ресурсно-технологический и медико-социальный.

Комплексные решения по повышению результативности онкологической помощи – совокупность научно обоснованных решений, основанных на всесторонней оценке проблем и возможностей онкологической помощи субъекта РФ, с учетом раскрытия их медико-социального и ресурсно-технологического потенциалов.

Универсальный (модельный) регион – субъект РФ, взятый за типовую базу углубленного изучения, как отражающий средние (типовые) для межрегионального уровня инфраструктурные характеристики и показатели результативности (в рамках данного исследования – Ивановская область).

Положения, выносимые на защиту

1. Анализ результативности онкологической помощи населению субъектов ЦФО Российской Федерации с учетом трех выделенных ее компонентов (медицинской, медико-социальной и структурной) показал, как наличие общих, так и различающихся характеристик, которые требуют принятия комплексных (с учетом состояния всех компонентов) и дифференцированных по уровню (высокий – оптимальный, средний – ниже оптимального, низкий) решений.

2. Необходимым условием достижения оптимальной результативности онкологической помощи населению является наиболее полная реализация регионального потенциала онкологической службы, оценить который позволяет

разработанная методика интегральной оценки по двум компонентам (медико-социальному и ресурсно-технологическому).

3. Результаты консолидированного (по ЦФО РФ) и углубленного (на примере универсального региона – Ивановской области) анализа позволили установить ряд позиций нормативного регулирования онкологической помощи, требующих доработки, а также наличие резервов в развитии ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи населению.

4. Межрегиональный и субъектный анализ медико-социального потенциала онкологической помощи в современных условиях позволил установить приоритетные проблемы и направления его развития, в том числе в части онкоосведомленности, онкоинформированности и медицинской активности населения.

5. Установлен вклад факторов регионального потенциала онкологической помощи в достижении структурной и медико-социальной результативности, их прогностическая значимость.

6. Повышение медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи может быть достигнуто на основе предложенной организационно-технологической модели комплексных решений путём повышения ее регионального потенциала.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования использовались при разработке программ и проектов развития онкологической помощи в Ивановской области (в том числе, Постановлении Правительства Ивановской области от 28.07.2025 г. №312-П «Об утверждении региональной программы Ивановской области «Борьба с онкологическими заболеваниями»); доложены и обсуждены на заседаниях комитета по здравоохранению Ивановской Областной Думы, Общественной Палаты Ивановской области, межрегиональных совещаниях у главного внештатного онколога Минздрава России. Методические подходы к оценке и

развитию ресурсно-технологического компонента потенциала онкологической помощи нашли отражение в информационном письме для организаторов здравоохранения и врачей-онкологов, утвержденного Департаментом здравоохранения Ивановской области 7 сентября 2023 года «Организационно-методические принципы оценки политики ресурсосбережения в онкологической службе (на примере Ивановской области)».

Предложенная организационно-технологическая модель комплексных решений по повышению регионального потенциала онкологической помощи апробированы и реализованы: Департаментом здравоохранения Ивановской области, ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница», ОБУЗ «Городская клиническая больница № 4», ОБУЗ «Тейковская центральная районная больница», ОГБУЗ «Смоленский областной онкологический клинический диспансер», ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер».

Основные положения диссертации внедрены в учебный процесс, реализованы в методических рекомендациях и рабочих программах обучения врачей-онкологов и организаторов здравоохранения в ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России (справка о внедрения от 30.12.2025 г. № 2412).

Диссертационная работа обсуждена на совместном заседании кафедр ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» Минздрава России: организации здравоохранения и общественного здоровья; общественного здоровья и здравоохранения, экономики и истории медицины; медицинской реабилитологии (протокол № 1 от 12.01.2026 года).

Степень достоверности работы и апробация результатов исследования

Достоверность результатов исследования определяется целенаправленным выбором его теоретических основ, построенных на материалах работ отечественных и зарубежных ученых, известных и проверяемых фактах,

полученных при обобщении передового опыта организации онкологической помощи в нашей стране и за рубежом, а также корректным анализом научной и статистической информации по теме диссертации и ее согласованием с собственными данными. Объективность полученных результатов подтверждается репрезентативностью выборочных совокупностей объектов исследования, достаточным объемом наблюдений, а также использованием генеральных совокупностей и адекватных методов исследования.

Основные положения и результаты работы доложены, обсуждены и одобрены на следующих мероприятиях: Форум онкологов ЦФО (24-25 марта 2023 г., г. Одинцово); XII съезд онкологов России (18-20 мая 2023 г., г. Самара); Московский онкологический форум (15-17 июня 2023 г., г. Москва); VI международный форум онкологии и радиотерапии (11-15 сентября 2023 г., г. Москва); XXVII Российский онкологический конгресс (14-16 ноября 2023 г., г. Москва), X Петербургский международный онкологический форум «Белые ночи 2024» (3-7 июля 2024 г., г. Санкт-Петербург), V Юбилейная Поволжская межрегиональная конференция «Волжские дали» (11-12 июля 2024 г., г. Чебоксары).

Личный вклад автора

Самостоятельно определены направления исследования, сформулированы цель и задачи. Проанализированы 286 источников отечественной и зарубежной литературы, характеризующих проблемы обеспечения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи. Лично разработана программа исследования; анкеты для врачей, пациентов, экспертов; карты экспертной оценки; проведено анкетирование экспертов, врачей и пациентов; выкопировка данных медицинской и статистической документации; апробация предложенных мероприятий; аналитическая и статистическая обработка данных; научное обоснование и обобщение результатов. Автор принимал непосредственное участие на всех этапах исследования – от постановки задач до их внедрения в практику.

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 37 научных работ, из них 2 статьи – в журналах, индексируемых в международной базе данных Scopus, 4 статьи – в журналах, индексируемых в базе данных RSCI, 19 статей – в журналах, входящих в Перечень ВАК, 2 монографии, 4 учебно-методических пособия.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, а именно пунктам 3, 5, 12, 17.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, 7 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, изложенных на 229 страницах и приложений на 33 страницах. Работа иллюстрирована 52 таблицами, 25 рисунками и схемами. Список литературы включает в себя 286 источников, в том числе 71 на иностранном языке.

ГЛАВА 1. ПРЕДПОСЫЛКИ, ПРОБЛЕМЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ПОТЕНЦИАЛА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Эпидемиологические предпосылки развития онкологической помощи населению

Одной из главных проблем медицинской науки и органов здравоохранения для экономически высоко развитых стран в настоящее время является борьба со злокачественными новообразованиями. Злокачественные новообразования, в связи с мировой тенденцией к старению населения, увеличением источников экологических загрязнений, нарушением принципов здорового образа жизни, стали серьезным вызовом здравоохранению в XXI веке (Каприн, А.Д., 2015).

Высокая частота злокачественных опухолей и рост заболеваемости и смертности от них, несмотря на весьма интенсивные исследования в этой области, ставит данные заболевания в ряд заболеваний особого социального значения. Еще в 1910 году основоположник отечественной онкологии проф. Н.Н. Петров в книге «Общее учение об опухолях» сформулировал концепцию о полиэтиологической природе злокачественного роста, особо отмечая, что Россия с её различными народами и разными климатическими условиями представляет весьма удобную модель для изучения особенностей распространения рака. С 50-х годов в СССР были начаты систематические исследования краевых особенностей распространения злокачественных опухолей на основе анализа получаемых из всех республик данных о заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей (Кича Д.И.. с соавт., 2025).

Для мужского населения России характерна высокая заболеваемость злокачественными опухолями трахеи, бронхов и легких. Рост заболеваемости значительный: с 51,2 на 100 000 человек мужского населения в 1970 году до 80,6 – в 1995, 80,5 – в 2005, 79,7 – в 2010, 78,4 – в 2015, 77,9 – в 2020 году, 80,7 – в 2025

году. Второе по частоте место занимает заболеваемость раком желудка, которая составила в 1970 году 71,7 на 100 000 мужского населения в стандартизованных показателях и снизилась к 2024 году до 40,4. Далее идут новообразования кожи, дающие постоянный рост в рассматриваемом временном промежутке: 19,4 в 1970 году и 30,7 в 2025 на 100 000 мужского населения. Отмечается незначительный, но постоянный рост злокачественных опухолей прямой кишки (1975 г – 7,0; 2025 г. – 15,1 на 100 000), лимфатической и кроветворной ткани (1970 г. – 9,2; 2025 г. – 14,8 на 100 000). Мужчины в 20,6 раза чаще, чем женщины, заболевают опухолями гортани, в 6,75 раза – опухолями глотки, в 6 раз – трахеи, бронхов, легкого, в 4,7 раза – мочевого пузыря, в 3,7 раза – губы, полости рта, в 3,4 раза – пищевода, в 1,75 раза – полости носа, среднего уха и придаточных пазух, в 1,5 раза – желудка, печени, почек, в 1,4 раза – костей и суставных хрящей, в 1,3 раза – головного мозга и других отделов нервной системы, в 1,2 раза – поджелудочной железы, в 1,1 раза – лимфатической и кроветворной ткани (Мерабишвили В.М., 2025).

У женщин России первое место по локализации занимают злокачественные опухоли молочной железы со значительной тенденцией к росту (1970 г. – 10,7; 2025 г. – 58,2 на 100 000). Далее следуют злокачественные новообразования кожи, увеличившиеся во временном промежутке с 18,4 в 1970 г. до 43,6 в 2025 г. на 100 000. Третье место занимает рак желудка. Частота заболеваемости раком желудка высокая. С 1970 по 2025 гг. у женщин имеет место снижение заболеваемости раком этой локализации с 35,6 на 100 000 населения в 1970 г. до 26,9 в 2025 г. Злокачественные новообразования ободочной кишки и тела матки встречаются с одинаковой частотой (16,9 и 20,0 на 100 000 в 2025 г. соответственно). Рак шейки матки имеет место у 16,0, яичника – у 15,2, трахеи, бронхов и легких – у 13,2, прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса – у 14,6, лимфатической и кроветворной ткани – у 12,4 на 100 000 женского населения в 2025 г. Из перечисленных локализаций отмечается постоянный рост злокачественных опухолей трахеи, бронхов и легких (6,5 в 1970 г. на 100 000 и 13,2 в 2025 г.), прямой кишки, ректосигмоидного соединения, ануса (5,9 в 1975 г. на 100 000 и 14,6 в 2025 г.), лимфатической и кроветворной ткани (6,0 в 1970 г. на 100 000 и 12,4 в 2025 г.).

Женщины в 4,7 раза чаще, чем мужчины, заболевают опухолями щитовидной железы (Мерабишвили В.М., 2025).

Число лиц, состоящих на учете онкологических учреждений, живших после установления диагноза злокачественного новообразования 5 лет и более за последние 18 лет остается стабильным: 51,3% в 1980 г., 49,5 % в 2025 г. Положительным фактором является нарастание числа больных, состоящих под наблюдением 5 лет и более при злокачественных новообразованиях шейки матки (67,8% в 1980 г.; 72,6% в 2025 г.), молочной железы (47,7% в 1980 г., 53,9% в 2025 г.), рака желудка (40,1% в 1980 г.; 49,0% в 2025 г.), прямой кишки (31,4% в 1980 г.; 46,5% в 2025г.), лимфатической и кроветворной ткани (33,7% в 1980 г.; 46,8% в 2025 г.), трахеи, бронхов и легкого (15,8% в 1980 г. и 32,8% в 2025 г.), пищевода (12,7% в 1980 г. и 26,3% в 2025 г.). Можно предположить, что увеличение длительности жизни больных при ряде локализаций злокачественных опухолей обусловлено широким внедрением в практику комплексных и комбинированных методов лечения, которые получили значительное развитие за последние годы (Векессер В.С., 2025).

Показатели смертности от злокачественных новообразований растут, увеличившись с 1961 по 2025 годы в 1,42 раза. Кризисным за этот период был 1993 год, когда смертность выросла до 191,2 на 100 000 населения. Уровень смертности россиян от онкологических заболеваний крайне высок, он является максимальным на постсоветском пространстве. Имеются большие различия в уровнях смертности от злокачественных новообразований мужчин и женщин. Это можно объяснить тем, что у мужчин намного выше заболеваемость злокачественными новообразованиями таких органов, как пищевод, желудок, бронхи, трахея и легкие, т.е. тех локализаций опухолей, своевременность диагностики которых представляет наибольшие трудности. Значительную часть заболеваний женщин составляют злокачественные опухоли молочной железы и шейки матки, они выявляются более своевременно, вследствие чего смертность от них ниже (Мерабишвили В.М., 2025).

В состав Госпрограммы Российской Федерации «Развитие национальный проект «Здравоохранение», который включает 8 федеральных проектов, к онкологической помощи отношение имеют 5 структурных элементов. Однако, только половина регионов России к 2023 году достигла целевых показателей (Каприн, А.Д., 2025).

Очевидно, что комплекс факторов определяет смертность населения, ведущими из которых являются социально-экономические (материальный уровень жизни, культурный уровень населения, образ жизни, жилище, питание, традиции и обычаи населения, экология, постарение населения и др.) (Идрисова, Л.С., 2022;), а также состояние здравоохранения и развитие медицинской науки, недостаточная разработка мер по профилактике злокачественных новообразований и внедрению современных методов диагностики и лечения, что требует проведения комплексного анализа состояния регионального потенциала онкологической помощи (Шахзадова, А.О., Старинский В.В., 2022; Косарева П.В., 2023; Горкавенко, Ф.В., 2023; Карайланов, М.Г., 2025).

1.2 Нормативно-правовой аспект развития потенциала онкологической помощи населению

По мнению ряда авторов, нормативно-правовая база и система защиты прав пациентов при оказании онкологической помощи населению в нашей стране требует серьезного анализа и доработки (Курмангулов А.А., 2023; Ледовских, Ю.А., Тишкина С.Н., 2023; Скальная, В.С., 2025).

Смотровые кабинеты должны быть обязательными структурными подразделениями поликлиник, ФАПов, ОВОПов, значение которых сложно переоценить, т.к. они являются первым фильтром пациентов на этапе диагностики рака. Работу этих кабинетов оценивают на разных уровнях, начиная с региональных онкологических диспансеров, и заканчивая кураторами НМИЦ Радиологии. Однако, уже более 10 лет работа смотровых кабинетов нормативно ничем не регламентирована. Существовавшие ранее документы, где был

прописан регламент их работы, или утратили силу, или носят рекомендательный характер. Так, в приказе об организации онкологической помощи №270 от 1997 года имелось положение о работе смотрового кабинета, но он утратил силу. А в новых порядках по организации онкологической помощи, начиная с 2009 года отсутствует даже упоминание о смотровом кабинете. В приказе о всеобщей диспансеризации №770 от 1986 года имелось положение о работе смотрового кабинета, но приказом МЗ СССР от 31.08.1989 N 504 данный документ признан рекомендательным. Кроме этого, имеется приказ Минздрава от 27.04.2021 №404н о диспансеризации и профосмотрах, где нет положения о смотровом кабинете. В имеющихся методических рекомендациях Минздрава и МНИОИ им. П.А. Герцена от 2007 и 2010 годов имеются задачи, порядок работы, методика осмотра на визуальные формы рака, отчетность, но они носят лишь рекомендательный характер.

Таким образом, в новых нормативных документах по профосмотрам и диспансеризации не нашлось места для смотровых кабинетов. Действующие на настоящее время нормативные документы исключают возможность проведения забора мазка на онкоцитологию в кабинете/отделении профилактики поликлиники ПМСП и делают невозможным подключение фельдшера/акушерки к осмотру на визуальные формы рака, что исключает возможность организации смотрового кабинета в поликлинике. Так, в порядке о профилактике неинфекционных заболеваний (Приказ Минздрава от 29.10.2020 №1177н) предусмотрен кабинет (отделение) профилактики, но в его оснащении нет гинекологического кресла. Кроме этого, в задачи кабинета профилактики не входит осмотр на визуальные формы рака; согласно порядку проведения профосмотра и диспансеризации (Приказ Минздрава от 27.04.2021 №404н) осмотр на визуальные формы в поликлинике может провести только врач (терапевт или врач по медицинской профилактике), а не акушерка или фельдшер, как было всегда заведено в смотровом кабинете.

Имеются нормативные противоречия в части диспансерного наблюдения больных с злокачественными новообразованиями. В приказе МЗ РФ №548н «Об

утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» есть фраза: «... диспансерное наблюдение за онкологическими больными организуется в ЦАОП, в ПОК или в онкологическом диспансере». В данном случае Приказ №548н никак не соотносится с письмом МЗ РФ от 26.01.2023 «О методических рекомендациях по способам оплаты ...», которое указывает на то, что оплата за диспансерное наблюдение (комплексное посещение) производится на основании приказа МЗ РФ №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», который появился через 2 года после приказа МЗ РФ №548н, и который очень четко регламентирует проведение диспансерного наблюдения в рамках медицинских организаций ПМСП всех нозологий, в том числе фиброаденом и мастопатий, кроме ЗНО. Не понятно почему ЗНО не были включены в данный приказ, а оставлены в отдельном приказе по диспансерному наблюдению ЗНО. Почему, например, пациенты с патологией сердечно-сосудистой системы должны проходить диспансерное наблюдение в ПМСП, а не в кардиодиспансере, а больные с ЗНО – в онкодиспансере? Логичным было бы при написании в 2022 году приказа №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» отменить приказ №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями», погрузив его в приказ №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». Кроме этого, в соответствии с приказом МЗ РФ №404н о диспансеризации и профосмотрах в рамках первого посещения в году по диспансерному наблюдению пациенту должен быть проведен первый этап диспансеризации или профосмотр, которые включают в числе прочего ФО, измерение внутриглазного давления и прочие явно не «онкологические» исследования, которые получается должны проводиться в онкодиспансерах. Кроме этого, в приказе №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» периодичность диспансерного наблюдения устарела, она унифицирована и не учитывает клинические рекомендации, в которых периодичность диспансерного

наблюдения зависит от нозологической формы ЗНО. Это дополнительный аргумент в пользу отмены данного нормативного акта.

Другим противоречивым с точки зрения нормативного регулирования вопросом является диспансерное наблюдение и лечение доброкачественных новообразований и доброкачественных дисплазий молочных желез. В соответствии с приказом МЗ РФ №168н от 15.03.2022 «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» пациентки с доброкачественными новообразованиями и доброкачественными дисплазиями молочных желез должны находиться под наблюдением врача – онколога.

Имеются противоречия между приказом МЗ РФ от 27.04.2021 №404н по диспансеризации и профосмотрам и Порядками по гинекологии (приказ МЗ РФ от 20.10.2020 №1130). Так, в соответствии с Порядками по гинекологии начало скрининга наступает на 3 года позже, чем в приказе по диспансеризации; согласно Порядкам по гинекологии возможно цитологическое исследование материала традиционным способом или методом жидкостной цитологии, в отличие от приказа по диспансеризации, где возможен только традиционный способ; в Порядках по гинекологии присутствует ВПЧ-типирование женщин с 30 лет, которое позволяет увеличить интервал между скринингами до 5 лет, чего нет в приказе по диспансеризации. Здесь следует отметить, что в Программе госгарантий в числе отдельных диагностических исследований отсутствует услуга ВПЧ-типирование, что не позволяет регионам проводить данное дорогостоящее исследование.

Выявленные противоречия в нормативно-правовом регулировании онкологической помощи населению должны стать одним из направлений совершенствования онкологической помощи и основой для принятия комплексных решений по повышению ее результативности.

1.3 Организационно-историческая эволюция странового и регионального потенциала онкологической помощи

[Путем всесторонних аналитических оценок и сравнительного рассмотрения публикаций можно проследить важнейшие исторические этапы создания и эволюции отечественной системы онкологической помощи. Как следует из различных источников информации включая БСЭ (Блохин Н.Н.). в России оформление и развитие онкологии связано с именем Николая Н. Петрова (1910), его руководством «Общее учение об опухолях», и открытием в Москве (1903 год) Института для лечения опухолей (имени Морозовых) - первое онкологическое учреждение в нашей стране. После слияния Института опухолей в Москве с пропедевтической хирургической клиникой Первого медицинского института Московского государственного университета объединенное учреждение в 1922 г. возглавил проф. П.А. Герцен (1871–1947 гг.), один из основоположников онкологии в СССР. В 1947 году после смерти П.А. Герцена ЦНИОИ было присвоено его имя (в настоящее время - Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена) - с 2013 года его возглавил Андрей Дмитриевич Каприн, главный внештатный онколог Минздрава России]¹.

[Важно отметить, что в структуре института был впервые организован кабинет социальной патологии рака – прообраз организационно-методического отдела, развивающего профилактику и учет онкологических пациентов. В 1934 году институт был выведен из состава МГУ и реорганизован в Центральный научно-исследовательский онкологический институт Наркомздрава. Роль одного из директоров Александра И. Савицкого (1944 по 1953 год) особенно вошла в историю здравоохранения тем, что по его инициативе было подготовлено Постановление Совета Министров по развитию онкологии в СССР, и уже в 1945 году впервые в мире создана специализированная сеть онкологических диспансеров. В 1926 году по

¹ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодадный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

предложению Николая Петрова был создан институт и в Ленинграде (сейчас - НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова). Основание Петровым Н.Н. Ленинградского института онкологии (1926) связано, также с его предложением введения диспансерного принципа организации онкологической помощи (1921). Таким образом, значительный по длительности период преломляется современностью и этим представляется начало первого этапа - организации и накопления знаний, в развитии онкологии в России, который увенчан выходом первого отечественного руководства Петрова Н.Н. (1910) «Общее учение об опухолях», в котором была дана точная характеристика раковой патологии. Следует подчеркнуть, при этом, что с первого этапа организация онкологической помощи развивалась по типу образования НИИ и формирования организационных принципов помощи: отделения, диспансеры. В настоящее время онкологические диспансеры, НИИ и научные центры действуют по всей России.]²

[В Москве (1951 г.) основан Институт экспериментальной и клинической онкологии, правопреемником которого стал Онкологический научный центр, который в 1952 году возглавил Николай Николаевич Блохин [4] в настоящее время «Российский онкологический научный центр (РОНЦ) им. Н.Н. Блохина РАМН»]³.

[Наряду с этими онкологическими организациями с 1992 года вырос крупный онкологический центр России - Ростовский НИИ онкологии (РНИИО) (первым его директором был профессор П.И. Бухман). Следует упомянуть историю Российского Научного Центра рентгенорадиологии (1924 г., созданного постановлением Совета Народных Комиссаров) на базе рентгено-технического института (1922 г.), в настоящее время Российский научный центр рентгенорадиологии. На основе 30-летнего опыта работы маммологического отделения Российского научного центра рентгенорадиологии был создан (2000 г.) Маммологический Центр МЗ РФ.]⁴

² Там же, С. 51-57

³ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодадный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

⁴ Там же, С. 51-57

[Таким образом, к концу XIX века второго тысячелетия в Российском здравоохранении, получила клинико-организационное оформление служба онкологической помощи в виде крупных научно-исследовательских институтов и диспансеров. Под эгидой этих отечественных научно-клинических онкологических центров, получили обоснование результаты и доказательства диагностики и лечения рака и началась постоянная подготовка научных и медицинских кадров на кафедрах через ординатуру, аспирантуру, докторантуру и систему непрерывного (дополнительного) профессионального образования]⁵.

[На международном уровне мероприятия по борьбе со ЗНО получили выражение в учреждении под эгидой Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Международного агентства по изучению рака (МАИР) (1965)]⁶.

Н.Н. Блохин в БМЭ дал подробный анализ развития онкологии. Обращение вглубь веков (более 300 лет до нашей эры) приводит к факту упоминания рака патриархом медицины Гиппократом, употребившим термин «рак» (karkinos греч.) в одном из трудов «Карцинома». Потребовалось значительное время, чтобы научно-техническая революция привнесла в медицину микроскоп, рентген, химио-лекарственную терапию и на основе технологии клинического менеджмента стало возможным возвращать больных к жизни]⁷.

[В век НТР быстрыми темпами внедрялись новейшие технологии УЗИ, 1958), компьютерная томография (КТ), магнито-резонансная томография (МРТ) (1972-75), открыта ПЭТ КТ – позитронно-эмиссионная томография, в 1992 году создан кибернож (англ. CyberKnife) — радиохирургическая интегративная система, предназначенная для лечения доброкачественных и злокачественных опухолей и других заболеваний, нанотехнологии, роботизированную хирургию]⁸.

⁵ Там же, С. 51-57

⁶ Там же, С. 51-57

⁷ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодаиный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

⁸ Там же, С. 51-57

[Возникновение онкологии, как самостоятельной медико-биологической дисциплины связано с развитием экспериментальной ее основы российскими основоположниками (М.М. Руднев и его ученик М.А. Новинский), осуществивший впервые в мире (1876—1877) путем перевивки злокачественных опухолей на животных создавший пер-вые экспериментальные модели онкологических заболеваний. Онкология связана с медико-биологическими науками (биохимией, генетикой, микробиологией, патологией и др.), а также с большинством клинических дисциплин, здравоохранением в целом]⁹.

[Для завершения длительного исторического периода развития онкологии, уместно сослаться на утверждение Ганцева Ш.Х., Беляева А.М., Старинского В.В.: «онкология как наука и клиническая специальность «медицинская дисциплина» начала развитие 75 лет назад, с официального исторического события («Приказ № 323 Наркомздрава СССР от 30 апреля 1945 г. «О борьбе по улучшению онкологической помощи населению». В соответствии с этим Приказом началось создание сети онкологических учреждений практически во всех регионах бывшего СССР, научно-исследовательских институтов онкологии и рентгенорадиологии, онкологических диспансеров]¹⁰.

[Исторический метод позволяет подчеркнуть значимость создания уникального структурного подразделения, заложенного в основу организации противораковой системы – диспансера, занявшего приоритетное место в профилактике не только ЗНО, но и ряда инфекционных и хронических неинфекционных заболеваний в бывшем СССР и России. Авторами подчеркивается, что «одним из авторитетных основоположников отечественной онкологии стал А. И. Савицкий, который проводил существенные мероприятия по организации отечественной противораковой службы». Он был «одним из создателей советской школы онкологов, по его инициативе вышло

⁹ Там же, С. 51-57

¹⁰ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодайный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

Постановление Совета народных комиссаров СССР (бывшего) от 30 апреля 1945 г. № 935 «О мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению»]¹¹.

[Проблема борьбы со злокачественными новообразованиями – многоаспектная, основана на социально-экономическом базисе, формировании образа жизни и медицинской активности самих граждан, семей, структурной и технологической доступности, наличии ресурсного потенциала и т.д., что определяет важнейший критерий: возможность ранней диагностики злокачественных новообразований (ЗНО), профилактики, своевременного, доступного и качественного лечения, организация реабилитационной и паллиативной помощи]¹².

[С 2013 года Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации возглавил Андрей Дмитриевич Каприн – генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. (ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России)/ Созданные в структуре Центра Филиалы составили приоритетный онкологический комплекс «науки, обучения, методики и организации»]¹³.

[Разработка и внедрение профилактических программ федерального и регионального уровня, активизация работы и числа смотровых и первичных онкологических кабинетов на базе лечебно-профилактических учреждений позволяет повысить выявляемость больных с ранними стадиями заболевания, что существенно влияет на эффективность специфического лечения и благоприятный прогноз]¹⁴.

¹¹ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодайный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

¹² Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодайный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

¹³ Там же, С. 51-57

¹⁴ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодайный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

[Продолжая тему диспансеризации, авторы Каприн А.Д., Старинский В.В., Александрова Л.М. подчеркивают, что «важная роль в выявлении ЗНО на ранних стадиях и как следствие в снижении смертности должна принадлежать всеобщей диспансеризации населения, нормативно-правовая база которой создана на основе Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" и приказа Мин-здрава Российской Федерации от 03.12.12 № 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения". К 2012 г. потенциал онкологической службы России был представлен 102 диспансерами, из них 97 функционировали в системе ОМС. Коечная мощность 39 (38,2%) диспансеров составляла более 300 коек. Пять онкологических диспансеров — Челябинский и Омский областной, Хабаровский и Алтайский краевые, а также Минздрава Республики Татарстан — приобрели статус окружных. Всего в стране функционировало 33 693 онкологических койки (2,4 на 10 000 населения)]¹⁵.

[Проведенная аналитика показала, что начало третьего тысячелетия отмечено известными решениями и практиками дальнейшего совершенствования онкологической помощи: создания «системы онкологического здравоохранения». В плане повышения эффективности структуры, технологий, потенциала и ресурсов большая роль принадлежит Федеральному проекту в сфере онкологии «Борьба с онкологическими заболеваниями». Особенностью этого Федерального проекта является его системный подход к противостоянию вызовам и трансформациям в онкологическом здравоохранении на уровне потенциала регионов по обеспечению раннего выявления, лечения и профилактики злокачественных новообразований. Реализация Федерального проекта в онкологии придала системный характер и региональный вектор совершенствованию онкологического здравоохранения, о чем свидетельствуют практики нескольких регионов России]¹⁶.

¹⁵ Там же, С. 51-57

¹⁶ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодадный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

[В здравоохранении субъектов административных округов РФ Удмуртской республике, Ивановской области, Карачаево-Черкесской республике и др. происходят структурные и качественные эволюции, которые должны стабилизировать показатели заболеваемости и смертности от ЗНО]¹⁷.

[Исторический анализ здравоохранения Ивановской области показал, что в 1945 году в Иванове был организован областной онкологический диспансер (ООД), который возглавил хирург А.Н. Стыскин, работавший главным врачом до 1971 года. ООД включал стационар на 35 коек и поликлинику с кабинетами врачей-специалистов онкологов. Более ранний исторический экскурс организации онкологической помощи показал, что с 1937 по 1941 год был открыт онкологический пункт, который возглавлял профессор М.А. Кимбаровский. Онкологической службой области проводилась большая организационно – методическая работа, организованы полный учет и диспансеризация онкологических больных. В 1972 -1975 гг. на базе онкологического диспансера была организована кафедра рентгенологии и радиологии с курсом онкологии (в настоящее время — кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Ивановской государственной медицинской академии. Работа ООД координируется с НМИЦ радиологии]. [Ивановский онкодиспансер поддерживает тесные научно-практические связи с ведущими центрами онкологии для улучшения качества и сроков оказания специализированной медицинской помощи пациентам, получения консультации специалистов федеральных центров: МНИОИ им. П.А. Герцена-филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» МЗ РФ, ФГБУ «НМИЦ гематологии», ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова», ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина», ФГБОУВО «Первый Санкт-Петербургский ГМУ Павлова», ФГБУ «НМИЦ онкологии» (Ростовская область), ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова», ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова». Ежеженедельно (вторник, пятница) врачи онкодиспансера принимают активное участие в конференциях, проводимых главным онкологом России академиком РАН, профессором Каприным А.Д., с разбором клинически сложных

¹⁷ Там же, С. 51-57

случаев, доклады на актуальные темы новых методов диагностики и лечения пациентов с злокачественными новообразованиями]¹⁸.

[Подводя итоги организационно-исторического анализа становления и развития региональной онкологической помощи необходимо подчеркнуть строительство зданий, оснащение новейшим оборудованием, повышение доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических пациентов, кадрового обеспечения, увеличение объемов выполняемых оперативных вмешательств, проведения дистанционной деятельности, ранней выявляемости ЗНО, что позволит рассматривать онкологические диспансеры в качестве межтерриториальных центров, способных обеспечить выполнение задач федерального проекта по борьбе с онкологическими заболеваниями, снижения заболеваемости и смертности, повышения продолжительности жизни]¹⁹.

[Каприн А.Д., Старинский В.В., Александрова Л.М., уточняют, что в распорядительных и законодательных официальных документах Правительства и Минздрава России ставятся вопросы комплексного подхода в рамках государственных программ]²⁰.

[Во всем мире злокачественные новообразования остаются одной из актуальных проблем здравоохранения многих стран мира в связи с их большой распространенностью, высоким удельным весом в структуре общей смертности и инвалидности трудоспособного населения. Значимость этой социально значимой проблемы здравоохранения подтверждена прогнозом демографической ситуации в связи с постарением населения, при условии, если показатели распространенности

¹⁸ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодайный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

¹⁹ Там же, С. 51-57

²⁰Там же, С. 51-57

рака в мире на то время не изменятся, выявляемость новых случаев ЗНО, равная 14,1 млн в 2012 г., возрастет к 2030 г. до 21,4 млн.]²¹.

[Большой потенциал заложен национальным проектом Российской Федерации «Здравоохранение», который включает 8 федеральных проектов, пять из которых имеют прямое отношение к онкологической помощи: «Борьба с онкологическими заболеваниями-ми»; «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»; «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»; «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»]²².

[Онкологические организации имеют научно-исследовательский характер по линии подчиненности Минздрава РФ или РАН, в них созданы отделы по организационно-методической поддержке работы, но организационно-управленческие функции по борьбе со ЗНО осуществляет Министерство здравоохранения РФ и регионов. Эти функции также претерпевали исторические трансформации и в настоящее время в структуре федерального министерства задачи организации онкологической помощи распределяются по отделам координации оказания медицинской помощи, организации специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, организации первичной меди-ко-санитарной помощи и др. Естественно, Минздравом РФ осуществляются управленческие специальные задачи организации научных исследований и разработок, финансирования, подготовки кадров, материально-технического обеспечения и развития инфраструктуры онкологического здравоохранения субъектов Российской Федерации]²³.

²¹ Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи/ Багин С.А., Фомина А.В., Кича Д.И., Рукодайный О.В., Козлов В.А., Махов З.Д.// Вестник Росздравнадзора. -2025. -№ 4. – С.51-57.

²² Там же, С. 51-57

²³ Там же, С. 51-57

1.4 Проблемы и перспективы развития инфраструктурного потенциала региональной онкологической службы

По определению ВОЗ компонентами региональной системы здравоохранения являются: отдельный человек и его семья, община, медицинские учреждения, больницы. С функциональной или управленческой точки зрения инфраструктуру онкологической помощи определяют следующие системы поддержки: информация, административная деятельность, кадры, материально-техническое обеспечение, учреждения и научные исследования (Levinas E., 2011; Crawford R. 2012; Charon R. s, 2016; Code L. 2016; Mullan F., 2016; ; Sontag S., 2016; Papavramidou N., 2019; Perusek D., 2019; Schultz J.E., 2018; Skuse A., 2019; Kleinman A., 2020; McCartney M., 2020). Анализ данных литературы показал наличие ряда проблем организации онкологической помощи (Еругина М.В., 2020, 2021; Жуйкова Л.Д., 2021, 2023; Захаренкова Ю.С., 2021; Зирин А.Г., 2021).

Современная организация отраслевого управления, имея заметные региональные различия, должна использовать значимые и постоянно контролируемые показатели деятельности медицинских учреждений, формируя систему мониторинга деятельности системы (Каминская А.А., Конев А.М., 2018; Тихомирова А.А., Котиков П.Е., 2018; Стрельченко О.В., 2019; Туганова Э.А., 2019). Значительный рост объемов одновременно анализируемой информации вынуждает результаты многомерных данных приводить к промежуточному обобщающему показателю (Калинин А.Е., Гушин В.В., 2020; Зуков Р.А., Сафонцев И.П., 2022; Ростовцев Д.М., 2022; Карпова М.О., 2022).

Эффективность разработки и использования комплексных показателей подтверждена рядом проведенных исследований и рекомендуется к использованию в здравоохранении и других отраслях (Кайдарова Д.Р., 2017; Корнева Ю.С., Руденко Я.А., 2020; Красный С.А., Артемова Н.А., 2021).

Медицинский персонал является одним из элементов структурного компонента качества медицинской помощи (Шинболатова А.С., Абдрахманова А.Ж., 2019; Шмеркевич А.Б., Балакина Д.Д., 2019 Шмеркевич А.Б., 2020;

Шелякин В.А., 2023; Русских С.В., 2023). Вместе с тем проблема медицинских кадров в настоящее время является как никогда актуальной и многоаспектной.

Данные целого ряда зарубежных авторов (Wolosin R.S., 2010; Wachter R.M., 2013; Woloshynowych M., 2015; Skuse A., 2017; Stafl A., 2010; Suchman A.L., 2017; Sweeng M.B., 2015; Tubar L., 2018; Thomas D.B., 2016; Torio Durantez J., 2017) подтверждают, медицинский персонал способен работать лучше. Для этого необходимо улучшить организацию работы врачей, совершенствовать систему последипломного обучения специалистов, определить компетенцию каждого из них, создать систему управления и контроля текущих процессов на основе стандартов качества, организационных стандартов и современных технологий, создать действенную систему признания заслуг персонала, тесно связанную с качеством работы (Хидиятов И.Р., 2020; Черкасов С.Н., 2020; Кузьмина И.В., Раковская Д.Н., 2019; Кутергин А.В., 2020; Крашенков О.П., 2021; Хатьков И.Е., 2023; Курмангулов А.А., 2023).

Для решения задач профилактики злокачественных новообразований необходима четкая организация работы (Кудряков А.Ю., 2019; Лазарев А.Ф., 2019; Ледовских Ю.А., 2023; Ломаков С.Ю., 2020; Локтионов К.М., 2022): совершенствование ракового регистра больных, усиление роли первичного звена здравоохранения, разработка методов ранней диагностики; повышение квалификации медицинских работников, непрерывный мониторинг, внедрение телемедицинских технологий (Богма К.А., 2017; Блинов С.В., 2018; Голишевский Д.В., 2019; Гайнуллина Ю.И., 2019; Смагулов С.М., Смагулова В.К., 2019; Стадченко Н.Н., 2019; Важенин А.В., 2020; Синяков А.Г., Зотов П.Б., 2020; Булина А.О., 2022; Степанова Л.Л., 2022; Старинский В.В., 2022; Петров А.Г., 2022; Плигина Е.В., Семелева Е.В., 2023).

Хорошо доказали свою эффективность по выявлению ранних стадий злокачественных опухолей стандартные схемы профилактических осмотров (Лапицкий В.А., Том И.Э., 2018; Бойко Е.Л., 2018; Будзко В.И., Шмид А.В., 2019; Батракова Л.Г., 2019; Сертакова О.В., 2020, 2021; Солодкий В.А., 2021). Однако, опираясь на анализ результативных показателей. Ряд исследователей считают, что

существующая система профилактики онкологических заболеваний не соответствует современным требованиям (Амирханов З.Х., 2019; Айтбаева А.А., 2019; Ахмадалиева Н.М., 2019).

Одним из эффективных стратегий противораковых мероприятий является их выявление на ранних стадиях, что обеспечивает более благоприятный прогноз лечения, сохранение качества жизни пациентов, снижает экономическое бремя со стороны государства. Начиная с 70-х годов прошлого века многие исследователи стали обращать внимание на важную роль врачей первичного звена здравоохранения (поликлиник, женских консультаций, стационаров) в своевременности выявления онкопатологии. Появилось понятие онконастороженности врачей, под которой понимается прежде всего «знание начальных клинических симптомов злокачественных новообразований различной локализации, умение заподозрить и выявить эти симптомы, в сжатые сроки провести необходимое обследование для подтверждения или исключения предполагаемого диагноза и по показаниям направить больного в специализированное лечебное учреждение» [Мушников Д.Л., с соавт. 2025]. Уже тогда авторы отмечали дефекты в деятельности врачей по выявлению злокачественных новообразований, недостаточность их знаний по вопросам ранней диагностики онкопатологии. В настоящее многое изменилось – появилась частная система здравоохранения, изменилась мотивационная направленность врачей, появились новые технологические и технические возможности раннего выявления онкопатологии, изменился информационный и правовой профиль самих пациентов. Однако этим новым обстоятельствам уделяется недостаточно внимания в современных научных работах. Отсутствуют четкие критерии онконатороженности врачей, что затрудняет ее оценку. Анализ литературы позволяет говорить о двух аспектах онконастороженности: профессионально-компетентностном и результативном. Первый аспект предполагает состояние профессиональной готовности врача реализовывать задачи ранней диагностики онкопатологии, а второй – является объективной характеристикой качества реализации этой компетентности в виде уровня

показателей своевременности диагностики, частоты запущенных случаев заболеваний.

Сравнения планово-нормативных и фактических показателей развития коечного фонда по онкологии показало, что имеются существенные расхождения этих данных. При этом плановые показатели характеризуются значительным размахом колебаний, не обоснованным ни заболеваемостью, ни технологиями лечебно-диагностического процесса, а фактические данные – постепенными изменениями, никак не связанными с плановыми данными. Нормативное число должностей врачей-онкологов имеет различия в разных, одновременно действующих нормативно-правовых документах по труду: приказах о порядках оказания медицинской помощи и положениях по организации оказания первичной медико-санитарной помощи как по наименованию показателя, так и по его величине. Расчеты с использованием приказов о порядках показывают превышение нормативной численности врачей-онкологов по сравнению с их фактическим числом, а при применении приказов о положении, напротив, фактическое число должностей превышает норматив. Авторы делают обоснованный вывод о необходимости внесения поправок в территориальную программу государственных гарантий, определяющую планово-нормативные данные по объему медицинской помощи по онкологии (Шипова В.М., Берсенева Е.А., 2020; Шипова В.М., 2021).

Однако, несмотря на наличие научных исследований по оценке уровня развития и эффективности регионального здравоохранения, унифицированная модель количественной оценки для оперативного контроля уровня развития регионального здравоохранения на сегодняшний день отсутствует, что подтверждает актуальность проведения исследований по изучению и поиску моделей статической и динамической оценки здравоохранения с возможностью формирования обоснованной и сбалансированной политики (Рыков М.Ю., 2020).

1.5 Медико-социальный аспект совершенствования онкологической помощи населению

Важная роль в решении проблем совершенствовании медицинской помощи, в том числе онкологической отводится пациентам, как полноправным ее участникам (Sontag S., 2015; Stacey J., 1997; Sheikh A., 2019; McCartney M., 2019; Perusek D., 2019; Schultz J.E., 2019; Hudley C.A., 2020; Kedrowski K., 2020; Buckman R., 2021; Vincent C., 2021). Учет качественных характеристик пациентов крайне важен для решения задач планирования медицинской помощи, в том числе ее ресурсного обеспечения, определения наиболее уязвимого контингента с позиций неудовлетворенности оказанными услугами. Данная информация может служить основой для формирования грамотной политики медицинских организаций и поиска путей совершенствования качества медицинских услуг застрахованным в условиях ОМС (Мушников Д.Л., 2014; Эккерт Н.В., Бондарева В.А., 2015; Пимкин М.Г., 2020; Рудко А.А., Ястребова Н.В., 2020).

Одним из направлений противораковой борьбы является повышение онкограмотности населения. В отличие от онкоосведомленности (информированности), которая предполагает наличия представлений у населения по вопросам профилактики рака и получения онкопомощи, онкограмотность населения (cancer literacy) представляет собой сформированную у населения систему онкознаний и онконавыков, основанную на достоверных данных, позволяющих обеспечить снижение риска и своевременную диагностику онкозаболеваний, приверженность лечению. Исследования показали, что повышение онкограмотности населения позволяет снизить стигматизацию рака, в том числе рака молочной железы, повысить приверженность пациентов лечению (Дронов А.И., 2019; Танташева А.М., Вафина А.А., 2020; Тилеков Э.А., 2020; Башеева Д.А., 2022). Онкограмотность населения требует обучения населения и активной популяризации онкознаний, с учетом реальных потребностей, информированности и образовательного уровня далеких от медицины граждан. В связи с этим возникают ряд вопросов, связанных с контентом онкограмотности, индикаторами оценки ее

уровня, а также готовности врачей-онкологов к проведению данной работы на доступном и понятном для граждан языке. В советское время популяризаторской деятельности в медицине, в том числе в онкологии, уделялось большое внимание, однако с началом реформ данная работа практически сошла на нет. В настоящее время возникает необходимость вновь обратиться к вопросам повышения онкограмотности населения (Чернусь Н.Ю., 2019.; Эртель Л.А., 2019; Джиенбаев Б.Е., 2019; Сидельникова К.Н., 2019; Странцова Н., 2020).

Пациенториентированность современного здравоохранения предполагает учет мнения пациента, его воли в принятии решений относительно получения медицинской помощи. Это повышает ответственность граждан за свое здоровье и предполагает учет особенностей отдельных моделей поведения пациента при организации работы с ними медицинских работников, прогнозирования риска выбора пациентом неэффективных моделей (Федермессер А.К., 2020; Адилова З.У., Жолдасбаев К.К., 2021; Черчинцева Е.А., 2022). Однако с этой точки зрения в научной литературе проблема организации онкологической помощи не рассматривалась, что снижает эффективность противораковых мероприятий.

1.6 Общие и различающиеся проблемы обеспечения результативности онкологической помощи и ее оценки в контексте региональных потенциалов здравоохранения

На важность оценки регионального потенциала онкологической помощи обращают внимание С.А. Багин, А.В. Фомина, Д.И. Кича (2025), а также другие авторы (Мушников, Д.Л. 2021; Козлов, В.А., Поляков Б.А., 2023).

В последние годы идет активный поиск новых подходов к совершенствованию организации онкологической помощи. Были предложены: новые модели и технологии организации онкологической помощи, в том числе: на амбулаторном этапе (Гипарович, М.А. 2023; Аксенова, И.А., 2025); новые подходы к развитию частно-государственного партнерства (Бреусов, А.В., 2021; Васильев, В.В., 2025); совершенствованию междисциплинарного взаимодействия (Вологина,

К.Ю., Вайгачев И.В., 2021); ремоделированию онкологической помощи в условиях пандемии COVID-19 (Каприн, А.Д., 2020; Волчек В.С., 2022.; Иваников И.О., 2024; Левковский О.В., 2024; Костин А.А., Самсонов Ю.В., 2024); создание центров компетенций (Гаджиева С.М., 2024); организация работы референсного клинико-диагностического центра (Глушкова, И.В., 2022); оптимизации профилактической работы (Михеев А.В., 2024), повышение эффективности онкологического мониторинга (Пецко Р.А., 2023), совершенствование скорой и специализированной медицинской помощи онкологическим больным (Сертакова О.В., 2021); развитие консультативной телефонной помощи (Суховская О. А., 2025); технологий бережливого производства (Солодкий В.А., 2021); организация и анализ работы дистанционного онкологического консилиума (Партс С.А., 2024); организация телемедицинских консультаций (Ефремов С.А. 2024); внедрение и совершенствование региональной практики применения раковых регистров (Степанова, Л.Л. 2022); совершенствование системы планирования помощи, в том числе определение потребности в ней (Тришкин Д.В., 2021; Шипова В.М. 2021; Шелякин В.А., 2023; Юрина В.Ю., 2025); совершенствование лекарственного обеспечения помощи, за счет четкого определения потребности, учета и распределения, построения логистических цепочек (Петров А.Г., 2022; Петров, А.Г., 2023; Линник, С.А., Александрова О.Ю., 2023).

Среди современных тенденций развития онкологической помощи авторами отмечается реализация пациент-ориентированного подхода, большую роль в котором, как отмечают авторы, врачам первичного звена здравоохранения (Блохина М.В., 2022; Есентаева С.Е., 2024 Петрова В.Ю., 2024; Коготыжев, Р.К., 2025). Однако, на снижение удовлетворенности пациентов онкологической помощью указывают многие авторы (Башеева, Д.А., Усевич У.А., 2022; Калесник, М.В., Ягелло К.Г., 2022; Костин, А.А., 2024), отмечая важность мониторинга мнений пациентов и персонала, повышения уровня обратной связи.

Обеспечение качества онкологической помощи рассматривается авторами в разных аспектах: в ключе процессов цифровизации (Андреев, Д.А., Завьялов А.А.,

2021); снижения затрат (Куделина, О.В., 2025), совершенствования количественной оценки качества развития национального аудита онкологической помощи, в том числе на примере зарубежных стран (Андреев, Д.А., 2022); совершенствования стандартов помощи (Ледовских, Ю.А., 2024; Завьялов, А.А., 2024; Юркевич Р.Е., Широченкова С.В., 2024); повышение качества контроля на основе работы Школы эксперта качества (Старченко, А.А., 2023).

Одной из важных проблем онкологической помощи является своевременная диагностика. Авторами предлагаются разные подходы к ее совершенствованию, в том числе новые – обнаружение онкозаболеваний с помощью собак (Баюров, Л.И., Михеева К.Д., 2022; Карайланов, М.Г., 2025).

Многие авторы отмечают важность развития паллиативной помощи онкологических больным (Адилова, З.У., Жолдасбаев К.К.О., 2021; Горшкова, Е.С., Гараева Л.Р., 2023; Калужина, К.С. 2025), в том числе за счет совершенствования планирования данной помощи (Кульдеева, А.Б., 2023; Черчинцева, Е.А., 2022). В этом ключе, в числе важных проблем онкологической помощи рассматривается обеспечение обезболивания онкологических больных (Ачех, Т.В., Бердыш Д.С., 2023), которое, по мнению авторов, должно выстроиться в стройную систему, обеспечивающую своевременность и доступность обезболивания.

Важное внимание в современной онкологической помощи отводится психологическому ее компоненту – поддержке онкологических больных и их родственников, которое по мнению авторов должно быть комплексным и начинаться как можно раньше (Дренёва, А.А., 2022.; Зуков, Р.А., Сафонцев И.П., 2022; Титенко, З.И., 2022; Мустафин, Р.Н., 2024; Данилова, Н.В., 2025).

Повысить уровень доступности онкологической помощи позволяют предлагаемые авторами новые технологии маршрутизации пациентов, в том числе за счет визуализации маршрутов (Доронина О.В., 2021; Шабунин А.В., 2021; Улумбекова Г.Э., 2022; Парте С.А., 2023; Ледовских Ю.А., 2024; Новикова С.В., 2024).

Применение цифровых технологий, в том числе искусственного интеллекта является одной из наиболее актуальных тем организации здравоохранения, в том числе онкологической помощи (Козлов В.А. 2023; Костин, А.А., Самсонов Ю.В., 2024; Кожамбердин К.Е., 2024.), которая, как показал анализ публикаций, имеет свою специфику на этапах оказания помощи.

Ряд авторов обращают внимание на необходимость совершенствования нормативно-правового регулирования онкологической помощи (Ледовских, Ю.А., Тишкина С.Н., 2023; Курмангулов А.А., 2023; Скальная, В.С., 2025), в связи с наличием ряда противоречий.

Анализ научных исследований показал (таблица 1.1), что имеется хорошая теоретическая и практическая база исследований медицинской результативности онкологической помощи, однако медико-социальный и структурной ее аспекты, а также медико-социальный и ресурсно-технологический потенциалы помощи рассматривались фрагментарно, без количественной оценки и анализа взаимосвязей, что ограничивает возможность принятия сбалансированных и комплексных решений относительно развития онкологической помощи в регионах страны.

Систематический анализ литературы по региональным проблемам организации оказания онкологической помощи представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Систематический анализ литературы по региональным проблемам организации оказания онкологической помощи

Федеральные округа	Авторы	Характер проблем
Центральный	Фадеева, Е.В., 2021; Ведерин, А.А., Лацвиева А.Е., 2023; Хатьков, И.Е., 2023; Коровин, Е.Н., 2024; Мушников, Д.Л., 2025	Недостаточный уровень результативности. Низкая онкологическая настороженность населения и медперсонала. Отсутствие системы прогнозирования онкологической помощи. Низкая инновационная культура
Северо-Западный	Локтионов, К.М., 2022; Булина, А.О., 2022; Богданов Д.В., 2022; Хидишян, Е.А., 2022; Цыганова, О.А., 2025; Старцев, В.Ю., 2025	Снижение территориальной доступности. Нехватка медицинских кадров. Низкий уровень цифровизации. Низкий уровень качества жизни пациентов онкологического профиля. Недостатки в обеспечении и контроле качества онкологической помощи
Северо-Кавказский	Андиева М.К., 2022; Башеева, Д.А., Усевич У.А., 2022; Халадова, Л.М., 2024.	Недостаток врачей. Снижение транспортной доступности. Снижение удовлетворенности пациентов помощью. Низкая онкоинформированность населения
Уральский	Неверова, Е.Н., 2020; Черчик, А.Ю., 2021.	Недостатки в лекарственном обеспечении
Дальневосточный	Павлова, В.И, 2021; Белова, Т.А., 2022; Оконешникова А.К., 2023; Гордиенко В.П., Побережский А.В., 2022; Рублёва, Т.Ю. 2024; Жуйкова, Л.Д. 2024	Необходимость совершенствование противоболевой помощи. Низкая достоверность учета онкологической помощи. Недостатки в планировании противораковых мероприятий. Низкий уровень приверженности пациентов лечению
Сибирский	Ростовцев, Д.М., 2022; Зуков, Р.А., Сафонцев И.П., 2022; Жуйкова, Л.Д., 2023	Недостаточный уровень использования дистанционных форм оказания помощи, цифровых технологий
Приволжский	Еругина, М.В., 2021; Карпова, С.С. 2025.	Недостатки в маршрутизации пациентов. Низкий уровень доверия к врачам
Южный ФО, в том числе новые регионы	Гарцев, Д.А., 2025	Недостаток врачей. Снижение транспортной доступности. Недостаток оборудования и медикаментов

Сопоставительный анализ литературы позволил определить полноту раскрытия темы оценки и повышения результативности онкологической помощи за счет повышения регионального ее потенциала (таблица 2).

Таблица 2 – Полнота раскрытия темы оценки и повышения результативности онкологической помощи за счет повышения регионального ее потенциала

Характеристики	Полно раскрыто	Частично	Не раскрыто
Оценка и повышение региональной результативности онкологической помощи			
Медицинская	+	—	—
Медико-социальная	—	+	—
Структурная	—	+	—
Комплексная, во взаимосвязи	—	—	+
Оценка и повышение регионального потенциала онкологической помощи			
Медико-социальный	—	+	—
Структурный	—	+	—
Интегральная, во взаимосвязи	—	—	+

Анализ исследований в федеральных округах Российской Федерации позволил выделить 10 показателей структурной результативности онкологической помощи, в том числе: оценка качества маршрутизации пациентов, оценка уровня оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю; и другие. Анализ структурных проблем онкологической помощи позволил выделить 9 параметров оценки ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи: кадровый потенциал; материально-технический; и другие. Анализ литературы по медико-социальным аспектам онкологической помощи позволил выделить 6 параметров оценки ее результативности (онкограмотность; приверженность лечению; и другие) и 6 параметров оценки регионального медико-социального потенциала онкологической помощи (онкоинформированность; медактивность; здоровьесбережение; мотивационно-ценностный; коммуникативный; семейной адаптации).

Заключение по главе

Обзор литературы позволили сделать следующие выводы:

1. Аналитический обзор статистических данных свидетельствует о том, что злокачественные новообразования сохраняют тенденцию к росту, занимая второе место среди причин смертности населения. Эпидемиологический анализ показал необходимость совершенствования онкологической помощи для достижения целевых показателей, для чего необходимо учитывать уровень результативности потенциала онкологической помощи на уровне регионов.
2. По результатам исследования обоснованы ключевые этапы и организационные формы исторического развития онкологической помощи в России на принципах последовательности и целостности:
 - 1) Создание научно-технических условий, накопление знаний и умений.
 - 2) Совершенствование технических средств, медицинских аппаратов, инструментов.
 - 3) Рост технологического потенциала, доказательной базы диагностики и лечения.
 - 4) Подготовка корпуса компетентных кадров и образование научных школ, мотивирования пациентов.
 - 5) Интеграция и дифференциация онкологии высоких клинико-организационных, информационных и коммуникационных технологий онкологической помощи.
 - 6) Проектное развитие структуры и законодательных решений онкологического здравоохранения, повышение медико-социальной и структурной эффективности регионального потенциала онкологической помощи.
3. Модель развития онкологической помощи определяется как общими принципами (характерными для большинства регионов бывшего СССР и Российской Федерации), так и особенностями географического территориального построения, региональным потенциалом обеспечения результативности онкологической помощи.

4. Обзор нормативно-правовой базы и научной литературы показал необходимость оценки двух компонентов регионального потенциала (инфраструктурного и медико-социального) и трех компонентов результативности онкологической помощи.

5. По данным библиографического анализа установлено, что в настоящее время не разработана организационно-методическая база оценки и развития регионального потенциала обеспечения результативности онкологической помощи, что требует проведения комплексного исследования.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программа исследования

Научно-практические разработки проводилось в период 2013-2018 гг., тема внесена в план НИР ФБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России №23 2019-2022 гг., в период 2023-2025 гг. продолжены научные аналитические поиски в условиях регионов, адаптационные и внедренческие работы, оценки результатов.

Программа исследования представлена в таблице 3. Она включала несколько направлений и основывалась на использовании следующих научных методов: библиографического анализа, сравнительного правоведения, статистического, социологического, экспертных оценок, экспертного, SWOT-анализа, аналитического, математико-статистического.

Рабочая гипотеза:

а) Наравне с медицинской следует оценивать и повышать медико-социальную и структурную результативность онкологической помощи;

б) Достижение целей здравоохранения в части онкологической помощи населению может быть обеспечено путем консолидированной реализации комплекса решений по повышению медицинской, медико-социальной и структурной ее результативности за счет повышения регионального потенциала онкологического здравоохранения.

Таблица 3 – Программа исследования

Направление исследования	Источники информации, объем
Информационно-аналитическое	Источники: научные публикации (383). Теоретическое обоснование направлений научного поиска
Нормативно-правовое	Источники: ФЗ, Постановления Правительства РФ, Приказы МЗ РФ – всего 11 нормативно-правовых актов, регламентирующих оказание онкологической помощи населению. Использована электронная база данных нормативных документов ГАРАНТ
Эпидемиологическое	Источники: карты результативности ОП по субъектам РФ (540) на основе данных ФСС России, Медицинского информационного аналитического центра (МИАЦ) Ивановской области за период 2015-2024 гг. (ФФСН №7). Объем – 9800 Кб.
Экспертное	Источники: карты результативности ОП по субъектам РФ (540); карты экспертной оценки ресурсно-технологического потенциала (РТП) онкопомощи – 540 шт.; карты оценки медико-социального потенциала (МСП) онкопомощи - 540 шт.; карты интегральной оценки МСП онкопомощи - 18 шт.; карты интегральной оценки РТП онкопомощи - 18 шт.; сведения из ФФСН № 17, 30 – 540 шт.
Социологическое	Источники, анкеты: для экспертов (30), для пациентов (7207); анкета «Мнение групп общественности» - 7722 шт. (в том числе пациентов – 7207, медработников (425), руководителей ОУЗ (30), представителей медицинских ассоциаций (30), поставщиков ресурсов (30))
Факторного анализа	Источник информации: материалы предыдущих этапов исследования о частоте факторов при высоком и низком уровне результативности онкологической помощи населению
Организационный	Источник информации: данные о результатах внедрения мероприятий – изменение оценок реализации потенциала и показателей результативности онкологической помощи по статистическим показателям

Характеристика базы исследования

На межрегиональном уровне – медицинские организации, оказывающие онкологическую помощь в субъектах ЦФО Российской Федерации. ЦФО, занимая 3,8% площади страны, имеет самую высокую численность населения среди федеральных округов — 26,6% населения России (37,6 млн. человек) и самую высокую его плотность — 60 человек на 1 км².

В структуре населения велик удельный вес старших возрастных групп: в 2024 г. доля населения в возрасте 60 лет и старше в ЦФО составила 21,8% (РФ — 19,6%); ожидаемая продолжительность жизни — 71,9 года (РФ — 70,9); средний возраст заболевших — 64,7 года (РФ — 64,1); умерших — 67,8 года (РФ — 66,7).

Общая характеристика медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь в субъектах ЦФО Российской Федерации представлена в таблице 4.

На региональном уровне – «Онкологическая служба Ивановской области представлена головным учреждением - онкологическим диспансером со стационаром коечной мощностью в 628 коек (из них 195 коек дневного пребывания, а также 20 коек отделения паллиативной онкологии «Хоспис») и консультативной поликлиникой на 78 900 посещений в год»²⁴. В настоящее время на территории Ивановской области в ранней диагностике злокачественных новообразований, проведении программ диспансеризации определенных групп взрослого населения, скрининговых программах, профилактических медицинских осмотрах участвуют 24 медицинские организации. В первичном звене здравоохранения организованы 5 центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) и 14 первичных онкологических кабинетов с сертифицированными онкологами. Функционируют 47 смотровых кабинетов.

²⁴ Принципы формирования региональной политики здравоохранения в части онкологической помощи / Козлов В.А., Фунтикова Е.Л., Поляков Б.А., Мушников Д.Л. // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 12. – С.100-103.
<https://elibrary.ru/item.asp?id=30795919>

Предмет исследования: медицинская, медико-социальная и структурная результативность онкологической помощи, организационные процессы, ресурсно-технологический и медико-социальный потенциал онкологической помощи населению. *Объект исследования:* эксперты, население, пациенты, медицинские работники; партнеры – руководители органов управления здравоохранением, представители медицинских ассоциаций, поставщики ресурсов.

Таблица 4 – Общая характеристика медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь в субъектах ЦФО РФ

Субъекты	Показатели			
	1	2	3	4
Москва	23	7247	2 367 000	97,5
Московская	12	1237	1 243 678	92,3
Белгородская	4	734	79564	84,5
Брянская	3	578	72 458	78,7
Владимирская	3	614	71 235	81,4
Воронежская	3	610	79 123	79,2
Ивановская	5	628	78 900	84,5
Калужская	4	639	81 122	78,5
Костромская	3	459	65 340	73,5
Курская	5	690	80 341	82,9
Липецкая	4	599	74 956	77,9
Орловская	5	612	78 324	79,5
Рязанская	4	698	80 216	79,5
Смоленская	4	711	81 569	81,2
Тамбовская	3	624	74 389	78,3
Тверская	5	639	75 457	79,4
Тульская	5	679	77 345	81,2
Ярославская	5	698	81 212	82,3

Примечание:

- 1- Число медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь;
- 2- Коечный фонд;
- 3- Количество обращений в консультативную поликлинику в год;
- 4- Укомплектованность штатов, %.

2.2 Материалы и методы исследования

Теоретико-методологическая часть исследования включала:

А) На основе анализа научной литературы и нормативных документов выделение периодов становления и эволюции региональных систем онкологической помощи;

Б) Проведен опрос 30 экспертов-организаторов здравоохранения (утвержден распоряжением проректора по науке ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ 22.12.2024 г.). В экспертную группу вошли 5 докторов и 5 кандидатов медицинских наук, 20 специалистов, имеющих высшую квалификационную категорию по специальностям: «онкология», «общественное здоровье и организация здравоохранения». Средний возраст экспертов составил $55,52 \pm 5,69$ лет; стаж работы по специальности – $30,00 \pm 6,17$ года. Экспертная группа осуществила проверку соответствия каждого вопроса концептуальной структуре. Для оценки внутренней согласованности вопросов использован метод на основе вычисления коэффициента α Кронбаха (по формуле: $\alpha = N * r / (1 + r * (N - 1))$), где N - количество исследуемых компонентов, а r – средний коэффициент корреляции между компонентами) показали высокую надежность инструмента ($\alpha = 0,83$), что позволило признать его валидным и пригодным для полноформатного исследования. Конструктивная валидность была определена при помощи расчета показателя меры выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина и критерия сферичности Бартлетта. Содержательная валидность оценивалась на основании оценок экспертной комиссии. Порядок работы экспертной группы: 1 этап – формирование группы, проверка компетентности экспертов документальным методом, выбор модераторов, получение согласия экспертов; 2 этап – выбор типа экспертных оценок и способа их получения, выбран метод сетевого анкетного опроса (на программной платформе «Архидок»); 3 этап – получение и формализация экспертных оценок, их агрегирование методами расчета средних значений, ранжирования; 4 этап – проверка согласованности множества экспертных оценок методом расчета коэффициента конкордации, согласованности ранжирования,

получение мнения экспертов; 5 этап – вычисление итоговой агрегированной оценки.

Использована специально разработанная карта «Мнение экспертов о критериях оценки регионального потенциала и результативности онкологической помощи». Это позволило дать определение, выделить компоненты результативности помощи и сформировать модель оценки регионального потенциала онкологической помощи (Таблица 5).

Таблица 5 – Модель оценки регионального потенциала и результативности онкологической помощи

Субкомпонент	Метод сбора информации	Количество оценочных параметров	Оптимальное значения (в баллах / индекс реализации)
Ресурсно-технологический потенциал			
Кадровый потенциал	Экспертная оценка	5	18 баллов / 100%
Материально-технический потенциал	Экспертная оценка	16	42 балла / 100%
Потенциал лекарственного обеспечения	Экспертная оценка	3	9 баллов / 100%
Потенциал медицинских технологий	Экспертная оценка	17	51 балл / 100%
Организационных технологий	Экспертная оценка	7	24 балла / 100%
Цифровых технологий	Экспертная оценка	5	15 баллов / 100%
Имиджевый	Опрос по анкете	6	18 баллов / 100%
Медико-социальный потенциал			
Онкоинформированности	Опрос по анкете	6	18 баллов / 100%
Медактивности	Опрос по анкете	1	3 баллов / 100%
Здоровьесбережения	Опрос по анкете	1	3 баллов / 100%
Мотивационно-ценностный	Опрос по анкете	1	3 баллов / 100%
Коммуникативный	Опрос по анкете	1	3 баллов / 100%
Семейной адаптации	Опрос по анкете	1	3 баллов / 100%
Результативность онкологической помощи			
Медицинская	Экспертная оценка	6	18 баллов / 100%
Медико-социальная	Экспертная оценка	10	30 балла / 100%
Структурная	Экспертная оценка	6	18 баллов / 100%

За «эталонное значение» взяты результаты оценки по региону – лидеру (г. Москва).

В ходе исследования использованы следующие инструменты сбора информации, представленные в приложении: анкета для экспертов «Мнение экспертов о критериях оценки регионального потенциала и результативности онкологической помощи» (приложение I); карта экспертной оценки медицинской, медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи в субъекте РФ (приложение II); карта экспертной оценки медико-социального и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъекте РФ (приложение III); карта интегральной оценки медико-социального потенциала онкологической помощи в субъекте РФ (приложение IV); карта интегральной оценки ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъекте РФ (приложение V); карта экспертной оценки условий, оказания и организации онкологической помощи (приложение VI); анкета мнение групп общественности (оценки пациентами, партнерами, поставщиками ресурсов, руководителями органов управления здравоохранением, представителями общественных организаций имиджа онкологической службы) (приложение VII); анкета для медицинских работников (приложение VIII); анкета для пациентов онкологического профиля (приложение IX).

Прикладная часть исследования включала в себя:

1. Межрегиональный уровень:

а) Статистический анализ медицинской результативности онкологической помощи базовых регионов ЦФО Российской Федерации проведен на основе официальных данных ФСС России по основным целевым показателям, определенным Федеральными программами, а именно: «смертность от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения; доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, %; удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями,

состоящих под диспансерным наблюдением, %; годовичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году), %; доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %»²⁵.

б) Анализ экспертных мнений о структурной результативности онкологической помощи в базовых регионах по 10 показателям: оценка качества маршрутизации пациентов, оценка уровня оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю; оценка качества ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям; оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей; оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи; оценка уровня автоматизации процессов оказания медицинской помощи; оценка полноты и правильности ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи; оценка уровня лекарственного обеспечения пациентов по профилю; оценка системы контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю; оценка количества и качества дистанционных консультаций; оценка эффективности внедрения и применения клинических рекомендаций. Экспертной группе в составе 30 экспертов, в том числе главных специалистов – онкологов ДЗО (утверждена распоряжением проректора по науке ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ 22.04.2024 г.), были предоставлены статистические и информационные материалы о результатах деятельности региональных систем здравоохранения (ФФСН №17, 30 – 18 шт.), и путем

²⁵ Паспорт Федеральной программы борьбы с онкологическими заболеваниями <https://nop2030.ru/dokumenty/pasport-federalnogo-proekta-borba-s-onkologicheskimi-zabolevaniyami/?ysclid=mldr1cb59s378428095>

опроса изучено их мнение о результативности онкологической помощи с диапазоном оценок 1-3, где 1 – низкий уровень; 2 – средний; 3 - высокий. Уточнялось мнение экспертов о факторах, повлиявших на уровень показателей. Данные опроса обрабатывались, рассчитывался коэффициент конкордации экспертных мнений. Проводилось ранжирование проблем по уровню оценок. Заполнялись карты оценки результативности онкологической помощи по субъектам РФ - 540 шт.

в) Проводилась оценка ресурсно-технологического потенциала (РТП) в базовых субъектах ЦФО РФ по 9 показателям (кадровый потенциал; материально-технический; лекарственного обеспечения; организации маршрутизации пациентов; качества организации помощи; качества оказания помощи; качества контроля оказания помощи; качества цифровых технологий; имидж учреждения) для чего использовались данные экспертной оценки (в объеме карты оценки РТП онкопомощи - 540 шт.) и опроса по анкете «Мнение групп общественности» (7722 шт., в том числе пациентов – 7207, медработников (425), руководителей ОУЗ (30), представителей медицинских ассоциаций (30), поставщиков ресурсов (30) в «Google Форме» на сайте Ивановского ООД. Заполнялись карты интегральной оценки РТП онкопомощи – 18 шт.

г) Анализ медико-социальной результативности в базовых субъектах ЦФО РФ (по 6 показателям: онкограмотность; приверженность лечению; своевременность обращений; удовлетворенность помощью; доверие к здравоохранению; качество жизни) и медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ по 8 показателям (онкоинформированность; медактивность; здоровьесбережение; мотивационно-ценностный; коммуникативный; семейной адаптации). Информация собиралась по типу мониторинга на основе дистанционного заполнения анкеты с вопросами закрытого типа в «Google Форме» на сайте Ивановского ООД. Всего было получено 7207 откликов (в среднем по 401 ± 7 по субъектам ЦФО РФ). Заполнялись карты оценки результативности онкологической помощи по субъектам РФ - 540 шт. и МСП онкопомощи - 540 шт.

д) SWOT–анализ вызовов, возможностей и проблем развития региональных систем оказания онкологической помощи населению на примере регионов, входящих в ЦФО Российской Федерации.

2. Региональный уровень (на примере Ивановской области).

А) На основе данных Информационно-аналитического центра ДЗО Ивановской области проводился углубленный анализ 10 показателей результативности онкологической помощи жителям Ивановской области в целом и по отдельным районам. Выделены районы с оптимальной и ниже оптимальной результативностью помощи.

Б) Для оценки потенциала онкологической помощи проводился анализ:

- данных отчетов медицинских организаций по форме ФФСН №7, 12,17, 30 за 2018-2024 гг.;
- данных опроса по анкете для персонала (100 медработников (из выборки $n = 425$), которая включала в себя 28 вопросов закрытого типа по блокам: медико-социальный потенциал, трудовой, инновационный потенциал, удовлетворенность трудом, онконастроенность;
- данных опроса по анкете для пациентов (400 пациентов из выборки $n = 7207$), которая включала в себя 20 вопросов закрытого типа по блокам компонентов медико-социального потенциала;

В) Проведена оценка взаимосвязи уровня медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи Ивановской области и реализации компонентов ее потенциала с использованием метода ранговой корреляции.

Г) Определялась частота различных факторов и их влияние на уровень медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи. Оценка и прогноз реализации факторов риска снижения медико-социальной и структурной результативности основаны на теории вероятности наступления событий. Вероятность низкой результативности определялось по формуле Байеса, прогностические коэффициенты (ПК) для каждой градации факторов рассчитывались по формуле Вальда, информированность факторов (I_x) определялась с помощью информационной меры Кульбака.

Статистическая обработка данных

Платформой для накопления и статистической обработки материала стало программное обеспечение SPSS-версии 20. Нормальное распределение всех исследованных параметров было проверено с помощью теста Колмогорова-Смирнова. Коэффициент Стьюдента t и парный коэффициент t использовались для переменных, которые распределялись в обычном режиме, для переменных, которые не имеют нормального распределения использовался метод Манн-Уитни и Вилконсона. Кроме того, для анализа данных использовалась корреляция Спирмана. Предельные значения соответствовали значениям $p < 0,05$. Сила и направление связи между признаками оценивалась по формуле расчета коэффициента корреляции по методу рангов («Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения». Под ред. Кучеренко В.З., с соавт., М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2004). Для оценки значимости отдельных факторов использован метод нормированных интенсивных показателей и весового индекса (Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. – М.: Медицина, 1986. – 208 с.).

ГЛАВА 3 КОНСОЛИДИРОВАННАЯ (СУБЪЕКТЫ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ) И УГЛУБЛЕННАЯ (ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТЬ) ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В данной главе нашли отражение публикации результатов исследования в журнальных статьях и коллективной монографии.

3.1 Консолидированная оценка медицинской результативности (по целевым показателям) онкологической помощи и современных тенденций на уровне регионов ЦФО России

Анализ достижения целевых показателей по субъектам ЦФО РФ позволили выделить 3 кластера регионов: 5 регионов с положительной медицинской результативностью (Москва, Московская обл., Белгородская обл., Рязанская обл., Тверская обл.), 5 с низкой результативностью (Брянская, Ярославская, Тульская, Костромская, Смоленская), 8 – со средним уровнем результативности (Таблица 6).

Таблица 6 – Уровень достижения целевых показателей в субъектах ЦФО РФ

Субъекты РФ	Достижение целевых показателей						Ранг
	1	2	3	4	5	6	
Москва	+	+	+	+	+	+	1
Московская	+	+	-	-	+	+	2
Белгородская	-	-	-	+	+	+	4
Брянская	-	-	-	-	-	+	18
Владимирская	-	-	+	+	-	+	11
Воронежская	+	+	+	+	-	+	12
Ивановская	+	+	+	-	+	+	7
Калужская	-	+	+	-	+	+	8
Костромская	-	-	-	-	+	+	17
Курская	-	-	-	+	+	+	10
Липецкая	-	+	+	+	+	+	6
Орловская	+	+	+	+	-	+	9

Рязанская	+	+	+	+	+	-	3
Смоленская	-	-	-	+	+	-	15
Тамбовская	-	-	-	+	-	+	14
Тверская	+	+	-	+	+	+	5
Тульская	-	-	-	-	-	+	16
Ярославская	+	+	+	-	+	+	3

Примечание:

- 1- Смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. населения;
- 2- Смертность от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения;
- 3- Доля выявленных активно, %;
- 4- Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением, %;
- 5- Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году), %;
- 6- Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %.

Определены общие для межрегионального уровня онкологической помощи тенденции изменений медицинской результативности онкологической помощи: 1. Доля активно выявленных больных и доля больных, заболевание у которых выявлено на ранней стадии опухолевого процесса, остаются достаточно низкими (31,5–51,5%), особенно при визуальных опухолях; 2. Имеются резервы снижения одногодичной летальности (11,7 – 15,7%); 3. Низкий уровень пятилетней выживаемости (49,5 – 52,2%).

Имеются региональные особенности снижения медицинской результативности: в Орловской – высокий уровень смертности от ЗНО; в Брянской, Тульской и Смоленских областях – наиболее низкие уровни показателей диспансерного наблюдения онкобольных, а в Костромской области – раннего выявления злокачественных новообразований.

Это требует, с одной стороны, унификации подходов к управлению онкологической помощью при участии ведущих онкологических научных центров страны, а с другой, – учета региональных тенденций изменений показателей.

SWOT–анализ проблем оказания онкологической помощи населению ЦФО Российской Федерации показал, что на протяжении последних лет при неуклонном росте числа заболевших и численности наблюдаемого контингента, число специализированных онкологических учреждений и штаты не претерпели существенной динамики. Несмотря на рост диагностических возможностей, оснащенности медицинских учреждений высокоэффективным диагностическим оборудованием, развитие новых диагностических методик, доля активно выявленных больных и доля больных, заболевание у которых выявлено на ранней стадии опухолевого процесса, остаются достаточно низкими, особенно при визуальных опухолях. Поздняя диагностика ЗНО, в том числе визуальных локализаций, достаточно массовое явление. На сегодняшний день каждое пятое впервые выявляемое ЗНО не подлежит радикальному лечению из-за запущенности опухолевого процесса. Необходимы оптимизация управления и современное методическое обеспечение диагностического процесса в учреждениях общей лечебной сети. Таким образом, достаточно высокие показатели одногодичной летальности, неудовлетворительное состояние диагностики ЗНО в ряде территорий ЦФО свидетельствуют о необходимости развития на базе существующей инфраструктуры и ресурсов здравоохранения непрерывной системы, охватывающей профилактику, диагностику и лечение ЗНО под методическим и организационным руководством ведущих онкологических научных центров.

3.2 Углубленный анализ медицинской результативности онкологической помощи и современных тенденций на уровне региона ЦФО России – Ивановской области

Проведен анализ основных эпидемиологических показателей по онкологии во всех районах Ивановской области с 2015 по 2024 года. В тексте главы приняты следующие сокращения: РЛ – рак легкого; ППЖЖ – рак поджелудочной железы; РОК – рак ободочной кишки; РПеч – рак печени; РПК – рак прямой кишки; РП – рак почки; Ря – рак яичников; Ргубы – рак губы; РГ – рак глотки; РТМ – рак тела матки; РШМ – рак шейки матки; РПЖ – рак предстательной железы; РПищ – рак пищевода, РПрта – рак полости рта.

Выявляемость злокачественных новообразований значительно росла на протяжении всех последних лет вплоть до «ковидных» 2020 и 2021 годов. Так, в 2013 году она составляла 460,31 на 100 тыс. нас., а в 2019 году – 536,05 (рост на 16,5%). В 2020 произошел спад выявляемости онкологических заболеваний до 460,55 на 100 тыс. нас., что было обусловлено ограничительными мероприятиями по COVID-19 – приостановкой диспансеризации и профилактических осмотров. В 2021 году выявляемость составила 495,63 на 100 тыс. населения, уровень начала 2000-х годов. Всего на территории Ивановской области за эти 2 года было недовыявлено около 800 – 1000 случаев злокачественных новообразований, которые с высокой долей вероятности будут выявляться в последующие годы, но уже на поздних стадиях. В 2024 году выявляемость выросла до 536,6 на 100 тыс. населения, достигнув уровня 2019 года.

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями жителей Ивановской области в целом соответствует общероссийской, наиболее частые локализации – ЗНОК (15,2%), РМЖ (11,4%), РОК (8,6%), РЛ (7,8%), РЖ(5,5%), РПЖ (5,3%), РТМ (5,9%), РПК (5,2%), РПЖЖ (3,4%), РП (3,3%) (рисунок 1).

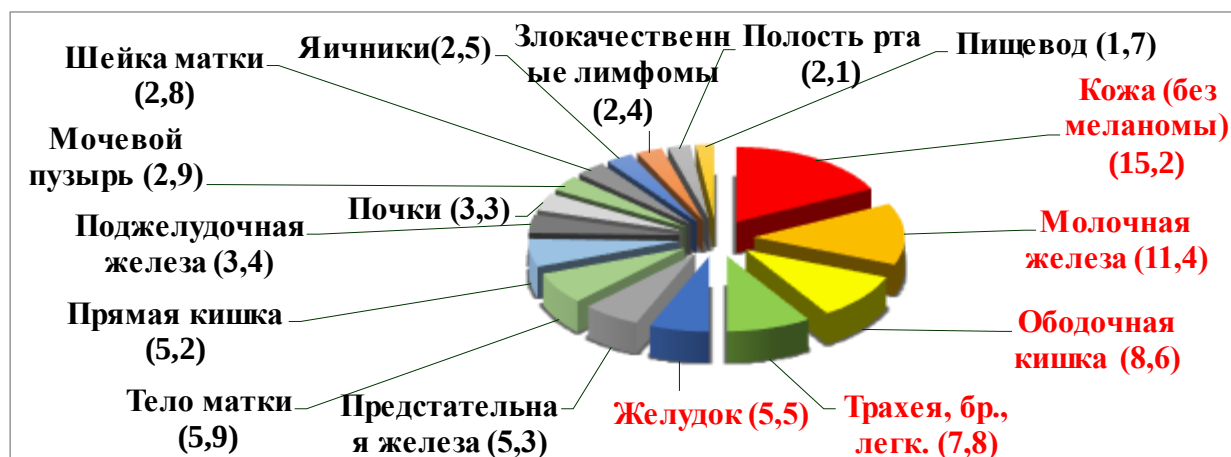


Рисунок 1 – Общая структура заболеваемости злокачественными новообразованиями на территории Ивановской области, 2024 год

У женщин наиболее часто встречаются РМЖ (20,0%), РК (18,3%), РТМ (10,1%), РОК (8,3%), РШМ (4,9%), РПК (4,7%), РЯ (4,6%), РЖ (3,9%), РПЖЖ (3,0%) (рисунок 2).

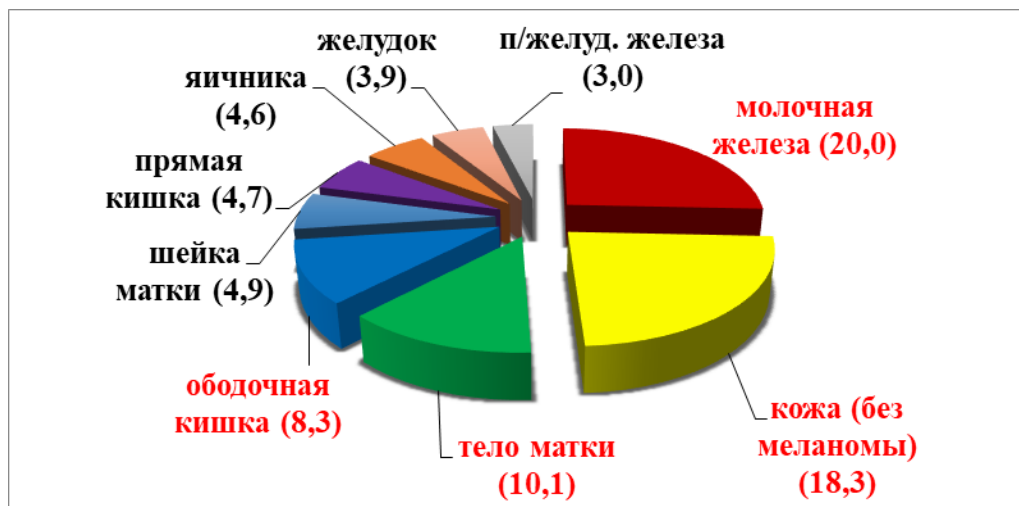


Рисунок 2 – Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин, Ивановская область, 2024 год

У мужчин в ведущих локализациях РЛ (15,3%), РК (13,3%), РПЖ (12,8%), РОК (7,8%), РЖ (7,5%), РПК (5,8%), РМП (4,6%) (рисунок 3).

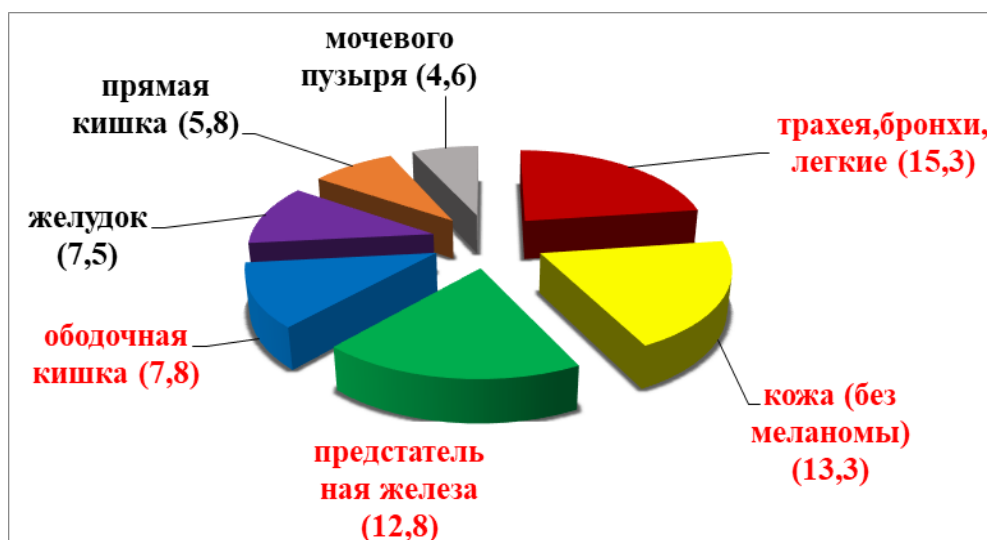


Рисунок 3 – Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин, Ивановская область, 2024 год

По данным за 2024 год Ивановская область занимает 10 ранговое место среди 85 субъектов Российской Федерации по «грубому» показателю заболеваемости, и 28 место – по стандартизованному. Это является следствием того, что в Ивановской области высокий процент населения старше трудоспособного возраста – 29,3, в то время как в целом по Российской Федерации этот процент составляет 25,9. Вместе с тем уровень заболеваемости на территории Ивановской области близок по значению к показателю по ЦФО (рисунок 4).

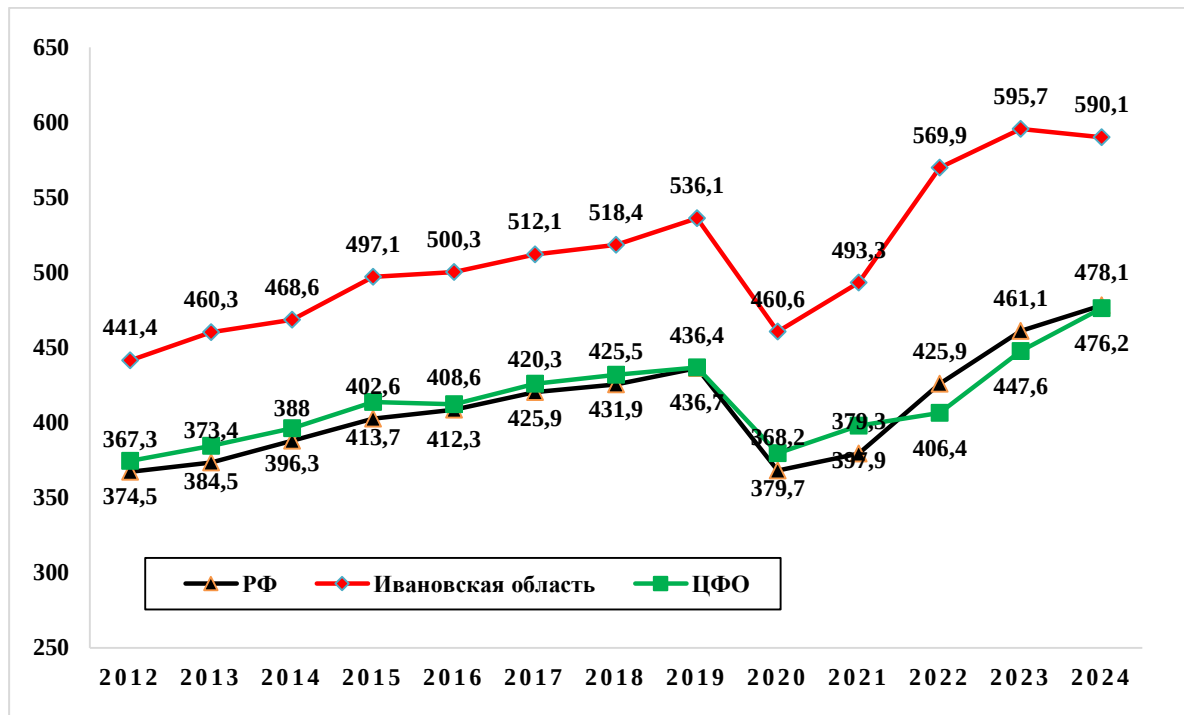


Рисунок 4 – Заболеваемость злокачественными новообразованиями на территории Ивановской области в сравнении с данными по РФ и ЦФО

Проведен анализ уровня заболеваемости по муниципальным округам Ивановской области.

В 2024 году самый высокий показатель заболеваемости отмечен в Пучежском районе (790,9 на 100 тыс. нас.), Заволжском районе (764,6 на 100 тыс. нас.), Верхнеландеховском районе (687,3 на 100 тыс. нас.), Юрьевецком районе (620,1 на 100 тыс. нас.), г.о. Кохма (600,6 на 100 тыс. нас.). Но большего внимания заслуживают районы с низким выявлением злокачественных новообразований, в них велика вероятность недовыявления рака. Среди таких районов - Ильинский (419,6 на 100 тыс. населения), Гаврилово-Посадский (444,4 на 100 тыс. нас.),

Южский (456,7 на 100 тыс. нас.), Комсомольский (460,1 на 100 тыс. нас.), Фурмановский (463,5 на 100 тыс. нас.), Тейковский (470,8 на 100 тыс. нас.).

Анализ многолетней динамики раннего выявления рака показал, что с 2013 по 2020 гг. удалось достигнуть роста раннего выявления с 47,7% до 58%. Существенный вклад в рост раннего выявления внесли диспансеризация и профилактические медицинские осмотры, активизация работы смотровых кабинетов, закупка диагностического оборудования. Однако в 2021 году произошло снижение раннего выявления до 54,4%, которое обусловлено ограничительными мероприятиями по COVID-19 – приостановкой диспансеризации и профилактических осмотров, перепрофилированием учреждений общей лечебной сети в ковидные госпитали, и в целом все силы учреждений первичной медико-санитарной помощи были в первую очередь направлены на борьбу с эпидемией. В 2022 году удалось повысить его до 56,1%, в 2023 году – до 58,3%, в 2024 году – до 57,1%. Рост раннего выявления достаточно медленный, что обусловлено тем, что на прием к онкологу стали приходить пациенты, у которых злокачественные новообразования не были выявлены своевременно на ранней стадии в 2020-2021 годах, и сейчас уже они обращаются с запущенными стадиями.

В целом динамика раннего выявления злокачественных новообразований в Ивановской области повторяет тенденцию по РФ и в ЦФО (рисунок 5).

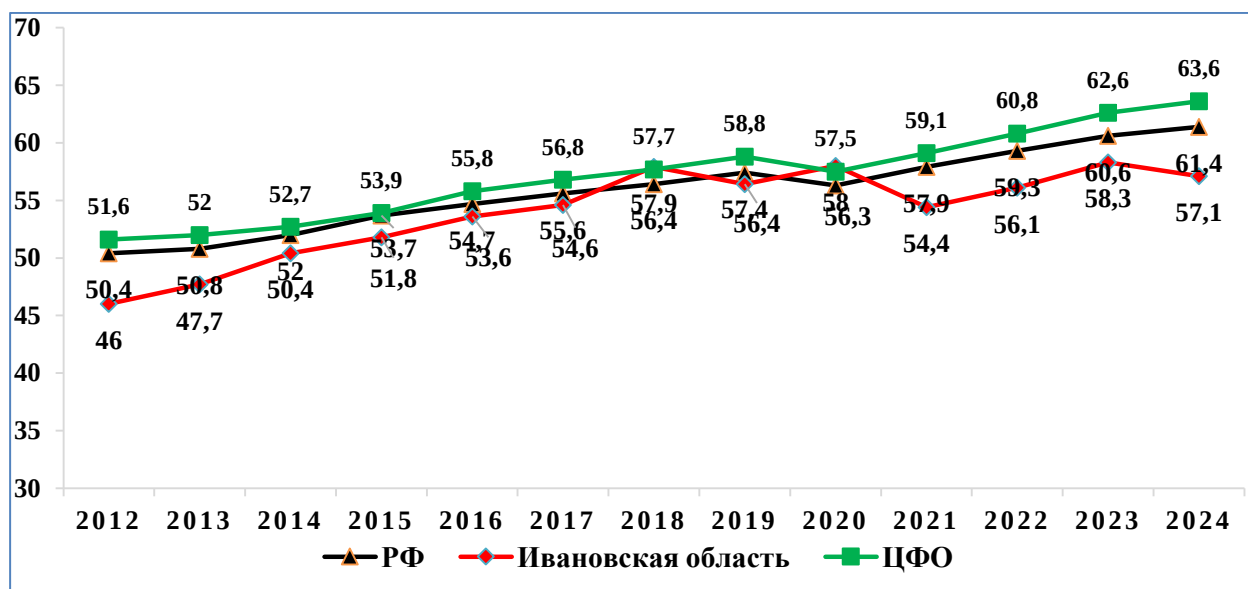


Рисунок 5 – Раннее выявление злокачественных новообразований на территории Ивановской области в сравнении с данными РФ и ЦФО

В структуре раннего выявления преобладают злокачественные новообразования кожи без меланомы (96,6%), мочевого пузыря (87,4%), щитовидной железы (86,7%), тела матки (82,7%), молочной железы (70,6%), меланомы кожи (70,6%), почки (62,5%), шейки матки (60,4%), прямой кишки (53,0%), предстательной железы (52,7%).

Раннее выявление злокачественных новообразований по районам Ивановской области ниже среднеобластного показателя в следующих районах: Шуйский (55,7%), Лухский (55%), Гаврилово-Посадский (54,8%), Тейковский (54,7%), Кинешемский (52,5%), Лежневский (51,6%), Фурмановский (50,6%), Пучежский (49,3%), Приволжский (47,5%), Комсомольский (44,1%), Пестяковский (43,3%), Палехский (39,1%) (рисунок 6).



Рисунок 6 – Раннее выявление злокачественных новообразований в муниципальных округах Ивановской области, 2024 год

В 2020 из-за ограничительных мероприятий по COVID-19 произошел рост запущенности злокачественных новообразований до 28,4%. Этот рост продолжился в 2021 и 2022 годах (соответственно 28,9% и 29,2%), что стало следствием того, что пациенты своевременно не обращались к врачам на профилактические осмотры и являлись на прием уже с развернутой клиникой и запущенными стадиями заболевания. С 2023 до 2025 года произошло снижение доли злокачественных новообразований, выявленных в запущенных стадиях (IV стадия+III стадия визуальные локализации) до 25,4%.

В структуре запущенности лидируют РПР (81,2%), РГ (65,4%), РПЖЖ (58,3%), РП (57,6%), РЛ (51,4%), РЖ (49,8%), РПК (43,3%), РОК (36,9%), РШМ (31,9%) (рисунок 7).

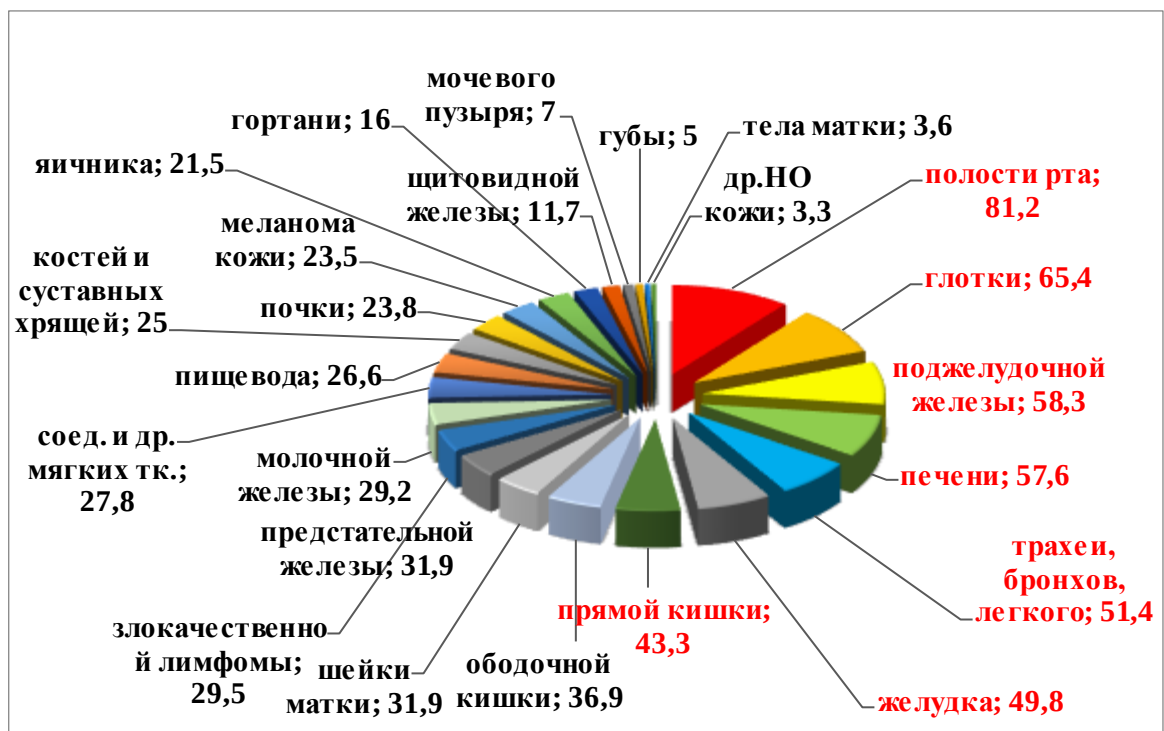


Рисунок 7– Структура запущенности злокачественных новообразований, Ивановская область, 2024 год

Районы, в которых показатель запущенности злокачественных новообразований в 2024 году был выше среднеобластного: Комсомольский (42,9%), Палехский (39,1%), Приволжский (36,9%), Фурмановский (35,5%), Лежневский (31,6%), Пучежский (31,5%), Кинешемский (30,4%), Пестяковский (30%), Гаврилово-Посадский (27,4%), Лухский (27,5%), Тейковский (26,3%).

Доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением 5 лет и более, в 2022 году составила 58,2% (рисунок 8). Отмечался значительный рост этого показателя за 2022 – 2024 гг., который продолжался даже в условиях снижения раннего выявления злокачественных новообразований на фоне действовавших ограничений по ковиду. Так, в 2019 году доля пациентов, состоявших на учете 5 лет и более, составляла 53,8%, в 2020 – 54,7%, 2021 – 57,4%, 2022 – 58,2%. С 2014 по 2022 годы произошел рост этого показателя на 20,5%. В 2023 г. также продолжается рост показателя: в 2023 году – 58,8%, в 2024 году – 60,9%.

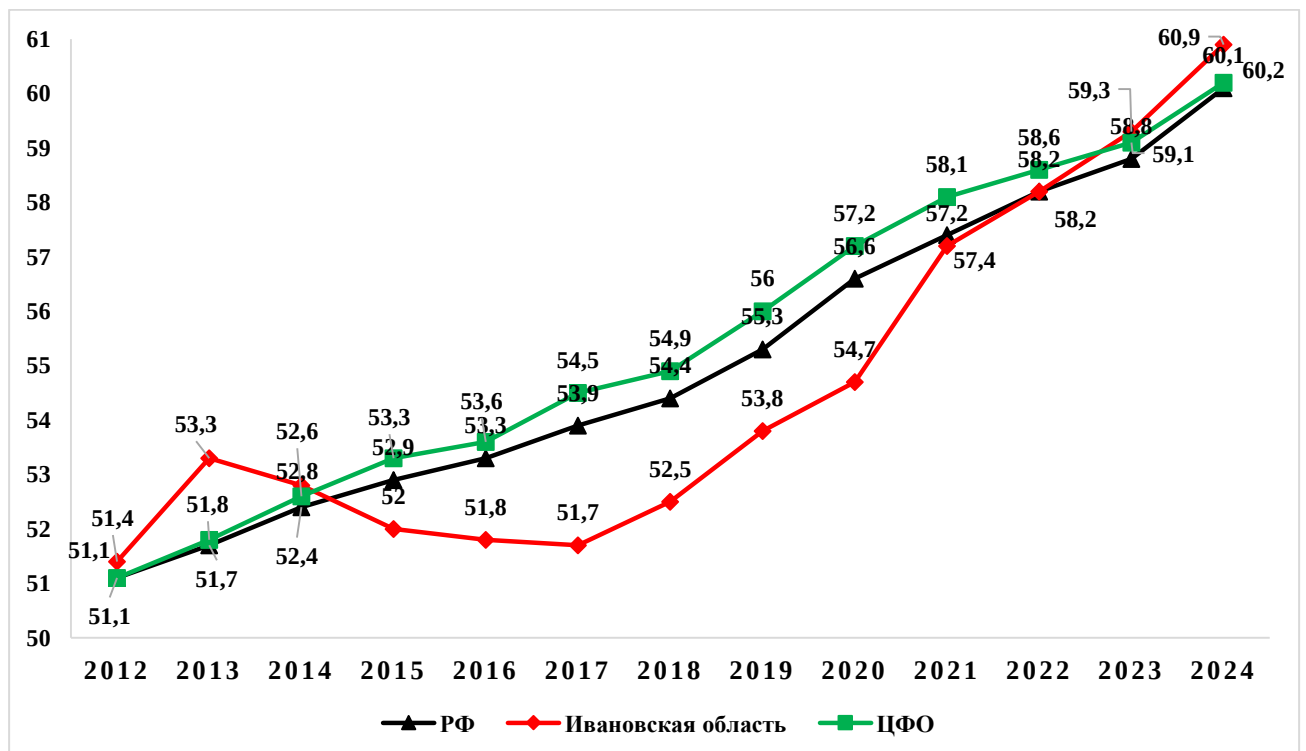


Рисунок 8 – Доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением 5 лет и более, на территории Ивановской области в сравнении с РФ и ЦФО

Такая динамика стала возможной благодаря началу работы региональной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями». С 2019 года расширился перечень применяемых лекарственных противоопухолевых препаратов, увеличилась кратность проведения курсов лекарственной противоопухолевой терапии. Онкодиспансер был оснащен современным диагностическим и лечебным оборудованием, благодаря чему внедряются новые методики лучевой терапии и хирургического лечения. Конформная дистанционная лучевая терапия IMRT и стереотаксическая лучевая терапия с 3D планированием позволяют более точно и локально облучать опухоль, оказывая минимальное воздействие на соседние ткани. Впервые на территории Ивановской области внедрена высокотехнологичная медицинская помощь по лучевой терапии. Стало возможным проведение высокомоментной брахитерапии предстательной железы: точное подведение радиоактивных имплантов в предстательную железу позволяет ограничить очаг облучения капсулой предстательной железы. Расширяется спектр эндоскопических операций, впервые на территории Ивановской области были внедрены эндоскопические операции на ЛОР – органах.

Значительное повышение качества лечебных мероприятий привело к росту доли пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением 5 лет и более, даже на фоне снижения раннего выявления.

Вызывает беспокойство низкая доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением 5 лет и более, в следующих районах: Лухский (50,7%), Кохма (52,2%), Приволжский (52,9%), Савинский (55,5%), Верхнеландеховский (55,6%), Вичугский (55,6%), Пестяковский (55,6%), Юрьевоцкий (49,7%), Юрьевоцкий (55,8%), Гаврилово-Посадский (55,9%), Лежневский (56%), Южский (56,2%).

Низкие значения показателя обусловлены рядом проблем: низкая кадровая обеспеченность, недостаточное оснащение медицинским оборудованием, отсутствие онкологов и врачей других специальностей. Также имеет значение возрастной состав населения в районах – высокая доля лиц старше трудоспособного возраста.

Численность контингентов злокачественными новообразованиями увеличивается вследствие роста заболеваемости, а также увеличения продолжительности жизни онкологических больных вследствие повышения качества проводимого специального противоопухолевого лечения. В 2020 году показатель распространенности злокачественных новообразований составлял 2487,6 на 100 тыс. нас. (таблица 3.9, приложение), в 2024 – 3445,1 (рост на 38,5%). По Российской Федерации этот показатель составил в 2024 году 2690,5 на 100 тыс. нас. Более высокий показатель распространенности злокачественными новообразованиями в Ивановской области обусловлен возрастным составом населения, высокой долей населения старше трудоспособного возраста.

Самый высокий уровень распространенности злокачественных новообразований в г. Иваново (3745,9 на 100 тыс. нас.). Также выше среднеобластного показатель в Пучежском районе (3709,2), Пестяковском районе (3689,7), Лежневском (3588,6), Палехском (3475,6), Юрьевецком (3416,7), Заволжском (3396,2), Ильинском (3250,5).

Индекс накопления контингентов с 2020 года по 2024 увеличился с 6,2 до 7,5, что обусловлено ростом раннего выявления злокачественных новообразований и совершенствованием методик лечения. Наиболее высокий индекс накопления контингентов отмечается при РГубы (19%), РЩЖ (18,4), РК (16,5), РТМ (15,0), РШМ (14,3), РГл (12,0%), РМЖ (11,7%), РКжи (11,7%), РП (11,0%), РСТ (10,3%). Наиболее низкий индекс накопления контингентов при РПЖЖ (0,9%), РПеч (1,3%), РПищ (1,3%), РЛ (2,6%), Ргл (2,6%), РПрт (4,5%), РЖ (4,8%), РОК (6,9%).

За последние 10 лет благодаря росту раннего выявления злокачественных новообразований, расширению диагностических возможностей и совершенствованию методик лечения удалось достичь снижения смертности населения от злокачественных новообразований с 215,1 на 100 тыс. нас. в 2012 году до 201,5 – в 2021 году (рисунок 9). В 2024 году от злокачественных новообразований умерло 2012 жителей Ивановской области, в том числе 1081 мужчин (243,51 на 100 тыс. мужского населения) и 931 женщина (174,68 на 100 тыс. женского населения).

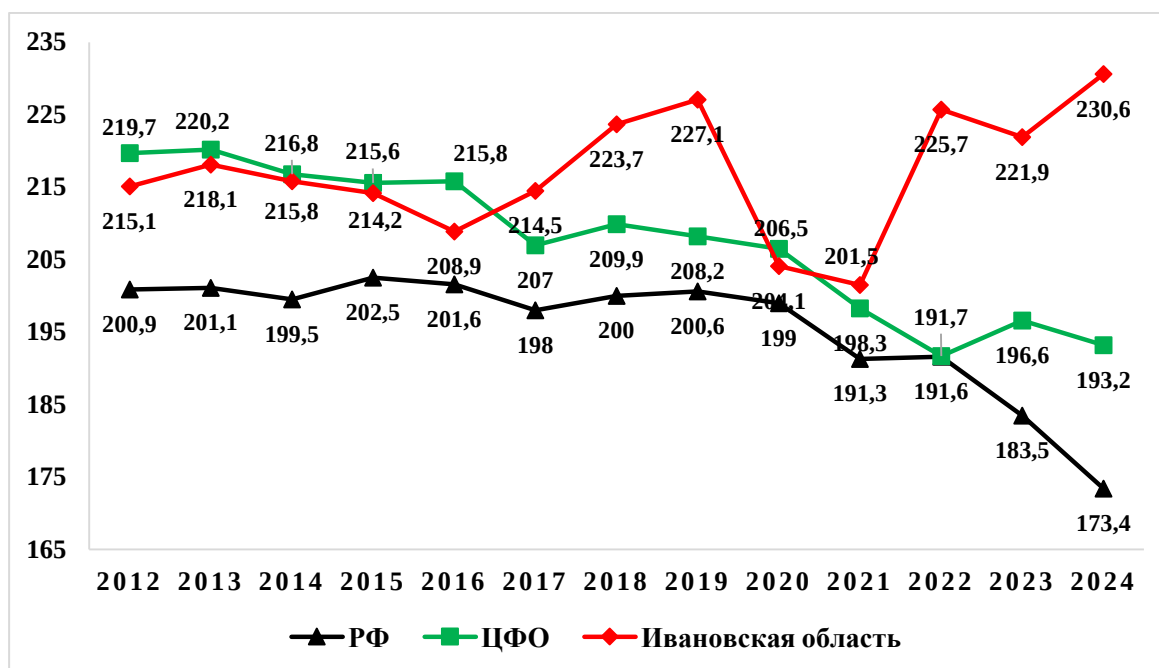


Рисунок 9 – Смертность населения Ивановской области от злокачественных новообразований в сравнении с РФ и ЦФО

В 2020 и 2021 годах снижение показателя смертности частично было обусловлено ростом смертности от ковида. Примерно 300 онкологических больных Ивановского региона за эти два года умерли бы от онкологии, если бы основной причиной смерти у них не был бы ковид на фоне опухолевого процесса. В 2022 году смертность от ковида уже не так сильно влияла на общую смертность населения, поэтому отмечается рост смертности от злокачественных новообразований.

В структуре смертности от злокачественных новообразований преобладают РЛ (16,8%), РЖ (11,1%), РОК (9,8%), РМЖ (6,9%), РПЖЖ (6,5%), РПК, (5,5%), РПЖ (5,0%), РЯ (3,7%), РПищ (3,2%) (рисунок 10).

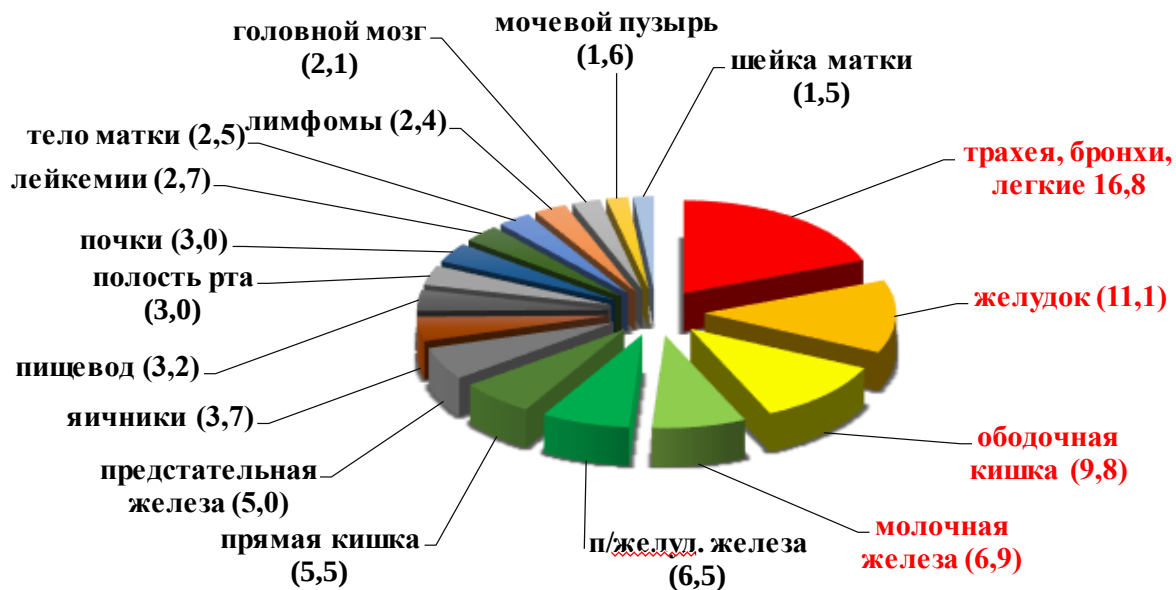


Рисунок 10– Структура смертности населения от злокачественных новообразований (оба пола), 2024 год

В структуре смертности мужчин преобладают РЛ (25,5%), РЖ(12,9%), РПЖ (9,3%), РОК (8,2%), РПЖЖ (5,6%), РПК (4,8%), РПищ (4,5%) (рисунок 11).

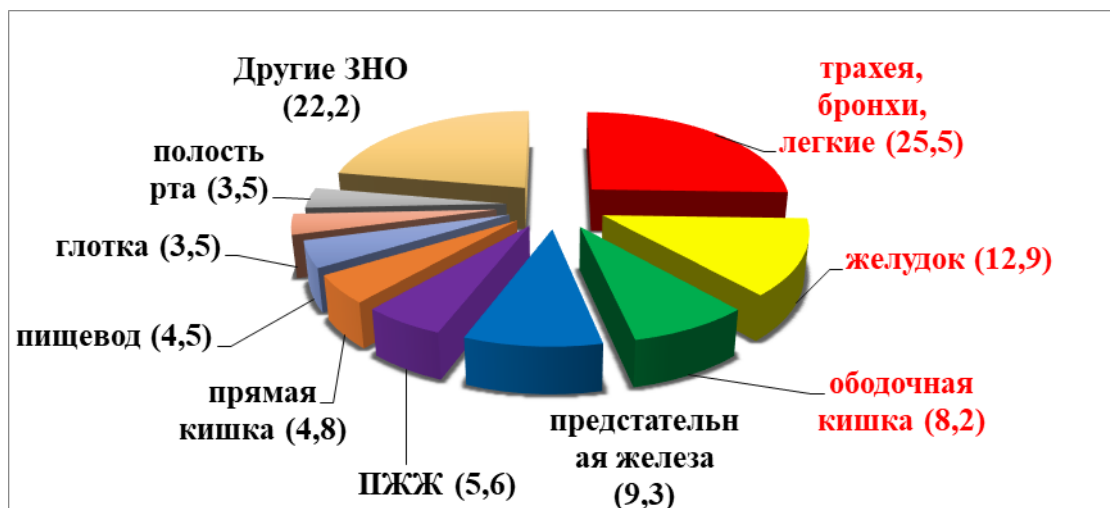


Рисунок 11– Структура смертности мужчин от злокачественных новообразований, 2024 год

В структуре смертности женщин лидируют РМЖ (14,7%), РОК (11,6%), РЖ (9,0%), РПЖ (7,5%), РЯ (7,9%), РЛ (6,8%), РПК (6,2%), РТМ (5,3%) (рисунок 12).

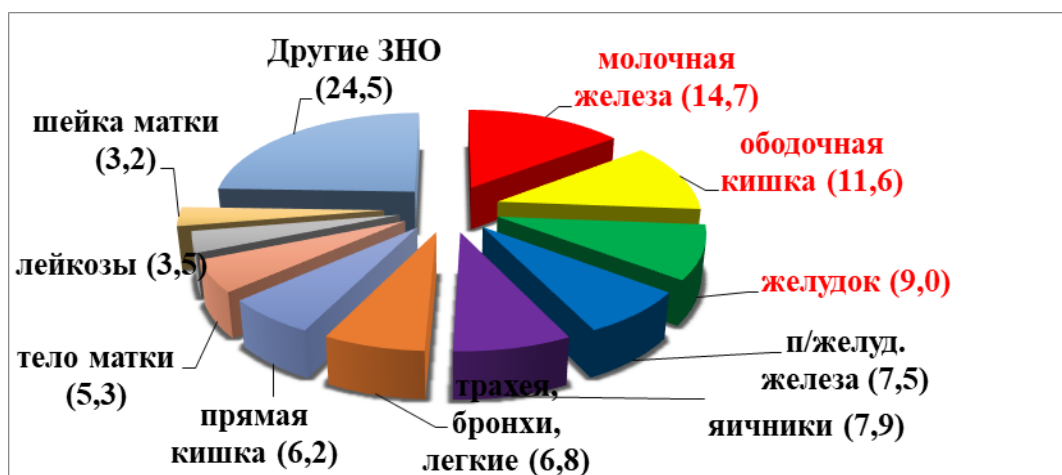


Рисунок 12 – Структура смертности женщин от злокачественных новообразований, 2024 год

В 2024 году Ивановская область занимала 39 ранговое место по «грубому» показателю смертности среди 85 субъектов Российской Федерации, в то же время по стандартизованному показателю, исключая влияние возраста, - 56 место.

В Ивановской области есть районы, в которых смертность на протяжении нескольких последних лет находится на уровне ниже среднеобластного (г. Иваново, г. Кохма, Тейковский район, Лухский район, Лежневский район), а также районы, в которых смертность выше среднеобластных показателей (Кинешемский, Шуйский, Заволжский, Пучежский, Савинский, Гаврилово-Посадский, Приволжский, Юрьевецкий). В период времени с 2018 по 2024 год отмечалось увеличение доли посмертно учтенных случаев злокачественных новообразований, ставших причиной смерти, с 9,2% (206 случаев) до 12,2% (246 случаев). Это соответствует общероссийской тенденции.

В структуре посмертно учтенных злокачественных новообразований, ставших причиной смерти, преобладают РЛ (16,2%), РПЖЖ (13,5%), РОК (11,1%), РПеч (8,8%), РЖ (8,2%), РПК (6,5%), РП (4,0%), РЯ (3,9%) (рисунок 13).

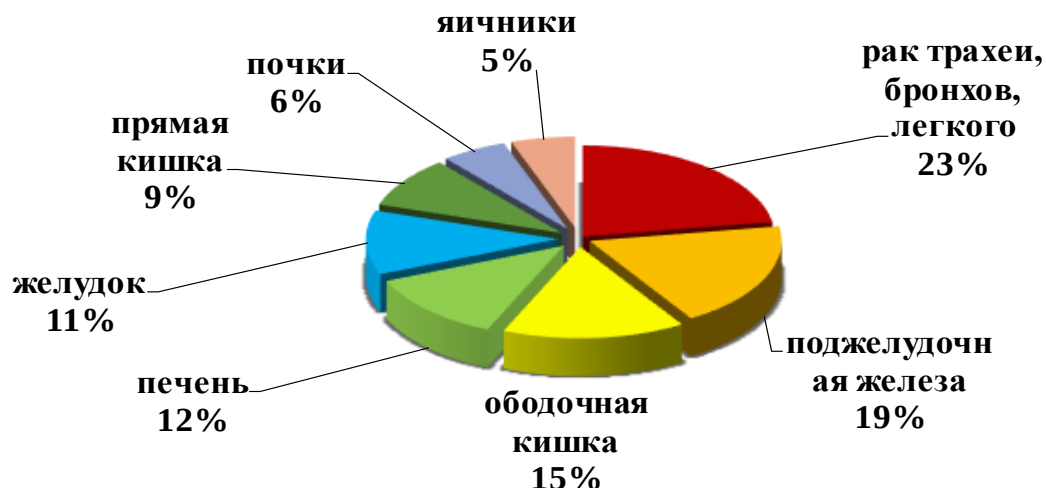


Рисунок 13 – Структура посмертно учтенных случаев злокачественных новообразований на территории Ивановской области, 2024 год

Начиная с 2012 года, благодаря росту раннего выявления злокачественных новообразований и совершенствованию методов лечения, показатель одногодичной летальности снизился с 30,9% до 23,9% в 2018 году. Рост одногодичной летальности отмечался в «ковидный» 2020 год до 26,5%, однако начиная с 2021 года удалось добиться снижения этого показателя до 24,6%, в 2023 году показатель составил – 21,5%, в 2024 – 20,0% (рисунок 14).

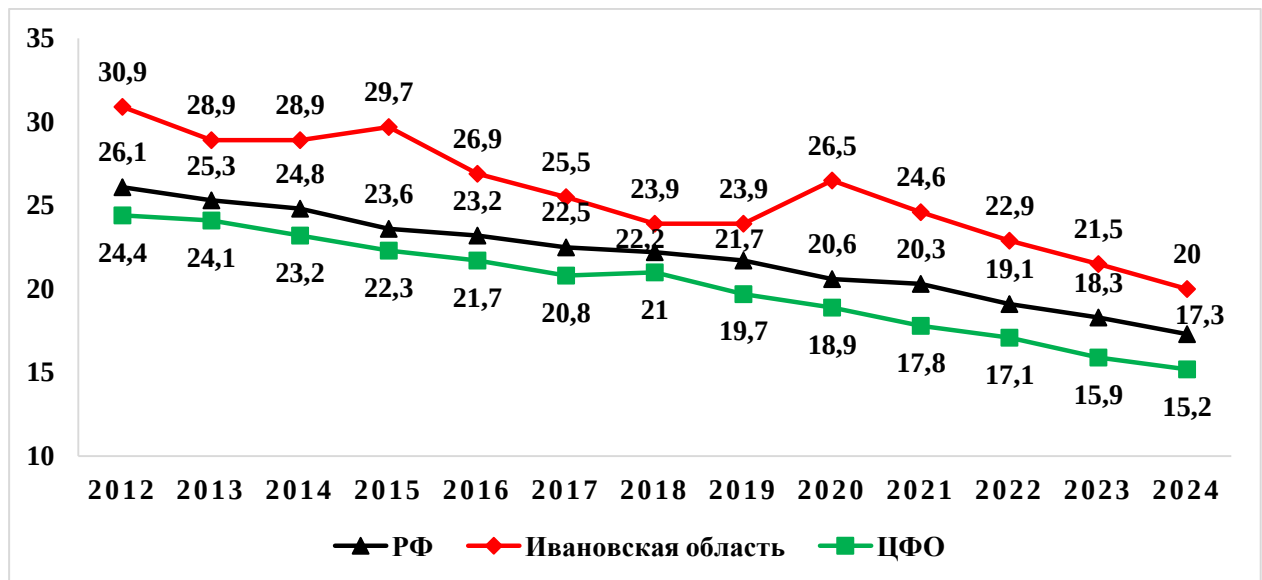
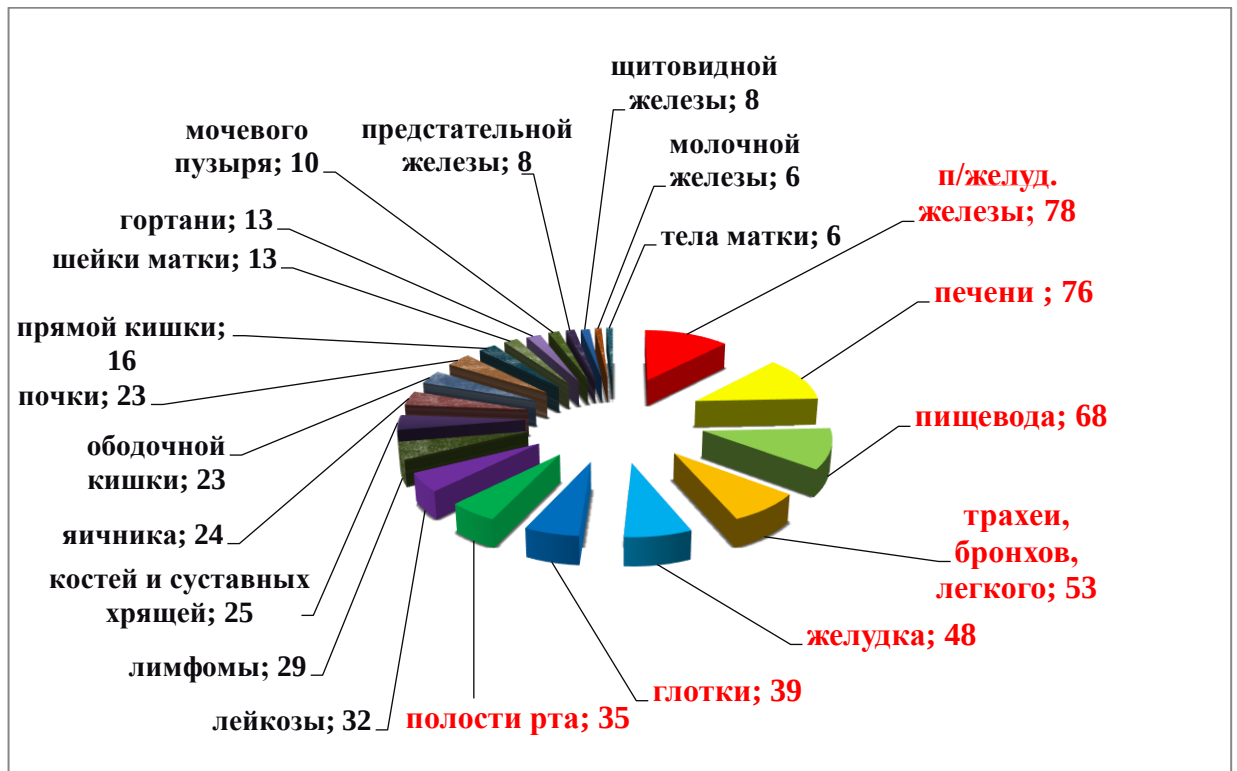


Рисунок 14 – Показатель одногодичной летальности на территории Ивановской области в сравнении с ЦФО и РФ

В структуре одногодичной летальности преобладают РПЖЖ (78,2%), РПеч (75,8%), РЛ (52,9%), РПищ (67,7%), РЖ (48,4%), Ргл (39,4%), РПРта (35,1%), Ркрови (31,6%), РОК (23,1%) (рисунок 15).



**Рисунок 15 – Структура одногодичной летальности, оба пола
Ивановская область, 2024 год**

Распределение показателя одногодичной летальности по районам Ивановской области за 2024 год показано на рисунке 16.

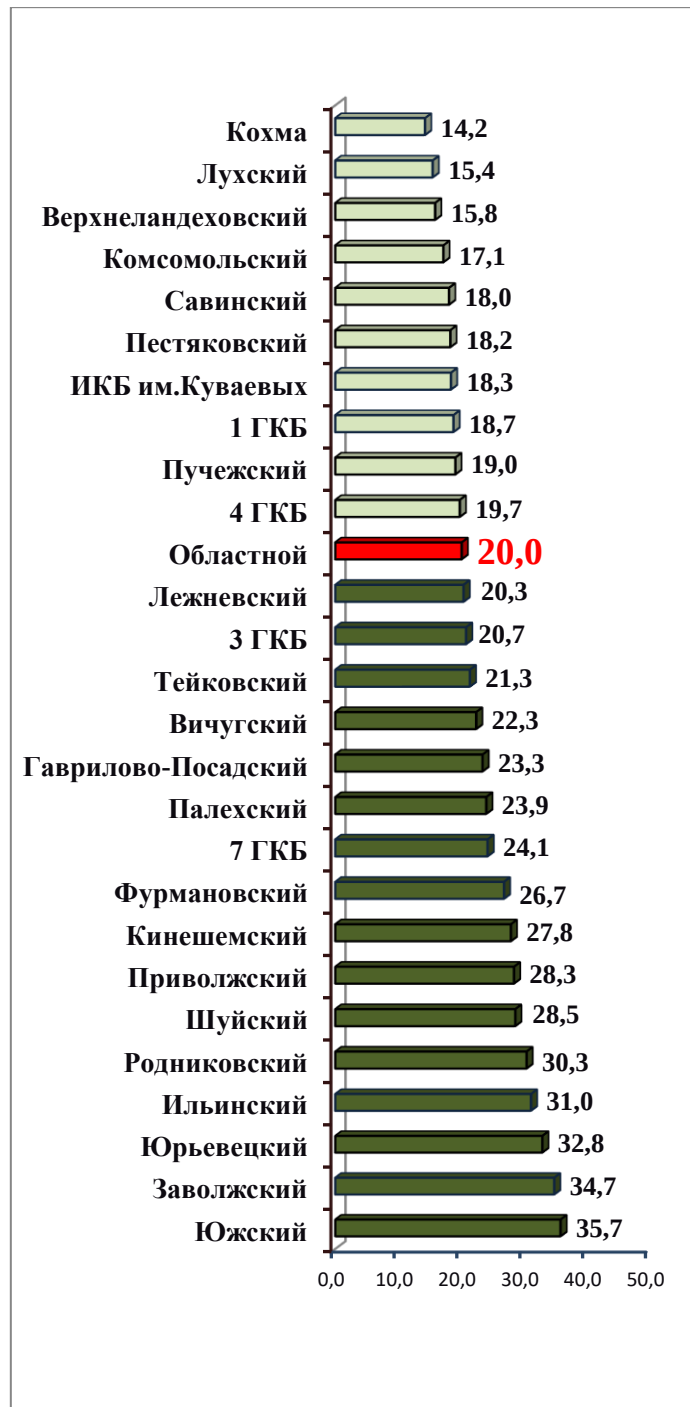


Рисунок 16 – Показатель одногодичной летальности по районам Ивановской области за 2024 год

В 2024 году показатели одногодичной летальности выше среднего по области отмечались в Южском районе (35,7%), Заволжском районе (34,7%), Юрьевецком районе (32,8%), Ильинском районе (31,0%), Родниковском районе (30,3%),

Шуйском районе (28,5%), Приволжском районе (28,3%), Кинешемском районе (27,8%), Фурмановском районе (26,7%), Палехском районе (23,9%), Гаврилово-Посадском районе (23,3%), Вичугском районе (22,3%), Тейковском районе (21,3%), Лежневском районе (20,3%).

Количество впервые выявленных пациентов с раком *in situ* на территории Ивановской области на протяжении последних 10 лет колеблется от 32 до 60. В 2024 году было выявлено 37 раков *in situ*, в основном благодаря работе смотровых кабинетов и женских консультаций по диагностике патологии шейки матки.

Всего по состоянию на конец 2024 года в Ивановской области на учете у онколога состоит 509 пациентов с диагнозом D00-D09.

От доброкачественных новообразований в год в Ивановской области умирают в среднем от 20 до 40 человек.

В структуре смертности от доброкачественных новообразований преобладают новообразования головного мозга и центральной нервной системы (53,3%), заболевания крови (26,7%), органов пищеварения (13,3%). В единичных случаях встречаются новообразования яичников, предстательной железы, почек, мочевого пузыря, органов дыхания, мягких тканей и брюшинного пространства.

В год на территории Ивановской области от доброкачественных новообразований умирают от 15 до 35 человек.

В структуре смертности от доброкачественных новообразований преобладают новообразования головного мозга и центральной нервной системы (53,3%), заболевания крови (26,7%), органов пищеварения (13,3%). В единичных случаях причиной смерти становятся новообразования яичников, предстательной железы, почек, мочевого пузыря, органов дыхания, мягких тканей и брюшинного пространства.

Заключение по главе

Проведенный анализ позволил сделать следующие выводы:

1. Результативность онкологической помощи населению не обеспечена по выполнению целевых показателей в половине регионов страны при общей тенденции к росту распространенности злокачественных новообразований.
2. Установлено, что достаточно высокие показатели одногодичной летальности, неудовлетворительное состояние диагностики ЗНО в ряде территорий ЦФО свидетельствуют о необходимости развития на базе существующей инфраструктуры и ресурсов здравоохранения непрерывной системы, охватывающей профилактику, диагностику и лечение ЗНО под методическим и организационным руководством ведущих онкологических научных центров.
3. Анализ статистических данных по заболеваемости онкопатологией и смертности от злокачественных новообразований в рамках субъекта РФ – Ивановской области за период 2014-2024 гг. показал, что, имеются региональные особенности и проблемы оказания онкологической помощи. Несмотря на усилия, предпринимаемые органами здравоохранения, добиться в этом существенного успеха в этом направлении пока не удалось. В РФ по заболеваемости злокачественными новообразованиями Ивановская область находится на 7 месте. По такому качественному показателю, как «доля больных ЗНО, выявленных посмертно» Ивановская область отстает от РФ, по смертности от ЗНО Ивановская область находится на 32 месте в РФ, однако отмечается рост показателя. Показатель «соотношение заболеваемости к смертности» Ивановская область превышает значения близлежащих областей и в целом РФ (соответственно 2,4 и 1,7).

Полученные данные требуют анализа ресурсного обеспечения, качества оказания и организации онкологической помощи.

Глава 4. ПРАВОВАЯ БАЗА, ХАРАКТЕРИСТИКА, ВЫДЕЛЕНИЕ ТИПОВЫХ ПРОБЛЕМ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕСУРСНО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ЦЕНТРАЛЬНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ РОССИИ

Представлен анализ реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи населению в ЦФО и на уровне отдельного его субъекта - Ивановской области по субкомпонентам: ресурсного, медико-организационного, технологического, имиджевого. В данной главе нашли отражение публикации результатов исследования в журнальных статьях и коллективной монографии.

4.1 Качество нормативного обеспечения и консолидированный анализ инфраструктурного потенциала обеспечения результативности онкологической помощи населению в субъектах ЦФО

Анализ нормативной базы регулирования онкологической помощи населению выявил ряд противоречий, которые требуют рассмотрения и устранения: Приказ Минздрава от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» противоречит приказу МЗ РФ от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»; Приказ МЗ РФ №548н от 04.06.2020 «Диспансерное наблюдение ЗНО» устарел; в новых порядках по организации онкологической помощи, начиная с 2009 года отсутствует даже упоминание о смотровом кабинете; программа госгарантий оказания медицинской помощи не содержит услугу «ВПЧ-типирование»; имеются противоречия между приказом МЗ РФ от 27.04.2021 №404н по диспансеризации и профосмотрам и Порядками по гинекологии (приказ МЗ РФ от 20.10.2020 №1130).

Проведен анализ экспертных мнений о структурной результативности онкологической помощи в базовых регионах по 10 показателям (Таблица 7). Анализ

по субъектам ЦФО РФ позволили выделить 3 кластера регионов по уровню структурной результативности: 4 региона с положительной результативностью (Москва, Московская обл., Белгородская обл., Рязанская обл., Тверская обл.), 4 с низкой результативностью (Брянская, Тульская, Костромская, Смоленская), 10 – со средним уровнем результативности.

Таблица 7 – Уровень показателей структурной результативности в субъектах ЦФО РФ по мнению экспертов

Субъекты РФ	Достижение целевых показателей									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Москва	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Московская	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Белгородская	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+
Брянская	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-
Владимирская	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-
Воронежская	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+
Ивановская	+	-	+	+	-	-	+	+	-	-
Калужская	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Костромская	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-
Курская	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Липецкая	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Орловская	+	-	+	-	+	+	+	+	+	-
Рязанская	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Смоленская	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+
Тамбовская	+	+	+	-	+	+	-	+	-	+
Тверская	+	-	+	-	-	+	-	-	+	+
Тульская	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Ярославская	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-
Рейтинг	17	13	18	7	9	11	16	17	10	12

Примечание:

1 - оценка качества маршрутизации пациентов, оценка уровня оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю;

2 - оценка качества ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям;

- 3 - оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей;
- 4 - оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи;
- 5 - оценка уровня автоматизации процессов оказания медицинской помощи;
- 6 - оценка полноты и правильности ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи;
- 7 - оценка уровня лекарственного обеспечения пациентов по профилю;
- 8 - оценка системы контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю;
- 9 - оценка количества и качества дистанционных консультаций;
- 10 - оценка эффективности внедрения и применения клинических рекомендаций.

Анализ экспертных мнений показал, что в топ 5 ведущих проблем обеспечения структурной результативности онкологической помощи входят: кадровое обеспечение системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи, уровень автоматизации процессов оказания медицинской помощи, количество и качество дистанционных консультаций, полнота и правильность ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи, эффективность внедрения и применения клинических рекомендаций (Таблица 8).

Региональными особенностями достижения структурной результативности являются: поддержание лидирующих позиций (Москва); проблемы лекарственного мониторинга и обеспечения лекарствами (Орловская, Ивановская, Тверская области); вопросы кадрового обеспечения (Владимирская, Воронежская, Костромская, Липецкая область, и другие); обеспечения автоматизации процессов, качества и доступности дистанционных консультаций (Белгородская, Воронежская, Смоленская, Тамбовская области).

Таблица 8 – Рейтинг значимости проблем обеспечения структурной результативности онкологической помощи населению в субъектах ЦФО РФ

Проблемы	Значимость
Кадровое обеспечение системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи	1
Уровень автоматизации процессов оказания медицинской помощи	2
Количество и качество дистанционных консультаций	3
Полнота и правильность ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи	4
Эффективность внедрения и применения клинических рекомендаций.	5
Качество ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям	6
Уровень лекарственного обеспечения пациентов по профилю	7
Система контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю	8
Качество маршрутизации пациентов	9
Деятельность по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей	10

Результаты интегральной оценки реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической в субъектах ЦФО РФ в таблице 9. Анализ показал, что ресурсно-технологический потенциал онкологической помощи в субъектах ЦФО реализован не полностью – в среднем на 75,2%, в том числе кадрового на 71,2%, технологического на 71,9%, имиджевого на 68,2%. Снижение регионального потенциала произошло за счет: кадрового компонента (дефицит кадров, низкая инновационная активность персонала), материально-технического потенциала (высокая изношенность медицинского оборудования; низкий коэффициент обновления); низкого уровня контроля своевременности оказания помощи; внедрения цифровых технологий; низкого уровня доверия.

Таблица 9 – Данные интегральной оценки реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Субъекты РФ	Уровень реализации субкомпонентов потенциала, %									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Москва	89,7	97,5	79,6	81,5	83,4	80,5	81,9	88,7	81,5	86,5
Московская	78,5	90,7	76,4	77,3	82,5	75,6	76,9	84,5	80,7	81,3
Белгородская	82,6	79,5	78,5	79,8	83,2	78,5	78,6	82,5	80,1	80,5
Брянская	71,4	73,5	70,2	72,6	74,5	73,8	74,6	73,2	72,9	73,5
Владимирская	68,2	72,5	67,4	69,8	70,3	70,5	71,2	70,4	72,5	69,8
Воронежская	70,5	72,3	74,3	70,1	69,4	69,5	73,2	70,4	75,4	71,9
Ивановская	73,4	74,3	76,5	73,8	74,9	76,2	74,5	74,8	75,1	75,9
Калужская	72,5	76,4	75,4	75,2	76,8	75,7	73,4	76,4	72,3	75,9
Костромская	70,2	67,8	69,2	68,7	70,4	71,2	67,3	70,2	69,1	69,3
Курская	73,5	72,7	75,6	73,6	75,4	73,9	74,5	75,6	74,5	74,7
Липецкая	70,3	71,4	70,6	72,1	70,4	73,2	73,2	71,7	71,9	71,4
Орловская	69,4	70,2	69,5	71,2	70,5	71,2	69,8	70,3	71,4	70,5
Рязанская	71,3	72,3	71,8	72,9	71,6	73,1	69,8	70,4	72,4	72,2
Смоленская	70,9	67,9	70,2	71,8	72,4	72,5	72,1	73,4	72,5	69,4
Тамбовская	73,4	74,2	73,9	75,1	72,9	75,7	75,2	73,7	74,4	74,8
Тверская	76,8	74,3	75,1	76,8	74,6	77,1	70,3	73,4	72,9	75,9
Тульская	78,5	79,0	77,8	80,2	76,5	76,5	77,6	76,5	81,2	78,4
Ярославская	76,5	78,3	77,2	78,1	70,4	77,8	78,9	78,5	77,3	77,2
В среднем	79,5	74,5	79,7	71,2	74,8	81,5	67,5	65,0	68,2	75,2

Примечание: 1 - кадровый потенциал; 2 - материально-технический; 3 – лекарственного обеспечения; 4 - организации маршрутизации пациентов; 5 - качества организации помощи; 6 - качества оказания помощи; 7 - качества контроля оказания помощи; 8 - качества цифровых технологий; 9 - имидж учреждения; 10 – интегральная оценка.

4.2 Углубленный анализ и выявление региональных особенностей ресурсно-технологического потенциала онкологической службы (на примере субъекта ЦФО - Ивановской области)

4.2.1 Организационная структура онкологической службы Ивановской области

На территории Ивановской области оказание онкологической помощи регламентировано приказом Департамента здравоохранения Ивановской области от 16.02.2022 №33 «О совершенствовании оказания медицинской помощи взрослому населению Ивановской области при онкологических заболеваниях» (с изменениями приказ ДЗО от 21.03.2022 №62), который соответствует приказу Минздрава России от 19.02.2021 №116н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях". Приказ ДЗО Ивановской области от 10.12.2019 № 264 «Об открытии Центра амбулаторной онкологической помощи на территории Ивановской области в 2019 году», Приказ ДЗО от 22.12.2020 №234 «Об организации работы Центра амбулаторной онкологической помощи на базе ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ», Приказ ДЗО от 29.11.2021 №229 «Об организации работы Центра амбулаторной онкологической помощи на базе ОБУЗ ГКБ №7», Приказ ДЗО от 14.12.2022 №304 «Об организации работы Центра амбулаторной онкологической помощи на базе ОБУЗ «ГКБ №4»», Приказ ДЗО от 05.10.2020 №164 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями в Ивановской области», приказ ДЗО Ивановской области от 31.08.2020 №139 «Об утверждении Перечня медицинских организаций, в которых проводятся профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, диагностические исследования, диспансерное наблюдение за пациентом с онкологическим заболеванием», Распоряжение ДЗО Ивановской области от 01.03.2021 №162 «Об организации направления пациентов на позитронно-эмиссионную томографию, совмещенную рентгеновской компьютерной томографией».

Первичную специализированную онкологическую помощь оказывают 8 медицинских организаций 1 и 2 уровня, на базе которых организовано 4 ПОКа и 4 ЦАОПа.

Специализированную онкологическую помощь оказывают 3 медицинских организации 3 уровня:

- ОБУЗ "ИвООД", в составе которого имеется круглосуточный стационар на 461 койку, дневной стационар на 195 койко-мест. Имеется 8 хирургических, 2 радиологических отделения, 2 химиотерапевтических отделения, отделение паллиативной онкологии, консультативная поликлиника на 90 тыс. посещений в год;
- областное бюджетное учреждение здравоохранения "Ивановская областная клиническая больница" (ОБУЗ "ИвОКБ") - отделение гематологии и химиотерапии для взрослых больных на 40 коек (в т.ч. 10 дневной стационар); отделение гематологии, химиотерапии и онкологии для детей на 15 коек (в т.ч. 3 дневной стационар); нейрохирургическое отделение №1, где проводится хирургическое лечение опухолей головного мозга и других отделов ЦНС, костей черепа и позвоночного столба; офтальмологическое отделение для взрослых больных на, где проводится хирургическое лечение новообразований глаза и его придаточного аппарата;
- областное бюджетное учреждение здравоохранения "Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн" (ОГВВ) - проводится лечение злокачественных новообразований (ЗНО) костей и суставов.

СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

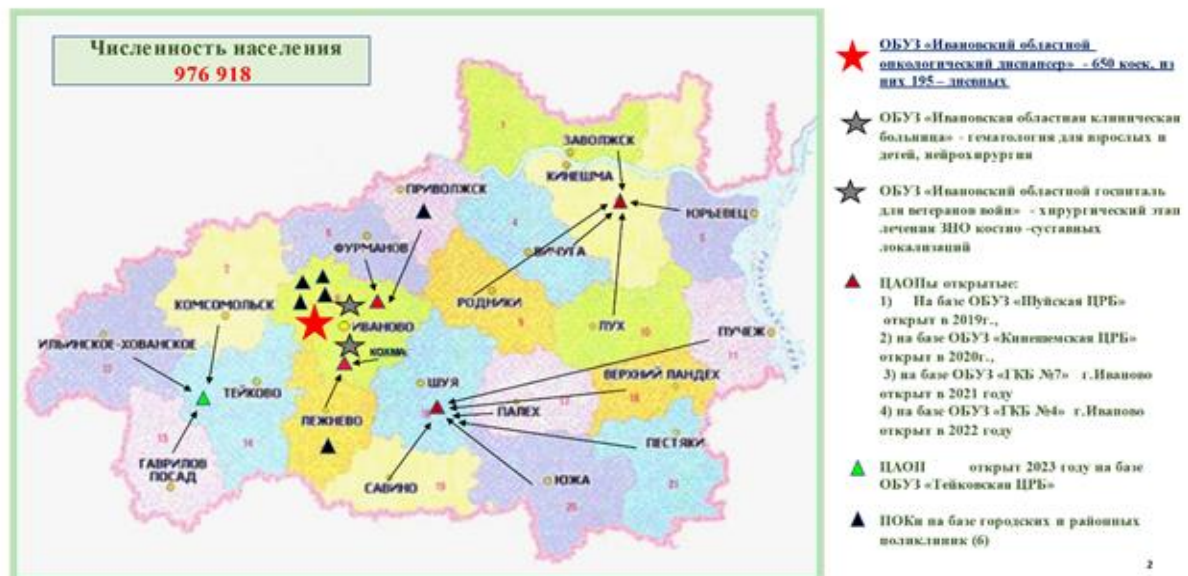


Рисунок 17 – Структура онкологической службы Ивановской области

В настоящее время на территории Ивановской области в ранней диагностике злокачественных новообразований, проведении программ диспансеризации определенных групп взрослого населения, скрининговых программах, профилактических медицинских осмотрах участвуют 24 медицинские организации, в т.ч. 6 в г. Иваново. В их составе имеется 44 поликлиники, в т.ч. 14 поликлиник в г. Иваново; 38 ОВОПов, 258 ФАПов, 13 амбулаторий. В поликлиниках медицинских организаций ПМСП Ивановской области работает 62 смотровых кабинета (16 общих, 30 женских и 16 мужских), в том числе 22 в г. Иваново (2 общих, 12 женских и 8 мужских). Кроме этого, в режиме смотровых кабинетов работает 204 ФАПов и ОВОПов. 95,1% смотровых кабинетов работают в одну смену. В 72% смотровых кабинетов работает акушерка, в 22% - фельдшер, 6% - медицинская сестра.

Таким образом, все медицинские организации ПМСП маршрутизированы в один из пяти ЦАОП, кроме этого сохранены шесть ПОК (4 в г. Иваново и 2 в районах области), маршрутизация закреплена приказами Департамента здравоохранения.

4.2.2 Текущее состояние материально-технического и лекарственного компонентов ресурсно-технологического потенциала онкологической службы Ивановской области

Отмечается высокая изношенность диагностического оборудования. Так, 64% эндоскопического оборудования имеет высокий процент износа.

В медицинских организациях ПМСП имеется 25 маммографов, из них 2 передвижных (один из которых в неисправном состоянии), 3 аналоговых. 11 маммографов (44%) имеют срок эксплуатации 10 и более лет, 1 маммограф (4%) – срок эксплуатации 7 лет. 9 маммографов (36%) имеют подключение к ЦАМИ.

В медицинских организациях ПМСП имеется 2 МРТ (один из них имеет срок эксплуатации более 10 лет) и 8 КТ (3 из них имеют срок эксплуатации более 10 лет). Все МРТ и КТ имеют подключение к ЦАМИ.

Оборудование для проведения онкоцитологических исследований, в том числе в рамках профосмотров, имеется только в двух медицинских организациях ПМСП. Остальные 22 медицинские организации ПМСП материал, полученный в том числе в ходе профилактических осмотров для цитологического исследования направляется в цитологическую лабораторию ОБУЗ «ИвООД».

2/3 оборудования для проведения гистологических исследований биопсийного и операционного материала имеет 100% степень износа. В этой связи распоряжением Департамента здравоохранения Ивановской области от 12.01.2023 №10 «Об организации работы патолого-анатомической службы Ивановской области по прижизненной диагностике злокачественных новообразований» до конца 2023 года завершится процесс централизации патологоанатомической службы Ивановской области в части диагностики опухолей, а именно патологоанатомическое отделение ОБУЗ «ИвООД» возьмет на себя весь объем исследований прижизненного материала от пациентов с подозрением на ЗНО.

80% иммуноферментных анализаторов для определения онкомаркеров в медицинских организациях ПМСП имеют 100% степень износа и требуют замены.

Только 21% медицинских организаций ПМСП имеют биохимические анализаторы для определения скрытой крови в кале, из которых 80% имеют 100%

степень износа. В этой связи практически все медицинские организации используют в своей работе экспресс-тесты, основанные на иммунохроматографическом принципе определения скрытой крови в кале, что допустимо.

Материально-технический потенциал онкологической помощи оценен экспертами в 74,3% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 25,7%. Частота снижения материально-технического потенциала онкологической помощи по параметрам оценки и их причины отражены в таблице 10.

Таблица 10 – Частота снижения материально-технического потенциала онкологической помощи по параметрам оценки

Параметры	Стационар	Поликлиника	Причины
Снижение гигиенических и эстетических параметров	18,5	14,5	Недофинансирование. Нарушение порядка планирования мероприятий
Недоукомплектованность оборудованием	17,5	12,9*	Недофинансирование. Нарушение порядка планирования мероприятий
Износ оборудования	34,5	30,2	Недофинансирование. Нарушение порядка планирования мероприятий
Снижение вовлеченности оборудования в оказание помощи	11,8	10,2	Нарушение порядка планирования мероприятий

Примечание: * - имеются достоверные различия ($p < 0,05$)

Как показал анализ, снижение материально-технического потенциала достоверно больше в стационарных подразделениях онкологической службы, чем в поликлинических. При этом общими причинами снижения материально-технического потенциала являются: недофинансирование и нарушение мероприятий планирования. Следует отметить, что реализация национальных проектов в здравоохранения позволила повысить уровень материально-технического потенциала онкологической помощи, за счет обновления основных

средств (обновление на 45,5% за период 2019 – 2024 гг.), проведения косметических и капитальных ремонтов подразделений (на 290 млн. рублей).

Для обеспечения положительного результата онкологической помощи большое значение имеет достаточное и своевременное лекарственное обеспечение. Применение современных химиопрепаратов позволяет снизить смертность пациентов на 30-35%, повысить их качество жизни. В России в настоящее время разрешено к применению 335 наименований химиопрепаратов. Значительно повысить доступ лекарственной помощи при злокачественных новообразованиях позволило введение системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Однако, по данным литературы 30% жалоб в Росдравнадзор касаются неудовлетворенностью лекарственным обеспечением онкологической помощи.

Потенциал лекарственного обеспечения онкологической помощи оценен экспертами в 70,8% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 29,2%. Частота снижения лекарственного обеспечения потенциала онкологической помощи по параметрам оценки и их причины отражены в таблице 11.

Таблица 11 – Частота снижения потенциала лекарственного обеспечения онкологической помощи по параметрам оценки

Параметры	Стационар	ДС	Причины
Недостаток препаратов	27,5	15,5*	Нарушение оформления заявок Отсутствие качественных эпидемических расчетов Некорректное ведение регистров Недофинансирование
Нерациональность использования препаратов	16,5	12,8*	Нарушение схем лекарственной терапии Нерациональная фармакотерапия
Остатки ЛП	5,6	3,4	Нарушение планирования
Доля условно устаревших препаратов	22,1	19,8	Быстрое обновление арсенала препаратов

Примечание: * - имеются достоверные различия ($p < 0,05$)

Как показал анализ, снижение потенциала лекарственного обеспечения достоверно больше в стационарных подразделения онкологической службы, чем в поликлинических. Общими причинами снижения потенциала лекарственного обеспечения являются: недофинансирование, нарушение мероприятий планирования, нарушение оформления заявок, нарушение схем лекарственной терапии, нерациональная фармакотерапия, отсутствие качественных эпидемических расчетов, некорректное ведение регистров пациентов, быстрое обновление арсенала препаратов.

4.2.3 Характеристика кадрового компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической службы Ивановской области

По Ивановской области отмечается дефицит кадров: по участковым терапевтам 392,7 штатных должностей, физических лиц - 274; врачей общей практики соответственно 38 и 32; врачей по медицинской профилактике, соответственно - 27,5 и 15; врачей ультразвуковой диагностики, соответственно – 215 и 116; врачей-эндоскопистов, соответственно – 68,5 и 27; врачей-рентгенологов, соответственно – 242 и 99. Имеет место кадровый дефицит врачей-онкологов (укомплектованность 65%).

Кадровый потенциал онкологической помощи оценен экспертами в 73,4% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 26,6%.

В таблице 12 приведены параметры оценки кадрового потенциала по которым имеется снижение реализации и мнение о экспертов о причинах снижения.

Таблица 12 – Частота снижения кадрового потенциала онкологической помощи по параметрам оценки

Параметры	Врачи	Медсестры	Причины
Низкая активность участия в научно-практических конференциях	23,1	18,5	Высокая функциональная загруженность персонала Низкая практическая ценность преподносимой информации Отсутствие контроля за реализацией новых знаний, обсуждаемых на конференциях
Знакомства с медицинскими новшествами, чтение специальной литературы	16,5	32,8	Высокая функциональная загруженность персонала. Недостаточная информационно-методическая поддержка
Низкий уровень мотивации к работе и саморазвитию	11,5	12,9*	Неэффективность материального стимулирования
Низкий уровень рационализаторской (инновационной) деятельности	81,4	93,2	Отсутствие организационно-методической поддержки. Отсутствие экономических стимулов

Примечание: * - имеются достоверные различия ($p < 0,05$)

4.2.4 Характеристика онконастороженности врачей первичного звена разных систем здравоохранения

Опрос врачей показал, что имеет место снижение оценки профессионально-компетентностного аспекта онконастороженности, больше среди врачей государственной системы здравоохранения, чем частной (75,3%, против 78,1%; $p < 0,05$), что, возможно, связано с 2 причинами: большим временем на прием пациента, четким выполнением алгоритмов обследования. Достоверных различий онконастороженности в целом по профилю врачей (терапевтический, хирургический) не установлено, однако имеются различия по частным критериям оценки. Так, врачи хирургического профиля государственной системы здравоохранения имеют более высокий уровень онконастороженности, чем врачи терапевтического профиля, по таким критериям оценки как: диагностический (92,5%, против 87,5%; $p < 0,05$), манипуляционный (94,2%, против 72,5%; $p < 0,05$). Вместе с тем, у них ниже оценки по таким критериям как: просветительский (62,3%, против 69,9%; $p < 0,05$), коммуникационный (61,9%, против 71,2%; $p < 0,05$), психологический (60,5%, против 70,3%; $p < 0,05$). В частной системе здравоохранения врачи терапевтического профиля показали более высокий уровень онконастороженности, чем врачи хирургического профиля по анамнестическому (79,3%, против 72,1%; $p < 0,05$), коммуникационному (89,7%, против 80,3%; $p < 0,05$) и психологическому (87,5%, против 84,9%; $p < 0,05$) критериям; более низкие – по прогностическому (65,5%, против 71,6%; $p < 0,05$) и манипуляционному критериям (71,9%, против 93,8%; $p < 0,05$) (таблица 13).

Таблица 13 – Результаты оценки онконастороженности врачей разных систем здравоохранения по компонентам (индекс онконастороженности, %)

Критерии онконастороженности врачей	Профиль врачей (n = 300)	
	Терапевтический (n = 100)	Хирургический (n = 100)
Государственная, муниципальная системы (n = 200)		
ценностно-мотивационный	78,5	79,2
прогностический	74,8	72,3
anamnestический	83,7	70,4*
диагностический	87,5	92,5*
гностический	77,9	81,3
манипуляционный	72,5	94,2*
организационный	73,5	76,5
просветительный	69,9	62,3*
коммуникационный	71,2	61,9*
психологический	70,3	60,5*
В целом	75,7	75,0
Частная система здравоохранения (n = 100)		
ценностно-мотивационный	75,4	77,8
прогностический	65,5	71,6*
anamnestический	79,3	72,1*
диагностический	88,5	90,2
гностический	76,4	79,8
манипуляционный	71,9	93,8*
организационный	70,2	71,2
просветительный	74,3	76,9
коммуникационный	89,7	80,3*
психологический	87,5	84,9*
В целом	77,8**	79,3**

Примечание: * - имеются достоверные различия по профилю врачей; ** - имеются достоверные различия по системе здравоохранения

Оценка профессионально-компетентностного аспекта онконастороженности врачей по компонентам с учетом профессионального стажа показала (таблица 14),

что если в целом между врачами с небольшим стажем (до 5 лет) и стажем 5 и более лет не установлены достоверные различия (74,5%, против 76,8%; $p < 0,05$), то по отдельным критериям они имеются. Так, врачи со стажем до 5 лет имеют более низкую онконастороженность по прогностическому (70,8%, против 77,9%; $p < 0,05$), манипуляционному (71,5%, против 90,3%; $p < 0,05$), организационному (70,5%, против 83,9%; $p < 0,05$), критериям. Вместе с тем, молодые специалисты показывают большую компетентность по сравнению со старшими коллегами по просветительскому (76,4%, против 72,5%; $p < 0,05$) и коммуникационному критериям (87,5%, против 70,9%; $p < 0,05$).

Таблица 14 – Результаты оценки онконастороженности врачей по компонентам с учетом профессионального стажа и квалификации врачей (индекс онконастороженности, %)

Критерии онконастороженности врачей	Стаж работы врачей (n = 300)		Квалификация врачей (n = 300)	
	до 5 лет (n = 70)	5 лет и больше (n = 220)	без категории (n = 90)	С категорией (n = 210)
ценностно- мотивационный	80,5	74,3	76,7	78,4
прогностический	70,8	77,9*	72,3	75,8
anamnestический	78,2	79,6	77,5	81,2
диагностический	89,5	90,5	75,4	89,7*
гностический	79,7	81,4	72,3	88,6*
манипуляционный	71,5	90,3*	70,3	91,2*
организационный	70,5	83,9*	69,9	88,5*
просветительный	76,4	72,5*	73,1	78,9
коммуникационный	87,5	70,9*	81,6	82,8
психологический	79,5	78,6	77,8	79,2
В целом	74,5	76,8	73,9	77,9

Анализ онконастороженности врачей в зависимости от их квалификации показал, что при сопоставимом общем уровне (73,9%, против 77,9; $p > 0,05$), имеются достоверные различия по отдельным критериям: диагностическому (75,4%, против 89,7%; $p < 0,05$), гностическому (72,3%, против 88,6%; $p < 0,05$), манипуляционному (70,3%, против 91,2%; $p < 0,05$), организационному (69,9%, против 88,5%; $p < 0,05$).

Опрос показал, что врачи стационаров имеют более высокий уровень онконастороженности, чем врачи медицинских организаций поликлинического типа (88,5%, против 73,9%; $p < 0,05$), что связано с высоким уровнем по таким ее критериям как: анамнестический (80,2, против 73,4%; $p < 0,05$), диагностический (93,5%, против 75,5%; $p < 0,05$), манипуляционный (90,8%, против 71,7%; $p < 0,05$). Однако, врачи стационара имеют более низкий уровень по просветительскому критерию онконастороженности (69,0%, против 76,8%; $p < 0,05$).

При ранжировании онконастороженности врачей по уровню снижения установлено, что у врачей государственной системы здравоохранения приоритеты в коррекции должны отдаваться просветительскому, коммуникационному и психологическому критериям, в частной системе – прогностическому и организационному. При обучении врачей терапевтического профиля необходимо больше уделять внимания таким аспектам онконастороженности как: манипуляционный, коммуникационный, психологический, просветительский; врачей хирургического профиля – анамнестическому, организационному, просветительскому, коммуникационному и психологическому. Опрос показал, что получение квалификационной категории является важным стимулом для повышения онконастороженности врачей, особенно гностическому, манипуляционному и организационному ее критериям. Врачи с большим стажем работы, как показал, опрос обладают меньшей компетентностью по эффективному выстраиванию коммуникации и учету психологических особенностей пациентов, что, возможно, связано с их профессиональным выгоранием, однако молодые специалисты показали более высокие результаты, которые говорят о хорошей

психологической подготовке в вузе. Данные опроса говорят о необходимости при повышении квалификации врачей стационаров уделять внимания методическим вопросам проведения просветительной работы среди пациентов по профилактике онкопатологии.

Общими для государственной и частной систем первичного звена здравоохранения недостатками в обеспечении онконастороженности врачей являются: низкая мотивация к профилактической деятельности, невнимательный (поверхностный) сбор анамнестических данных, несформированность манипуляционных навыков, невнимательное отношение к просветительской деятельности, низкая психолого-коммуникативная подготовка.

4.3 Характеристика медико-организационного компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической службы Ивановской области

4.3.1 Организация маршрутизации пациентов с онкопатологией в Ивановской области

Потенциал организации маршрутизации пациентов при онкологической помощи оценен экспертами в 73,8% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 26,2%. При установлении подозрения на ЗНО при обращении в медицинскую организацию в связи заболеванием, профилактическом осмотре, в том числе в рамках программы диспансеризации взрослого населения или скрининговых исследованиях медицинский работник проводит обследования в рамках возможностей медицинской организации, а в случае отсутствия возможности направляет пациента в другую медицинскую организацию в соответствии с установленной схемой маршрутизации (таблица 15).

Таблица 15 – Схема маршрутизации и показания для госпитализации пациентов в целях оказания специализированной помощи при различных локализациях новообразований в медицинские организации Ивановской области

Наименования медицинских организаций, осуществляющих госпитализацию	Врачи-специалисты, направляющие пациента на госпитализацию	Показания для госпитализации
ОБУЗ «ИвООД»	Врачи-онкологи консультативной поликлиники ОБУЗ «ИвООД»	Хирургическое лечение опухолей всех локализаций, кроме опухолей центральной и периферической нервной системы Лучевая терапия больных с первичными и рецидивирующими опухолями, в том числе в предоперационном, послеоперационном периодах и в сочетании с противоопухолевыми лекарственными препаратами. Противоопухолевая лекарственная терапия всех локализаций злокачественных новообразований Паллиативная медицинская помощь. Лимфомы
ОБУЗ «ИОКБ»	Врачи-гематологи, врачи-нейрохирурги, офтальмологи консультативной поликлиники ОБУЗ «ИОКБ»	Хирургическое лечение опухолей головного мозга различных локализаций (глиомы, менингиомы, невриномы, аденомы гипофиза и т.д.), опухолей спинного мозга с наличием деструкции позвоночника или без нее, опухолей вторичного (метастатического) характера, объемных образований внутрипозвоночного канала с наличием неврологических нарушений или без неврологической симптоматики. Цитологическое исследование костного мозга (стерральная пункция), гистологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия)

		Лечение злокачественных новообразований глаза и его придаточного аппарата
ОБУЗ «ОГВВ»	Травматолог-ортопед консультативного приема ОБУЗ «ОГВВ»	Хирургическое лечение опухолей мягких тканей, костей за исключением костей черепа, ребер и позвоночника

После выполнения всех необходимых исследований медицинский работник направляет пациента к онкологу ПОКа, ЦАОПа, а в случае их отсутствия к онкологу ОБУЗ «ИвООД».

Консультация онколога в ПОКе, ЦАОПе или ОБУЗ «ИвООД» должна быть проведена не позднее 3 рабочих дней с момента подозрения на ЗНО.

Врач онколог ПОКа, ЦАОПа или ОБУЗ «ИвООД» в течение одного рабочего дня дает направления на иные диагностические исследования, необходимые для установления диагноза, распространенности онкологического процесса и стадирования заболевания согласно клиническим рекомендациям (протоколам лечения), в том числе взятие биопсийного (операционного) материала.

Сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологические заболевания не должны превышать 7 рабочих дней со дня назначения исследований.

Направления на прижизненное патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала осуществляется по форме согласно приложению № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патологоанатомических исследований». Срок выполнения патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования, не должен превышать 15 рабочих дней с даты поступления биопсийного (операционного) материала в патологоанатомическое бюро

(отделение). Срок установления диагноза ЗНО не должен превышать 14 рабочих дней со дня назначения исследования.

После установления диагноза ЗНО с целью определения тактики лечения пациенты направляются на мультидисциплинарные консилиумы (МДК) в ОБУЗ «ИвООД»: по опухолям головы и шеи; гинекологии; урологии; колопроктологии; по опухолям легких, пищевода, желудка, тонкой кишки, печени, поджелудочной железы; по опухолям молочной железы, кожи, мягких тканей, скелета, лимфом, внеорганных опухолей. Заключение МДК оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию больного. Проведение консилиума и/или срок начала оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, не должен превышать 7 рабочих дней с даты гистологической верификации злокачественного новообразования или с момента установления диагноза заболевания.

Скорая медицинская помощь оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

При подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи, таких больных переводят или направляют в ОБУЗ «ИвООД», ОБУЗ «ИвОКБ», ОБУЗ «ОГВВ» для определения тактики ведения и необходимости применения специализированного противоопухолевого лечения.

При возникновении у больного с установленным диагнозом ЗНО безболевого формы механической желтухи после исключения ее инфекционной природы фельдшерские выездные бригады скорой медицинской помощи, врачебные

выездные бригады скорой медицинской помощи пациентов из г. Иваново и всех районов Ивановской области доставляют в онкохирургическое отделение для экстренных больных ОБУЗ «ИвООД».

При возникновении у больного с установленным диагнозом ЗНО обтурационной кишечной непроходимости фельдшерские выездные бригады скорой медицинской помощи, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи пациентов из г. Иваново, г. Кохма, Ивановского, Лежневского и Комсомольского районов доставляют в онкохирургическое отделение для экстренных больных ОБУЗ «ИвООД»; пациентов из других районов Ивановской области доставляют в закрепленные хирургические стационары.

При возникновении у больного с установленным диагнозом ЗНО, проживающего в г. Иваново и Ивановской области, иных состояний, требующих экстренной помощи, фельдшерские выездные бригады скорой медицинской помощи, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи доставляют пациентов в закрепленные стационары соответствующего профиля.

При госпитализации онкологического больного по экстренным показаниям, либо при выявлении у пациента злокачественного заболевания в ходе обследования и лечения в стационарах не онкологического профиля лечащий врач по предварительной заявке в режиме телеконсультации консультирует пациента у специалистов ОБУЗ «ИвООД», ОБУЗ «ИвОКБ», ОБУЗ «ОГВВ» для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

Противоопухолевая лекарственная терапия онкологическим больным на территории Ивановской области оказывается в ОБУЗ «ИвООД», ОБУЗ «ИвОКБ», а также в центрах амбулаторной онкологической помощи по заключению МДК ОБУЗ «ИвООД».

Направление больных с онкологическими заболеваниями для оказания специализированной медицинской помощи, в т.ч. высокотехнологичной (по 1 разделу ВМП) в федеральные медицинские организации осуществляется ОБУЗ «ИвООД» по заключению врачебной комиссии и главного внештатного онколога ДЗО Ивановской области. Направление больных с онкологическими

заболеваниями для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по 2 разделу в федеральные медицинские организации осуществляется Департаментом здравоохранения области в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации по заключению врачебной комиссии ОБУЗ «ИвООД» и главного внештатного онколога ДЗО Ивановской области.

В настоящее время после проведения оперативного вмешательства в отделениях реанимации ОБУЗ "ИвООД" осуществляется медицинская деятельность по отдельным видам услуг: непрерывное периоперационное обезболивание; нутритивная поддержка; кардиотоническая поддержка пациентов в процессе оперативного вмешательства и ближайшего послеоперационного периода; ранняя активизация пациентов.

На 2-й и 3-й этапы медицинской реабилитации онкопациенты направляются в медицинские организации:

2 этап реабилитации: ФМБА Медицинский центр «РЕШМА», клиника ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России.

В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия мультидисциплинарной команды: врачей-специалистов с онкологами.

3 этап реабилитации (дневной стационар): ФМБА Медицинский центр «РЕШМА», клиника ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России; ОБУЗ «Шуйская ЦРБ» (ЦАОП); ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ» (ЦАОП), ЦАОП на базе ОБУЗ «ГКБ №7, ЦАОП на базе ОБУЗ «ГКБ №4».

Третий этап реабилитации (амбулаторный) проводится в первичных онкологических кабинетах, а также выездными бригадами на дому: разработка индивидуальных программ реабилитации пациентов с инвалидностью; внедрение программ психосоциальной поддержки онкологических больных. В медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, медицинская реабилитация осуществляется на основе взаимодействия мультидисциплинарной команды: врачей-специалистов с онкологами.

Пациенты, имеющие медицинские показания для оказания паллиативной

медицинской помощи, направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь согласно «Положению об организации оказания паллиативной медицинской помощи», включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья

Стационарная паллиативная медицинская помощь онкологическим больным оказывается в профильных стационарах ОБУЗ 1-я ГКБ (5 коек взрослых; ежегодно в отделении проходит лечение около 15 больных с ЗНО), ООО "Медицина" (56 коек; ежегодно в отделении в числе прочих проходит лечение около 400 больных с ЗНО), ООО "Добрый день" (15 коек; ежегодно в отделении в числе прочих проходит лечение около 140 больных с ЗНО), в отделении паллиативной онкологии ОБУЗ «ИвООД» (20 коек; ежегодно в отделении проходит лечение более 500 больных с ЗНО), а также в отделениях сестринского ухода в ОБУЗ "Кинешемская ЦРБ" - на 32 койки; в ОБУЗ "Родниковская ЦРБ" - на 14 коек; в ОБУЗ "Шуйская ЦРБ" - на 10 коек и включает в себя комплекс медицинских вмешательств, направленных на лечение хронического болевого синдрома, симптоматическую терапию и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний.

Амбулаторная выездная паллиативная помощь оказывается в ОБУЗ "ИвООД" и представлена 4 выездными бригадами, которые ежегодно осуществляют около 4000 выездов к пациентам на дом, проживающим в г. Иваново. В состав бригад входят врач, фельдшер и медсестра (кроме этого, 1 санитарка на 4 бригады). За каждой бригадой закреплен автотранспорт. Бригады выезжают к больным ежедневно (кроме субботы и воскресенья). Амбулаторная противоболевая помощь в регионе представлена тремя кабинетами противоболевой терапии (в ОБУЗ "ИвООД", в ОБУЗ "Кинешемская ЦРБ" и ОБУЗ "Шуйская ЦРБ").

Постановлением Правительства Ивановской области от 08.06.2020 года № 267-п утверждена программа «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи в Ивановской области» на 2020 – 2024 годы. В рамках

данных программы запланировано развитие патронажной службы в Кинешемском, Шуйском районах, г. Иваново. Кроме этого, на основании распоряжения Департамента здравоохранения Ивановской области от 07.05.2015 N 254 "Об оптимизации оказания противоболевой помощи населению Ивановской области" организовано оказание круглосуточной противоболевой терапии на станциях (отделениях) скорой медицинской помощи, в том числе при самостоятельном обращении граждан. В часы работы амбулаторно-поликлинических подразделений проведение противоболевой терапии организовано в кабинетах неотложной помощи. Данным распоряжением утверждены также методические рекомендации по проведению противоболевой терапии взрослым пациентам, страдающим хроническим болевым синдромом, и контролю адекватности противоболевой терапии. Определен телефон горячей линии и e-mail для обращения граждан по вопросам организации противоболевой терапии.

Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в ПОК, ЦАОП или онкологическом диспансере. Срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать 3 рабочих дней с момента постановки диагноза онкологического заболевания. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются:

в течение первого года - один раз в три месяца;

в течение второго года - один раз в шесть месяцев;

в дальнейшем - один раз в год.

В рамках действующего законодательства диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями осуществляют участковые терапевты, врачи общей практики, а также врачи-специалисты, в случае возникновения подозрения на развитие ЗНО пациенты после проведения необходимых обследований направляются в ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер».

4.3.2 Качество организации онкологической помощи населению в Ивановской области

Потенциал качества организации онкологической помощи оценен экспертами в 74,9% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 25,1%. Проведен анализ качества организации онкологической помощи населению в условиях поликлиники диспансера (Таблица 16). «Наибольшую частоту имели такие дефекты организации помощи как: обеспечение пациента маршрутным листом и средствами навигации по специалистам поликлиники (48 на 100 случаев), соответствие времени ожидания приема врача установленным нормативам (39 на 100 случаев), соответствие времени ожидания пациентов в регистратуре установленным нормативам (34 на 100 случаев), качество оформления санитарно-просветительной работы с населением и пациентами (28 на 100 случаев), удовлетворенность пациентов оказанной помощью (23 на 100 случаев),»²⁶. [«В структуре дефектов 30% приходилось на нарушение временных норм, 25% на нарушение норм оформления документов, 35% на нарушение норм информирования, 15% нарушение технологий маршрутизации и взаимодействия, 5% другие дефекты»²⁷].

²⁶ Козлов В.А., Поляков Б.А. Оценка качества онкологической помощи населению // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2023, <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva-onkologicheskoy-pomoschi-naseleniyu>

²⁷ Там же

Таблица 16 – Поликлинический профиль качества организации онкологической помощи населению в субъекте РФ – Ивановской области (частота дефектов на 100 случаев)

Оценочные параметры соответствия нормативам	Диапазон частоты дефектов
Время ожидания (регистратуре, на приеме)	33-39
Соблюдение сроков: лабораторных, гистологических и инструментальных, функциональных исследований, оформления направлений.	3-10
Качество: информирования пациентов (об организации, получение ИДС)	13-30
Качество: оформления учетной документации, документов на МСЭК, рецептов, направлений, отказов пациентов от лечения и госпитализации.	17 -21
Качество: использования цифровых технологий	19-20
Качество: мониторинга, ведения ракового регистра	3-7
Качество: планирование работы с пациентом	22-25
Выполнение Порядков оказания помощи	2-3
Качество: обеспечения пациентов (средствами навигации, информационными материала)	14-48
Качество: обеспечения безопасности пациентов	1-2
Качество: организации динамического наблюдения пациентов	10-15
Качество: просветительной работы с населением по повышению онкоинформированности и онкограмотности	28-30
В целом по всем параметрам	521-576

[«В структуре дефектов 20% приходилось на нарушение временных норм, 20% на нарушение норм оформления документов, 30% на нарушение норм информирования, 25% нарушение технологий маршрутизации, обеспечения доступа к услугам и взаимодействия, 5% другие дефекты»²⁸].

Анализ частоты дефектов показало, что половина из них – это нарушения маршрутизации и доступности, четверть – нарушение информирования, другая четверть – неправильное оформление документов (таблица 17).

Таблица 17 – Стационарный профиль качества организации онкологической помощи населению в субъекте РФ – Ивановской области (частота дефектов на 100 случаев)

Оценочные параметры соответствия нормативам	Диапазон нарушений
Время ожидания (в приемном покое)	32-35
Соблюдение сроков исследований, оформления направлений.	3-15
Качество: информирования пациентов (об организации, получение ИДС)	15-32
Качество: оформления учетной документации, отказов пациентов от лечения и госпитализации.	10 -20
Качество: использования цифровых технологий	10-18
Качество: мониторинга, ведения ракового регистра	7-10
Качество: планирование работы с пациентом	8-18
Выполнение Порядков оказания помощи	3-4
Качество: обеспечения безопасности пациентов	1-2
Качество организации ухода за пациентами	23-39
Качество: организации лечебного питания пациентов	17-22
В целом по всем параметрам	298-305

²⁸ Козлов В.А., Поляков Б.А. Оценка качества онкологической помощи населению // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2023, <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva-onkologicheskoy-pomoschi-naseleniyu>

4.4 Оценка состояния технологического компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической службы Ивановской области

Потенциал качества оказания онкологической помощи оценен экспертами в 76,2% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 23,8%.

Данные экспертной оценки позволили приоритетные проблемы (направления) реализации свойств качества онкологической помощи (Таблица 18) и выделить среди приоритетных – свойство «своевременность», как имеющую особую актуальность для предотвращения запущенных случаев ЗНО.

Таблица 18 – Приоритетные проблемы (направления) и частота нарушений реализации свойств качества онкологической помощи

Направления нарушений	Свойства качества	Частота нарушений на 100 законченных случаев
Условия оказания помощи	– доступность,	23,0
	– своевременность,	91,0
	–научно-технический уровень,	23,0
	– безопасность,	3,0
	– удобство	12,0
Технологии оказания	–достаточность,	37,0
	–оптимальность,	38,0
	–межличностное взаимодействие,	29,0
	–преемственность,	23,0
	–адекватность	19,0
Результат оказания	–результативность,	23,0
	–эффективность,	27,0
	–удовлетворенность больного,	32,0
	–действенность	34,0

Распределение нарушений «своевременности» онкологической помощи по отдельным ее параметрам представлено на рисунке 18, из которого видно, что в

первую очередь страдает своевременность первичных консультаций онколога.

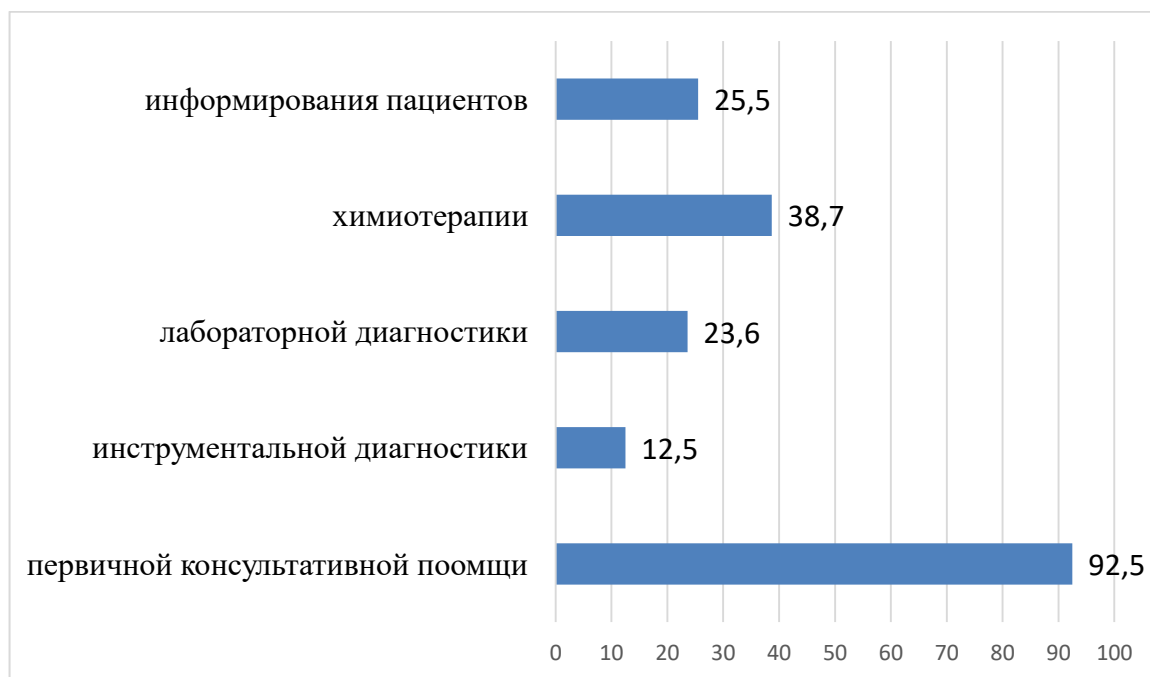


Рисунок 18 – Распределение нарушений «своевременности» онкологической помощи по отдельным ее параметрам]²⁹.

Потенциал качества контроля оказания онкологической помощи оценен экспертами в 74,5% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 25,5%. При оценке качества контрольной деятельности за основу взята характеристика качества помощи - «своевременность». Проанализирована работа региональной комиссии ДЗО Ивановской области по контролю запущенности ЗНО, которая работает на постоянной основе с 2003 года.

Частыми недостатками в проведении контроля запущенности ЗНО (работы региональной комиссии) были: недостатки в технологии проведения контроля (71,5%), технологии его проведения (21,5%), оформлении результатов контрольной деятельности (7,0%) (Рисунок 19).

²⁹ Особенности технологического компонента политики системы здравоохранения Ивановской области в сфере ранней диагностики злокачественных новообразований/ Козлов В.А., Поляков Б.А., Мушников Д.Л., Фунтикова Е.Л., Недавний Д.А.// Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6. - № 2. – С. 130-139. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-2-13

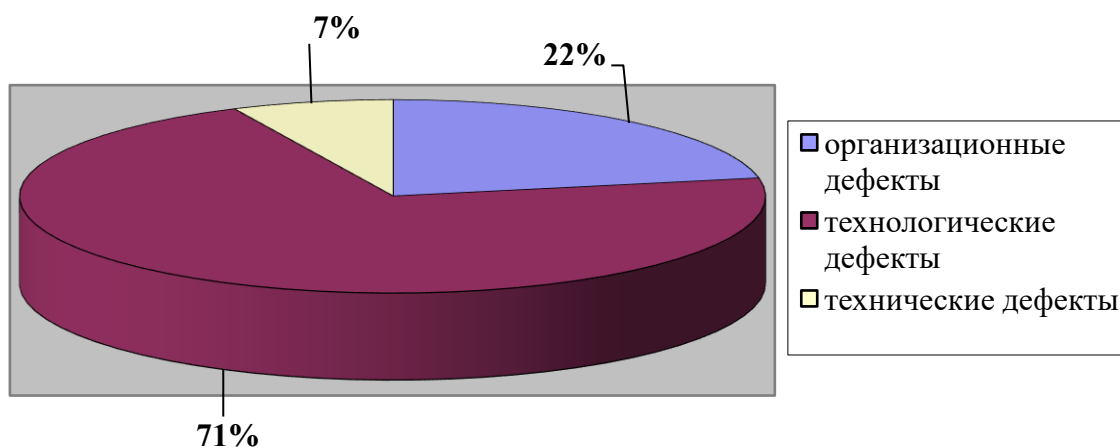


Рисунок 19 – Недостатки в работе региональной комиссии по контролю запущенности ЗНО]³⁰.

Частыми организационными недостатками в контроле запущенности ЗНО были: нарушение сроков рассмотрения на комиссии ДЗО, недостаточный уровень представительства экспертов, нарушение в формулировке выводов и рекомендаций, также должной обратной связи (контроля реализации рекомендаций) (Рисунок 20).

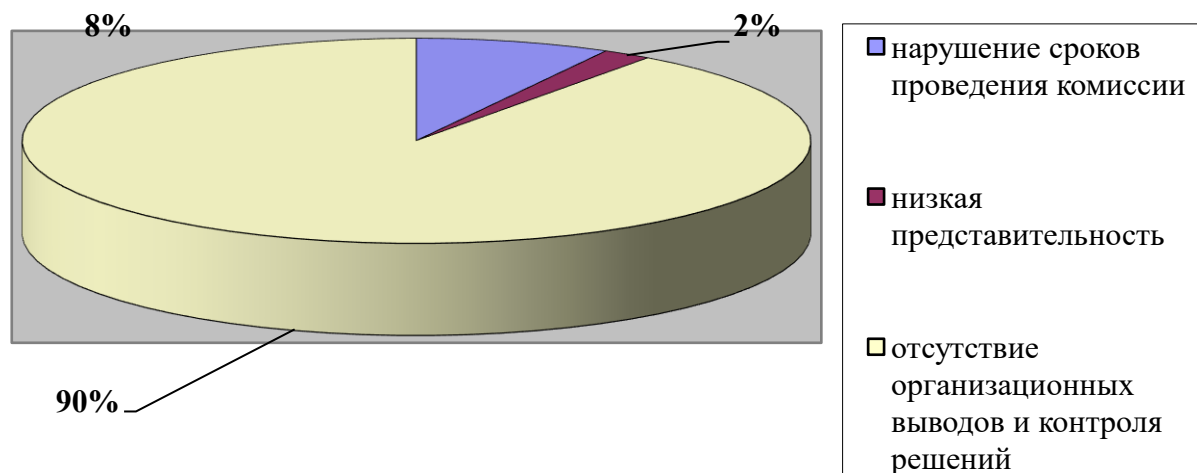


Рисунок 20 – Организационные недостатки в контроле запущенности ЗНО]³¹.

³⁰ Особенности технологического компонента политики системы здравоохранения Ивановской области в сфере ранней диагностики злокачественных новообразований/ Козлов В.А., Поляков Б.А., Мушников Д.Л., Фунтикова Е.Л., Недавний Д.А.// Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6. - № 2. – С. 130-139. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-2-13

³¹ Б.А., Мушников Д.Л., Фунтикова Е.Л., Недавний Д.А.// Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6. - № 2. – С. 130-139. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-2-13

Частыми технологическими недостатками в контроле запущенности ЗНО были: нарушение этапности оценочной деятельности, обоснованности заключений, полноты анализа характеристик качества (Рисунок 21).

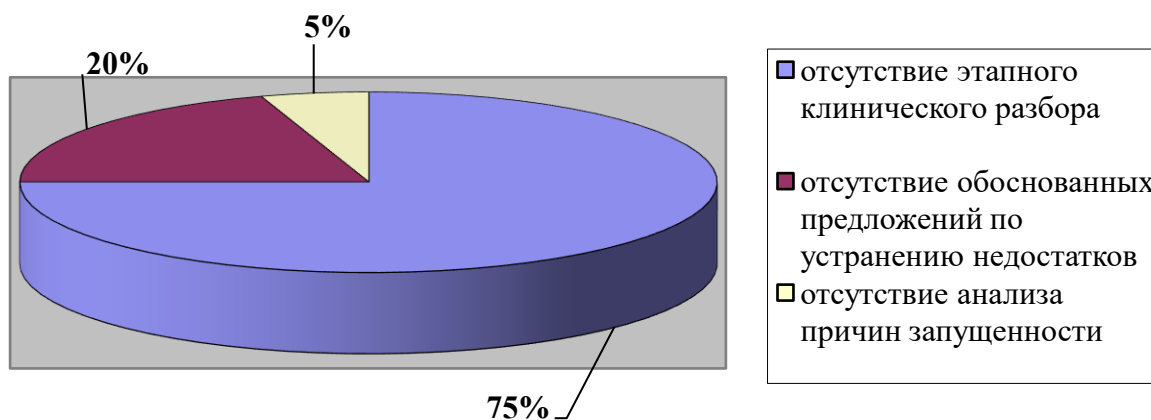


Рисунок 21 – Технологические недостатки в контроле запущенности ЗНО

Частыми техническими недостатками в контроле запущенности ЗНО были: использование неактуальных форм экспертных документов, а также нарушение актуальных нормативных, методических и рекомендательных документов при проведении оценок (Рисунок 22).

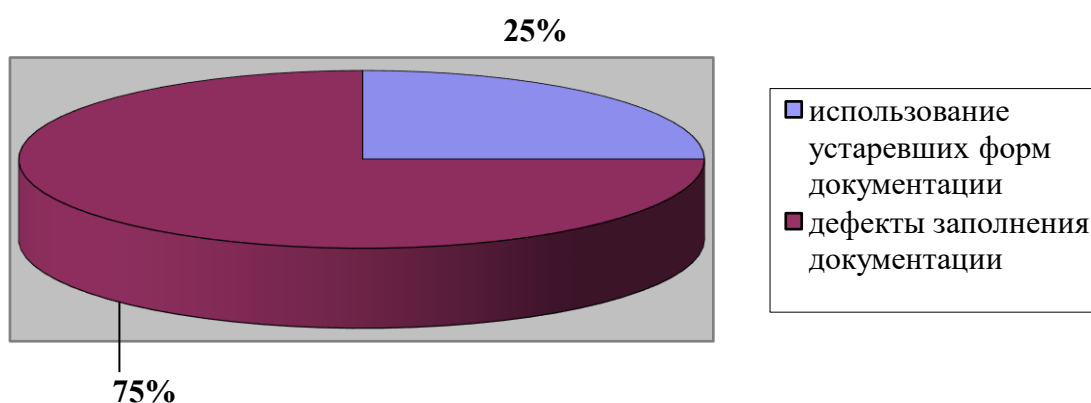


Рисунок 22 – Технические недостатки в контроле запущенности ЗНО

Результаты экспертной оценки показали, что частота дефектов контроля своевременности качества онкологической помощи имеет различия в районах области (Таблица 19). Высокая частота дефектов (92 – 98 дефектов) установлена в десяти районах, т.е. в каждом втором районе (в том числе: Пестяковском, Лухском, Пучежском), что связано с транспортной доступностью районов и

недоукомплектованностью штатов врачей; низкий уровень дефектов отмечен лишь в трех районах области (Лежневском, Шуйском, Вичугском) с которыми налажено хорошее транспортное сообщение и имеются онкологи – кураторы данных районов.

Таблица 19 – [Частота недостатков в контроле запущенности ЗНО по районам Ивановской области (на 100 экспертиз)]³²

Муниципальные образования	Частота недостатков	Оценка (баллы)
1.В.-Ландеховский	95,7	1
2.Вичугский	27,0	3
3.Гаврилово-Посадский	71,4	1
4.Заволжский	44,0	2
5.Ивановский	45,9	2
6.Ильинский	83,2	1
7.Кинешемский	98,5	1
8.Комсомольский	84,7	1
9.Лежневский	30,6	3
10.Лухский	98,9	1
11.Палехский	56,2	2
12.Пестяковский	98,7	1
13.Приволжский	92,1	1
14.Пучежский	94,2	1
15.Родниковский	44,6	2
16.Савинский	41,1	2
17.Тейковский	92,5	1
18.Фурмановский	51,9	2
19.Южский	93,7	1
20.Юрьевецкий	52,2	2
21.Шуйский	21,1	1
г. Иваново	26,0	1

³² Особенности технологического компонента политики системы здравоохранения Ивановской области в сфере ранней диагностики злокачественных новообразований/ Козлов В.А., Поляков Б.А., Мушников Д.Л., Фунтикова Е.Л., Недавний Д.А.// Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6. - № 2. – С. 130-139. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-2-13

Потенциал качества цифровых технологий оказания онкологической помощи оценен экспертами в 74,8% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 25,2%. Частота снижения качества цифровых технологий оказания онкологической помощи по параметрам оценки и их причины отражены в таблице 20.

Таблица 20 – Частота снижения потенциала качества цифровых технологий оказания онкологической помощи по параметрам оценки

Параметры	Стационар	Дневной стационар	Причины
Низкое качество использования цифровых средств во внутриорганизационных коммуникациях (электронный документооборот, телеконсультации)	20,5	15,5*	Недофинансирование. Недостаточный уровень цифровой компетенции персонала. Высокая стоимость программного обеспечения
Низкий уровень автоматизированного мониторинга и создания баз данных (ВИМИС, раковый регистр)	23,5	20,4	Недостаточный уровень цифровой компетенции персонала. Нехватка специалистов – информатиков.
Низкое качество использования цифровых средств в коммуникациях с пациентами (использование мобильных приложений, телеконсультации, электронная запись, телеобучение)	12,3	29,9*	Недостаточный уровень цифровой компетенции персонала Недостаточный уровень цифровой грамотности населения, пациентов.
Низкий уровень цифровизации рабочих мест медработников (АРМ)	9,5	19,7*	Нарушение порядка планирования.

			Недостаточный уровень цифровой компетенции персонала. Недофинансирование.
Низкий уровень цифровизации обработки диагностических данных	12,5	17,5*	Недофинансирование. Недостаточный уровень цифровой компетенции персонала.
Низкий уровень цифровизации лечебных технологий и использования препаратов	14,2	7,3*	Недофинансирование. Недостаточный уровень цифровой компетенции персонала.

Примечание: * - имеются достоверные различия ($p < 0,05$)

Как показал анализ, снижение потенциала качества цифровых технологий различия в поликлинических подразделения онкологической службы и стационарных. Вместе с тем, общими причинами снижения потенциала качества цифровых технологий являются: недофинансирование, нарушение мероприятий планирования, недостаточный уровень цифровой компетенции персонала, нехватка специалистов – информатиков, высокая стоимость программного обеспечения.

4.5 Оценка состояния имиджевого компонента ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи Ивановской области

Имиджевый потенциал онкологической помощи оценен экспертами в 75,1% реализации, что говорит о возможности его дополнительного раскрытия на 24,9%. (таблица 21).

Таблица 21 – Данные оценки имиджа онкологической службы

Компоненты и субкомпоненты потенциала	Потенциал		Оценка реализации потенциала
	Уровень реализации, %	Резерв реализации, %	
Имидж медицинских услуг	87,2	12,8	Средний
Имидж медицинского персонала	76,4	23,6	Средний
Имидж сервисных услуг	56,5	43,5	Низкий
В целом	75,1	24,9	Средний

Наибольший уровень реализации имеет место по имиджу медицинских услуг – 87,2% пациентов ответили, что медицинские услуги, полученные в онкодиспансере соответствуют их ожиданиям. Несколько ниже оценки имиджа медицинского персонала онкологической службы (76,4%). Каждый четвертый пациент (23,6%) отметил, что фактическое отношение к ним медицинских работников не соответствовало их ожиданиям. Наиболее низкий уровень реализации по имиджевому субкомпоненту потенциала онкологической службы Ивановской области получен по сервисным услугам (56,5%). Каждый второй пациент не имел возможности получить дополнительные (сервисные) услуги или они были оказаны в недолжном качестве.

4.6 Интегральная оценка реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи

Результаты интегральной оценки реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи Ивановской области представлены в таблице 22.

Таблица 22 – Данные интегральной оценки реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи Ивановской области

Субкомпоненты потенциала	Потенциал		Оценка реализации потенциала
	Уровень реализации, %	Резерв реализации, %	
Субкомпонент - Ресурсный потенциал			
1.Кадровый	73,4	26,6	Ближе к низкому
2.Материально-технический)	74,3	25,7	Ближе к низкому
3.Лекарственного обеспечения, расходных материалов	76,5	23,5	Средний
В целом	75,2	24,8	Средний
Субкомпонент - Технологический потенциал			
4.Организация маршрутизации пациентов	73,8	26,2	Ближе к низкому
5.Качество организации помощи	74,9	25,1	Средний
6.Качество оказания помощи	76,2	23,8	Средний
7.Качество контроля оказания помощи	74,5	25,5	Низкий
8.Качество цифровых технологий	74,8	25,2	Низкий
В целом	75,9	24,1	Средний
Субкомпонент - Имиджевый потенциал			
9.Имидж медицинских услуг	87,2	12,8	Средний
10. Имидж персонала	76,4	23,6	Средний
11.Имид сервисных услуг	56,5	43,5	Низкий
В целом	73,4	26,6	Средний
По всем компонентам	75,1	24,9	Средний

Анализ показал, что потенциал по ресурсно-технологическому компоненту онкологической помощи Ивановской области реализован не полностью – на 75,9%, в том числе ресурсного на 75,2%, технологического на 75,9%, имиджевого на 75,1%, что соответствует в целом среднему уровню и имеет резерв улучшений. Снижение потенциала по ресурсному субкомпоненту произошло за счет низкой реализации кадрового (дефицит кадров, низкая инновационная активность персонала) и материально-технического потенциала (высокая изношенность медицинского оборудования; низкий коэффициент обновления); потенциала по технологическому субкомпоненту – за счет низкого уровня контроля своевременности оказания помощи и внедрения цифровых технологий; имиджевому субкомпоненту – за счет низкого уровня реализации сервисных услуг.

Интегральная оценка ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ (таблица 23) показала, что он реализован не полностью – в среднем на 75,2%, в том числе кадровый на 71,2%, технологический на 71,9%, имиджевый на 68,2%. Высокий уровень ресурсно-технологического потенциала имеют 3 субъекта ЦФО РФ (Москва, Московская и Белгородская области); низкий – 4 субъекта (Владимирская, Костромская, Орловская и Смоленская области), средний уровень – 11 субъектов.

К общим для межрегионального уровня проблемам реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи относятся: по кадровому компоненту – дефицит кадров, низкая инновационная активность персонала; по материально-техническому – высокая изношенность медицинского оборудования, низкий коэффициент обновления; по технологическому – низкий уровень контроля своевременности оказания помощи и внедрения цифровых технологий; по имиджевому – низкий уровень доверия населения.

Выделены региональные особенности в раскрытии ресурсно-технологического потенциала онкопомощи. Так, для Москвы и Московской области – это проблемы качества контроля; для Тверской, Тульской, Брянской, Белгородской, Владимирской, Смоленской областей – кадровый дефицит.

Таблица 23 – Результаты оценки реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Уровень реализации ресурсно-технологического потенциала онкопомощи в субъектах ЦФО РФ		
Высокий (86-100%)	Средний (71-85%)	Низкий (70% и ниже)
Москва, Московская и Белгородская области	Брянская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Курская, Липецкая, Рязанская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская	Владимирская, Костромская, Орловская и Смоленская области
Межрегиональные проблемы	Региональные приоритеты. Субъекты ЦФО РФ для которых проблема наиболее значима	
Недостаточная эффективность контроля качества	для Москвы и Московской области	
Кадровый дефицит	для Тверской, Тульской, Брянской, Белгородской, Владимирской, Смоленской областей;	
Неэффективность маршрутизации пациентов	для Костромской, Ивановской, Липецкой, Ярославской областей	
Сбои в лекарственном обеспечении	для Воронежской, Белгородской, Курской, Липецкой, Орловской областей	

Заключение по главе

Таким образом, полученные данные позволили сделать следующие выводы:

1. Анализ данных интегральной оценки по субъектам ЦФО РФ показал, что структурный компонент потенциала результативности онкологической помощи реализован не полностью – на 72,2%, в том числе за счет субкомпонентов: ресурсного на 71,2%, технологического на 71,9%, имиджевого на 72,2%, что характеризует наличие резерва улучшений.
2. Основными проблемами реализации инфраструктурного компонента потенциала результативности онкологической помощи являются отклонения по параметрам субкомпонентов: кадровому - дефицит кадров, низкая инновационная активность персонала; материально-технического – высокая изношенность медицинского оборудования, низкий коэффициент

обновления; технологическому – низкий уровень контроля своевременности оказания помощи (67,5%) и внедрения цифровых технологий (65,0%); имиджевому – низкий уровень реализации сервисных услуг (56,5%) и удовлетворенности пациентов.

3. Требуется разработка комплексных решений по оценке и коррекции медико-социального потенциала и повышение результативности его реализации на региональном уровне.

ГЛАВА 5. ХАРАКТЕРИСТИКА, ВЫДЕЛЕНИЕ ТИПОВЫХ ПРОБЛЕМ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ

В главе дан укрупненный (уровень ЦФО РФ) и углубленный (уровень региона – Ивановской области) анализ медико-социального потенциала обеспечения результативности онкологической помощи. Анализ литературных данных позволил дать определение: [медико-социальный потенциал обеспечения результативности онкологической помощи – это полнота реализации значимых для достижения положительного результата помощи характеристик населения и пациентов онкологического профиля]³³

5.1 Результаты консолидированной оценки и типовые проблемы результативности реализации медико-социального компонента потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Результаты интегральной оценки медико-социальной результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ в таблице 24.

³³ Patient resource to improve the effectiveness of oncological care for the population/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Modern oncology. – 2023. – Т. 25. - № 4. – С. 466-471. DOI: 10.26442/18151434.2023.4.202413

Таблица 24 – Данные интегральной оценки медико-социальной результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Субъекты	Оценка реализации компонентов медико-социальной результативности, %					
	1	2	3	4	5	6
Москва	87,5	86,5	81,5	76,5	82,3	87,5
Московская	79,5	82,1	76,9	77,4	77,8	78,7
Белгородская	75,6	74,2	75,6	74,5	76,8	73,2
Брянская	74,9	75,7	74,5	75,3	73,5	70,8
Владимирская	72,2	71,7	72,4	74,5	72,6	73,8
Воронежская	77,4	78,3	77,3	78,9	76,8	74,9
Ивановская	75,5	76,2	74,6	75,8	76,4	75,2
Калужская	73,7	71,9	75,7	75,3	74,3	76,2
Костромская	69,5	67,8	70,5	72,2	70,4	68,5
Курская	72,1	71,9	70,9	72,2	76,9	67,2
Липецкая	75,7	73,9	76,8	75,6	77,2	77,5
Орловская	80,5	81,8	78,5	80,5	79,2	78,3
Рязанская	76,9	75,2	76,3	78,4	77,9	76,4
Смоленская	75,6	77,2	72,9	73,5	75,7	76,3
Тамбовская	77,2	76,8	76,5	76,9	74,8	75,2
Тверская	77,4	75,5	75,8	73,4	75,7	74,4
Тульская	75,8	76,3	78,2	77,3	76,5	75,6
Ярославская	75,5	74,2	71,5	70,5	70,7	71,2
В среднем	74,3	75,8	73,7	75,9	73,5	72,5

Примечание:

1 - онкограмотность;

2 – приверженность лечению;

3 – своевременность обращений;

4 – удовлетворенность помощью;

5 – доверие к здравоохранению;

6 – качество жизни

Анализ медико-социальной результативности онкологической помощи по субъектам ЦФО РФ позволили выделить 3 кластера регионов: 1 регион с высокой результативностью (г. Москва), 16 – со средним уровнем, 1 регион с низким уровнем (Костромская область) (таблица 25).

Таблица 25 – Результаты оценки медико-социальной результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Уровень медико-социальной результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ		
Высокий (86-100%)	Средний (71-85%)	Низкий (70% и ниже)
Москва	Брянская, Владимирская, Воронежская, Орловская и Смоленская, Московская, Белгородская, Ивановская, Калужская, Курская, Липецкая, Рязанская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская области	Костромская
Межрегиональные проблемы		Региональные приоритеты. Субъекты ЦФО РФ для которых проблема наиболее значима
Низкая онкограмотность населения (74,3%)		Костромская область
Низкая приверженность лечению (75,8%)		Владимирская область
Низкая своевременность обращений (73,7%)		Курская область
Низкая удовлетворенность помощью (75,9%)		Ярославская область
Низкое доверие к онкологическому здравоохранению (73,5%)		Ярославская область
Низкое качество жизни онкобольных (72,5%)		Курская область

Результаты интегральной оценки медико-социальной потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ в таблице 26.

Таблица 26 – Данные интегральной оценки медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Субъекты	Оценка реализации компонентов медико-социального потенциала, %						
	1	2	3	4	5	6	7
Москва	80,5	88,6	80,5	78,5	77,4	84,4	82,1
Московская	79,8	84,3	77,6	78,2	76,9	79,5	78,5
Белгородская	77,9	76,5	76,9	73,6	75,4	80,2	79,8
Брянская	75,8	74,3	73,7	76,2	74,3	75,1	75,4
Владимирская	70,5	69,8	71,4	72,3	71,7	69,5	70,5
Воронежская	76,4	75,6	74,8	75,6	73,2	74,5	74,3
Ивановская	76,8	73,4	75,5	73,9	75,7	72,3	75,6
Калужская	73,8	72,1	74,2	71,9	73,5	73,1	73,8
Костромская	70,2	68,9	71,3	71,5	73,8	69,3	69,7
Курская	73,5	74,1	71,4	73,8	72,3	71,5	72,7
Липецкая	76,2	73,5	75,1	73,9	74,5	76,1	75,4
Орловская	81,2	82,3	76,7	79,5	77,4	78,5	78,2
Рязанская	75,6	74,8	74,9	77,5	78,2	77,3	76,2
Смоленская	74,2	75,1	69,8	72,3	74,7	72,1	73,9
Тамбовская	76,1	75,2	74,5	76,2	75,1	73,9	75,1
Тверская	75,3	73,2	76,3	70,6	73,9	73,5	73,9
Тульская	76,2	75,9	77,1	74,8	75,6	77,6	76,8
Ярославская	74,2	73,9	72,5	74,6	72,7	73,5	73,8
В среднем	75,5	77,3	71,2	76,2	74,2	73,9	74,5

Примечание: 1 - Онкоинформированность; 2 - Медактивность; 3 - Здоровьесбережение; 4 - Мотивационно-ценностный; 5 - Коммуникативный; 6 - Семейной адаптации; 7 – интегральная оценка.

Анализ показал, что медико-социальный потенциал онкологической помощи в субъектах ЦФО реализован не полностью – в среднем на 74,5%, в том числе онкоинформированности на 75,5%, медицинской активности на 77,3%, здоровьесбережения на 71,2%, т.е. имеется резерв улучшений.

Высокий уровень медико-социального потенциала имеет 1 субъект ЦФО РФ (Москва); низкий – 2 субъекта (Владимирская, Костромская области), средний уровень – 15 субъектов (таблица 27).

Таблица 27 – Результаты оценки медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Уровень реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ		
Высокий (86-100%)	Средний (71-85%)	Низкий (70% и ниже)
Москва	Брянская, Московская и Белгородская области Воронежская, Ивановская, Калужская, Курская, Липецкая, Рязанская, Тамбовская, Тверская, Орловская, Смоленская, Тульская, Ярославская	Владимирская, Костромская, области
Межрегиональные проблемы		Региональные приоритеты. Субъекты ЦФО РФ для которых проблема наиболее значима
Низкий уровень онкоинформированности пациентов (75,5%);		Костромская область
Низкий уровень медактивности пациентов (77,3%)		Калужская область
Низкое внимание пациентов к здоровьесбережению (71,2%)		Смоленская область
Низкий уровень ценности здоровья и мотивации к его сохранению (76,2%)		Тверская область
Низкий уровень коммуникативных навыков, в том числе цифровых (74,2%)		Владимирская область
Низкая эффективность семейной адаптации (73,9%)		Курская область

5.2 Углубленный анализ и региональные особенности интегральной оценки реализации медико-социального потенциала онкологической помощи Ивановской области

Результаты интегральной оценки медико-социального потенциала онкологической помощи Ивановской области представлены в таблице 28.

Таблица 28 – «Результаты интегральной оценки медико-социального потенциала онкологической помощи Ивановской области»³⁴

Компоненты	Оценки по этапам лечебно-диагностического процесса					
	Первый этап		Второй этап		Третий этап	
	«Индекс реализации»	«Резерв»	«Индекс реализации»	«Резерв»	«Индекс реализации»	«Резерв»
«Онкоинформированность» ³⁵	65,5	34,5	72,5	27,5	74,5	25,5
«Медактивность» ³⁶	74,5	25,5	87,3	12,7	89,7	10,3
«Здоровьесбережение» ³⁷	68,5	31,5	89,2	10,8	91,2	8,8
«Мотивационно-ценностный» ³⁸	82,3	17,7	90,5	9,5	92,4	7,6
«Коммуникативный»	69,5	30,5	70,5	29,5	71,2	28,8
«Семейной адаптации»	82,5	17,5	73,2	26,8	67,8	32,2

[«Достаточность, достоверность и своевременность информации имеет важную роль в здравоохранении. Динамика мединформированности на этапах оказания онкологической помощи, говорит о том, что уровень онкоинформированности низкий (65,5%) не только на первоначальном этапе, но

³⁴ Patient resource to improve the effectiveness of oncological care for the population/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Modern oncology. – 2023. – Т. 25. - № 4. – С. 466-471. DOI: 10.26442/18151434.2023.4.202413

³⁵ Там же , С. 466-471

³⁶ Там же , С. 466-471

³⁷ Там же , С. 466-471

³⁸ Там же , С. 466-471

несущественно увеличивается при взаимодействии с медицинскими работниками, что говорит о том, что определяет возможность совершенствования работы медицинских работников по реализации мероприятий медицинского информирования пациентов»³⁹].

[«Медицинская активность пациента в онкологии является одним из значимых условий успешности лечебных мероприятий, отражающее готовность пациента быть партнером врача по реализации намеченного плана лечебных мероприятий. Медицинская активность, как показал опрос и оценка врачами имела положительную динамику по этапам лечебно-диагностического процесса, однако на всех этапах уровень ее потенциала был снижен – на 25,5% на первом этапе и 10,3% на третьем, что связано с несвоевременным обращением за помощью, невыполнением медицинских рекомендаций. Установлено, среди отдельных социальных категорий населения (предприниматели, мужчины, многодетные женщины) частота низкий уровень медицинской активности выше, чем среди населения, относящихся к одиноким женщинам, пенсионерам, работникам бюджетной сферы ($p < 0,05$)»⁴⁰]

[«Направленность пациентов на здоровьесбережение, включающее реализацию правил здорового образа жизни и отказ от вредных привычек, являются фундаментом построения траектории достижения положительного результата в онкологии. Реализуют возможности сбережения здоровья только 68,5% пациентов, с вторым и третьим этапом лечения внимания к здоровью у пациентов возрастает, но все равно остается резерв – 9,8-10,8%, что связано с тем, что не все пациенты могут поменять образ жизни, отказаться от вредных привычек, а, следовательно, они нуждаются в помощи врача по построению плана

³⁹ Patient resource to improve the effectiveness of oncological care for the population/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Modern oncology. – 2023. – Т. 25. - № 4. – С. 466-471. DOI: 10.26442/18151434.2023.4.202413

⁴⁰ Там же , С. 466-471

модификации образа жизни. Особенно в этом нуждаются, как показал опрос, пациенты мужского пола»⁴¹].

Мотивационно-ценностный профиль пациента, раскрытие его направленности на сотрудничество с врачом для достижения положительного результата лечения является необходимым условием достижения положительного результата. Вместе с тем, у части пациентов (27,7%), как на первом, так и на последующих этапах помощи самомотивация к медицинской активности остается не высокой, в связи позицией «непринятия», «будь, что будет», которая более характерна для пациентов мужского пола (35,6%, против 23,2%)($p < 0,05$).

Налаживание делового сотрудничества врача и пациента основано на коммуникационных навыках данных субъектов помощи, однако опрос показал данный ресурс не используют 30,5% пациентов на первом и 8-10% на последующих этапах помощи, что приводит к недопониманию, конфликтным ситуациям. Отмечено, что пациенты-женщины имеют более высокий уровень коммуникативных навыков, чем мужчины (соответственно: 74,7% и 65,7%; $p < 0,05$).

Для успешной адаптации пациентов онкологического профиля важное значение имеет семейная обстановка, поддержка и помощь членов семьи. Но данный ресурс, поданным опроса, используют только 83,0% пациентов на первом этапе помощи, 74,5% на втором, 68,5% на третьем, что нарушает психологический фон и уходовые задачи в отношении данных пациентов, а следовательно требует разработки мероприятий медико-социального патронажа, помощи психологов.

Корреляционный анализ показал наличие прямой сильной связи реализации медико-социального ресурса пациентов с достижением положительного результата онкологической помощи ($r = 0,88$; $p < 0,05$).

⁴¹ Patient resource to improve the effectiveness of oncological care for the population/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Modern oncology. – 2023. – Т. 25. - № 4. – С. 466-471. DOI: 10.26442/18151434.2023.4.202413

5.3 Состояние онкоосведомленности и онкограмотности городского и сельского населения Ивановской области

[«Анализ мнений экспертов показал, что населению необходимо иметь знания и навыки по 10 вопросам, связанным с онкопатологией и онкологической помощью. Выделено 3 уровня значимости индикаторов онкограмотности: к критически значимым индикаторам отнесены 4 вопроса, к высокому и желательному по 3 вопроса» (таблица 29)]⁴².

Таблица 29 – [«Мнение экспертов о значимости вопросов для оценки онкограмотности населения»]⁴³

Индикаторы онкограмотности	Значимость в баллах	Уровень значимости
[«Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации при появлении первых признаках заболеваний, отказ от самолечения и тактики «выжидания»»] ⁴⁴	5,0	Критичный
[«Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации на предмет проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в женских консультациях»] ⁴⁵	5,0	
[«Навык идентификации и отказ от методов оздоровления, лечения с недоказанной эффективностью»] ⁴⁶	5,0	
[«Приверженность выполнению рекомендаций врачей по профилактике, лечению в связи с онкозаболеваниями»] ⁴⁷	5,0	

⁴² Разработка и оценка индикаторов онкограмотности различных групп населения/ Мушников Д.Л., Козлов В.А., Костин А.А., Угланова Н.Н.// Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 4. – С. 85-92.

⁴³ Там же , С. 85-92

⁴⁴ Там же , С. 85-92

⁴⁵ Там же , С. 85-92

⁴⁶ Там же , С. 85-92

⁴⁷ Там же , С. 85-92

[«Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации на предмет проведения скрининга на онкопатологию»] ⁴⁸	4,9	Высокий
[«Понимание сути и наличие навыков образа жизни, снижающего риски злокачественных новообразований»] ⁴⁹	4,8	
[«Понимание сути и наличие навыков самообследования тела на наличие опухолевых образований»] ⁵⁰	4,7	
[«Общие знания об опухолях, видах и понимание причин их появления»] ⁵¹	4,3	Желательный
[«Понимание сути и наличие навыков правильного питания, снижающего риски злокачественных новообразований»] ⁵²	4,2	
[«Понимание сути и наличие навыков по получению информации о предупреждении развития онкозаболеваний»] ⁵³	4,1	

[«Данные социологического опроса населения показали, что общий индекс онкограмотности городского населения составил 62,1%, сельского – 60,2% ($p > 0,05$), следовательно, практически каждый второй житель города и села имеет недостаточный уровень онкограмотности (таблица 30). Наиболее низкий уровень онкограмотности отмечен по таким вопросам как: понимание сути и наличие навыков образа жизни, снижающего риски злокачественных новообразований; общие знания об опухолях, видах и понимание причин их появления; понимание сути и наличие навыков самообследования тела на наличие опухолевых образований. Достоверно более низкий уровень ($p < 0,05$) онкограмотности отмечен среди сельского населения, чем городского по таким индикаторам, как:

⁴⁸ Там же, С. 85-92

⁴⁹ 24. Разработка и оценка индикаторов онкограмотности различных групп населения/ Мушников Д.Л., Козлов В.А., Костин А.А., Угланова Н.Н.// Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 4. – С. 85-92.

⁵⁰ Там же, С. 85-92

⁵¹ Там же, С. 85-92

⁵² Там же, С. 85-92

⁵³ Там же, С. 85-92

общие знания об опухолях, видах и понимание причин их появления; понимание сути и наличие навыков по получению информации о предупреждении развития онкозаболеваний; навык идентификации и отказ от методов оздоровления, лечения с недоказанной эффективностью»⁵⁴].

Таблица 30 – [«Состояние онкограмотности городских и сельских жителей (n=2000)»⁵⁵]

Индикаторы онкограмотности	Частота положительных оценок на 100 опрошенных по месту жительства	
	Город (n= 1000)	Село (n= 1000)
[«Общие знания об опухолях, видах и понимание причин их появления» ⁵⁶	56,5	49,7*
[«Понимание сути и наличие навыков образа жизни, снижающего риски злокачественных новообразований» ⁵⁷	36,7	41,2*
[«Понимание сути и наличие навыков самообследования тела на наличие опухолевых образований» ⁵⁸	52,3	56,3
[«Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации на предмет проведения скрининга на онкопатологию»] ⁵⁹	65,5	60,5
[«Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации на предмет проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в женских консультациях»] ⁶⁰	69,5	65,8

⁵⁴ Там же, С. 85-92

⁵⁵ Разработка и оценка индикаторов онкограмотности различных групп населения/ Мушников Д.Л., Козлов В.А., Костин А.А., Угланова Н.Н.// Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 4. – С. 85-92.

⁵⁶ Там же, С. 85-92

⁵⁷ Там же, С. 85-92

⁵⁸ Там же, С. 85-92

⁵⁹ Там же, С. 85-92

⁶⁰ Там же, С. 85-92

[«Понимание сути и наличие навыков правильного питания, снижающего риски злокачественных новообразований» ⁶¹	60,5	71,2*
[«Понимание сути и наличие навыков по получению информации о предупреждении развития онкозаболеваний» ⁶²	63,7	51,2*
[«Навык идентификации и отказ от методов оздоровления, лечения с недоказанной эффективностью» ⁶³	72,5	54,2*
[«Приверженность выполнению рекомендаций врачей по профилактике, лечению в связи с онкозаболеваниями» ⁶⁴	75,5	89,0*
[«Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации при появлении первых признаках заболеваний, отказ от самолечения и тактики «выжидания»» ⁶⁵	67,8	62,5
[«Общий индекс онкограмотности» ⁶⁶	62,1	60,2

Примечание: имеется достоверная разница ($p < 0,05$)

[«Проведен анализ онкограмотности в различных социально-демографических группах населения (Таблица 31).»⁶⁷

Таблица 31 – [«Значения индекса онкограмотности в различных социально-демографических группах населения (%)»]⁶⁸

Социально-демографические группы	Место жительства	
	Город	Село
По полу:		
Мужчины	55,6	49,5
Женщины	68,5	70,6
Население в возрасте:		
18–24 года	32,5	31,6
25–44 года	39,8	38,5

⁶¹ Там же, С. 85-92

⁶² Там же, С. 85-92

⁶³ Разработка и оценка индикаторов онкограмотности различных групп населения/ Мушников Д.Л., Козлов В.А., Костин А.А., Угланова Н.Н.// Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 4. – С. 85-92.

⁶⁴ Там же, С. 85-92

⁶⁵ Там же, С. 85-92

⁶⁶ Там же, С. 85-92

⁶⁷ Там же, С. 85-92

⁶⁸ Там же, С. 85-92

45-64 года	67,9	65,5
65-74 года	70,2	69,7
75 лет и старше	72,3	73,1
Население с уровнем образования:		
Среднее	42,2	43,8
Среднее-специальное	69,9	65,4
Высшее	72,5	70,3
В целом	62,1	60,2

[«Мужчины, как показал опрос, имеют меньший уровень онкограмотности, чем женщины ($p < 0,05$). Наиболее низкие значения индекса онкограмотности установлен в возрастной группе молодых жителей (18-24 года), чем в старших возрастных группах ($p < 0,05$). При уровне образования жителей выше среднего (высшее, среднее-специальное) индекс онкограмотности был в 1,5 раза выше, чем у жителей со средним образованием ($p < 0,05$)»⁶⁹.

[«Под онкоосведомленностью принято понимать все знания, которыми должен обладать неспециалист, чтобы понимать информацию и рекомендации, которые может предложить система здравоохранения в отношении профилактики, диагностики и лечения рака»⁷⁰. «Онкоосведомленность также имеет решающее значение для «навигации по системе здравоохранения», определяет своевременность обращений к врачам. Так, исследования показали, что повышение осведомленности населения позволяет снизить стигматизацию рака молочной железы»⁷¹.

[«Анализ мнений экспертов показал, что населению необходимо иметь знания по 15 вопросам, связанным с онкопатологией и онкологической помощью. Структуру знаний населения по значимости для обеспечения онкоосведомленности

⁶⁹ Разработка и оценка индикаторов онкограмотности различных групп населения/ Мушников Д.Л., Козлов В.А., Костин А.А., Углова Н.Н.// Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 4. – С. 85-92.

⁷⁰

⁷¹ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

по возрастным группам можно представить в 3 эшелонах: первый эшелон – знания, необходимые во всех возрастных группах; второй эшелон – знания, необходимые в большинстве возрастных групп; третий эшелон – знания, необходимые в отдельных возрастных группах (таблица 32)»⁷².

Таблица 32 – [«Профиль значимости информации для этапного формирования онкоосведомленности населения»]⁷³

Эшелоны медицинской информации	Возрастная группа			
	7-13 лет	14-17 лет	18-44 года	45 лет и старше
Первый эшелон	+	+	+	+
Второй эшелон		+	+	+
Третий эшелон			+	+

[«В первом эшелоне знаний представлены вопросы: общие сведения об опухолях; о факторах риска онкопатологии; о скринингах на онкопатологию и необходимости их прохождения; о социально-психологических, правовых, этических аспектах взаимодействия в связке онкобольной – врач – семья – социальные группы; о благотворительности и волонтерстве онкологической направленности»]⁷⁴ (таблица 33). «Второй эшелон знаний представлен вопросами: о порядке и правилах самоосмотра на онкопатологию; о порядке и правилах самоосмотра на онкопатологию; о важности своевременного обращения к врачу для возможности исцеления; о мероприятиях, проводимых государством, региональными и муниципальными властями, общественными организациями по борьбе с раком и факторами риска его развития; о достоверных источниках информации об онкозаболеваниях, их профилактике, лечении. Третий эшелон

⁷² Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁷³ Там же , С. 33-38

⁷⁴ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

знаний включает вопросы: о специалистах и медицинских организациях, оказывающих помощь по профилактике, диагностике и лечению онкопатологии, консультированию по месту жительства; о частоте и задачах прохождения периодического медицинского осмотра; о маршруте обращений за медицинской помощью в случае появления подозрений на онкологию; о современных возможностях излечения онкопатологии; о правах в части получения медицинской и социальной помощи при развитии рака»]⁷⁵.

Таблица 33 – [«Мнение экспертов о структуре знаний населения необходимых для обеспечения онкоосведомленности по возрастным группам»]⁷⁶

Аспекты информированности	Оценка значимости в баллах по возрастным группам				
	7-13 лет	14-17 лет	18-44 года	45 лет и старше	В целом
[«Общие сведения об опухолях»] ⁷⁷	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
[«О факторах риска развития онкопатологии»] ⁷⁸	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
[«Признаках, симптомах злокачественных новообразований»] ⁷⁹	1,9	4,8	5,0	5,0	4,3
[«О порядке и правилах самоосмотра на онкопатологию»] ⁸⁰	2,9	4,8	5,0	5,0	4,4
[«О специалистах и медицинских организациях оказывающих помощь по профилактике, диагностике и лечению онкопатологии,	1,5	3,6	4,9	5,0	3,8

⁷⁵ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁷⁶ Там же , С. 33-38

⁷⁷ Там же , С. 33-38

⁷⁸ Там же , С. 33-38

⁷⁹ Там же , С. 33-38

⁸⁰ Там же , С. 33-38

консультированию по месту жительства» ⁸¹					
[«О частоте и задачах прохождения периодического медицинского осмотра» ⁸²	1,8	2,8	4,8	5,0	3,6
[«О скринингах на онкопатологию и необходимости их прохождения» ⁸³	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
[«О важности своевременного обращения к врачу для возможности исцеления» ⁸⁴	2,9	4,8	5,0	5,0	4,4
[«О маршруте обращений за медицинской помощью в случае появления подозрений на онкологию» ⁸⁵	1,5	3,3	5,0	5,0	3,7
[«О мероприятиях проводимых государством, региональными и муниципальными властями, общественными организациями по борьбе с раком и факторами риска его развития» ⁸⁶	1,4	4,5	5,0	4,9	4,0
[«О современных возможностях излечения онкопатологии» ⁸⁷	1,3	2,4	5,0	5,0	3,4
[«О достоверных источниках информации об онкозаболеваниях, их профилактике, лечении» ⁸⁸	2,3	4,9	5,0	5,0	4,3

⁸¹ Там же , С. 33-38

⁸² Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁸³ Там же , С. 33-38

⁸⁴ Там же , С. 33-38

⁸⁵ Там же , С. 33-38

⁸⁶ Там же , С. 33-38

⁸⁷ Там же , С. 33-38

⁸⁸ Там же , С. 33-38

[«О правах в части получения медицинской и социальной помощи при развитии рака» ⁸⁹	1,4	4,3	5,0	5,0	3,9
[«О социально-психологических, правовых, этических аспектах взаимодействия в связке онкобольной – врач – семья – социальные группы» ⁹⁰	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
[«О благотворительности и волонтерстве онкологической направленности» ⁹¹	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

[«Данные социологического опроса населения показали, что общий индекс онкоосведомленности населения составил 24,7%, то есть две трети пациентов имеет недостаточный уровень онкоосведомленности»⁹² (таблица 34). «Онкоосведомленность населения повышается с возрастом: в возрастной группе 7-13 лет – 5,8%, 14-17 лет – 12,1%, 18-44 года – 33,0%, 45 лет и старше – 47,8%), что определяется приобретением жизненного опыта. Наибольший индекс онкоосведомленности отмечается по первому эшелону информации – 46,4%, в том числе: в возрастной группе 7-13 лет – 26,3%, 14-17 лет – 35,8%, 18-44 года – 56,9%, 45 лет и старше – 66,7%. По второму эшелону информации индекс онкоосведомленности в два раза ниже – 20,1%, в том числе: в возрастной группе 7-13 лет – 1,2%, 14-17 лет – 6,9%, 18-44 года – 34,8%, 45 лет и старше – 45,5%. Наиболее низкий уровень онкоосведомленности населения по третьему эшелону

⁸⁹ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁹⁰ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁹¹ Там же , С. 33-38

⁹² Там же , С. 33-38

информации – 17,3%, в том числе: в возрастной группе 7-13 лет – 0,1%, 14-17 лет – 4,3%, 18-44 года – 25,6%, 45 лет и старше – 39,2%. Наиболее депрессивными вопросами онкоосведомленности в возрастной группе 7-13 лет являются: о маршруте обращений за медицинской помощью в случае появления подозрений на онкологию, о мероприятиях проводимых государством, региональными и муниципальными властями, общественными организациями по борьбе с раком и факторами риска его развития; о современных возможностях излечения онкопатологии; о достоверных источниках информации об онкозаболеваниях, их профилактике, лечении»⁹³. [«Наиболее низкий уровень онкоосведомленности в возрастной категории 14-17 лет являются: о современных возможностях излечения онкопатологии; о правах в части получения медицинской и социальной помощи при развитии рака. В возрастной категории 18-44 года низкий уровень онкоосведомленности определен по вопросам: о мероприятиях проводимых государством, региональными и муниципальными властями, общественными организациями по борьбе с раком и факторами риска его развития; о достоверных источниках информации об онкозаболеваниях, их профилактике, лечении; о правах в части получения медицинской и социальной помощи при развитии рака; о социально-психологических, правовых, этических аспектах взаимодействия в связке онкобольной – врач – семья – социальные группы. В возрастном диапазоне 45 лет и старше наиболее низкий уровень онкоосведомленности имеет место по вопросу о порядке и правилах самоосмотра на онкопатологию»⁹⁴.

⁹³ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁹⁴ Там же , С. 33-38

Таблица 34 – Характеристика онкоосведомленности населения по возрастным группам (n= 1000)

Аспекты информированности	Частота положительных оценок на 100 опрошенных по возрастным группам				
	7-13 лет	14-17 лет	18-44 года	45 лет и старше	По всем группам
[«Общие сведения об опухолях»] ⁹⁵	36,5	49,5	61,3	63,6	52,7
[«О факторах риска развития онкопатологии»] ⁹⁶	25,6	34,5	59,8	67,5	46,9
[«Признаках, симптомах злокачественных новообразований»] ⁹⁷	16,7	23,5	49,5	68,9	39,7
[«О порядке и правилах самоосмотра на онкопатологию»] ⁹⁸	2,5	9,8	23,5	37,5	18,3
[«О специалистах и медицинских организациях оказывающих помощь по профилактике, диагностике и лечению онкопатологии, консультированию по месту жительства»] ⁹⁹	1,5	4,5	35,2	59,8	25,3
[«О частоте и задачах прохождения периодического медицинского осмотра»] ¹⁰⁰	1,8	6,7	33,4	62,5	26,1
[«О скринингах на онкопатологию и необходимости их прохождения»] ¹⁰¹	0,9	3,2	29,8	41,5	18,9

⁹⁵ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁹⁶ Там же , С. 33-38

⁹⁷ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

⁹⁸ Там же, С. 33-38

⁹⁹ Там же, С. 33-38

¹⁰⁰ Там же, С. 33-38

¹⁰¹ Там же, С. 33-38

[«О важности своевременного обращения к врачу для возможности исцеления» ¹⁰²	1,2	6,7	31,2	49,5	22,2
[«О маршруте обращений за медицинской помощью в случае появления подозрений на онкологию» ¹⁰³	0,1	5,6	43,4	68,2	29,3
[«О мероприятиях проводимых государством, региональными и муниципальными властями, общественными организациями по борьбе с раком и факторами риска его развития» ¹⁰⁴	0,1	3,9	12,5	39,8	14,1
[«О современных возможностях излечения онкопатологии» ¹⁰⁵	0,1	2,1	38,9	41,2	20,8
[«О достоверных источниках информации об онкозаболеваниях, их профилактике, лечении» ¹⁰⁶	0,1	4,9	24,5	47,8	19,3
[«О правах в части получения медицинской и социальной помощи при развитии рака» ¹⁰⁷	0,1	2,1	29,8	39,5	17,9
[«О социально-психологических, правовых, этических аспектах взаимодействия в связке онкобольной – врач – семья – социальные группы» ¹⁰⁸	0,3	3,8	22,5	38,5	16,3

¹⁰² Там же, С. 33-38

¹⁰³ Там же, С. 33-38

¹⁰⁴ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

¹⁰⁵ Там же, С. 33-38

¹⁰⁶ Там же, С. 33-38

¹⁰⁷ Там же, С. 33-38

¹⁰⁸ Там же, С. 33-38

[«О благотворительности и волонтерстве онкологической направленности» ¹⁰⁹	0,7	20,2	42,5	59,8	30,8
[«Индекс онкоосведомленности по первому эшелону информации, %» ¹¹⁰	26,3	35,8	56,9	66,7	46,4
[«Индекс онкоосведомленности по второму эшелону информации, %» ¹¹¹	1,2	6,9	34,8	45,5	20,1
[«Индекс онкоосведомленности по третьему эшелону информации, %» ¹¹²	0,1	4,3	25,6	39,2	17,3
[«Общий индекс онкоосведомленности, %» ¹¹³	5,8	12,1	33,0	47,8	24,7

5.4 Характеристика медицинской информированности пациентов, проходящих лечение в условиях онкодиспансера

Проведен анализ уровня медицинской информированности пациентов онкологического профиля в зависимости от своевременности обращения за помощью (Таблица 35).

Таблица 35 – Характеристика медицинской информированности пациентов, проходящих лечение в онкодиспансере (%) (n=400)

Компоненты информированности	Группы сравнения	
	1 группа (n=250)	1 группа (n=150)
1.О правовых основах помощи		
1. высокая;	25,0	10,0
2. средняя;	65,0	60,0
3. низкая	15,0	30,0*
2.О медицинской организации		
1. высокая;	15,0	10,0

¹⁰⁹ Там же, С. 33-38

¹¹⁰ Там же, С. 33-38

¹¹¹ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

¹¹² Там же, С. 33-38

¹¹³ Там же, С. 33-38

2. средняя;	70,0	55,0
3. низкая	15,0	35,0*
3. О применяемых технологиях помощи		
1. высокая;	15,0	7,0
2. средняя;	75,0	58,0
3. низкая	10,0	35,0*
4. О профилактике		
1. высокая;	45,0	10,0
2. средняя;	40,0	39,0
3. низкая	15,0	51,0*
5. Об источниках получения достоверной информации		
1. высокая;	35,0	10,0
2. средняя;	55,0	30,0
3. низкая	10,0	60,0*
Всего	100,0	100,0

*- имеются достоверные различия ($p < 0,05$)

[«Анализ состояния правовой информированности пациентов показал, что в первой группе имели низкий уровень информированности 15,0% респондентов, тогда как во-второй – 30,0% ($p < 0,05$). Каждый второй респондент не знал, где, в каких правовых документах прописаны его права, как пациента и застрахованного лица, каждый третий опрошенный никогда не читал права пациента и застрахованных лиц, каждый четвертый респондент не знает о возможности получения медицинской правовой информации в информационно-правовых системах. Абсолютное большинство пациентов (96,5% в первой и 98,0% во-второй группе) знают, что у них есть возможность подать жалобу и иск в суд на ненадлежащее оказание медицинской помощи, однако с технологией реализации этого права они не знакомы. С источниками-носителями этических норм (кодексами врачебными, медсестринскими) знакомы, только 5,5% пациентов первой и 4,9% во-второй группе ($p < 0,05$)»¹¹⁴.

[«Осведомлены о применяемых в отношении их технологиях медицинской помощи в полной мере только 15,0% первой и 7,0% второй группы пациентов, тогда

¹¹⁴ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

как имели низкий уровень медицинской информированности по этому вопросу соответственно 10,0% и 35,0% пациентов ($p < 0,05$)»¹¹⁵.

[«Обращались на сайт и знакомились документами, порядками деятельности онкологического диспансера только 15,0% пациентов первой и 10,0% второй группы, тогда как соответственно 15,0% и 30,0% ($p < 0,05$) пациентов информацией не владели»¹¹⁶.

[«Анализ состояния медицинской информированности пациентов по профилактическому компоненту показал, что низкий уровень профилактического компонента медицинской информированности имеют 15,0% пациентов первой и 51,0% второй группы ($p < 0,05$). Определено, что каждый второй пациент не знал принципы проведения самоосмотра на онкопатологию, каждый пятый опрошенный не знал принципы обеспечения гигиенически благоприятного микроклимата в месте проживания. При этом низкие оценки по параметру «соблюдение норм личной гигиены и профилактики» в первой группе получены в 18,5%, а во второй – 55,0% ($p < 0,05$); по параметру «соблюдение норм общественной гигиены и профилактики» - соответственно: 14,5% и 50,0% ($p < 0,05$); по параметру «соблюдение норм бытовой гигиены» - соответственно: 12,3% и 48,0% ($p < 0,05$)»¹¹⁷.

[«Оценка состояния медицинской информированности пациентов по компоненту «использования достоверных информационных источников» показал, что низкий уровень медицинской информированности во второй группе имели 10,0% респондентов, а во второй – 60,0% ($p < 0,05$). Каждый второй пациент не обращался к достоверным печатным источникам получения медицинской информации по вопросам сохранения здоровья, каждый четвертый пациент смотрел передачи медицинского содержания, которые несли в себе не корректную и, преимущественно, коммерчески направленную информацию, треть пациентов

¹¹⁵ Там же, С. 33-38

¹¹⁶ Там же, С. 33-38

¹¹⁷ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// ology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

оставались не удовлетворенными подачей медицинской информацией от медицинских работников и не полностью поняли ее содержание»¹¹⁸.

5.5 Характеристика моделей принятия решений и медицинской активности пациентов со злокачественными новообразованиями после установления диагноза (на примере женщин с раком молочной железы и шейки матки)

Медико-демографическая характеристика пациенток, входящих в исследуемую группу представлена в таблице 36.

Таблица 36 – Медико-демографическая характеристика пациенток

Характеристика	Абс.	%
Пол, женский	403	100,0
Возраст:		
18-29 лет	1	0,2
30-39 лет	12	27,9
40-49 лет	158	39,2
50-59 лет	178	44,2
60-69 лет	51	12,7
70-79 лет	3	0,7
Социальный статус:		
Безработные, студенты	7	1,7
Рабочие	129	32,0
Служащие	121	30,0
Предприниматели, самозанятые	70	17,4
Медицинские работники	21	5,2
Пенсионеры	55	13,6
Семейный статус:		
Не замужем, без детей	56	13,9

¹¹⁸ Cancer awareness in the population in terms of age/ Kozlov V.A., Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// Oncology. – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133

Мать одиночка	17	4,2
Замужем, 1-2 ребенка	269	66,7
Замужем, 3 и более детей	61	15,1
Место жительства:		
Город	272	67,5
Село	131	32,5
Нозологическая форма – РМЖ, стадии:		
I	34	8,4
II	279	69,2
III	75	18,6
IV	15	3,7
Нозологическая форма - РШМ, стадии:		
I	3	0,7
II	33	8,2
III	298	73,9
IV	69	17,1

Методом экспертных оценок определены 5 моделей принятия решений и медицинской активности пациенток онкологического профиля: пассивная, поисковая, беспокойная, отсроченная, оптимальная. Их характеристика представлена в таблице 37.

Таблица 37 – Модели принятия решений и медицинской активности пациенток онкологического профиля

Модель	Характер принятия решений	Медицинская активность	Выявление ЗНО
Пассивная	Отрицание проблемы наличия новообразования. Решение – ничего не предпринимать (будь что-будет)	Отказ обращаться за медицинской помощью и что-либо предпринимать Отказ от самолечения	Врачом случайно или по экстренному обращению

Поисковая	Признание проблемы ЗНО Решение «идти своим путем» - поиск решения в обход официальной медицины (народные методы), поиск «особых» специалистов. Уход в религиозное решение проблемы	Высокая активность вне поля здравоохранения. Отказ от обращения к врачу. Самолечение. Духовые практики. Привлечение квазиспециалистов	Врачом по экстренному обращению
Отсроченная	Признание проблемы ЗНО. Решение об обращении врачу через неопределенное время	Перенос обращения к врачу на неопределенный срок с поиском обоснования причин. Отказ от самостоятельного лечения и привлечения квазиспециалистов	Выявляется самостоятельно или врачом при проведении профилактического осмотра
Беспокойная	Признание проблемы ЗНО. Решение об обращении врачу через неопределенное время Решение задействовать альтернативные официальным средства и методы решения проблемы. Повышенные требования к здравоохранению	Немедленное обращение к врачу. Одновременное обращение к альтернативным «специалистам» и способам. Самолечение. Частые посещения врача с требованием решить проблему. Поиск лучших специалистов	Выявляется самостоятельно или врачом при проведении профилактического осмотра
Оптимальная	Признание проблемы ЗНО.	Немедленное обращение к врачу	Выявляется самостоятельно или

	Решение немедленном обращении к врачу- специалисту	Выполнение рекомендаций врача Отказ от самолечения и поиска альтернативных способов и методов	при активном обращении (профилактическом осмотре) пациента
--	---	---	---

«Оптимальная» модель принятия решений и медицинской активности была реализована у 33,5% пациенток с РМЖ и 39,0% РШМ; «беспокойная» – соответственно: 27,5% и 20,0%; «отсроченная» - соответственно: 17,0% и 21,0%; «поисковая» - соответственно: 7,5% и 9,0%; «отсроченная» - соответственно: 14,5% и 11%.

По результатам анализа первичной документации выделены 5 типов фактических маршрутов получения помощи онкологического профиля пациентками:

1. Прямой: обращение женщины к врачу онкологу (в том числе в рамках целевых осмотров) – идентификация новообразования – лечение в онкодиспансере.
2. Первично-опосредованный: обращение женщины к акушеру-гинекологу – направление к онкологу – идентификация новообразования – лечение в онкодиспансере.
3. Вторично-опосредованный: обращение женщины к терапевту участковому – направление к акушеру-гинекологу – направление к онкологу – идентификация новообразования – лечение в онкодиспансере.
4. Третично-опосредованный: обращение женщины фельдшеру - направление к терапевту участковому – направление к акушеру-гинекологу (хирургу) – направление к онкологу – идентификация новообразования – лечение в онкодиспансере.
5. Четвертично-опосредованный: обращение женщины к парамедикам, неквалифицированным специалистам, знахарям – обращение к фельдшеру

(акушерке смотрового кабинета) - направление к терапевту участковому – направление к акушеру-гинекологу – направление к онкологу – идентификация новообразования – лечение в онкодиспансере.

Прямой маршрут получения помощи был реализован у 10,5% пациенток РМЖ и 9,5% и пациенток с РШМ; первично-опосредованный – соответственно: у 32,5% и 23,5% пациенток; вторично-опосредованный – соответственно: у 49,0% и 57,5%; третично-опосредованный – соответственно: у 7,3% и 8,5%; четвертично-опосредованный – соответственно: у 0,7% и 1,0%

В ранее проведенных исследованиях показано, что медицинская активность женщин и принятие правильных решений играет решающую роль в обеспечении своевременной диагностики и раннего начала лечения злокачественных новообразований [9]. Однако, анализ наших данных показал, что только треть пациенток с РМЖ и РШМ выбрали «оптимальную» модель принятия решений и медицинской активности, а у других были реализованы неоптимальные модели. Корреляционный анализ позволил установить связь с выбором женщинами моделей поведения и результативностью помощи. Так, отрицательная связь результативности помощи с выбором моделей: «поисковой» ($r = - 0,92, p < 0,05$); «отсроченной» ($r = - 0,95, p < 0,05$); «пассивная» ($r = - 0,96, p < 0,05$); положительная связь, с выбором моделей - «беспокойной» ($r = + 0,75, p < 0,05$) и «оптимальной» ($r = + 0,94, p < 0,05$).

По данным факторного анализа установлена связь выбора не оптимальных моделей принятия решений и медицинской активности с такими факторами как: доверие медицинским работникам, медицине ($r = + 0,91, p < 0,05$); уровень медицинской информированности ($r = + 0,90, p < 0,05$), семейный статус – не замужем ($r = + 0,82, p < 0,05$), матери одиночки ($r = + 0,84, p < 0,05$) и многодетные матери ($r = + 0,87, p < 0,05$), социальный статус - безработные ($r = + 0,88, p < 0,05$) и предприниматели ($r = + 0,89, p < 0,05$).

Обеспечение доступности онкологической помощи, как исследует из материалов исследований, определяется наряду с другими, также факторами активности самих пациентов [10, 11]. По нашим данным каждая десятая пациентка с подозрением на злокачественное новообразование реализовывала опосредованные маршруты помощи, а каждая третья – через 2-4 посредников, что увеличивало временной лаг «обнаружение – начало лечения». По данным факторного анализа установлена связь реализации фактических маршрутов пациенток с такими факторами как: проживание пациенток в сельской местности ($r = + 0,89, p < 0,05$); уровень медицинской информированности ($r = + 0,87, p < 0,05$).

Заключение по главе

Полученные данные позволили сделать следующие выводы:

1. В современных условиях медико-социальный компонент потенциала результативности онкологической помощи снижен, в том числе за счет высокой онкопредрасположенности населения (153,4 на 100 опрошенных), которая сочетается с низкой онконастороженностью (34,1 на 100 опрошенных) и онкоинформированностью (40,5 на 100 опрошенных).
2. Принятие верных решений и моделей медицинской активности пациентами имеет важное значение в обеспечении своевременности и результативности лечения. Только треть пациенток выбирают оптимальную модель принятия решений и медицинской активности. Увеличение посредников в цепочке медицинского маршрута пациенток с подозрением на РМЖ и РШМ повышает вероятность прогрессирования заболевания и снижает результативность лечения.
3. Ведущими факторами, определяющими выбор женщинами неоптимальных моделей принятия решений и медицинской активности являются: доверие медицинским работникам, медицине; уровень медицинской информированности, семейный статус – не замужем, матери одиночки и многодетные матери, социальный статус - безработные и предприниматели.

4. Для повышения медико-социальной результативности онкологической помощи необходимо проводить оценку и разрабатывать мероприятия по коррекции медико-социального потенциала помощи в субъектах РФ на комплексной основе.

ГЛАВА 6. ОЦЕНКА ВКЛАДА ФАКТОРОВ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА В ПОВЫШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

6.1 Анализ частоты медико-социальных и ресурсно-технологических факторов потенциала онкологической помощи при разном уровне ее результативности

6.1.1 Анализ частоты медико-социальных факторов потенциала онкологической помощи при разном уровне ее результативности

По результатам анкетирования были рассмотрены и обработаны результаты по 20 медико-социальным факторам, определена достоверная разница в группах сравнения (1 группа – высокая результативность помощи; 2 – группа – низкая результативность помощи) по 9 факторам, из которых только 6 являются управляемыми, а поэтому взяты для углубленного анализа (онкоинформированность населения, медицинская активность, здоровьесбережение, мотивация к сохранению здоровья, использование средств и методов коммуникации, эффективность семейной адаптации) (таблица 38).

Анализ показал, что результативность онкологической помощи определяется половой принадлежностью пациентов – частота мужского фактора почти в два раза чаще в группе с низкой результативностью (27,4, против 15,5 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Фактор «возраст» влияет на результативность помощи – в возрастной группе старше 70 лет результативность ниже (55,5, против 40,8 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Низкий уровень жизни пациентов неблагоприятно сказывается на достижении положительного результата – частота данной градации фактора при низкой результативности 64,2 на 100 опрошенных, против 48,5 на 100 опрошенных при высокой. Перечисленные факторы являются неуправляемыми или малоуправляемыми, а поэтому могут лишь приниматься к сведению при планировании противораковых мероприятий.

Таблица 38 – Частота медико-социальных факторов при разном уровне результативности онкологической помощи на 100 опрошенных

Варианты градаций факторов	Группа 1	Группа 2
Пол: - мужской	15,5	17,4*
- женский	84,5	82,6
Возраст: - до 30 лет	0,6	0,5
- 31-50 лет	15,3	15,5
- 50-70 лет	43,3	38,5
- старше 70 лет	40,8	45,5*
Уровень жизни: - выше прожиточного минимума (ПМ)	28,6	10,2*
- соответствует ПМ по региону	22,9	25,6
- ниже ПМ	48,5	64,2*
Онкоинформированность**: - оптимальная	44,0	12,7*
- ниже оптимальной	29,1	31,6
- низкая	28,9	65,7*
Здоровьесбережение**: - оптимальное	31,5	14,4*
- ниже оптимального	30,7	28,9
- низкое	36,8	56,7*
Медактивность**: - оптимальная	43,5	14,8*
- ниже оптимальной	39,9	39,8
- низкая	15,6	47,4*
Мотивация к сохранению здоровья**: высокая	48,8	21,7*
- ниже оптимальной	46,2	47,8
- низкая	5,0	30,5*
Семейная адаптация**: - оптимальная	55,7	24,5*
- ниже оптимальной	41,9	44,7
- низкая	2,4	30,8*
Уровень коммуникации**: - оптимальный	62,3	21,5
- ниже оптимального	30,4	60,5
-низкий	7,3	18,0

Примечание: * имеется достоверная разница в показателях ($p < 0,05$);

** - управляемый фактор

Онкоинформированность, как показал анализ является значимым фактором в обеспечении результативности онкологической помощи, поскольку частота данного фактора в 2 раза выше, чем при низком уровне результативности (65,7, против 28,9 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$).

Низкие значения по фактору «здоровьесбережение» являются риском для недостижения планируемых результатов помощи – частота 56,7 на 100 опрошенных при низком уровне результативности, против 36,8 на 100 опрошенных при высоком ($p < 0,05$).

Показательным является частота фактора «низкой медактивности» в группе с низкой результативностью помощи (47,4 на 100 опрошенных, против 15,6 на 100 опрошенных при высокой результативности ($p < 0,05$)) с позиции необходимости ее рассмотрения в приоритетной позиции при принятии комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи.

Настрой и мотивация являются значимыми для достижения положительного результата в онкологии – частота фактора «низкий уровень мотивации» встречался в 6 раз чаще в группе с низкой результативностью, чем с высокой (30,5, против 5,0 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$).

Подтверждено, что семейный фактор определяет успешность онкологической помощи, ее результативность – частота градации «оптимальная семейная адаптация» в два раза чаще в группе с высоким результатом помощи, чем при низком (соответственно: 55,7, против 24,5 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$).

Градация фактора «низкий уровень коммуникативных возможностей пациента» негативно сказывается на результате помощи – его частота в два раза выше при низкой результативности, чем при высокой (18,0, против 7,3 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$).

6.1.2 Анализ частоты ресурсно-технологических факторов потенциала онкологической помощи при разном уровне ее результативности

По результатам экспертной оценки и анкетирования были рассмотрены и обработаны результаты по 25 ресурсно-технологическим факторам, определена достоверная разница в группах сравнения (1 группа – высокая результативность помощи; 2 – группа – низкая результативность помощи) по 10 факторам, из которых только 9 являются управляемыми, а поэтому взяты для углубленного анализа (кадровый потенциал, материально-технический потенциал, лекарственное обеспечение, организация маршрутизации пациентов, качество организации помощи, качество оказания помощи, качество контроля помощи, качество цифровых технологий, имидж организации) (таблица 39).

Анализ показал, что результативность онкологической помощи определяется стажем работы медицинских работников. Частота градации фактора «стаж менее 3 лет по специальности» была в четыре раза выше при низкой результативности помощи, чем при высокой (соответственно: 8,9, против 1,6 на 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Данный фактор является малоуправляемым, а поэтому лишь принимается к сведению при планировании противораковых мероприятий.

Частота градации фактора «низкий кадровый потенциал» при низкой результативности в шесть раз выше, чем при высокой (соответственно: 20,5, против 3,5 на 100 случаев экспертной оценки) ($p < 0,05$).

При низкой результативности частота фактора «низкий материально-технический потенциал» была в десять раз выше, чем при высокой результативности (соответственно: 34,4, против 3,5 на 100 случаев экспертной оценки) ($p < 0,05$).

Оптимальная организация маршрутизации пациентов обеспечивает, как показали оценки, более высокий уровень результативности – градация фактора при высокой результативности составляла 89,5, против 38,5 при низкой ($p < 0,05$).

Таблица 39 – Частота ресурсно-технологических факторов при разном уровне результативности, на 100 опрошенных / 100 случаев экспертной оценки

Градации фактора	Группа 1	Группа 2
Стаж работы медработников: – менее 3 лет стаж	1,6	8,9*
– 3-9 лет;	23,1	22,5
– 10 лет и более	75,3	69,6*
Кадровый потенциал: - оптимальный уровень;	50,5	8,7*
– ниже оптимального уровня;	46,0	70,8*
– низкий	3,5	20,5*
Материально-технический потенциал: – оптимальный уровень;	65,7	34,2*
– ниже оптимального уровня;	31,2	31,4
– низкий	3,5	34,4*
Лекарственное обеспечение: – оптимальный уровень;	84,5	9,2*
– ниже оптимального уровня;	15,2	10,3*
– низкий	0,3	80,5*
Организация маршрутизации пациентов: - оптимальная	89,5	38,5*
– ниже оптимальной;	5,0	12,8
– низкая	5,5	48,7*
Качество организации помощи: – оптимальный уровень;	63,6	16,5*
– ниже оптимального;	36,0	50,4*
– низкий	0,4	33,1*
Качество оказания помощи: – оптимальный уровень;	93,5	30,5*
– ниже оптимального;	6,4	49,2*
– низкий	0,1	20,3*
Качество контроля оказания помощи: – оптимальное	71,7	30,5*
– ниже оптимального;	20,5	22,3*
– низкий	7,8	47,2*
Качество цифровых технологий: – оптимальный уровень;	60,5	22,5*
– ниже оптимального;	38,2	63,5*
– низкий	1,3	14,0*
Имидж организации: – оптимальный уровень;	70,5	20,5*
– ниже оптимального;	29,0	40,2*
– низкий	0,5	39,3*

Примечание: * имеется достоверная разница в показателях ($p < 0,05$);

** - управляемый фактор

Особо значимую роль для достижения оптимального уровня результативности помощи при онкологических заболеваниях имеет фактор лекарственного обеспечения – частота градации фактора «низкий уровень лекарственного обеспечения в десятки раз был выше при низкой результативности, чем при высокой (соответственно: 80,5, против 0,3 на 100 случаев экспертной оценки) ($p < 0,05$).

Оптимальный уровень организации онкологической помощи – это фактор-условие при котором достигается положительный результат, как показала оценка. Частота данного фактора при высокой результативности помощи была в три раза выше, чем при низкой (соответственно: 63,6, против 16,5 на 100 случаев экспертной оценки) ($p < 0,05$). Так же как частота градации технологического фактора «высокий уровень качества оказания помощи» была выше в первой группе, чем во второй в три раза (93,5, против 30,5 на 100 случаев экспертной оценки) ($p < 0,05$).

Обеспечение должного уровня контроля, как показали оценки, обеспечивает и гарантии достижения положительного результата. Так, частота градации фактора «оптимальный уровень контроля качества помощи» была в два раза выше при высокой результативности, чем при низкой (соответственно: 71,7, против 30,5 на 100 случаев экспертной оценки) ($p < 0,05$).

Оценка показала, что низкий применения цифровых технологий негативно влияет на достижения положительного результата (при низкой результативности частота фактора 14,0, против 1,3 при высокой) ($p < 0,05$).

Положительный образ организации является, по данным оценки, положительно сказывается и на результате помощи – частота фактора при высокой результативности 70, против 20,5, при низкой ($p < 0,05$).

Нормирование частоты факторов медико-социального и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в зависимости от уровня результативности позволил определить их прогностическую значимость в отношении риска снижения ее снижения (Таблица 40). Рассчитывались значения: доверительного интервала (ДИ), относительного риска (ОР), нормированные относительные показатели (НИП), прогностические коэффициенты (ПК).

Таблица 40 – Прогностическая значимость факторов медико-социального и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в зависимости от уровня результативности

Характеристики	Фактор	Частота снижения результата ($P \pm m$)	ДИ	ОР	НИП	ПК
По факторам медико-социального потенциала						
Низкая онкоинформированность населения	имеется	$7,9 \pm 0,6$	7,6 – 9,9	7,08	0,36	0,35
	нет	$1,5 \pm 0,8$	0,9 – 6,1		0,19	0,20
Низкая медицинская активность	имеется	$11,6 \pm 0,8$	9,7 – 14,5	8,11	0,28	2,22
	нет	$1,5 \pm 0,4$	0,8 – 1,8		0,07	0,53
Низкий уровень здоровьесбережения	имеется	$16,4 \pm 0,7$	15,2 – 18,5	3,50	0,74	2,27
	нет	$3,9 \pm 0,3$	3,4 – 5,2		0,26	0,65
Низкая мотивация к сохранению здоровья	имеется	$15,2 \pm 0,6$	14,5 – 16,6	6,71	0,70	4,14
	нет	$2,3 \pm 0,4$	1,7 – 2,4		0,08	0,59
	имеется	$14,2 \pm 0,7$	13,1– 14,9	9,22	0,61	6,02

Неэффективное использование средств и методов коммуникации	нет	1,6 ± 0,3	1,2 – 1,8		0,07	0,65
Неэффективность семейной адаптации	имеется	15,2 ± 0,8	14,1 – 15,9	7,78	0,58	4,23
	нет	2,1 ± 0,2	1,4 – 2,6		0,09	0,61
По факторам ресурсно-технологического потенциала						
Низкий кадровый потенциал	имеется	15,4 ± 0,8	14,2 – 17,2	5,80	0,59	3,66
	нет	2,7 ± 0,4	2,2 – 3,2		0,09	0,65
Низкий материально-технический потенциал	имеется	17,2 ± 0,8	15,5 – 19,2	2,22	0,69	1,55
	нет	8,2 ± 0,5	7,4 – 8,8		0,31	0,69
Нарушение лекарственного обеспечения	имеется	18,3 ± 1,2	17,3 – 18,6	2,75	0,75	2,12
	нет	6,4 ± 0,8	4,7 – 8,6		0,06	0,09
Нарушение организации маршрутизации пациентов	имеется	22,0 ± 1,6	17,2 – 23,0	5,31	0,94	4,50
	нет	4,2 ± 0,6	3,2 – 5,1		0,18	0,91
Нарушение качества организации помощи	имеется	17,5 ± 1,6	14,6 – 19,4	2,19	0,71	1,62
	нет	7,8 ± 0,7	6,4 – 8,5		0,32	0,72
Нарушение качества оказания помощи	имеется	15,4 ± 0,8	13,4 – 16,7	1,60	0,63	0,91
	нет	10,2 ± 0,7	8,6 – 11,4		0,50	6,20

Нарушение качества контроля оказания помощи	имеется	$21,5 \pm 1,4$	18,2 – 21,7	5,14	0,92	4,12
	нет	$4,5 \pm 0,6$	3,2 – 4,9		0,26	0,92
Нарушение качества цифровых технологий	имеется	$14,2 \pm 1,4$	11,8 – 15,9	4,78	0,67	2,71
	нет	$2,9 \pm 0,7$	2,5 – 3,9		0,14	0,60
Неблагоприятный имидж учреждения	имеется	$21,6 \pm 1,6$	18,2 – 21,8	7,31	0,91	5,97
	нет	$2,8 \pm 0,4$	2,4 – 3,7		0,22	0,92

Методом корреляционного анализа определялась связь результативности с реализацией соответствующего потенциала онкологической помощи.

Установлено, что на уровень медико-социальной результативности наибольшее влияние оказывают компоненты медико-социального потенциала: онкоинформированность населения ($r = + 0,92, p < 0,05$), медактивность ($r = + 0,95, p < 0,05$), здоровьесбережение ($r = + 0,89, p < 0,05$), мотивация к сохранению здоровья, как приоритетной ценности ($r = + 0,88, p < 0,05$), эффективное использование средств и методов коммуникации ($r = + 0,92, p < 0,05$), эффективность семейной адаптации ($r = + 0,88, p < 0,05$) (Рисунок 23).

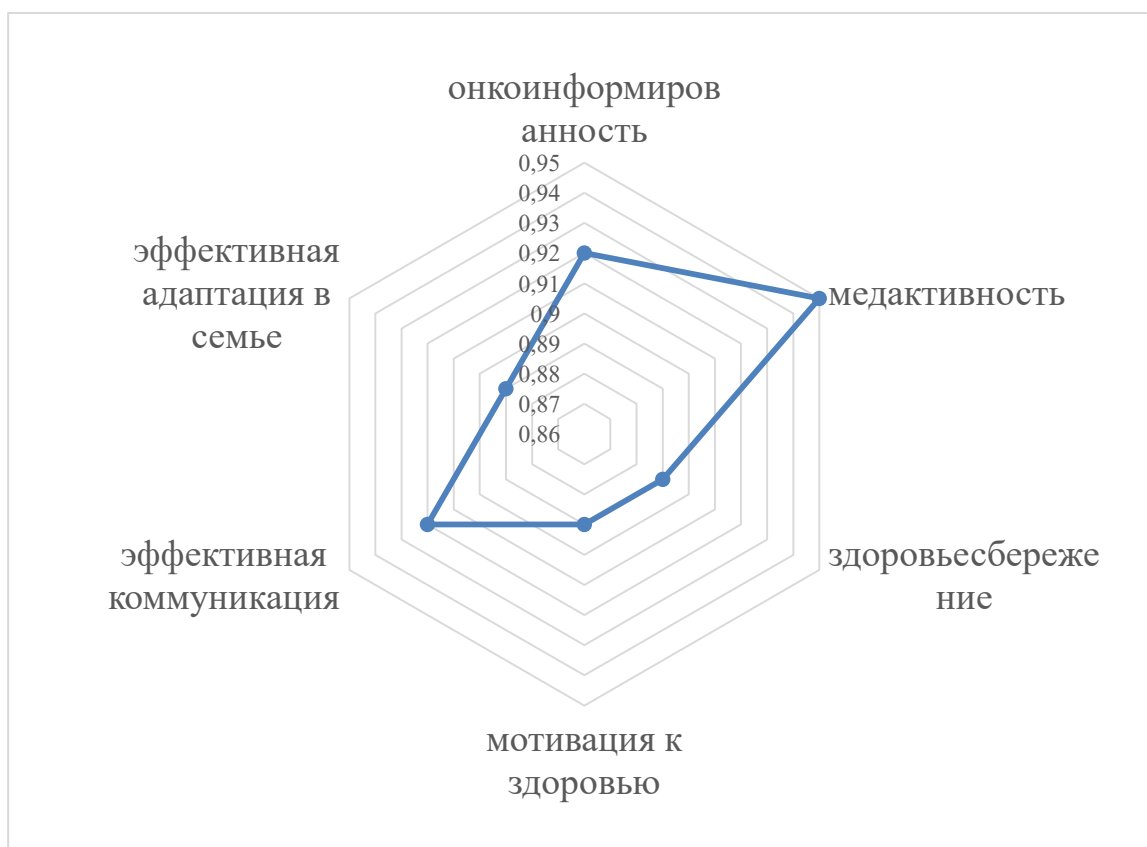


Рисунок 23 – Уровень связи факторов медико-социального потенциала с результативностью онкологической помощи

На уровень структурной результативности наибольшее влияние оказывают компоненты ресурсно-технологического потенциала: кадровый потенциал ($r = + 0,94$, $p < 0,05$); материально-технический ($r = + 0,87$, $p < 0,05$); лекарственное обеспечение ($r = + 0,97$, $p < 0,05$); организации маршрутизации пациентов ($r = + 0,95$, $p < 0,05$); качества организации помощи ($r = + 0,84$, $p < 0,05$); качества оказания помощи ($r = + 0,85$, $p < 0,05$); качества контроля оказания помощи ($r = + 0,78$, $p < 0,05$); качества цифровых технологий ($r = + 0,75$, $p < 0,05$); имидж учреждения ($r = + 0,77$, $p < 0,05$) (Рисунок 24).



Рисунок 24 – Уровень связи факторов ресурсно-технологического потенциала с результативностью онкологической помощи

Проведено ранжирование факторов риска снижения результативности онкологической помощи по медико-социальному и ресурсно-технологическим потенциалам (по значению весового индекса – ВИ) (Таблица 41).

Таблица 41 – Ранжирование факторов риска снижения результативности онкологической помощи по медико-социальному и ресурсно-технологическим потенциалам

Факторы	Весовой индекс	Ранг значимости
Факторы медико-социального потенциала		
Низкая медаktivность населения	10,03	1
Низкая онкоинформированность населения	8,87	2
Неэффективное использование средств и методов коммуникации	7,55	3
Низкий уровень здоровьесбережения	7,31	4
Низкая мотивация к сохранению здоровья	6,81	5
Неэффективность семейной адаптации	5,84	6
Факторы ресурсно-технологического потенциала		
Нарушение организации маршрутизации пациентов	12,10	1
Низкий кадровый потенциал	11,82	2
Нарушение лекарственного обеспечения	7,71	3
Нарушение качества организации помощи	6,32	4
Низкий материально-технический потенциал	5,96	5
Нарушение качества оказания помощи	5,79	6
Цифровизация рабочих мест	5,06	7
Нарушение качества контроля оказания помощи	4,38	8
Нарушение качества цифровых технологий	4,22	9
Неблагоприятный имидж учреждения	2,32	10

В тройку значимых факторов риска снижения результативности онкологической помощи вошли: по медико-социальному потенциалу – «Низкая медактивность населения» (ВИ = 10,03), «Низкая онкоинформированность населения» (ВИ = 8,67), «Неэффективное использование средств и методов коммуникации» (ВИ = 7,55); по факторам ресурсно-технологического потенциала – «Нарушение организации маршрутизации пациентов» (ВИ = 12,10), «Низкий кадровый потенциал» (ВИ = 11,82), «Нарушение лекарственного обеспечения» (ВИ = 7,71). Все факторы являются управляемыми.

Факторный анализ показал наличие прямой корреляционной связи медико-социального потенциала онкологической помощи с ее медико-социальной результативностью ($r = +0,89$, $p < 0,05$), ресурсно-технологического потенциала со структурной результативностью помощи ($r = +0,89$, $p < 0,05$), а также обоих потенциалов с медицинской результативностью онкологической помощи ($r = +0,89$, $p < 0,05$), что требует разработки не фрагментарных, а комплексных решений по повышению результативности помощи, затрагивающих все компоненты регионального потенциала.

Заключение по главе

Полученные данные позволили сделать следующие выводы:

1. Уровень медицинской результативности онкологической помощи связан с достижением медико-социального и структурного результата, которые определяются полной реализацией медико-социального и ресурсно-технологического потенциала регионального онкологического здравоохранения.
2. Определена структура и значимость факторов медико-социального и ресурсно-технологического потенциалов в обусловленности результативности медицинской помощи онкологического профиля, что является основой для приоритетного планирования помощи.
3. Критически значимыми для обеспечения результативности онкологической помощи являются следующие факторы риска: «низкая медактивность населения», «низкая онкоинформированность населения», «неэффективное использование средств и методов коммуникации»; «нарушение

организации маршрутизации пациентов», «низкий кадровый потенциал», «нарушение лекарственного обеспечения». На оценку, прогноз и коррекцию данных факторов должен быть сделан акцент при принятии комплексных решений совершенствования онкологической помощи населению.

ГЛАВА 7. ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНЫХ РЕШЕНИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ МЕДИКО– СОЦИАЛЬНОЙ И СТРУКТУРНОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ЕЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА

7.1. SWOT – анализ проблем и направлений развития регионального потенциала онкологической помощи населению

По результатам SWOT – анализа выделены слабые ее стороны и угрозы, а также возможности и направления развития онкологической помощи на региональном уровне (таблица 42).

Таблица 42 – SWOT – развития онкологической помощи на региональном уровне

Слабые стороны. Угрозы	Сильные стороны. Возможности	Направления развития политики онкологической помощи
Противоречия в нормативно-правовых документах, регулирующих оказание онкологической помощи	Наличие стратегии развития онкологической помощи в стране и в регионе.	Выход с инициативой об исправлении противоречий в нормативно-правовых документах федерального уровня. Совершенствование региональной базы нормативно-правового регулирования онкологической помощи
Массивные и пожароопасные архивы пленок. Изношенность оборудования. Дефицит врачей-онкологов	Большая доля не эффективных затрат времени – «потерь» Возможности перевода архивных данных в	Создание цифровых архивов. Внедрение бережливых технологий. Ценностно-

	цифровой формат. Возможности использования оборудования в 2 смены. Развитие систем мотиваци.	ориентированное здравоохранение. Развитие телемедицины и телерадиологии, дистанционных форм работы с пациентами. Включение закупок нового оборудования и обновление материально-технической базы ИвООД. Развитие программ привлечения и закрепления молодых кадров в ИвООД
Недостаточная эффективность технологий в части раннего выявления онкопатологии	Большой опыт и традиции оказания онкологической помощи. Возможности развития выездных форм работы. Возможности восстановления института районных онкологов. Возможности использования потенциала учебной базы медицинской академии и медколледжей по повышению квалификации медицинских работников в части онкоосмотров	Повышение уровня подготовки специалистов – «онкологической настороженности» врачей
Недостаточный уровень онкоосведомленности и онкограмотности населения, информированности пациентов	Задействовать возможности организационного партнерства со СМИ, медицинскими образовательными организациями, волонтерскими движениями,	Развитие волонтерского движения «Онкодозор». Заключение долгосрочных договоров со СМИ о проведении социальной рекламы по вопросам повышения онкограмотности

	общественными организациями	и онкоосведомленности населения. Разработка алгоритма проведения медицинского информирования пациентов ИвООД для повышения его эффективности. Заключение долгосрочных договоров с медицинскими образовательными организациями по подготовки специалистов для онкологической службы региона
ЦАОПы работают не в полную силу как в части диагностики, так и в части химиотерапии и диспансерного наблюдения больных с ЗНО	Технические возможности наращивания объемов помощи	Наращивание ЦАОПами темпов в части проведения противоопухолевой терапии и диспансерного наблюдения больных с ЗНО
Диспансеризация населения вносит не достаточный вклад в выявление ЗНО. Диспансерное наблюдение предраков находится не на должном уровне	Нормативно закрепление плана действий - распоряжения ДЗО от 07.10.2022 №858 «Об утверждении плана по снижению смертности населения на территории Ивановской области»	Активизация онкоскрининга, совершенствование контроля за его исполнением в рамках работы комиссий по запущенным случаям рака.
ВИМИС не дает возможности отслеживать пациента от момента подозрения на ЗНО до лечения и диспансерного наблюдения	Технические и кадровые возможности развитие системы ВИМИС	Дальнейшее внедрение ВИМИС «Онкология» - расширение перечня СЭМДов и качества их наполнения

Дефицит «региональной льготы» в части противоопухолевых препаратов создает напряженность среди пациентов, избыточную нагрузку на работу дневного стационара ОБУЗ «ИвООД» и самое главное приводит к дефициту бюджета и, как следствие, формированию хронической кредиторской задолженности перед поставщиками	Установленные законодательно приоритетность и социальная значимость вопросов развития онкологической помощи населению	Включение предраковых заболеваний в приказ ДЗО по диспансерному наблюдению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями на 2023 год
Снижение качества жизни онкобольных после проведения операций и химиотерапии	Возможность развития систем медико-социальной поддержки и онкорекабилитации	Развитие паллиативной помощи. Создание комплексной программы и Центра онкорекабилитации пациентов

Полученные данные определяют необходимость включения мероприятий по гармонизации законодательства с практикой здравоохранения и коррекции нормативных противоречий в план мероприятий по принятию комплексных решений повышения результативности онкологической помощи.

Разработана организационно-технологическую модель комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на основе повышения ее регионального потенциала, включающая 3 блока (рисунок 25):

1. Совершенствование нормативно-правовой базы, согласование целей, плановых показателей, ответственности и обязательств;

2. Оценку, мониторинг и целевую коррекцию уровня инфраструктурного потенциала онкологической помощи;
3. Оценку, мониторинг и целевую коррекцию уровня медико-социального потенциала онкологической помощи.

Организационно-управленческий алгоритм принятия и реализации комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи включает 5 шагов (таблица 43).

Таблица 43 – Алгоритм принятия и реализации комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи

Шаг	Механизм	Результат
Первый	Постановка цели и формирование рабочей группы на уровне региона и медорганизаций. Оформление распоряжения по ОУЗ	Сформированы рабочие группы. Распоряжение ОУЗ
Второй	Подготовка инструментов для проведения опроса и мониторинга показателей результативности и потенциала онкопомощи	Подготовленные анкеты, карты экспертной оценки, эксперты
Третий	Проведение оценки показателей медико-медицинской, медико-социальной и ресурсно-технологической результативности онкопомощи	Отчет о проведении анализа
Четвертый	Проведение оценки регионального потенциала онкопомощи	Отчет о проведении анализа
Пятый	Принятие комплексного решения	Распоряжение ОУЗ



Рисунок 25 – Организационно-технологическая модель комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи на основе повышения ее регионального потенциала

7.2 Мероприятия по улучшению нормативно-правового регулирования онкологической помощи населению

На основе анализа федеральной нормативно-правовой базы (глава 1) определены направления гармонизации нормативно-правового регулирования онкологической помощи (таблица 44).

Таблица 44 – Направления улучшений по гармонизации федерального нормативно-правового регулирования онкологической помощи

Противоречия	Изменения
Приказ Минздрава от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» противоречит приказу МЗ РФ от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»»	Оставить за гинекологами задачи по осмотру женщин
Приказ МЗ РФ №548н от 04.06.2020 «Диспансерное наблюдение ЗНО» устарел	Признать утратившим силу, «погрузив его» в Приказ МЗ РФ №168н от 15.03.2022 «Диспансерное наблюдение за взрослыми»
В новых порядках по организации онкологической помощи, начиная с 2009 года отсутствует даже упоминание о смотровом кабинете	Определить смотровой кабинет как структурное подразделение поликлиники, участвующее в профилактике онкозаболеваний, с четким указанием штатов, оснащения и задач или вписать его функционал, включая осмотр на визуальные формы рака и забор мазка на онкоцитологию фельдшером или акушеркой, в работу кабинета (отделения) профилактики поликлиник. Провести согласование сроков начала скрининга и способов забора материала

Программа госгарантий оказания медицинской помощи не содержит услугу «ВПЧ-типирование».	Необходимо провести согласование сроков начала скрининга и способов забора материала; в Программе госгарантий в число отдельных диагностических исследований ввести услугу «ВПЧ-типирование»
Противоречия между приказом МЗ РФ от 27.04.2021 №404н по диспансеризации и профосмотрам и Порядками по гинекологии (приказ МЗ РФ от 20.10.2020 №1130)	

При участии автора подготовлена нормативная база для формирования региональной стратегии здравоохранения Ивановской области в части онкологической помощи населению:

- 1) Постановление Правительства Ивановской области от 29.06.2019 N 233-п (ред. от 30.06.2023) "Об утверждении региональной программы Ивановской области "Борьба с онкологическими заболеваниями".
- 2) Постановление Правительства Ивановской области от 30.01.2023 N 24-п (ред. от 01.09.2023) "Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов".
- 3) Приказ Департамента здравоохранения Ивановской области от 16.02.2022 №33 "О совершенствовании оказания медицинской помощи взрослому населению Ивановской области при онкологических заболеваниях" (с изменениями приказ ДЗО от 02.03.2023 №58).
- 4) Приказ ДЗО Ивановской области от 10.12.2019 № 264 «Об открытии Центра амбулаторной онкологической помощи на территории Ивановской области в 2019 году».
- 5) Приказ ДЗО Ивановской области от 22.12.2020 №234 «Об организации работы Центра амбулаторной онкологической помощи на базе ОБУЗ «Кинешемская ЦРБ».

- 6) Приказ ДЗО Ивановской области от 29.11.2021 №229 «Об организации работы Центра амбулаторной онкологической помощи на базе ОБУЗ ГКБ №7».
- 7) Приказ ДЗО Ивановской области от 14.12.2022 №304 «Об организации работы Центра амбулаторной онкологической помощи на базе ОБУЗ «ГКБ №4»».
- 8) Приказ ДЗО Ивановской области от 05.10.2020 №164 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями в Ивановской области».
- 9) Распоряжение ДЗО Ивановской области от 28.07.2023 №531 «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями на территории Ивановской области и внесении изменений в распоряжение Департамента здравоохранения Ивановской области от 10.02.2023 «107 «О проведении диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в 2023 году».
- 10) Приказ ДЗО Ивановской области от 31.08.2020 №139 «Об утверждении Перечня медицинских организаций, в которых проводятся профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, диагностические исследования, диспансерное наблюдение за пациентом с онкологическим заболеванием».
- 11) Распоряжение ДЗО Ивановской области от 22.01.2023 №10 «Об организации работы патолого-анатомической службы Ивановской области по прижизненной диагностике злокачественных новообразований».

7.3 Комплекс решений по повышению структурной результативности и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи на региональном уровне

Комплексные решения по повышению структурной результативности и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи на региональном уровне включают в себя 3 блока мероприятий:

1. Совершенствование методики оценки структурной результативности и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи.

2. Прогнозирование снижения структурной результативности по факторам ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи.
3. Мероприятия по коррекции и повышению ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи

Предложена модель интегральной оценки ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи (RP) по формуле:

$$RP = (P + MT + L + M + QO + QP + QK + CT + Im) / 27 * 100\%, \text{ где:}$$

P - кадровый потенциал; MT - материально-технический; L - лекарственное обеспечение; M - организации маршрутизации пациентов; GO - качества организации помощи; GP - качества оказания помощи; GK - качества контроля оказания помощи; CT - качества цифровых технологий; Im - имидж учреждения; 27 – максимальная оценка в баллах.

Методика оценки ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи включает в себя:

1. Подготовка информационной базы для оценки (отчеты медорганизации; сведения о кадровом и материально-техническом обеспечении; опросные листы).
2. Подготовка экспертной группы и их инструктирование.
3. Проведение оценки и опроса, мониторинг показателей.
4. Оценка уровня потенциала: 95 - 100% - высокий, полный; 85-94% - не полный; 75-84% - пониженный; 65-74% - низкий; 55-64% - крайне низкий; ниже 55% - критически низкий.

Предложена модель интегральной оценки структурной результативности онкологической помощи (SR) по формуле:

$$SR = (KM + RL + CP + K + Av + R + L + LE + DC + KR) / 30 * 100\%, \text{ где:}$$

KM - оценка качества маршрутизации пациентов; RL - оценка качества мониторинга пациентов; CP- достижение их целевых показателей; K - оценка кадрового обеспечения; Av - автоматизация процессов; R - оценка ведения регистров, реестров; L - оценка уровня лекарственного обеспечения; LE - оценка системы контроля эффективности фармакотерапии; DC - оценка дистанционных

консультаций; KR - оценка применения клинических рекомендаций.; 30 – максимальная оценка в баллах. Оценка уровня результативности: 95 - 100% - высокий, полный; 85-94% - не полный; 75-84% - пониженный; 65-74% - низкий; 55-64% - крайне низкий; ниже 55% - критически низкий.

Предложена шкала прогноза снижения структурной результативности онкологической помощи по ресурсно-технологическим факторам (таблица 45). При количестве баллов от 0 до 8 – условно благоприятный прогноз; 9-18 – неблагоприятный прогноз, требующий принятия и реализации комплексных решений.

Таблица 45 – Шкала прогноза снижения структурной результативности онкологической помощи по ресурсно-технологическим факторам

Факторы	Градации	Оценка в баллах
Низкий кадровый потенциал	имеется	2
	нет	0
Низкий материально-технический потенциал	имеется	2
	нет	0
Нарушение лекарственного обеспечения	имеется	2
	нет	0
Нарушение организации маршрутизации пациентов	имеется	2
	нет	0
Нарушение качества организации помощи	имеется	2
	нет	0
Нарушение качества оказания помощи	имеется	2
	нет	0
	имеется	2

Нарушение качества контроля оказания помощи	нет	0
Нарушение качества цифровых технологий	имеется	2
	нет	0
Неблагоприятный имидж учреждения	имеется	2
	нет	0

Целевые мероприятия по повышению регионального ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи представлены в таблице 46.

Таблица 46 – Целевые мероприятия по повышению регионального ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи

Уровни	Содержание
Региональный	Гармонизация региональной нормативной базы онкологической помощи с практикой здравоохранения. Введение автоматизированного мониторинга показателей структурной результативности и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи на базе ООД. Формирование регистра и мониторинга материально-технической и лекарственной обеспеченности онкологической помощи. Подготовлен план имиджевых мероприятий по информированию пациентов и партнеров о целях, задачах и направлениях деятельности в части онкологической помощи, в том числе на сайте ООД, в СМИ. Совершенствование обучения врачей вопросам ранней диагностики онкопатологии путем выделения наиболее значимых тем, практикоориентированности. Мониторинг состояния онконастороженности врачей первичного звена государственной и частной системы здравоохранения в ходе предатестационной подготовки по установленным критериям
Районный	Целевая коррекция в форме проведения выездных циклов тематического усовершенствования среди специалистов с высоким уровнем и темпом

	снижения онконастороженности по профессионально компетентностному и результативным ее аспектам
Учрежденческий	Реализация ценностно-ориентированных практик оказания онкологической помощи, ориентированных на интересы пациента. Системная цифровизация организационных, кадровых, материальных, лечебно-диагностических, информационных процессов. Повышение эффективности контроля качества ранней диагностики рака. Создан учебный курс по повышению информированности врачей о роли и моделях принятия решений пациентами, управлению их медицинской активности Подготовлены и предложены для использования в медицинских организациях чек-листы работы с пациентами у которых заподозрено злокачественное новообразование. Привязка результативных критериев онконастороженности врачей к стимулирующим выплатам

7.4 Комплекс решений по повышению медико-социальной результативности и медико-социального потенциала онкологической помощи на региональном уровне

Комплексные решения по повышению медико-социальной результативности и медико-социального потенциала онкологической помощи на региональном уровне включают в себя 3 блока мероприятий:

4. Совершенствование методики оценки медико-социальной результативности и медико-социального потенциала онкологической помощи.
5. Прогнозирование снижения медико-социальной результативности по факторам медико-социального потенциала онкологической помощи.
6. Мероприятия по коррекции и повышению медико-социального потенциала онкологической помощи

Предложена модель интегральной оценки медико-социального потенциала онкологической помощи (MSP) по формуле:

$$MSP = (G + P + Zd + M + Kom + Sem) / 18 * 100\%, \text{ где:}$$

I – онкоинформированность, P – медактивность; Zd – здоровьесбережение; M – мотивация; Kom – коммуникативный; Sem – «семейная адаптация»; 18 – максимальная оценка в баллах.

Методика оценки медико-социального потенциала онкологической помощи включает в себя:

5. Подготовка информационной базы для оценки (опросные листы).
6. Подготовка опросной группы и их инструктирование.
7. Проведение оценки и опроса, мониторинг показателей.
8. Оценка уровня потенциала: 95 - 100% - высокий, полный; 85-94% - не полный; 75-84% - пониженный; 65-74% - низкий; 55-64% - крайне низкий; ниже 55% - критически низкий.

Предложена модель интегральной оценки медико-социальной результативности онкологической помощи (RP) по формуле:

$$MSR = (OG + Ud + Pr + Sv + Dov + QL) / 18 * 100\%, \text{ где:}$$

OG - онкограмотность; Pr – приверженность лечению; Sv – своевременность обращений; Ud – удовлетворенность помощью; Dov – доверие к здравоохранению; QL – качество жизни.; 18 – максимальная оценка в баллах. Оценка уровня результативности: 95 - 100% - высокий, полный; 85-94% - не полный; 75-84% - пониженный; 65-74% - низкий; 55-64% - крайне низкий; ниже 55% - критически низкий.

Предложена шкала прогноза снижения медико-социальной результативности онкологической помощи по медико-социальным факторам (таблица 47). При количестве баллов от 0 до 6 – условно благоприятный прогноз; 7-12 – неблагоприятный прогноз, требующий принятия и реализации комплексных решений.

Таблица 47 – Шкала прогноза снижения медико-социальной результативности онкологической помощи по медико-социальным факторам

Факторы	Градации	Оценка в баллах
Низкая онкоинформированность населения	имеется	2
	нет	0
Низкая медицинская активность	имеется	2
	нет	0
Низкий уровень здоровьесбережения	имеется	2
	нет	0
Низкая мотивация к сохранению здоровья	имеется	2
	нет	0
Неэффективное использование средств и методов коммуникации	имеется	2
	нет	0
Неэффективность семейной адаптации	имеется	2
	нет	0

Целевые мероприятия по повышению регионального медико-социального потенциала онкологической помощи представлены в таблице 48.

Таблица 48 – Целевые мероприятия по повышению регионального медико-социального потенциала онкологической помощи

Уровни	Содержание
Региональный	Серия просветительских мероприятий на региональных СМИ. Разработаны рекомендации для врачей и фельдшеров ФАПов по онкоинформированию населения, с материалами и алгоритмами.

	Подготовлены группы волонтеров-медиков для обучения населения онкограмотности («Онкодозор»), поддержки социально уязвимых групп населения, пациентов, нуждающихся в уходе и помощи, семейной адаптации. Совершенствована маршрутизация пациентов. Размещение на сайте онкодиспансера обучающего видеоблока по принципам онкопрофилактики и самоосмотра
Районный	Организация выезда специалистов на ФАПы для проведения осмотров и обучения населения. Обучение средних медицинских работников навыкам онкоосмотра и обучения пациентов. СМС - рассылки с напоминанием населению о необходимости своевременно проходить медицинские осмотры. Введен автоматизированный мониторинг обращений и медицинской активности пациентов после установления предварительного диагноза
Учрежденческий	Формирование групп онкоактива среди медицинских работников и пациентов. Введено комплексное консультирование пациенток (врачом, психологом, организатором здравоохранения) после установления предварительного диагноза Формирование цифрового портфолио и базы пациентов с низкой медицинской активностью. Создание во взрослых поликлиниках кабинетов обучения самоосмотру на онкологию, школы для пациентов «Жизнь без рака»

Алгоритм управленческих действий включает следующие шаги:

1. Создание рабочей группы;
2. Формирование целевых групп опроса, пакета статистических и информационных материалов;
3. Информирование респондентов о целях и задачах опроса, получение их добровольного информированного согласия на проведение исследования;
4. Проведение анкетного опроса и экспертной оценки;
5. Обработка данных;
6. Интегральная оценка;
7. Анализ полученных данных и составление отчета.

Мониторинг ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи базируется на специально разработанной цифровой платформы «1С – Предприятие», медико-социального потенциала – на основе использования «Google Форм» на сайте Ивановского ООД, а также специальных прикладных программ облачного хранения и обработки данных с элементами искусственного интеллекта.

Полученные теоретические данные также стали основой практических рекомендаций, а именно:

- на врачебных конференциях, проводимых на базе медицинских организаций первичного звена здравоохранения информировать врачей о роли и моделях принятия решений и медицинской активности пациентками в обеспечении своевременности и результативности помощи;
- подготовлены и предложены для использования в медицинских организациях чек-листов работы с пациентами у которых заподозрено злокачественное новообразование;
- введен автоматизированный мониторинг обращений и медицинской активности пациенток после установления предварительного диагноза РШМ и РМЖ;
- введено комплексное (медико-психолого-организационное) консультирование пациенток (врачом, психологом, организатором здравоохранения) после установления предварительного диагноза РШМ и РМЖ, направленное на формирование правильных моделей поведения и принятия решений, а также выбора оптимального медицинского маршрута;
- введение мониторинга состояния онконастороженности врачей первичного звена государственной и частной системы здравоохранения в ходе предатестационной подготовки по установленным критериям.
- привязка результативных критериев онконастороженности врачей к стимулирующим выплатам.

- проведение целевой коррекции в форме проведения выездных циклов тематического усовершенствования среди специалистов с высоким уровнем и темпом снижения онконастороженности по профессионально компетентностному и результативным ее аспектам.
- совершенствование обучения врачей вопросам ранней диагностики онкопатологии, повышение эффективности контроля качества ранней диагностики, совершенствование системы стимулирования врачей, обеспечивающих высокий уровень онконастороженности и низкий уровень дефектов (запущенных случаев рака).
- формирование системы мультипрофессионального сопровождения пациента на этапах лечебно-диагностического процесса и коррекция ресурсного потенциала пациента, включающей: индивидуальную коррекцию отклонения негативных отношений и беспокойства; построение индивидуальной программы медико-социального и социально-психологического сопровождения, консультации по формированию здоровьесберегающего поведения, правовой и медицинской грамотности. Привлечение к этой работе медиков-волонтеров из числа студентов медицинских вузов и колледжей.
- совершенствование взаимодействия врача - онколога, психолога, администрации и социальных работников на основе создания мультипрофессиональной бригады специалистов, а также формирование единого плана – графика взаимодействия специалистов.

Полученные нами результаты позволили реализовать комплексный подход к проблеме пациентской информированности, а именно: представить количественную характеристику пациентской информированности во многофакторной взаимосвязи процессом предоставления пациенту информации и организации процесса в медицинской организации онкологического профиля, что важно для построения процессов внутриорганизационной системы медицинского информирования пациентов на принципах цифровизации.

Созданный и апробированный автоматизированный модуль программы на

основе КП «1С-предприятие» содержит следующие документы: список анкет пациентов, результаты анкетирования в баллах, справочники, закладки. Для каждого вопроса анкеты в табличной части документа указаны необходимые действия при выполнении которых, требуется установить флажок напротив этого действия.

7.5 Оценка эффективности реализации мероприятий по реализации комплексных решений повышения результативности онкологической помощи в региональных условиях

Комплекс мероприятий, разработанный в ходе исследования, был апробирован в 2023-2024 гг. и включал ряд мероприятий (таблица 49).

Таблица 49 – Мероприятия по реализации комплексных решений повышения результативности онкологической помощи в региональных условиях

Направленность решений по повышению результативности помощи	Принятые комплексные решения и мероприятия
Совершенствование нормативного регулирования онкологической помощи	Решение: На Законодательном Собрании Ивановской области рассмотрение и формирование предложений для Минздрава России предложений по совершенствованию нормативного регулирования онкологической помощи. Мероприятия: Утверждение информационного письма ДЗО Ивановской области для организаторов здравоохранения
Ресурсно-технологические решения. Совершенствование системы раннего выявления онкопатологии	<u>Решение:</u> Принята региональная программа, включающая совершение организационных форм проведения онкоскрининга, повышение уровня контроля за проведением онкоскрининга. <u>Мероприятия:</u> Организация и открытие смотровых кабинетов (21), в том числе мужских Использование в районах передвижного маммографа (3729 исследований)

	В сельской местности организованы подворные обходы. Организовано исследование исследование на онкомаркеры (выявлено 456 случаев рака в ранней стадии) Проведение профилактических осмотров и диспансеризации населения (выявлены 335 случаев рака) Контроль выполнения стандарта онкоосмотра (кураторские выезды – 60, целевая инспекция работы ФАПов (67 выездов)
Ресурсно-технологические решения -Развитие цифровой платформы мониторинга	<u>Решение:</u> Принята региональная программа, включающая совершение цифровых форм мониторинга онкологической помощи на основе ВИМИС. Мероприятия: Проведение телеконсультаций (24563 пациентов, выявлено 231 случай ЗНО). Формирование цифровых архивов. Налажена система телерадиологии - экспертная оценка результатов обследований (23 201, выявлен 1341 случай ЗНО) Регулярное (1 раз в 2 недели) проведение телеконференций для врачей, с привлечением специалистов ведущих онкологических центров страны (67 за 2024 год)
Технологические решения - Повышение доступности онкологической помощи	<u>Решение.</u> Переход диспансера на работу в две смены. Мероприятия: Маршрутизация пациентов с сокращением сроков ожидания. Перевод работы операционных в две смены. Освоение и широкое использование малоинвазивных методик оперативного вмешательства и лапароскопических доступов, что сократило время пребывания больных в стационаре
Медико-социальные решения - формирования комплекса целевых мероприятий по повышению медико-социального потенциала онкологической помощи	<u>Решение.</u> Включение в региональную программу задачи внедрения системы мультипрофессионального сопровождения пациента на этапах лечебно-диагностического процесса и коррекция ресурсного потенциала пациента. Мероприятия:

	Автоматизированный мониторинг оценки медико-социального потенциала пациентов, их онкограмотности. внедрение чек-листов работы с пациентами. Автоматизированный мониторинг обращений и медицинской активности пациенток. Внедрение комплексного (медико-психолого-организационное) консультирования пациентов
--	--

Методом экстраполяции (по двум точкам) интегральных значений результативности онкологической помощи в регионах определено, что имеется три варианта ее изменений: первый – сохранение положительных тенденций; второй – сохранение и усиление негативных тенденций; третий – усиление положительных тенденций. В связи с этим предложены три варианта комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи: при высокой результативности – поддерживающий; при средней – развивающий; при низкой – трансформирующий. Разработаны и внедрены мероприятия по их реализации на межрегиональном уровне (таблица 50).

Таблица 50 – Характер и содержание комплексных решений повышения результативности онкологической помощи при разном ее уровне

Характер и содержание комплексных решений повышения результативности онкологической помощи при разном ее уровне		
Высокая результативность	Средняя результативность	Низкая результативность
Субъекты: Москва и др.	Субъекты: Ивановская обл. и др.	Субъекты: Костромская обл. и др.
Поддерживающие решения	Развивающие решения	Трансформирующие решения
Цель: создать условия для удержания положительных тенденций	Цель: усиление положительных и коррекция негативных тенденций (отклонений)	Цель: перестроение и повышение эффективности процессов онкологической помощи

Драйвер-механизмы: мониторинг; комплексное стимулирование	Драйвер-механизмы: комплексное планирование; улучшение координации процессов; проектная деятельность	Драйвер-механизмы: реинжиниринг процессов, прогнозирование риска; контроль
---	--	---

Разработанные мероприятия вошли в региональную программу развития онкологической помощи населению Ивановской области.

Проведена оценка эффективности внедрения комплексных решений по повышению медико–социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне (таблица 51).

Таблица 51 – Оценка эффективности внедрения комплексных решений

Показатель	До внедрения мероприятий (2023 год)	После внедрения (2024 год)	Изменения
Выполнение объемов помощи в рамках ТППГ (%)	98,3	100,2	+1,9
Результативность (достижение целевых показателей, %)	94,9	99,9	+5,0
Соотношение фактических затрат к нормативным	1,52	0,98	-0,54
Экономическая эффективность (затраты на единицу объема, руб.)	132 567,5	127 398,4	- 5169,1
Экономическая эффективность (затраты на 1% эффекта, руб.)	-	-	200 584,5
Экономическая эффективность (затраты на 1 вложенный рубль, руб.)	-	-	1,17

Интегральный коэффициент эффективности ($K_i = K_{\text{мед.эф.}} * K_{\text{соц.эф.}} * K_{\text{эк.эф.}}$) составил 0,89.

Для оценки эффективности медицинской помощи применялась методика Царик Г.Н., 1994 (г. Кемерово) и использовался специальный показатель – интегральный коэффициент эффективности (Киэ), представляющий собой произведение коэффициентов медицинской эффективности (Км), социальной эффективности (Кс) и соотношения затрат (Кз): $Киэ = Км \times Кс \times Кз$. Оптимальное значение коэффициента – 1,0.

Таблица 52 – Интегральная оценка эффективности мероприятий по совершенствованию медицинской помощи

Коэффициент	Расчет	Результат
Коэффициент медицинской эффективности (Км)	89,0% / 91,0%	0,97
Коэффициент социальной эффективности (Кс)	75,8% / 79,5%	0,95
Коэффициент соотношения затрат (Кз)	127398/132567	0,96
Интегральный коэффициент эффективности (Киэ)	$0,97 \times 0,95 \times 0,96$	0,89

Интегральный коэффициент эффективности составил 0,89.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Злокачественные новообразования и организация онкологической помощи – актуальные и общественно значимые проблемы общественного здоровья и организации здравоохранения не только России, но и многих странах мира. В 2025 г. в России продолжилась реализация федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на перспективу до 2030 г. Он требует от региональных органов управления здравоохранением повышения результативности онкологической помощи, необходимым условием достижения которой, как показал анализ литературы, является состояние регионального потенциала онкологической помощи. Однако методологической основы для количественной (интегральной) оценки потенциала онкологической помощи регионального здравоохранения не предложено и ранее не проводилось, что осложняет возможность его мониторинга и межрегионального анализа. Выше изложенное определило цель исследования: научно обосновать и разработать ряд комплексных решений повышения медико–социальной и структурной (ресурсно-технологической) результативности онкологической помощи на региональном уровне.

Методической основой исследования были определены системный и комплексный подходы, позволяющие рассматривать систему онкологической помощи как совокупность взаимосвязанных структурных элементов, каждый из которых имеет свой потенциал развития, и, в свою очередь, управление которым требует принятия комплексных управленческих решений. Это определило набор конкретных методов и методик исследования: библиографического анализа, сравнительного правоведения, статистического, социологического, экспертных оценок, экспертного, SWOT-анализа, аналитического, математико-статистического. Реализация данных методов проводилась на основе создания электронных баз данных и их многомерной обработки с помощью современных версий прикладных компьютерных программ.

Системный анализ литературных данных позволил дать авторские определения понятиям: результативность онкологической помощи на региональном уровне; региональный потенциал онкологической помощи; комплексные решения повышения потенциала онкологической помощи.

На основе опроса 30 экспертов-организаторов здравоохранения сформирована модель оценки 3 компонентов результативности помощи (медицинский, структурной и медико-социальной); 2 потенциалов помощи – ресурсно-технологического и медико-социального.

Анализ достижения целевых показателей по субъектам ЦФО РФ позволил выделить 3 кластера регионов: 5 регионов с положительной медицинской результативностью (Москва, Московская обл., Белгородская обл., Рязанская обл., Тверская обл.), 5 с низкой результативностью (Брянская, Ярославская, Тульская, Костромская, Смоленская), 8 – со средним уровнем результативности. Признаками недостаточного уровня медицинской результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО являются: низкий уровень раннего выявления (39,1 – 69,7%) и высокая доля запущенности рака (29,2 – 42,9%), низкая доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением 5 лет и более (49,7 – 59,7%), высокая доля посмертно учтенных случаев злокачественных новообразований, ставших причиной смерти (9,2 – 12,2%), высокий уровень одногодичной летальности (14,2 – 35,7%). Установлено, что разница в значениях показателей результативности связана по субъектам ЦФО не только с особенностями демографической структуры населения отдельных территорий, но и с организацией онкологической помощи.

SWOT-анализ проблем оказания онкологической помощи населению ЦФО Российской Федерации показал, что имеются ряд общих проблем, в том числе: низкая доля активно выявленных больных и больных, заболевание у которых выявлено на ранней стадии опухолевого процесса; поздняя диагностика ЗНО – каждое пятое впервые выявляемое ЗНО не подлежит радикальному лечению из-за запущенности опухолевого процесса. Это свидетельствуют о необходимости методического и организационного руководства ведущих онкологических научных центров.

Анализ нормативной базы регулирования онкологической помощи населению выявил ряд позиций, которые требуют совершенствования.

Проведен анализ экспертных мнений о структурной результативности онкологической помощи в базовых регионах по 10 показателям. Анализ по субъектам ЦФО РФ позволил выделить 3 кластера регионов по уровню структурной результативности: 4 региона с положительной результативностью (Москва, Московская обл., Белгородская обл., Рязанская обл., Тверская обл.), 4 с низкой результативностью (Брянская, Тульская, Костромская, Смоленская), 10 – со средним уровнем результативности.

По мнению экспертов в топ 5 ведущих проблем обеспечения структурной результативности онкологической помощи входят: кадровое обеспечение системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи, уровень автоматизации процессов оказания медицинской помощи, количество и качество дистанционных консультаций, полнота и правильность ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи, эффективность внедрения и применения клинических рекомендаций. Следовательно, для поиска решений по повышению результативности помощи требуется общая методологическая база оценки и мониторинга регионального потенциала онкологической помощи.

Анализ показал, что ресурсно-технологический потенциал онкологической помощи в субъектах ЦФО реализован не полностью – в среднем на 75,2%, преимущественно за счет таких компонентов как: организация маршрутизации пациентов, качество контроля помощи, качество цифровых технологий и имидж учреждения.

По данным SWOT -анализа, что слабыми сторонами реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи на региональном уровне являются: недостаточная эффективность использования кадрового и материально-технического ресурса, неоптимальная эффективность технологий в части раннего выявления онкопатологии; недостаточный уровень онкограмотности населения. Вместе с тем, установлены возможности повышения данного потенциала, в том

числе: наличие стратегии развития онкологической помощи в стране, наличие квалифицированных кадров, большой опыт и традиции оказания онкологической помощи, развитие выездных и дистанционных форм работы специалистов.

В современных условиях медико-социальная результативность онкологической помощи является низкой в 6% субъектов ЦФО РФ, в том числе за счет недостаточного уровня онкограмотности, приверженности лечению, своевременности обращений, удовлетворенности помощью, доверия к здравоохранению, качества жизни. Это, как показал анализ, во-многом связано с неполной реализацией медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО (74,5%), в том числе: онкоинформированности, медактивности пациентов, здоровьесбережения, мотивационно-ценностного профиля, коммуникативных навыков, семейной адаптации, т.е. имеется резерв улучшений. Это требует «поворота» вектора здравоохранения в части онкологической помощи населению «в сторону пациента».

По результатам анализа в тройку значимых факторов риска снижения результативности онкологической помощи вошли: по медико-социальному потенциалу – «низкая медактивность населения», «низкая онкоинформированность населения», «неэффективное использование средств и методов коммуникации»; по факторам ресурсно-технологического потенциала – «нарушение организации маршрутизации пациентов», «низкий кадровый потенциал», «нарушение лекарственного обеспечения». Все факторы являются управляемыми. На основе вероятностных методов математической статистики разработана шкала прогноза риска снижения структурной и медико-социальной результативности онкологической помощи на региональном уровне, которая позволяет с высокой вероятностью (97,8%) дать соответствующий прогноз. Также установлено наличие прямой корреляционной связи медико-социального потенциала онкологической помощи с ее медико-социальной результативностью, ресурсно-технологического потенциала со структурной результативностью помощи, а также обоих потенциалов с медицинской результативностью онкологической помощи, что требует

разработки не фрагментарных, а комплексных решений по повышению результативности помощи, затрагивающих все компоненты регионального потенциала.

Разработана организационно-технологическая модель комплексных решений по повышению медико–социальной и структурной результативности онкологической помощи на основе повышения ее регионального потенциала, которая должна строиться на принципах: нормативно-правовой предсказуемости, учета региональных особенностей, ресурсосбережения, пациенториентированности, партнерства. Предложенные мероприятия включают 3 блока: Первый блок - Совершенствование нормативно-правовой базы, согласование целей, плановых показателей, ответственности и обязательств; Второй блок - Мониторинг и целевая коррекция уровня инфраструктурного потенциала онкологической помощи; Третий блок - Оценку и целевую коррекцию уровня медико-социального потенциала онкологической помощи.

Организационно-управленческий механизм принятия и реализации комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи включает 5 шагов. Мониторинг ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи базируется на специально разработанной цифровой платформы «1С – Предприятие», медико-социального потенциала – на основе использования «Google Форм» на сайте Ивановского ООД, а также специальных прикладных программ облачного хранения и обработки данных с элементами искусственного интеллекта.

Разработанные мероприятия вошли в региональную программу развития онкологической помощи населению Ивановской области. Проведена оценка эффективности внедрения комплексных решений по повышению медико–социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне. Реализация данных решений позволила: увеличить объемы оказания помощи в рамках ТППГ на 1,9%, достижение целевых показателей – на 5%, экономическую эффективность (1,17 на 1 вложенный рубль).

ВЫВОДЫ

1. Комплексная оценка медицинской результативности (согласно целевым показателям) по субъектам ЦФО РФ позволила выделить 3 кластера регионов: 5 регионов с высокой результативностью (Москва, Московская обл., Белгородская обл., Рязанская обл., Тверская обл.), 5 с низкой результативностью (Брянская, Ярославская, Тульская, Костромская, Смоленская), 8 – со средним уровнем результативности. Признаками недостаточного уровня медицинской результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО являются: низкий уровень раннего выявления (39,1 – 69,7%) и высокая доля запущенности рака (29,2 – 42,9%), низкая доля пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением 5 лет и более (49,7 – 59,7%), высокая доля посмертно учтенных случаев злокачественных новообразований, ставших причиной смерти (9,2 – 12,2%), годовичная летальность (14,2 – 35,7%). Установлено, что разница в значениях показателей результативности связана по субъектам ЦФО РФ не только с особенностями демографической структуры населения отдельных территорий, но и с организацией онкологической помощи.
2. В нормативной базе организации онкологической помощи населению установлены противоречия в части проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, организации работы смотровых кабинетов, оказания услуг «ВПЧ-типирование» и других, что негативно сказывается на создании оптимальных условий для достижения целевых показателей результативности онкологической помощи и требует гармонизации.
3. Анализ медико-статистических показателей в субъектах ЦФО и экспертных мнений позволил установить низкий уровень структурной результативности онкологической помощи в четырех субъектах и топ пять общих проблем ее обеспечения (дефицит кадрового обеспечения, недостаточный уровень автоматизации процессов, не оптимальные количество и качество дистанционных консультаций; полнота и правильность ведения регистров, реестров, систем мониторинга), а также определить различающиеся региональные проблемы (качество маршрутизации пациентов, уровне лекарственного обеспечения

пациентов, качестве фармакотерапии, эффективности внедрения и применения клинических рекомендаций). Следовательно, для поиска решений по повышению результативности помощи требуется общая методологическая база оценки и мониторинга регионального потенциала онкологической помощи.

4. Интегральная оценка по субъектам ЦФО РФ и углубленный по Ивановской области показала, что ресурсно-технологический потенциал онкологической помощи реализован не полностью – на 72,2%, за счет кадровых проблем (дефицит кадров, низкая инновационная активность персонала), материально-технических (высокая изношенность медицинского оборудования, низкий коэффициент обновления), технологических (низкий уровень контроля своевременности оказания помощи и внедрения цифровых технологий), имиджевых (низкий уровень удовлетворенности и доверия пациентов).
5. В современных условиях медико-социальная результативность онкологической помощи является низкой в 6% субъектов ЦФО РФ, в том числе за счет недостаточного уровня онкограмотности (75,5%), приверженности лечению (77,3%), своевременности обращений (71,2%), удовлетворенности помощью (76,2%), доверия к здравоохранению (74,2%), качества жизни (73,9%). Это, как показал анализ, во-многом связано с неполной реализацией медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО (74,5%), в том числе: онкоинформированности (75,5%), медактивности пациентов (77,3%), здоровьесбережения (71,2%), мотивационно-ценностного профиля (82,3%), коммуникативных навыков (69,5%), семейной адаптации (82%), т.е. имеется резерв улучшений. Это требует «поворота» вектора здравоохранения в части онкологической помощи населению «в сторону пациента».
6. Факторный анализ показал наличие прямой корреляционной связи медико-социального потенциала онкологической помощи с ее медико-социальной результативностью ($r = + 0,87$, $p < 0,05$), ресурсно-технологического потенциала со структурной результативностью помощи ($r = + 0,91$, $p < 0,05$), а также обоих потенциалов с медицинской результативностью онкологической помощи ($r = + 0,89$, $p < 0,05$), что требует разработки не фрагментарных, а комплексных решений по повышению

результативности помощи, затрагивающих все компоненты регионального потенциала.

7. Комплексный подход к принятию решений по повышению результативности онкологической помощи на региональном уровне должен строиться на принципах: нормативно-правовой предсказуемости учета региональных особенностей, ресурсосбережения, пациенториентированности, партнерства. На реализации этих принципов основаны предложенные и внедренные в практику 3 блока мероприятий:
 1. Нормативно-правовой гармонизации;
 2. Оценки и коррекции регионального медико-социального потенциала помощи;
 3. Оценки и коррекции ресурсно-технологического потенциала помощи.
 Реализация данных решений позволила: увеличить объемы оказания помощи в рамках ТПГТ на 1,9%, достижение целевых показателей – на 5%, экономическую эффективность (1,17 на 1 вложенный рубль). С учетом полученного эффекта разработанные мероприятия могут быть рекомендованы для тиражирования в других субъектах РФ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. **Министерству здравоохранения Российской Федерации:** провести анализ нормативно-правовой базы оказания онкологической помощи населению и устранить противоречия, обеспечить ее согласованность и практическую направленность; создать межведомственный консорциум научных и общественных организаций «Национальная лаборатория политики и технологий онкологической помощи» в интересах проведения мониторинга онкологической помощи, разработки прогноза, создания базы данных и продвижения новых технологий в онкологической помощи.
2. **Органам управления здравоохранения регионов:**
 - использовать разработанную методику интегральной оценки потенциала онкологической помощи; проводить регулярные социологические исследования, направленные на изучение удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, оценки уровня онкоосведомленности, онконастороженности, онкограмотности;

- усиливать мероприятия по скринингу злокачественных новообразований в регионе, в том числе в рамках диспансеризации и профосмотров;
- рассмотреть возможность дооснащения материально - технической базы первичного звена здравоохранения исходя из реальной потребности;
- организовать проведение онкологических консилиумов в отдаленными районами в режиме телемедицинских консультаций;
- разработать комплекс мер по развитию паллиативной помощи онкологическим пациентам;
- обеспечить интеграцию в региональную МИС и единый цифровой контур государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), информатизацию рабочих мест врачей-специалистов медицинских организаций.

3. Образовательным организациям, осуществляющим профессиональную переподготовку и повышение квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (проект положения представлен в приложении X), рекомендовать включение в структуру курсов повышения квалификации методические инструменты принятия и реализации комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи регионального уровня.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адилова, З.У., Жолдасбаев К.О. Оказание паллиативной помощи онкологических больным / З.У. Адилова, К.О. Жолдасбаев // Интернаука. – 2021. – № 22-1 (198). – С. 58-59.
2. Аксенова, И.А. Центр амбулаторной онкологической помощи - целевая организационная модель оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на амбулаторном этапе / И.А. Аксенова, Е.Г. Камкин, Е.В. Каракулина // Вестник Российской академии наук. – 2025. – № 7. – С. 61-67.
3. Аксенова, И.А., Вехи в истории создания онкологической службы российской федерации: анализ предпосылок, значимости и результатов реализации исторического постановления 1945 года. обзор архивных материалов в канун 80-летия постановления совета народных комиссаров СССР от 30.04.1945 № 935 "о мероприятиях по улучшению онкологической помощи населению" / Аксенова И.А., Попова Н.В., Старинский В.В., Ходакова О.В. // Вопросы онкологии. – 2024. – Т. 70, № 4. – С. 783
4. Андиева, М.К. Анализ онкологической помощи в РСО-Алания в 1997-2021 гг. / М.К. Андиева, А.М. Ляднов, З.К. Варзиева, Ц.С. Хутиев // Интернаука. – 2022. – № 6 (229). – С. 36-37.
5. Андреев, Д.А. Организация национального аудита качества онкологической помощи при раке предстательной железы в Великобритании (обзор иностранной литературы) / Д.А. Андреев, А.А. Завьялов // Онкоурология. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 154-164.
6. Андреев, Д.А. Медицинская информатика в обеспечении контроля качества онкологической помощи: перспективные направления развития / Д.А. Андреев., А.А. Завьялов // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2021. – Т. 76, № 5. – С. 554-559.
7. Андреев, Д.А. Калькулятор критериев оценки качества оказания медицинской помощи: европейская инициатива по раку молочной железы //

Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 350-360.

8. Андреев, Д.А. Опыт организации работы центра по персонализированному лечению злокачественных новообразований (Нидерланды) / Д.А. Андреев, А.А. Завьялов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 5. – С. 961-965.
9. Андреев, Д.А. Особенности проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в онкологии (обзор литературы) / Д.А. Андреев, А.А. Завьялов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, № 5. – С. 492-497.
10. Андреев, Д.А. Организация контроля качества и безопасности медицинской деятельности по профилю "онкология" на примере стран западной Европы / Д.А. Андреев, А.А. Завьялов, А.Ю. Кашурников // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – Т. 64, № 6. – С. 311-317.
11. Андреев, Д.А. Разработка композитных критериев оценки качества онкологической помощи // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 3. – С. 305-319.
12. Андреев, Д.А. Основные направления анализа экономических затрат при оказании онкологической помощи населению/ Д.А. Андреев, К.И. Полякова, А.А. Завьялов, [и др.] // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 12, № 4. – С. 310-317.
13. Андреев, Д.А. Ключевые критерии оценки качества онкологической помощи: зарубежный опыт / Д.А. Андреев, А.А. Завьялов [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2020. – Т. 26, № 6. – С. 421-430.
14. Андреев Д.А., Завьялов А.А. Система оказания онкологической помощи в Нидерландах в условиях пандемии covid-19: опыт оценки последствий первой волны / Д.А. Андреев, А.А. Завьялов // Здоровье мегаполиса. – 2021. – Т. 2, № 3. – С. 71-76.
15. Андреев, Д.А., Завьялов А.А. Концепция интеграции элементов виртуального комплексного центра амбулаторной онкологической помощи в

- организации первичного звена здравоохранения / А. Андреев, А.А. Завьялов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. – Т. 68, № 3. – С. 194-197. -793.
16. Андреев, Д.А. Методология оценки затрат системы здравоохранения на оказание онкологической помощи / Д.А. Андреев Д.А., А.А. Завьялов А.А., Т.Н. Ермолаева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – Т. 65, № 2. – С. 125-134.
 17. Андреева, О.В. Социальное благополучие и необходимая информированность пациентов поликлиники о школах здоровья. // Патогенез. – 2014. – Т.12. - №4. – С.54-64.
 18. Андиева, М.К. Анализ онкологической помощи в РСО-Алания в 1997-2021 гг. / М.К. Андиева, А.М. Ляднов, З.К. Варзиева, Ц.С. Хутиев // Интернаука. – 2022. – № 6-1 (229). – С. 36-37.
 19. Алексеева, Г.Н. Модель организации онкологической помощи населению региона / Алексеева Г.Н., Измайлова О.А., [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – Т. 61, № 6. – С. 284-291
 20. Артемьев С.А., Ильин С.Н. Бережливые технологии придут ко всем. Успешный опыт внедрения / С.А. Артемьев, С.Н. Ильин // Заместитель главного врача. – 2017. – № 6. – С. 14-23.
 21. Амирханов, З.Х. Онкологическая помощь в республике Таджикистан / З.Х. Амирханов, Л.И. Лавлинская, В.Г. Шведова // Молодежный инновационный вестник. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 4-6.
 22. Айтбаева, А.А. Роль выездной мобильной бригады в оказании паллиативной помощи онкологическим больным / А.А. Айтбаева, А.К. Макишев, [и др.] // Онкология и радиология Казахстана. – 2019. – № 3. – С. 99.
 23. Ачех, Т.В., Бердыш Д.С. Обезболивающая помощь амбулаторным онкологическим больным / Т.В. Ачех, Д.С. Бердыш // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2023. – № 6. – С. 184-187.

24. Ахмадалиева, Н.М. Оказание онкологической помощи женскому населению, страдающему раком шейки матки, на уровне андижанской области/ Н.М. Ахмадалиева, М.М. Ахмадалиева, [и др.] // Научный журнал. – 2019. – № 4 (38). – С. 80-81.
25. Батракова, Л.Г. Развитие цифровой экономики в регионах России / Л.Г. Батракова // Социально-политические исследования. – 2019. – № 1. – С. 51-64.
26. Баюров, Л.И., Михеева К.Д. Обнаружение онкологических заболеваний с помощью собак / Л.И. Баюров, К.Д. Михеева // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. – 2022. – № 175. – С. 22-40.
27. Башеева, Д.А., Усевич У.А. Удовлетворенность пациентов с онкопатологией оказанием медицинской помощи / Д.А. Башеева, У.А. Усевич // Аллея науки. – 2022. – Т. 2, № 12 (75). – С. 325-330.
28. Багин, С.А. Особенности организации и развития регионального потенциала онкологической помощи / С.А. Багин, А.В. Фомина, Д.И. Кича [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2025. – № 4. – С. 51-57.
29. Белова, Т.А. Оказание онкологической помощи населению Хабаровского края: состояние и перспективы / Т.А. Белова, А.В. Волков, А.С. Зенюков [и др.] // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2022. – № 3 (93). – С. 4-9.
30. Бреусов, А.В. Основные направления развития государственно-частного партнерства при оказании онкологической помощи / А.В. Бреусов, Э.А. Риос, Д.А. Бреусов // Наука и инновации в медицине. – 2021. – Т. 6, № 3. – С. 46-50.
31. Блохина, М.В. О роли медицинской сестры в реализации пациент-ориентированного подхода в оказании реабилитационной помощи онкологическим больным / М.В. Блохина, Г.А. Сафина, О.Г. Сафина // Практическая медицина. – 2022. – Т. 20, № 6. – С. 24-27.

32. Богданов, Д.В. Состояние онкологической помощи в Архангельской области / Д.В. Богданов, О.Г. Новыш, Е.Ф. Потехина // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 461-462.
33. Бойко, Е.Л. Цифровое здравоохранение / Е.Л. Бойко // Вестник Росздравнадзора. – 2018. – № 3. – С. 5-8.
34. Богма, К.А. Процессно-ориентированный подход в повышении эффективности управления качеством медицинской помощи // Человек и общество. – 2017. – № 1 (2). – С. 28-31.
35. Блинов, С.В. Актуальные вопросы обеспечения качества и безопасности медицинской помощи // Экономические науки. – 2018. – № 160. – С. 41-44.
36. Будзко В.И., Шмид А.В. Проблемы цифровой трансформации здравоохранения / В.И. Будзко, А.В. Шмид // Системы высокой доступности. – 2019. – Т. 15, № 3. – С. 5-26.
37. Булина, А.О. Территориальная доступность высокотехнологичной онкологической помощи в СЗФО / А.О. Булина, Ю.В. Раскина, Ю.И. Комаров, [и др.] // Журнал исследований социальной политики. – 2022. Т. 20, № 2. – С. 247-262.
38. Важенин, А.В. Основные направления реализации региональной программы «борьба с онкологическими заболеваниями» в Челябинской области / А.В. Важенин, Ю.А. Семёнов, Л.А. Землянская, [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 5. – С. 38-45.
39. Важенин, А.В. Опыт и возможности государственно-частного партнёрства в онкологии (по материалам научных публикаций) / А.В. Важенин, С.В. Новикова, Ю.А. Тюков // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 2. – С. 59-69.
40. Васильев, В.В. Организация медицинской помощи онкологическим больным / В.В. Васильев // Научно-практический подход. – 2025. – № 2. – С. 176-180.
41. Векессер, В.С. Анализ динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Российской Федерации за 2021-2023

- годы: ключевые тенденции и вызовы онкологической помощи / В.С. Векессер // Научный медицинский вестник Югры. – 2025. – Т. 44, № 2. – С. 88-89.
42. Ведерин, А.А., Лацвиева А.Е. Онкологическая настороженность населения и медперсонала в РФ. проблемы и пути решения / А.А. Ведерин, А.Е. Лацвиева // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2023. – № 8. – С. 9-11.
43. Волчек, В.С. Организация медицинской помощи пациентам онкологического профиля в условиях пандемии covid-19 / В.С. Волчек // Проблемы здоровья и экологии. – 2022. – Т. 19, № 1. – С. 21-26.
44. Вологина, К.Ю., Вайгачев И.В. Проблемы междисциплинарного взаимодействия в оказании комплексной помощи онкологическим больным / К.Ю. Вологина, И.В. Вайгачев // Мировая наука. – 2021. – № 4 (49). – С. 81-86.
45. Вишняков, В.А. Организация оказания специализированной медицинской помощи больным онкологического профиля в послеоперационном периоде / В.А. Вишняков, Е.А. Богущ, Л.А. Митрохина // Хирург. – 2019. – № 8. – С. 67-72.
46. Гаджиева, С.М. Создание центров компетенций (на примере организации центров амбулаторной онкологической помощи) в государственной системе здравоохранения: опыт Москвы / С.М. Гаджиева // Национальное здравоохранение. – 2024. – Т. 5, № 3. – С. 30-40.
47. Гарцев, Д.А. Анализ состояния специализированной онкологической помощи населению Донецкой народной республики / Д.А. Гарцев // Медико-социальные проблемы семьи. – 2025. – Т. 30, № 1. – С. 5-15.
48. Гайнуллина, Ю.И. Медико-социальная работа в паллиативной онкологии / Ю.И. Гайнуллина, Ляшенко В.В., Базыр-Сады Р.О., [и др.] // Отечественный журнал социальной работы. – 2019. – № 3 (78). – С. 64-74.
49. Гордиенко, В.П., Побережский А.В. Индекс достоверности учёта в оценке состояния медицинской помощи онкологическим больным в

- Дальневосточном федеральном округе / В.П. Гордиенко, А.В. Побережский // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – Т. 68, № 1. – С. 65-73.
50. Горкавенко, Ф.В. Анализ факторов результативности онкологической помощи на уровне субъекта российской федерации с применением множественной линейной регрессии / Ф.В. Горкавенко, Д.Г. Щуров, В.В. Омеляновский // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2023. – № 1 (45). – С. 9-26.
51. Голишевский, Д.В. Ретроспективный анализ оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в условиях гарнизонного госпиталя / Д.В. Голишевский, В.Е. Макаrenchенко, Г.В. Зачиняев, [и др.] // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2019. – № 1 (77). – С. 33-37.
52. Гурова, И.Е., Трофимова С.В. Актуальность разработки и внедрения системы менеджмента качества в учреждениях здравоохранения / И.Е. Гурова, С.В. Трофимова // Современные научные исследования и инновации. – 2017. – № 4 (72). – С. 511-512.
53. Дайхес, Н.А. Состояние оториноларингологической службы Российской Федерации / Н.А. Дайхес, О.В. Карнеева, И.А. Ким, [и др.] // Российская оториноларингология. – 2019. – Т. 18, № 3 (100). – С. 9-16.
54. Данилова, Н.В. Современные подходы к психологической поддержке онкологических пациентов в условиях паллиативной помощи: от теории к практике / Данилова Н.В. // Студенческий вестник. – 2025. – № 37-1 (370). – С. 27-28.
55. Дренёва, А.А. Оценка потребности онкологических пациентов и их близких родственников в психологической помощи / А.А. Дренёва, А.В. Праведников, Д.П. Чистякова, [и др.] // Журнал Сибирского федерального университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2022. – Т. 15, № 9. – С. 1243-1252.
56. Дронов, А.И. Оказание специализированной медицинской помощи беременным с онкологической патологией / А.И. Дронов, В.Л. Дронова, А.Н.

- Мокрик, [и др.] // Хирургия. Восточная Европа. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 67-76.
57. Доронина, О.В. Визуализация маршрутизации пациентов с подозрением на онкологическую патологию в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи / О.В. Доронина, С.С. Шмидт, А.А. Курмангулов // Университетская медицина Урала. – 2021. – Т. 7, № 2 (25). – С. 50-52.
58. Джиенбаев, Б.Е. Медико-социальные аспекты паллиативной помощи онкологическим пациентам и их родственникам в рамках непрерывности процесса / Б.Е. Джиенбаев, Т.Н. Ансатбаева, Д.Б.Алишева, [и др.] // Онкология и радиология Казахстана. – 2019. – № 3. – С. 93-96.
59. Еругина, М.В. Верификация системных факторов организации онкологической помощи в саратовской области / М.В. Еругина, И.Л. Кром, А.Б. Шмеркевич, [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 2. – С. 316-321.
60. Еругина, М.В. К вопросу о паллиативной помощи больным онкологического профиля / М.В. Еругина, И.Л. Кром, А.Б. Шмеркевич, [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2020. – Т. 15, № 4. – С. 580-581.
61. Еругина М.В. Концептуализация континуума онкологической помощи в ситуациях болезни в контексте интегрированной системы регионального здравоохранения / М.В. Еругина, И.Л. Кром, А.Б. Шмеркевич, [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 5. – С. 987-993.
62. Жуйкова, Л.Д. Онкологическая помощь населению городов - административных центров дальневосточного федерального округа / Л.Д. Жуйкова, О.А. Ананина, Л.В. Пикалова, [и др.] // Вопросы онкологии. 2023. Т. 69. № 3S. С. 184.
63. Жуйкова, Л.Д. Состояние онкологической помощи населению административных центров сибирского федерального округа / Л.Д. Жуйкова, Е.Л. Чойнзонов, О.А. Ананина, [и др.] // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 3. – С. 7-13.

64. Захаренкова, Ю.С. Возможности оказания хирургической помощи онкологическим пациентам в период пандемии covid-19 / Ю.С. Захаренкова, В.Э. Хороненко, Е.В. Гамеева // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2021. – Т. 10, № 4. – С. 30-35.
65. Зирин, А.Г. Федеральный проект как катализатор развития высокотехнологичной персонализированной онкологической помощи в регионе / А.Г. Зирин, Е.А. Румянцева, А.В. Шейко, [и др.] // Злокачественные опухоли. – 2021. – Т. 11, № 3. – С. 12-15.
66. Зуков, Р.А., Сафонцев И.П. Состояние онкологической помощи в Красноярском крае / Р.А. Зуков, И.П. Сафонцев // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 466-467.
67. Иваников, И.О. Качество помощи пациентам с онкологическими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта в условиях пандемии COVID-19 / И.О. Иваников, Н.Н. Виноградова, М. Е. Жарова [и др.] // Терапия. – 2024. – Т. 10, № 6. – С. 150.
68. Идрисова, Л.С. Рак яичников в региональном аспекте оказания онкологической помощи в России / Л.С. Идрисова, Э.А Сулейманов., С.Н. Пузин, [и др.] // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2022. – № 1. – С. 60-68.
69. Ростовцев, Д.М. Состояние онкологической помощи в Челябинской области / Д.М. Ростовцев, Т.Ю. Ведом, Т.С. Новикова // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 467-468.
70. Калинин, А.Е., Гуцин В.В. Мультидисциплинарное обсуждение в онкологии / А.Е. Калинин, В.В. Гуцин // Здоровье мегаполиса. – 2020. Т. 1, № 1. – С. 108-111.
71. Карпова, М.О. Анализ и оценка дальнейшего развития государственной программы Московской области «здравоохранение подмосковья на 2019-2021 годы» / М.О. Карпова // ГосРег: государственное регулирование общественных отношений. – 2022. – № 2 (40). – С. 383-395.

72. Кайдарова, Д.Р. Итоги работы координационного совета по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях за 2016 год / Д.Р. Кайдарова, О.В. Шатковская, Д.Г. Чингисова, [и др.] // Онкология и радиология Казахстана. – 2017. – № 2 (44). – С. 4-10.
73. Каминская, А.А., Конев А.М. Информатизация сферы здравоохранения в РФ. / А.А. Каминская, А.М. Конев // Наука через призму времени. – 2018. – № 5 (14). – С. 72-75.
74. Каприн, А.Д. Развитие онкологической помощи в РФ в свете выполнения государственных программ / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Л.М. Александрова [и др.]. // Rossiiskii meditsinskii zhurnal. – 2015. – № 21 (2). – С. 4—9.
75. Каприн, А.Д. Ремоделирование онкологической службы в условиях пандемии covid-19 в федеральном научном центре 1-го уровня / А. Д. Каприн, Е.В. Гамеева, Д.О. Рощин [и др.]. // Исследования и практика в медицине. – 2020. – Т. 7, № 2. – С. 10-21.
76. Каприн, А.Д. К истории развития лучевой терапии (часть 1) / А.Д. Каприн, Ю. С. Мардынский, В. П. Смирнов [и др.]. // Biomedical Photonics. — 2019. – Т. 8, № 1. – С. 52-62.
77. Калужина, К.С. Организация медицинской помощи при онкологических заболеваниях. отделения паллиативной помощи / К.С. Калужина, П.А. Митякова, Д.И. Салтаненко, [и др.]. // Студенческий вестник. – 2025. – № 2-5 (335). – С. 58-60.
78. Калесник, М.В., Ягелло К.Г. Оценка удовлетворенности пациентов с онкологическими заболеваниями уровнем оказания помощи в условиях отделения реанимации / М.В. Калесник, К.Г. Ягелло // Forcipe. – 2022. – Т. 5, № 3. – С. 89.
79. Карайланов, М.Г. Мировой опыт развития онкологической помощи / М.Г. Карайланов, Г.И. Колпинский, О.В. Алёхина [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 4. – С. 126-133.

80. Карайланов, М.Г. Выявление онкологических заболеваний при профилактических мероприятиях в центре амбулаторной онкологической помощи / М.Г. Карайланов, Г.И. Колпинский, О.В. Алёхина [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 10. – С. 63-71.
81. Карпова, С.С. Актуальные вопросы организации онкологической помощи в Нижегородской области / С.С. Карпова, С.В. Гамаюнов, Ю.И. Тарасов [и др.] // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2025. – Т. 11, № 3 (41). – С. 83-93.
82. Костин, А.А. Мнение врачей о преемственности при оказании онкологической помощи в частных и государственных медицинских организациях / А.А. Костин, А.К. Минаева, Д.А. Лисаев, [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2024. – № 7-8. – С. 49-53.
83. Костин, А.А. Мнение врачей о преемственности при оказании онкологической помощи в частных и государственных медицинских организациях / А.А. Костин, А.К. Минаева, Д.А. Лисаев [и др.]. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2024. – № 7-8. – С. 49-53.
84. Kostin, A.A., Samsonov Yu.V. Management structure and organization of oncological care // RUDN Journal of Medicine. – 2024. – Т. 28, № 2. – С. 206-215.
85. Костин, А.А., Самсонов Ю.В. Организация онкологической помощи в условиях пандемии: меры безопасности и изменения в лечении / А.А Костин, Ю.В. Самсонов // Ремедиум. – 2024. – Т. 28, № 2. – С. 125-129.
86. Костин, А.А., Самсонов Ю.В. Оценки опыта применения телемедицинских технологий: цифровые инструменты (искусственный интеллект) на этапах оказания онкологической помощи // Здоровье мегаполиса. – 2024. – Т. 5, № 2. – С. 115-124.
87. Косарева, П.В. Онкологическая помощь больным колоректальным раком в Пермском крае / П.В. Косарева, Р.А. Конев, Л.В. Сивакова [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2023. – № 6 (214). – С. 32-38.

88. Коготыжев, Р.К. Развитие человекоцентричного подхода к оказанию онкологической помощи / Р.К. Коготыжев, В.Ю. Петрова, К.А. Барсегова [и др.] // Здоровье мегаполиса. – 2025. – Т. 6, № 2. – С. 62-65.
89. Кожамбердин, К.Е. Интеграция информационных систем как необходимая составляющая качественной медицинской помощи в онкологической службе / К.Е. Кожамбердин // Молодой ученый. – 2024. – № 17 (516). – С. 24-28.
90. Козлов, В.А. Пациентский ресурс повышения результативности онкологической помощи населению / В.А. Козлов, Ю.В. Самсонов, Д.Л. Мушников // Современная онкология. – 2023. – Т. 25, № 4. – С. 466-471.
91. Козлов, В.А. Обоснование и разработка комплекса организационно-методических мероприятий совершенствования онкологической помощи: на примере субъекта центрального федерального округа / В.А. Козлов, А.А. Костин, Д.Л. Мушников // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 12. – С. 17-23.
92. Козлов, В.А., Поляков Б.А. Оценка качества онкологической помощи населению / В.А. Козлов, Б.А. Поляков // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2023. – Т. 28, № 3. – С. 5-9.
93. Коровин, Е.Н. Разработка моделей прогнозирования ранней диагностики злокачественных новообразований в Белгородской области / Е.Н. Коровин, А.В. Кукуяшная, Е.А. Назаренко, [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2024. – Т. 23. – № 4. – С. 158-163.
94. Кульдеева, А.Б. Планирование потребности в паллиативной медицинской помощи онкологическим больным с запущенными стадиями заболевания // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 3. – С. 811-823.
95. Куделина, О.В. Оптимизация расходов при оказании медицинской помощи онкологическим больным: систематический обзор международных публикаций / О.В. Куделина, К.А. Гамирова, Д.Н. Шерьязданова // Здоровье населения и среда обитания - ЗНиСО. – 2025. – Т. 33, № 4. – С. 7-18.

96. Корнева, Ю.С., Руденко Я.А. Анализ осложнений у онкологических пациентов, умерших в больнице скорой медицинской помощи / Ю.С. Корнева, Я.А. Руденко // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21, № 4. – С. 30-35.
97. Красный, С.А., Артемова Н.А. Подпрограмма "онкологические заболевания" государственной научно-технической программы "новые методы оказания медицинской помощи" (2016-2020 гг.) / С.А. Красный, Н.А. Артемова // Онкологический журнал. – 2021. – Т. 15, № 1 (57). – С. 5-11.
98. Кузьмина, И.В., Раковская Д.Н. Психологическая помощь онкологическим больным на этапах комбинированного лечения / И.В. Кузьмина, Д.Н. Раковская // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 316-320.
99. Крашенков, О.П., Современные подходы к организации онкологической помощи больным колоректальным раком (обзор литературы) / О.П. Крашенков, И.О. Иваников, Ю.С. Константинова, [и др.] // Доказательная гастроэнтерология. – 2021. – Т. 10, № 1. – С. 17-29.
100. Кутергин, А.В. Инновации в поликлинической практике при оказании помощи онкологическим больным / А.В. Кутергин, О.И. Зырянова, М.В. Чайковская, [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2020. – Т. 21. – № 2 (102). – С. 129-132.
101. Курмангулов, А.А. Перспективы совершенствования организации оказания онкологической помощи на основе swot-анализа действующего законодательства (научный обзор) / А.А. Курмангулов, Т.Г. Задоркина, А.А.Кононыхин, [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2023. – № 2 (87). – С. 86-96.
102. Кудряков, А.Ю. Показатели заболеваемости и смертности, характеризующие состояние онкологической помощи в тюменской области (без автономных округов) за 2018 г. / А.Ю. Кудряков, Е.Н. Неверова, П.Б. Зотов, [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2019. – Т. 15, № 5 (82). – С. 3-5.

103. Лазарев, А.Ф. Улучшение ранней диагностики рака молочной железы с помощью новых цифровых технологий формирования групп онкологического риска / А.Ф. Лазарев, В.Д. Петрова, С.А. Лазарев, [и др.] // Злокачественные опухоли. – 2019. – Т. 9, № 3. – С. 62.
104. Лапицкий, В.А., Том И.Э. Электронное здравоохранение Беларуси: состояние и перспективы. / В.А. Лапицкий, И.Э. Том // Информатика. – 2018. – Т. 15, № 4. – С. 5-15.
105. Ледовских, Ю.А., Тишкина С.Н. История нормативного регулирования организации онкологической службы в Российской Федерации / Ю.А. Ледовских, С.Н. Тишкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2023. – № 4. – С. 44-49.
106. Ледовских, Ю.А. Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи как инструмент управления организацией медицинской помощи по профилю "онкология" / Ю.А. Ледовских // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2024. – № 1. – С. 11-16.
107. Ледовских, Ю.А. Социологическое исследование оценки врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами изменений доступности противоопухолевой терапии при реализации федерального проекта "борьба с онкологическими заболеваниями" / Ю.А. Ледовских // Менеджер здравоохранения. – 2024. – № 5. – С. 85-93.
108. Левковский, О.В. Состояние оказания помощи онкологическим пациентам с ВИЧ в России: данные опроса онкологов / О.В. Левковский, С.А. Иванов, Н.А. Фалалеева, [и др.] // Современная онкология. – 2024. – Т. 26, № 3. – С. 303-308.
109. Линник, С.А., Александрова О.Ю. Правовые и организационные аспекты лекарственного обеспечения пациентов с злокачественными новообразованиями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях / С.А. Линник, О.Ю. Александрова // Бюллетень Национального

научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2023. – № 1. – С. 24-28.

110. Локтионов, К.М. Состояние онкологической помощи в калининградской области / К.М. Локтионов, М.И. Долгалёва, К.Ю. Баринов // Вопросы онкологии. 2022. Т. 68. № 3S. С. 463-464.
111. Ломаков, С.Ю. Проблемы организации онкологической службы крупного города в оценках врачей-онкологов / С.Ю. Ломаков, Н.И. Вишняков, Л.В. Кочорова, Е.А. Кириллова // Уральский медицинский журнал. – 2020. – № 6 (189). – С. 174-179.
112. Макаров, Д.А. О правах онкологических пациентов. Медицинское право: теория и практика. / Д.А. Макаров – 2023. – Т. 9, № 1. – С. 27-33.
113. Малютина, Н.Л., Харбедия Ш.Д. Основные проблемы онкологической помощи в условиях сельского здравоохранения / Н.Л. Малютина, Ш.Д. Харбедия // Детская медицина Северо-Запада. – 2020. – Т. 8, № 1. – С. 219.
114. Мерабишвили, В.М. Состояние онкологической помощи в России: рак легкого, выживаемость больных (популяционное исследование на уровне федерального округа) / В.М. Мерабишвили, Ю.П. Юркова, Е.В. Левченко, [и др.] // Вопросы онкологии. – 2021. – Т. 67, № 4. – С. 492-500.
115. Мерабишвили, В.М. Состояние онкологической помощи в России. аналитические показатели: годовичная летальность (популяционное исследование на уровне федерального округа) / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 1. – С. 38-47.
116. Мерабишвили, В.М. Состояние онкологической помощи в россии: рак яичников, распространенность, качество учета, выживаемость больных (клинико-популяционное исследование) / В.М. Мерабишвили, Е.В. Бахидзе, А.Ф. Урманчеева [и др.] // Вопросы онкологии. – 2025. – Т. 71, № 2. – С. 306-317.
117. Мерабишвили, В.М. Состояние онкологической помощи в России: эпидемиология и выживаемость больных злокачественными новообразованиями (однолетняя и пятилетняя) по всем локализациям

- опухолей. влияние пандемии коронавируса (популяционное исследование) / В.М. Мерабишвили // Злокачественные опухоли. – 2023. – Т. 13, № 3. – С. 85-96.
118. Мерабишвили, В.М, Состояние онкологической помощи в России: возраст и рак. Особенности локализационной структуры, качества учета и выживаемость больных ЗНО среднего возраста (популяционное исследование). Часть 3 / В.М. Мерабишвили, А.О. Шахзадова, В.В. Перелыгин // Формулы фармации. – 2023. – Т. 5, № 2. – С. 38-51.
119. Мерабишвили, В.М. Состояние онкологической помощи в России: рак молочной железы среди женского населения. заболеваемость, смертность, достоверность учета, детальная локализационная и гистологическая структура. (популяционное исследование на уровне федерального округа) // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 286-293.
120. Мерабишвили, В.М., Беляев А.М. Состояние онкологической помощи в России: однолетняя выживаемость больных злокачественными новообразованиями и летальность на первом году жизни по всем локализациям опухолей. (популяционное исследование на уровне федерального округа) / В.М. Мерабишвили, А.М. Беляев // Вопросы онкологии. – 2023. – Т. 69, № 1. – С. 55-66.
121. Мерабишвили, В.М. Состояние онкологической помощи в России. аналитические показатели: одногодичная летальность (популяционное исследование на уровне федерального округа) / / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 1. – С. 38-47.
122. Мушников, Д.Л. Разработка и оценка индикаторов онкограмотности различных групп населения / Д.Л. Мушников, В.А. Козлов, А.А. Костин, [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 4. – С. 85-91.
123. Мушников, Д.Л. Инновационная культура онкологической службы / Д.Л. Мушников, В.А. Козлов, Е.Л. Фунтикова, [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 7. – С. 142-148.

124. Мушников, Д.Л. Потенциал улучшения качества онкологической помощи / Д.Л. Мушников, В.А. Козлов, Б.А. Поляков // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 9. – С. 91-97.
125. Мушников, Д.Л. Методические аспекты оценки медицинской информированности пациентов // Вестник «Здоровье и образование в XXI веке». - 2014. – Том 16. - №4. - С. 14-16.
126. Мушников, Д.Л. Состояние и пути повышения информированности пациентов разного профиля // Бюллетень ННИИ общественного здоровья. – 2011. – №1. – С.114-116.
127. Михеев, А.В. Значение профилактической работы в деятельности центров амбулаторной онкологической помощи / А.В. Михеев, А.Х. Ахминеева, М.А. Шагал // Эпомен: медицинские науки. – 2024. – № 15. – С. 36-47.
128. Муханова К.Ю., Шелемех В.В. Уважение автономии пациента как основа сотрудничества врача и пациента / К.Ю. Муханова, В.В. Шелемех // Вестник научных конференций. – 2020. – № 5-3 (57). – С. 76-77.
129. Найговзина, Н.Б. Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках приоритетного национального проекта «здоровье» / Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, М.А. Патрушев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 216-221.
130. Неверова, Е.Н. Структура оказания онкологической помощи в Тюменской области в 2019 году / Е.Н. Неверова, В.И. Павлова, Н.В. Иванова, [и др.] // Научный форум. Сибирь. – 2020. – Т. 6, № 1. – С. 3-4.
131. Неверова, Е.Н. Основные показатели онкологической помощи населению юга тюменской области в 2019 году / / Е.Н. Неверова, В.И. Павлова, Н.В. Иванова, [и др.] // Научный форум. Сибирь. – 2020. – Т. 6, № 1. – С. 5-8.
132. Неверова, Е.Н. Организация работы центров амбулаторной онкологической помощи в Тюменской области / Е.Н. Неверова, В.И.

- Павлова, Е.А. Гайсина, [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16, № 5 (88). – С. 9-10.
133. Нечаева, О.Б. Оценка оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях в России / О.Б. Нечаева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1. – С. 246-266.
134. Новиков, Г.А. Оценка эффективности оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим пациентам // Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, С.В. Рудой, [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2020. – № 2. – С. 5-11.
135. Новикова, Е.В. Кризисные переживания женщин в ситуации онкологического заболевания / Е.В. Новикова // Актуальные исследования. – 2020. – № 23-2 (26). – С. 109-112.
136. Новикова, С.В. Современное состояние доступности онкологической помощи и активных форм выявления злокачественных новообразований основных локализаций для сельского населения / С.В. Новикова // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, № 2. – С. 157-165.
137. Огнева, Е.Ю., Гамеева Е.В. Анализ причин неудовлетворенности населения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями в Московской области / Е.Ю. Огнева, Е.В. Гамеева // Менеджер здравоохранения. – 2020. – № 4. – С. 28-36.
138. Оконешникова, А.К. Организационный проект создания противоболевой помощи у онкологических пациентов в республике Саха (Якутия) / А.К. Оконешникова, Т.И. Николаева, П.В. Никифоров [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2023. – № 4 (84). – С. 56-60.
139. Осипанова, В.О. Состояние онкологической помощи населению в Удмуртской республике в 1958 году / В.О. Осипанова, Д.Э. Файзуллина, Л.Л. Шубин // Modern Science. – 2021. – № 12. – С. 94-97.

140. Павлова, В.И. Анализ основных показателей, характеризующих оказание онкологической помощи населению Тюменской области (без автономных округов) в 2020 году / В.И. Павлова, Т.А. Гайсин, Е.А. Гайсина, [и др.] // Академический журнал Западной Сибири. 2021. Т. 17. № 3 (92). С. 3-6.
141. Павловская, О.Г. Региональные особенности оказания онкологической помощи детям / О.Г.Павловская, С.Б. Чолоян, О.А. Гладких // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2019. – Т. 64, № 4. – С. 156-157.
142. Партс, С.А. Организационные модели маршрутизации онкологических пациентов на региональном уровне / С.А. Партс, И.В. Решетов, Е.С. Кузьмина, [и др.] // Consilium Medicum. – 2023. – Т. 25, № 6. – С. 384-387.
143. Петров, А.Г. Совершенствование профессионального взаимодействия специалистов здравоохранения по оптимизации специализированной медицинской и лекарственной помощи онкологическим больным в системе лекарственной политики / А.Г. Петров, О.В. Хорошилова, В.А. Семенихин, [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2023. – Т. 22, № 3. – С. 12-20.
144. Петрова, Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 г. по данным федерального статистического наблюдения / Г.В. Петрова, В.В. Старинский, О.П. Грецова, [и др.] // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2019. – Т. 8, № 1. – С. 32-40.
145. Пецко, Р.А. Онкологический мониторинг как инструмент управления качеством медицинской помощи / Р.А. Пецко // Московская медицина. 2023. № 5 (57). С. 94-96.
146. Петров, А.Г. Современные подходы к специализированной фармацевтической помощи больным с онкологическими заболеваниями / А.Г. Петров, С.Н. Филимонов, О.В.Хорошилова, [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2022. – Т. 21, № 4. – С. 53-59.

147. Плигина Е.В., Семелева Е.В. Организация онкологической службы республики Мордовия. / Е.В. Плигина, Е.В. Семелева // Лечащий врач. – 2023 – Т. 26, № 1. – С. 45-48.
148. Политика здравоохранения: вопросы теории и практики: монография / В.Ф. Филатов, В.О. Щепин, Е.П., А.А. Сыстерова; под науч. ред. акад. РАМН О.П. Щепина. – М.: ГУ ННИИ Общественного здоровья и здравоохранения РАМН, 2007. – 276 с.
149. Пимкин, М.Г. Организация экстренной и неотложной помощи в Забайкальском краевом онкологическом диспансере / М.Г. Пимкин, Е.Н. Блохина, О.В. Кудрявцева, [и др.] // Менеджмент качества в медицине. – 2020. – № 3. – С. 46-54.
150. Решетников, А.В. Особенности нормативно-правового регулирования оказания онкологической помощи детям в России и за рубежом / А.В. Решетников, М.Г. Гевандова, Н.В. Присяжная // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2019. – Т. 14, № 2. – С. 412-416.
151. Рыков, М.Ю. Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями в Сибирском федеральном округе / М.Ю. Рыков // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 5-12.
152. Рыков, М.Ю. Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации: доступность, качество и стратегия развития / М.Ю. Рыков // Вестник Росздравнадзора. 2019. № 1. С. 25-35.
153. Рыков, М.Ю. Результаты организационного эксперимента по совершенствованию медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями / М.Ю. Рыков // Злокачественные опухоли. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 122-123.
154. Рыков, М.Ю. Результаты организационного эксперимента по совершенствованию медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями // М.Ю. Рыков // Злокачественные опухоли. 2019. Т. 9. № 3S1. С. 150-151.

155. Рыков, М.Ю. Медико-социологическое исследование мнений родителей (законных представителей) о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями / М.Ю. Рыков // Злокачественные опухоли. – 2019. – Т. 9, № 3. – С. 152-153.
156. Рыков, М.Ю. Качество медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Уральском федеральном округе / М.Ю. Рыков // Злокачественные опухоли. – 2019. – Т. 9, № 1. – С. 47-52.
157. Рыков, М.Ю. Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации: текущая ситуация и перспективы развития/ М.Ю. Рыков // Онкопедиатрия. – 2019. – Т. 6, № 1. – С. 5-15.
158. Рыков, М.Ю. Медицинская помощь детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации: текущее состояние и пути совершенствования / М.Ю. Рыков // Исследования и практика в медицине. – 2019. – Т. 6, №3. – С. 242-243.
159. Рыков, М.Ю. Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Центральном федеральном округе/ М.Ю. Рыков // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18, – № 2. –С. 5-14.
160. Русских, С.В. Меры по повышению удовлетворенности работой врачей-онкологов центров амбулаторной онкологической помощи / С.В. Русских, Л.И. Москвичева, Е.А. Тарасенко, [и др.] // Здоровье населения и среда обитания - ЗНиСО. – 2023. – Т. 31, № 7. – С. 15-25.
161. Рудко, А.А., Ястребова Н.В. Система оказания онкологической помощи на территории томской области: два года перемен / А.А. Рудко, Н.В. Ястребова // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2020. – № 6. – С. 38-44.
162. Самсонов, Ю.В., Костин А.А. Онкологическая помощь и смертность от рака: региональный анализ в контексте России // Сибирский онкологический журнал. – 2025. – Т. 24, № 2. – С. 16-25.

163. Самсонов, Ю.В., Костин А.А. Аналитические клинико-статистические оценки обследования и лечения онкологических заболеваний / Ю.В. Самсонов, А.А. Костин // Фарматека. – 2025. Т. 32, № 4. – С. 147-154.
164. Самсонов, Ю.В., Костин А.А. Онкологическая помощь и смертность от рака: региональный анализ в контексте России / Ю.В. Самсонов, А.А. Костин // Сибирский онкологический журнал. – 2025. – Т. 24. № 2. – С. 16-25.
165. Сертакова, О.В. Цифровая оптимизация первичной медико-санитарной, скорой и специализированной медицинской помощи онкологическим больным / О.В. Сертакова, О.В. Ходакова, П.В. Голышко, [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 4. – С. 533-548.
166. Сидельникова, К.Н. Паллиативная помощь онкологическим больным в г. Оренбурге / К.Н. Сидельникова, [и др.] // Студенческий. – 2019. – № 8 (52). – С. 30-34.
167. Синяков, А.Г. Сравнительная оценка результатов оказания онкопомощи населению (относительная корректность и влияние уровня достоверности) / А.Г. Синяков, П.Б. Зотов // Академический журнал Западной Сибири. – 2020. – Т. 16, № 5 (88). – С. 22-23.
168. Скальная, В.С. Сравнительный анализ оказания медицинской помощи беременным женщинам с онкологическими заболеваниями в России и других странах / В.С. Скальная, А.В. Фомина, А.А. Скальный [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2025. – № 1. – С. 35-42.
169. Смагулов, С.М., Смагулова В.К. Новейшие технологические тренды в медицине / С.М. Смагулов, В.К. Смагулова // Инновации и инвестиции. – 2019. – № 3. – С. 289-290.
170. Солодкий, В.А. Организация оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на условиях бережливого производства в интересах отработки организационных технологий здоровьесбережения в период пандемии/ В.А. Солодкий, С.Е. Круглов, А.Н. Гуров // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 5. – С. 12-20.

171. Старинский, В.В. Состояние онкологической помощи в России. ЗНО почки - тенденции заболеваемости / В.В. Старинский, О.П. Грецова, А.О. Шахзадова // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 457.
172. Степанова, Л.Л. Региональный раковый регистр как инструмент оценки показателей онкологической помощи пациентам со злокачественными новообразованиями молочной железы / Л.Л. Степанова, Л.Г. Тесленко, И.В. Цокур // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 172.
173. Старцев, В.Ю. К вопросу организации центров амбулаторной онкологической помощи жителям ленинградской области / В.Ю. Старцев, Г.В. Кондратьев, Н.И. Тяпкин, [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. – 2023. – Т. 8, № 4. – С. 55-65.
174. Старцев, В.Ю. Предложения по оптимизации кадрового оснащения центров амбулаторной онкологической помощи ленинградской области / В.Ю. Старцев, П.С. Кондрашкин, Г.В. Кондратьев // Медицина и организация здравоохранения. – 2025. – Т. 10, № 1. – С. 48-54.
175. Старченко, А.А., Устюгов А.В. Школа эксперта качества онкологической помощи: дефекты оценки эффективности лекарственной терапии (часть 1) // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2023. – № 1. – С. 60-71.
176. Старченко, А.А. Дефекты онкологической помощи, которые грозят медорганизации финансовыми потерями / А.А. Старченко // Здравоохранение. 2019. – № 6. – С. 66-79.
177. Стадченко, Н.Н. Новое в мониторинге предоставления онкологической помощи в Российской Федерации / Н.Н. Стадченко // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 35-37.
178. Странцова, Н. Квалификационные требования к должности врача паллиативной медицинской помощи кабинета паллиативной медицинской помощи онкологического диспансера // Медицинская сестра. – 2020. – Т. 22, № 5. – С. 53-54.

179. Стрельченко, О.В. Информатизация как важнейший фактор успешного развития учреждения здравоохранения / О.В. Стрельченко, [и др.] // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – Т. 39, № 2. – С. 110-115.
180. Суховская, О. А. Консультативная телефонная помощь в отказе от табакокурения больным онкологическими заболеваниями / О. А. Суховская, П. К. Яблонский // Вопросы онкологии. – 2025. – Т. 71, № 3. – С. 702-703.
181. Танташева, А.М. Субъективная оценка пациентами организации онкологической помощи жителям сельской местности / А.М. Танташева, А.А. Вафина // Forcipe. – 2020. – Т. 3, № 1. – С. 612-613.
182. Тилеков, Э.А. Пути улучшения онкологической помощи / Э.А. Тилеков, Д.Д. Ибраимова, О.А. Болбачан, [и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2020. – Т. 6, № 2. – С. 122-131.
183. Тришкин, Д.В. Программное развитие онкологической помощи в вооруженных силах Российской Федерации / Д.В. Тришкин, А.А. Серговенцев, Д.В. Давыдов [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 342, № 12. – С. 4-14.
184. Титенко, З.И. Психологическая помощь медицинской сестры больным с онкологическими заболеваниями / З.И. Титенко, Ю.И. Гайворонская, Ю.Л. Фатнев [и др.] // Вестник научных конференций. – 2022. – № 2-3 (78). – С. 96-98.
185. Тимерзянов, А.И. Оценка онкологической заболеваемости среди лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы // Поволжский онкологический вестник. – 2024. Т. 15, № 1 (58). – С. 72-80.
186. Ткачева, А.Г. Роль системы обязательного медицинского страхования в повышении эффективности оказания онкологической помощи в Челябинской области / А.Г. Ткачева, [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2022. – Т. 3, № 2. – С. 20-29.
187. Тихомирова, А.А. Цифровая медицина - новый уровень развития российского здравоохранения / А.А. Тихомирова, П.Е. Котиков // Аллея науки. – 2018. – Т. 8, № 5 (21). – С. 779-782.

188. Улумбекова, Г.Э. Организация и финансирование онкологической помощи в РФ в 2018-2024 гг. / Г.Э. Улумбекова, Н.В. Альвианская, И.В. Петрачков // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – Т. 8, № 1 (27). – С. 33-74.
189. Фадеева, Е.В. Онкологическая помощь в условиях пандемии COVID-19 // Социологическая наука и социальная практика. – 2021. – Т. 9, № 1 (33). – С. 61-73.
190. Федермессер, А.К. Организация паллиативной медицинской помощи взрослому населению с онкологическими заболеваниями в городе Москве / А.К. Федермессер, Т.В. Кравченко, С.А. Нагуло // Злокачественные опухоли. – 2020. – Т. 10, № 3. – С. 123-124.
191. Фунтикова, Е.Л. Информационная культура пациентов, как фактор своевременности онкологической помощи / Е.Л. Фунтикова, В.А. Козлов, Д.Л. Мушников, [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 7. – С. 135-141.
192. Халадова, Л.М. Состояние онкологической помощи и пути ее совершенствования в РСО-Алания / Л.М. Халадова, В.С. Салагаева, М.В. Калицова // Научный Лидер. – 2024. – № 4 (154). – С. 82-83.
193. Хайлова, Ж.В. Разработка и экспертная оценка мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах Российской Федерации / Ж.В. Хайлова, В.В. Омеляновский, И.А. Михайлов, [и др.] // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2024. – Т. 28, № 4. – С. 116-126.
194. Хайлова, Ж.В. Разработка экспертной анкеты для формирования предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями / Хайлова Ж.В., Каприн А.Д., Михайлов И.А., [и др.] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2024. – № 3 (46). – С. 33-42.

195. Хатьков, И.Е. Онкологическая помощь в Москве // Московская медицина. 2023. № 5 (57). С. 8-14. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / И.Е. Хатьков, А.О. Шахзадова, В.В. Старинский, [и др.] // Сибирский онкологический журнал. 2023. Т. 22. № 5. С. 5-13.
196. Хафизов, М.Г. Современные подходы к формированию системы менеджмента качества и стандартизации процессного подхода в управлении медицинскими организациями / М.Г. Хафизов // Сибирская финансовая школа. – 2017. – № 4 (123). – С. 112-119.
197. Хидиятов, И.Р., Злокачественные новообразования и состояние онкологической помощи населению в республике Татарстан / И.Р. Хидиятов, [и др.] // Поволжский онкологический вестник. – 2020. – Т. 11, № 4 (44). – С. 25-43.
198. Хидишян, Е.А. Состояние онкологической помощи в республике карелии / Е.А. Хидишян, А.А. Рябков, М.В. Кравцова // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 464-466.
199. Хидишян, Е.А. Состояние онкологической помощи в республике Карелии / Е.А. Хидишян, А.А. Рябков, М.В. Кравцова // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № 3. – С. 464-466.
200. Чернусь, Н.Ю. Правовое обеспечение оказания паллиативной помощи онкологическим больным / Н.Ю. Чернусь, [и др.] // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 65-69.
201. Черчинцева, Е.А. Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным в саратовской области / Е.А. Черчинцева, О.М. Конопацкова, Г.М. Евдокимов // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2022. – № 1. – С. 5-8.
202. Черкасов, С.Н. Возрастные особенности потребности в медицинской помощи при онкологических заболеваниях / С.Н. Черкасов, И.Л. Сопова, А.В. Федяева, [и др.] // Вестник Северо-Восточного федерального университета

- им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. – 2020. – № 2 (19). – С. 68-73.
203. Шабунин, А.В. Управленческие технологии расширения доступности онкологической помощи / А.В. Шабунин // Московская медицина. – 2021. – № 5 (45). – С. 30-32.
204. Шахзадова, А.О. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / А.О. Шахзадова, В.В. Старинский, И.В. Лисичникова // Сибирский онкологический журнал. – 2023. – Т. 22, № 5. – С. 5-13.
205. Шипова, В.М. Изменения штатно-нормативного обеспечения оказания онкологической помощи в российской федерации / В.М. Шипова, С.Н. Корецкий, К.А. Васютин // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – Т. 7, № 3 (25). – С. 24-35.
206. Шипова, В.М. Актуальные проблемы планирования онкологической помощи. / В.М. Шипова, Е.А. Берсенева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2020. № 1. С. 4-9.
207. Шахзадова, А.О. Злокачественные новообразования молочной железы в России в 2000-2020 гг. / А.О. Шахзадова, В.В. Старинский // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2022. Т. 11. № 4. С. 46-50.
208. Шинболатова, А.С. Роль центра постдипломного образования в подготовке кадров онкослужбы РК / А.С. Шинболатова, А.Ж. Абдрахманова // Онкология и радиология Казахстана. – 2019. – № 1 (51). – С. 14-17.
209. Шмеркевич, А.Б. Контент реабилитации в континууме онкологической помощи пациентам в ситуациях болезни / А.Б. Шмеркевич, [и др.] // Социология медицины. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 60-64.
210. Шелякин, В.А. Планирование медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в субъектах российской федерации / В.А. Шелякин, С.А. Линник, Д.А. Третьяков, [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2023. – № 1. – С. 60-69.

211. Шмеркевич, А.Б. Формирование континуума онкологической помощи в региональной системе здравоохранения / А.Б. Шмеркевич, Д.Д. Балакина // Главврач. – 2019. – № 11. – С. 42-44.
212. Эртель, Л.А. Организационно-правовые аспекты качества паллиативной помощи больным онкологического профиля на современном этапе / Л.А. Эртель // Социология медицины. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 68-73.
213. Эккерт, Н.В. Оценка информированности пациентов многопрофильного стационара о проблеме внутрибольничной инфекции / Н.В., Эккерт В.А. Бондарева // В мире научных открытий. – 2015. - №12. – С.579-591.
214. Юркевич, Р.Е. Экспертиза качества медицинской помощи пациентам с онкологической патологией / Р.Е. Юркевич, С.В. Широченкова // Вопросы онкологии. – 2024. – Т. 70, № 3. – С. 186.
215. Юрина, В.Ю. Анализ динамики потребности населения в специализированной медицинской помощи при онкологических заболеваниях на территории рязанской области / В.Ю. Юрина, Е.В. Манухина, О.А. Нагибин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2025. – № 1 (84). – С. 24-32.
216. Awareness campaigns and cancer screening (Editorial) // The Lancet Oncology. – 2022. – Vol. 23(7). – P. 829.
217. Baker, G.R. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada // CMAJ. – 2019. – Vol. 170. – P. 1678-1686.
218. Barach, P. Reporting and preventing medial mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems // BMJ. – 2017. – Vol. 320. – P. 759-763.
219. Buckman, R. What you really need to know about cancer: a comprehensive guide for patients and their families. – Baltimore; London: The John Hopkins University Press, 2021. – 364 p.
220. Charon, R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. – Oxford: Oxford University Press, 2016. – 304 p.

221. Code, L. Ecological thinking: the politics of epistemic location. – Oxford: Oxford University Press, 2016. – 344 p.
222. Cox, J.V. Understanding and surviving the transition to value-based oncology. // American Society of Clinical Oncology Educational Book. Published online – 2013.-DOI: https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2013.33.e361.
223. Crawford, R. Healthism and the medicalization of everyday life // International Journal of Health Services. – 2012. – Vol.10(3). – P. 365–388.
224. De Ligt, K.M. International development of a patient-centered core outcome set for assessing health-related quality of life in metastatic breast cancer patients. // Breast Cancer Res Treat. – 2023. – Vol.198(2). – P.265-281.-DOI: <https://doi.org/10.1007/s10549-022-06827-6>.
225. De Vasconcelos, Silva A.C.P. May value-based healthcare practices contribute to comprehensive care for cancer patients? A systematic literature review. // J. Cancer Policy. – 2022. – Vol.34. – P.100350.-DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2022.100350>.
226. Ehrenreich, B. Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America. – New York: Metropolitan Books, 2019. – 214 p.
227. Frank, A. The wounded storyteller. – Chicago: The University of Chicago Press, 2019. – 253 p.
228. From cancer patient to cancer survivor: lost in transition / ed. by Hewitt M. [et al.]. –Washington :The National Academies Press, 2020. – 534 p. – DOI: <https://doi.org/10.17226/11468>.
229. García-Lorenzo, B. Health and economic outcomes for founding medicine on a comparable value: experiences from the VOICE Community in breast and lung cancer. // Int. J. Integr. Care. – 2023. – Vol.23.-DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC23149>.
230. García-Lorenzo, B. European value-based healthcare benchmarking: moving from theory to practice. // Eur. J. Public Health. – 2024. – Vol.34(1). – P. 44-51.-DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad181>.

231. Giroux, L. Taking the lead: dancing with chronic illness. – Kelowna: Northstone, 2020. – 192 p.
232. Gutiérrez-Sánchez, D. The quality of dying and death of advanced cancer patients in palliative care and its association with place of death and quality of care. // J. Hosp Palliat Nurs. – 2021. – Vol.23(3). – P.270.-DOI: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000752>.
233. Guattari, F. The three ecologies. – London: Continuum, 2019. – 136 p.
234. Hales, S. The quality of dying and death in cancer and its relationship to palliative care and place of death. // J. Pain Symptom Manage. – 2014. – Vol.48(5). – P.839-851.-DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2013.12.240>.
235. Holland, J. The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty. – New York: Harper Perennial, 2021. – 368 p.
236. Hudley, C.A. Toward racial justice in linguistics: Interdisciplinary insights into theorizing race in the discipline and diversifying the profession // Language. – 2020. – N 96(4). – P. 200–235.
237. Johansen, N.J. Value-based care in the world-wide battle against cancer. // Cureus. – 2017. – Vol.9(2). – P.039.-DOI:<https://doi.org/10.7759/cureus.1039>.
238. Kastenbaum, R. On our way. The final passage through life and death. – Los Angeles: University of California Press, 2021. – 452 p.
239. Kaufman, Sh. Regarding the rise in autism: vaccine safety doubt, conditions of inquiry, and the shape of freedom // Ethos. – 2021. – N 38(1). – P. 8–32.
240. Kedrowski, K. Cancer activism: gender, media, and public policy. – Urbana; Chicago : University of Illinois Press, 2021. – 210 p.
241. Kedrowski, K. Cancer activism: gender, media, and public policy. – Urbana; Hicago: University of Illinois Press, 2020. – 210 p.
242. Kleinman, A. The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. –New York: Basic Books, 2020. – 305 p.
243. Levinas, E. Useless suffering // The provocation of Levinas: Rethinking the Other. – London: Routledge, 2011. – P. 156–167.

244. Liebscher, A. Effects of battle and journey metaphors on charitable donations for cancer patients. – URL: <https://cognitivesciencesociety.org/cogsci20/papers/0613/0613.pdf> (дата обращения: 22.10.2022).
245. Martin, N.E. Defining a standard set of patient-centered outcomes for men with localized prostate cancer. // Eur Urol. – 2015. – Vol.67(3) – P.460-467.-DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2014.08.075>.
246. Mak, K.S. Defining a standard set of patient-centred outcomes for lung cancer. // Eur Respir J. – 2016. – Vol.48(3) – P.852-860.-DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.02049-2015>
247. Mathew, A. Value-based care in systemic therapy: The Way forward. // Curr Oncol. (Toronto, Ont). – 2022. – Vol.29(8). – P.5792-5799.-DOI: <https://doi.org/10.3390/curroncol29080456>.
248. Morgans, A.K. Development of a standardized set of patient-centered outcomes for advanced prostate cancer: An international effort for a unified approach. // Eur Urol. – 2015 – Vol.68(5) – P.891-898.-DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.06.007>.
249. McCartney, M. The fight is on: military metaphors for cancer may harm patients // BMJ. – 2019. – № 349. – DOI: 10.1136/bmj.g5155
250. McCartney, M. The fight is on: military metaphors for cancer may harm patients // BMJ. – 2020. – N 349. – DOI: 10.1136/bmj.g5155.
251. Metaphor, cancer and the end of life: a corpus-based study / Semino E., Demjén Z., Hardie A., Payne Sh., Rayson P. – New York ; London : Routledge, 2018. – 314 p.
252. Mullan, F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer // New England Journal of Medicine. – 2016. – N 313(4). – P. 270–273.
253. Nelson, A. We live in a death-denying society, and that needs to change. – URL <https://www.mariecurie.org.uk/talkabout/articles/why-do-we-need-to-talk-more-about-dying-and-death/259787> (дата обращения: 28.10.2022).

254. Ong, W.L. A standard set of value-based patient-centered outcomes for breast cancer: The international consortium for health outcomes measurement (ICHOM) initiative. // JAMA Oncol. – 2017. – Vol.3(5). – P.677-685.-DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.4851>.
255. Papavramidou, N.. Ancient Greek and Greco-Roman methods in modern surgical treatment of cancer // Annals of Surgical Oncology. –2019. – N 17(3). – P. 665–667.
256. Perusek, D. Cancer, culture, and individual experience: public discourse and personal affliction // Ethos. – 2019. – Vol. 40(4). – P. 476–506.
257. Pinto, S. Patient and family preferences about place of end-of-life care and death: An umbrella review. // J. Pain Symptom Manage. – 2024. – Vol.67(5). – P.439-452.-DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2024.01.014>.
258. Pramesh, C.S. Priorities for cancer research in low- and middle-income countries: a global perspective. // Nat. Med. – 2022. – Vol.28(4). – P.649-657.-DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01738-x>.
259. Pronovost, P.J. Progress in patient safety: a glass fuller than it seems // Am. J. Med. Qual. 2019. Aug 12. . P. 30-36.
260. Runciman, W.B. Setting priorities for patient safety // Qual. Saf. Health Care. 2019. – Vol. 11. – P. 224-229.
261. Sabet, C.J. Implementing value-based health care in surgical oncology: A pathway to improved outcomes and efficiency. // JCO Oncol Pract. Published online June – 2025.-DOI: <https://doi.org/10.1200/OP-25-00125>.
262. Shrestha, A. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. // Psycho-oncology. – 2019. – Vol.28(7). – P.1367-1380.-DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5054>.
263. Sherry, A.D. Overall Survival and Quality-of-Life Superiority in Modern Phase 3 Oncology Trials: A Meta-Epidemiological Analysis. // JAMA Oncol. Published online June 1, – 2025.-DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2025.1002>.

264. Schultz, J.E. Valid / invalid: women's cancer narratives and the phenomenology of bodily alteration // Tulsa studies in women's literature. – 2018. – Vol. 32/33, N 2/1. – P. 71–87.
265. Skuse, A. Constructions of cancer in early modern England. – London: Palgrave, 2019. – 229 p.
266. Shekelle, P.G. Advancing the science of patient safety // Ann. Intern. Med. 2019. – Vol. 154, № 10. – P. 693-696.
267. Sheikh, A. Safer primary care for all: a global imperative // Lancet Glob. Health. – 2019. – Vol. 1. – P. 182-183.
268. Sontag, S. AIDS and its metaphors. – New York: Farrar, Straus and Giroux, 2016. – 96 p.
269. Sontag, S. Illness as metaphor. – New York: Farrar, Straus and Giroux, 2015. – 87 p.
270. Stacey, J. Teratologies: a cultural study of cancer. – London: Routledge, 1997. – 306 p. TED. – URL: <https://www.ted.com/search?q=cancer> (дата обращения: 28.10.2022).
271. Stafl, A. Evaluation and Management of DES - Exposed Women. J. reprod. Med. - 2010. – V.167, № 6. – P.289-290.
272. Suchman, A.L. Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient // Med Care. – 2017. – V.31, № 12. – P.1083-1092.
273. Sweeng, M.B. Early Detection Breast of Cancer. - Berlin, 2015.— P.36-40.
274. Tubar, L. New paradigm: breast cancer a progressive disease, not systemic from inception // Oncology News. – 2018. – V.2. – P.1-3.
275. Thomas, D.B. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Methodology and preliminary results // J. Nat. Cancer Inst. – 2016. – V.89. – P.355-365.
276. Torio, Durantez J. The physician-patient relationship and clinical interview (11): the opinion and preferences of physicians // Aten Primaria.-2017.— V.19, № 1.— P.27-34.

277. Vincent, C. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review // BMJ. – 2021. – Vol. 322. – P. 517-519.
278. Wachter, R.M. Strategies to improve patient safety: the evidence base matures // Ann. Intern. Med. 2019, Mar 5. – Vol. 158, № 5. Pt. 1. – P. 350-352.
279. Wachter, R.M. Strategies to improve patient safety: the evidence base matures // Ann. Intern. Med. – 2013, Mar 5. – Vol. 158, № 5. Pt. 1. – P. 350-352.
280. Williams, C.P. Importance of quality-of-life priorities and preferences surrounding treatment decision making in patients with cancer and oncology clinicians. // Cancer. – 2020. – Vol.126(15). – P.3534-3541.-DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.32961>.
281. Wolosin, R.S. Effects of cooperation and competition on responsibility attribution after succes and failure // J. of Experimental Social Psychology. – 2010. – V.25. – P.151-178.
282. Wu, C.C. Factors contributing to the accuracy in diagnosing ovarian malignancy by color doppler ultrasound // Obstetrics gynecology. – 2014.- V. 84, № 4. – P. 605-609.
283. Woloshynowych, M. The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare // Health Technol. Assess. – 2015. – Vol. 9, № 19. – P. 110-143.
284. Young, R.C. Value-based cancer care. // N. Engl. J. Med. – 2015. – Vol.373(27): P.2593-2595.-DOI: <https://doi.org/10.1056/NE-JMp1508387>.
285. Zippin C., Petrakis N. Jdentification of Hign Risk Groups in Breast Cancer // Cancer. – 2010. – V.28, № 6.- P.1381-1387.
286. Zerillo, J.A. An international collaborative standardizing a comprehen-sive patient-centered outcomes measurement set for colorectal cancer. // JAMA Oncol. – 2017. – Vol.3(5). – P.686-694.-DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2017.0417>.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВА – Врачебная амбулатория

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГМО – государственная медицинская организация

ИТ – Информационные технологии

МЗ – Министерство здравоохранения

МИС – Медицинская информационная система

МИАЦ – медицинский информационно-аналитический центр

МО – Медицинская организация

МП – Медицинская помощь

МУ – Медицинская услуга

МСП – медико-социальный потенциал

ПГГ – Программа Государственных гарантий

ПВМСП - Первичная врачебная медико-санитарная помощь

ПДМСП – Первичная доврачебная медико-санитарная помощь

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

ПСМСП - Первичная специализированная медико-санитарная помощь

РБ – Районная больница

РФ – Российская Федерация

СТ – Сельская территория

СМП – Скорая медицинская помощь

ФАП – Фельдшерско-акушерский пункт

ЦФО – Центральный федеральный округ

ЧМО – частная медицинская организация

ЕГИСЗ – единая государственная информационная система здравоохранения

РТП – ресурсно-технологический потенциал

ЗНО – злокачественное новообразование

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

НСИ – нормативно-справочная информация

ФФСН – федеральная форма статистического наблюдения

ЦАОП – центр амбулаторной онкологической помощи

Анкета для экспертов «Мнение экспертов о критериях оценки регионального потенциала и результативности онкологической помощи»

1. Просим Вас высказать мнение о критериях оценки медико-социального потенциала онкологической помощи (в случае согласия поставить знак «+», не согласия знак «-») «

Параметры	Согласен	Не согласен
Онкоинформированность		
Медактивность		
Здоровьесбережение		
Мотивационно-ценностный		
Коммуникативный		
Семейной адаптации		

2. Просим Вас высказать мнение о критериях оценки медико-социальной результативности онкологической помощи (в случае согласия поставить знак «+», не согласия знак «-») «

Параметры	Согласен	Не согласен
Онкограмотность		
приверженность лечению		
своевременность обращений		
удовлетворенность помощью		
доверие к здравоохранению		
качество жизни		

3. Просим Вас высказать мнение о критериях оценки ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи (в случае согласия поставить знак «+», не согласия знак «-») «

Параметры	Согласен	Не согласен
кадровый потенциал		
материально-технический		
лекарственного обеспечения		
организации маршрутизации пациентов		
качества организации помощи		
качества оказания помощи		
качества контроля оказания помощи		
качества цифровых технологий		
имидж учреждения		

4. Просим Вас высказать мнение о критериях оценки структурной результативности онкологической помощи (в случае согласия поставить знак «+», не согласия знак «-»)

Параметры	Согласен	Не согласен
Качество маршрутизации пациентов, оценка уровня оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю		
качество ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям		
деятельность по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей		
кадровое обеспечение системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи		
уровень автоматизации процессов оказания медицинской помощи		
полнота и правильность ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи		
уровень лекарственного обеспечения пациентов по профилю		
количество и качество дистанционных консультаций		
эффективность внедрения и применения клинических рекомендаций		

Сведения об эксперте _____

ПРИЛОЖЕНИЕ II

Карта экспертной оценки медицинской, медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи в субъекте РФ

1. Оцените уровень достижения медицинской результативности (целевых показателей) в субъектах ЦФО РФ (в случае достижения показателей поставить в ячейке знак «+», не достижения знак «-»)

Субъекты РФ	Достижение целевых показателей						Примечание
	1	2	3	4	5	6	
Москва							
Московская							

Белгородская							
Брянская							
Владимирская							
Воронежская							
Ивановская							
Калужская							
Костромская							
Курская							
Липецкая							
Орловская							
Рязанская							
Смоленская							
Тамбовская							
Тверская							
Тульская							
Ярославская							

Примечание:

- 7- Смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. населения;
- 8- Смертность от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения;
- 9- Доля выявленных активно, %;
- 10- Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением, %;
- 11- Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году), %;

12- Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %.

2. Оцените уровень структурной результативности в субъектах РФ (в случае достижения показателей поставить в ячейке знак «+», не достижения знак «- «)

[illegible]

Примечание:

1 - оценка качества маршрутизации пациентов, оценка уровня оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю;

2 - оценка качества ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям;

3 - оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей;

4 - оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи;

5 - оценка уровня автоматизации процессов оказания медицинской помощи;

6 - оценка полноты и правильности ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи;

7 - оценка уровня лекарственного обеспечения пациентов по профилю;

8 - оценка системы контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю;

9 - оценка количества и качества дистанционных консультаций;

10 - оценка эффективности внедрения и применения клинических рекомендаций.

4.Оцените уровень медико-социальной результативности в субъектах РФ (в %)

Субъекты	Оценка реализации компонентов медико-социальной результативности, %					
	1	2	3	4	5	6
Москва						
Московская						
Белгородская						
Брянская						
Владимирская						
Воронежская						
Ивановская						

Калужская						
Костромская						
Курская						
Липецкая						
Орловская						
Рязанская						
Смоленская						
Тамбовская						
Тверская						
Тульская						
Ярославская						

Примечание: 1 Онкограмотность 2 приверженность лечению 3 своевременность обращений 4 удовлетворенность помощью 5 доверие к здравоохранению 6 качество жизни

Сведения об эксперте _____

ПРИЛОЖЕНИЕ III

Карта экспертной оценки медико-социального и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъекте РФ

1. Оцените уровень медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах РФ (в%)

Субъекты	Оценка реализации компонентов медико-социального потенциала, %						
	1	2	3	4	5	6	7
Москва							
Московская							

Белгородская							
Брянская							
Владимирская							
Воронежская							
Ивановская							
Калужская							
Костромская							
Курская							
Липецкая							
Орловская							
Рязанская							
Смоленская							
Тамбовская							
Тверская							

Примечание: 1 - Онкоинформированность; 2 - Медактивность; 3 - Здоровьесбережение; 4 - Мотивационно-ценностный; 5 - Коммуникативный; 6 - Семейной адаптации; 7 – интегральная оценка.

2. Укажите сильные и слабые стороны, угрозы и возможности развития медико-социального потенциала онкологической помощи регионов ЦФО

Слабые стороны. Угрозы	Сильные стороны. Возможности

[illegible]

Примечание: 1 - кадровый потенциал; 2 - материально-технический; 3 – лекарственного обеспечения; 4 - организации маршрутизации пациентов; 5 - качества организации помощи; 6 - качества оказания помощи; 7 - качества контроля оказания помощи; 8 - качества цифровых технологий; 9 - имидж учреждения; 10 – интегральная оценка.

4. Укажите сильные и слабые стороны, угрозы и возможности развития ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи регионов ЦФО

Слабые стороны. Угрозы	Сильные стороны. Возможности

5. Укажите значимость проблем – общих для оказания онкологической помощи в условиях регионов

Проблемы	Значимость
Уровень автоматизации процессов оказания медицинской помощи	
Кадровое обеспечение системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи	
Количество и качество дистанционных консультаций	
Полнота и правильность ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи	
Эффективность внедрения и применения клинических рекомендаций.	
Качество ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям	
Уровень лекарственного обеспечения пациентов по профилю	
Система контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю	
Качество маршрутизации пациентов	
Деятельность по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей	

Сведения об эксперте _____

ПРИЛОЖЕНИЕ IV

Карта интегральной оценки медико-социального потенциала онкологической помощи в субъекте РФ

Компонент потенциала	Оценка в баллах	Индекс реализации
Онкоинформированности		
Медактивности		
Здоровьесбережения		
Мотивационно-ценностный		
Коммуникативный		
Семейной адаптации		
Онкоинформированности		

Сведения об эксперте _____

ПРИЛОЖЕНИЕ V

Карта интегральной оценки ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъекте РФ

Компонент потенциала	Оценка в баллах	Индекс реализации
1.Кадровый		
2.Материально-технический (основных средств)		
3.Оборотных средств (лекарственного обеспечения, расходных материалов)		
4.Организация маршрутизации пациентов		
5.Качество организации помощи		
6.Качество оказания помощи		

7.Качество контроля оказания помощи		
8.Качество цифровых технологий		
9.Имидж медицинских услуг		
10. Имидж персонала		
11.Имид сервисных услуг		

Сведения об эксперте _____

ПРИЛОЖЕНИЕ VI

Карта экспертной оценки условий, оказания и организации онкологической помощи**1.Оцените качество организации онкологической помощи населению в амбулаторных условиях**

Оценочные параметры	Количество дефектов
Соответствие времени ожидания пациентов в регистратуре установленным нормативам	
Соответствие времени ожидания приема врача установленным нормативам	
Качество информирования пациента о возможности выбора организации и врача	
Качество медицинского информирования пациентов при оформлении добровольного информированного согласия	
Качество оформления учетной медицинской документации	
Наличие плана обследования пациента и согласование его с пациентом	
Соответствие организации помощи Порядкам оказания	
Обеспечение пациента маршрутным листом и средствами навигации по специалистам поликлиники	
Обеспечение пациентов информацией о специалистах оказывающих	

помощь, их квалификации	
Обеспечение пациентов информацией об организации в которой оказывается помощь, правилах поведения в ней	
Обеспечение условий безопасности для пациентов, соблюдение СанПинов	
Соблюдение сроков информирования об уточненном диагнозе	
Качество использования телемедицинских технологий	
Своевременность и полнота занесения сведений о пациенте в МИС	
Обеспечение мониторинга лабораторных показателей	
Соблюдение сроков проведения инструментальных и лабораторных исследований	
Соблюдение сроков проведения онкологического консилиума	
Соблюдение порядка оформления рецептов	
Качество оформления документов на МСЭК	
Качество оформления динамического наблюдения пациентов	
Качество оформления отказов пациентов от лечения	
Качество оформления санитарно-просветительной работы с населением и пациентами	
Удовлетворенность пациентов оказанной помощью	
В целом по всем параметрам	

2. Оцените качество организации онкологической помощи населению в условиях стационара

Оценочные параметры	Количество дефектов
Соответствие времени ожидания приема врача приемного отделения установленным нормативам	

Качество медицинского информирования пациентов при оформлении добровольного информированного согласия	
Качество оформления учетной медицинской документации	
Наличие плана обследования и лечения пациента, согласование его с пациентом	
Соответствие организации помощи Порядкам оказания	
Обеспечение пациента маршрутным листом по стационару	
Обеспечение пациентов информацией о специалистах оказывающих помощь, их квалификации	
Обеспечение пациентов информацией об организации в которой оказывается помощь, правилах поведения в ней	
Обеспечение условий безопасности для пациентов, соблюдение СанПинов	
Своевременность и полнота занесения сведений о пациенте в МИС	
Соблюдение сроков проведения инструментальных и лабораторных исследований	
Соблюдение сроков проведения онкологического консилиума	
Качество оформления документов на МСЭК	
Качество оформления отказов пациентов от лечения	
Качество организации лечебного питания пациентов	
Качество организации ухода за пациентами	
Возможность получения дополнительных услуг (помощи) пациентами	
Удовлетворенность пациентов оказанной помощью	
В целом по всем параметрам	

3. Оцените уровень онконастороженности врачей

Критерий	Оценка в баллах
ценностно-мотивационный	1 2 3 4 5
прогностический	1 2 3 4 5
анамнестический	1 2 3 4 5
диагностический	1 2 3 4 5
гностический	1 2 3 4 5
манипуляционный	1 2 3 4 5
организационный	1 2 3 4 5
просветительный	1 2 3 4 5
коммуникационный	1 2 3 4 5
психологический	1 2 3 4 5

4. Информация о качестве медицинской помощи по компонентам (диагностика, лечение, исход, сроки, диагноз) и этапам помощи (амбулаторный, стационарный, реабилитация)

	Этапы помощи		
1. Оценка набора диагностических мероприятий (ОНДМ)	1	2	3
-Обследование проведено полностью по стандарту	1,0	1,0	1,0
-Обследование проведено не в полном соответствии со стандартом, что не повлекло за собой ухудшения состояния больного, не отразилось на клиническом диагнозе	0,75	0,75	0,75
- Неполный объем, несвоевременность обследования или консультативной помощи, повлекший за собой ухудшение состояния больного и отразившиеся на клиническом диагнозе	0,5	0,5	0,5
- Диагностическое обследование не проводилось	0	0	0
2. Оценка набора лечебно-оздоровительных мероприятий (ОНЛМ)			
- Набор лечебно-оздоровительных мероприятий выполнен полностью	1,0	1,0	1,0

- Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены не в полном соответствии со стандартом, что не отразилось на исходе заболевания	0,75	0,75	0,75
- Неадекватное, несвоевременно начатое лечение, повлекшее за собой ухудшение состояния больного	0,5	0,5	0,5
- Лечебно-оздоровительные мероприятия не проводились	0	0	0
3. Оценка исходов заболевания (Оисх.)			
-Выздоровление, компенсация хронического заболевания, достижение ожидаемого результата	1,0	1,0	1,0
-Ожидаемый по стандарту результат не достигнут	0,5	0,5	0,5
-Летальный исход по вине врача	0	0	0
4. Оценка сроков лечения (Осроков)			
-Сроки лечения соответствуют стандартам (нормативам, средним срокам лечения)	1,0	1,0	1,0
- Необоснованное превышение или сокращение сроков лечения свыше 25% от стандарта	0	0	0
-Необоснованное превышение или сокращение соков лечения свыше 30%	0	0	0
5. Оценка диагноза (ОД)			
-Представлен в полном объеме	1,0	1,0	1,0
-Неполно представлен, не вынесены диагнозы сопутствующих заболеваний	0,5	0,5	0,5
-Отсутствие развернутого клинического диагноза с отражением стадии, фазы, локализации, нарушения функции	0	0	0

5. Информация о качестве медицинской помощи по свойствам (1.Не реализовано; 2. Частично;

3. Полностью реализовано)

Свойство качества медицинской помощи	Этапы помощи		
	Амбулаторны й	Стационарны й	Реабилитацио нный
Удовлетворенность больного			
Профессиональная компетентность			
Результативность			
Эффективность			

Оптимальность			
Достаточность			
Межличностное взаимодействие			
Безопасность			
Экономичность			
Своевременность			
Действенность			
Доступность			
Адекватность			
Преемственность и непрерывность			
Уникальность			
Удобство			
Научно-технический уровень			
Удовлетворенность врача			

6. Причины снижения уровня качества: 1. недостаток информации; 2. низкая культура учреждения; 3- нарушение законов и других нормативных актов; 4 –недостаточное финансирование лечебных учреждений; 5- халатное отношение персонала учреждения к своим обязанностям; 6- неблагоприятный социально-психологический климат в коллективе учреждения

Подпись эксперта _____

ПРИЛОЖЕНИЕ VII

Анкета мнение групп общественности

(оценка пациентами, поставщиками ресурсов, руководителями органов управления здравоохранением, представителями общественных организаций имиджа онкологической службы)

Выскажите мнение о имидже онкологической службы, сделав отметку в одной из градаций

Компоненты и субкомпоненты потенциала	Оценочное суждение
Имидж медицинских услуг	1. Положительный – 5б 2. Ближе к положительному – 4б 3. Ближе к негативному – 3 б 4. Негативный – 1 б

Имидж медицинского персонала	1. Положительный – 5б 2. Ближе к положительному – 4б 3. Ближе к негативному – 3 б 4. Негативный – 1 б
Имидж сервисных услуг	1. Положительный – 5б 2. Ближе к положительному – 4б 3. Ближе к негативному – 3 б 4. Негативный – 1 б

ПРИЛОЖЕНИЕ VIII

Анкета для медицинских работников

Уважаемые коллеги ! Просим Вас принять участие в комплексном социально-гигиеническом исследовании «Формирование политики здравоохранения в части онкологической помощи населению на региональном уровне», целью которого является: на основе комплексного анализа работы онкологической службы Ивановской области научно обосновать и выработать основные положения политики здравоохранения в части онкологической помощи на региональном уровне.

Вам предлагается ответить на вопросы анкеты.

Польза исследования: результаты исследования послужат научным основанием для разработки политики здравоохранения в части онкологической помощи населению на региональном уровне.

Исследователи гарантируют Вам конфиденциальность полученной в ходе исследования информации и не разглашение ее третьим лицам.

Участие в данном исследовании носит добровольный характер и Вы можете отказаться от участия в нем на любом этапе, а также не отвечать на вопросы, которые могут нарушить Ваши права, как личности и гражданина.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

1. медико-биологический потенциал. 1.Пол 1. муж. 2. жен. 2.Возраст (лет): 1. - до29 (1 балл); 2 - 30-39 (3 балла); 3- 40-49 (3 балла); 4 - 50-59 (2 балла); 5 - 60 и старше (1 балл). 3.Уровень здоровья: 1. плохое (3 группа здоровья) (1 балл); 2- удовлетворительное (2 группа здоровья, часто болеете острыми заболеваниями) (2 балла); хорошее (1-я группа здоровья) (3 балла). 4.Медицинская активность: 1. низкая (1 балл); 2. средняя (2 балла); 3. высокая (3 балла).

2. инновационный потенциал. 1.Как часто Вы посещаете научно-практические конференции: 1. регулярно все проводимые конференции (3 балла); 2. часть конференций (50-99% от их числа), иногда (2 балла); 3. крайне редко посещаете (менее 50% от их числа) или не посещаете их (1 балл). 2.Как часто и в каком объеме Вы знакомитесь с новинками мед. литературы: 1. используете только один источник (например, журналы), не чаще 1 раза в год (1 балла); 2. используете 2 источника, чаще 2 раз в год (2 балла); 3. используете все возможные источники информации (ежемесячно) (3 балла). 3.Имеются ли у Вас рационализаторские предложения, изобретения: 1. да, более одного, они успешно внедрены (5 баллов); 2. да, одно, оно успешно внедрено (или более одного, но не внедрены) (2 балла); 3. нет (1 балл). 4.Проводите ли Вы научные исследования: 1. да (2 балла); 2. нет (1 балл). 5.Трудно ли Вы адаптируетесь к нововведениям: 1. да (1 балл); 2. нет (2 балла). 6.Уверенны ли Вы в себе: 1. уверенны (2 балла); 2. не уверены (1 балл).

3. социальный потенциал. 1.Оцените свое экономическое положение: 1. тяжелое (ниже прожиточного минимума)(1 балл); 2.удовлетворительное (на уровне прожиточного минимума) (2 балла); 3. хорошее (выше уровня прожиточного минимума) (3 балла). 2. Оцените уровень Ваших бытовых условий проживания: 1. неудовлетворительные (не соответствуют гигиеническим нормам) (1 балл); 2. удовлетворительные (соответствуют гигиеническим нормам) (2 балла); лучше гигиенического минимума (3 балла). 3.Семейное положение: 1. не замужем (не женат)(2 балла); 2. разведен, вдовец (ва) (1 балл); 3. замужем (женат) (3 балла). 4. Взаимоотношения в семье:1. плохие, часто бывают разногласия, скандалы (1 балл); 2.бывают редкие разногласия (2 балла); 3. хорошие (3 балла).

4. трудовой потенциал. 1.Стаж работы по специальности (лет): 1. до5 (1 балл); 2. 5-10 (2 балла); 2. 10-15 (3 балла); 3. 15-20 (3 балла); 4. 20 и более (2 балла). 2.Уровень квалификации: 1. нет (1 балл);2. 2-я (1 балл); 3. 1-я категория (2 балла); 4. высшая категория (3 балла). 3. Время после последнего повышения квалификации (лет): 1. 1-2 года (3 балла); 2. 3-4 года (2 балла); 3. 5 и более лет (1 балл). 4.Укажите уровень коэффициента вашей профессиональной подготовленности (определяется по тесту): менее 0,5 (знаете и умеете менее 50% вопросов)(1 балл); 0,5-0,75 (знаете и умеете по 50-75% вопросов) (2 балла); 0,75 и более (знаете и умеете по более75% вопросов)(3 балла). 5.Дисциплинированность: 1. высокий уровень дисциплинированности (нет взысканий, много поощрений и благодарностей) (3 балла); 2. средний уровень (имеются устные замечания, поощрений нет) (2 балла); 3. низкий (имеется выговор, опоздания на работу)(1 балл). 6.Знание своих прав и обязанностей, нормативно-правовой аспект своей деятельности: 1. высокий (знаете наизусть должностную инструкцию, прекрасно ориентируетесь в вопросах трудового и медицинского права)(3 балла); 2. средний (знаете основные положения должностной инструкции, имеете общие представления по

вопросам трудового и медицинского права) (2 балла); 3. низкий (имеете смутные представления об должностных обязанностях, не знакомы с нормами права)(1 балл). 7.Входит ли работа в спектр ваших приоритетных жизненных ценностей: 1. да (2 балла); 2. нет (1 балл). 8.Удовлетворены ли Вы выбранной специальностью: 1. да полностью (3 балла); 2. да, частично (2 балла); 3. нет(1 балл). 9.Удовлетворены ли Вы настоящей работой: 1. да полностью (3 балла); 2. да, частично (2 балла); 3. нет(1 балл). 10. Связываете ли Вы свое профессиональное будущее с данной профессией: 1. да (2 балла); 2. нет (1 балл). 11.Склонны ли Вы избегать острые ситуации: 1. да (1 балл); 2. нет (2 балла). 12.Умеете ли Вы справляться со стрессами: 1. да (2 балла); 2. нет (1 балл). 13.Умеете ли Вы рационально использовать время: 1. да (2 балла); 2. нет (1 балл). 14.Ощущаете ли Вы в себе чувство ответственности за выполнение своей работы: 1. да, выражено (2 балла); 2. нет (были случаи жалоб, нареканий, ошибок в работе)(1 балл).15.Имеете ли Вы сертификат специалиста: 1. да (2 балла); 2. нет (1 балл).

5. уровень результативности Вашей профессиональной деятельности: 1. Ниже, чем в среднем по Вашему учреждению; 2. Аналогично средним значениям по учреждению; 3. Выше, чем средние значения по учреждению.

ПРИЛОЖЕНИЕ IX

Анкета для пациентов онкологического профиля

Уважаемые пациенты! Просим Вас принять участие в комплексном социально-гигиеническом исследовании «Формирование политики здравоохранения в части онкологической помощи населению на региональном уровне», целью которого является: на основе комплексного анализа работы онкологической службы Ивановской области научно обосновать и выработать основные положения политики здравоохранения в части онкологической помощи на региональном уровне. Вам предлагается ответить на вопросы анкеты.

ВОПРОСЫ АНКЕТЫ

1. Повод обращения в данное медучреждение: 1- консультация; 2- диагностическое обследование; 3 – лечение; 4 - реабилитация.

2. Почему Вы обратились за помощью именно в это медучреждение: 1- прикреплен (а) территориально; 2- лучше сервис; 3- лучше качество диагностики; 4 – лучше качество лечения; 5 – более высокая квалификация врачей; 6 – приемлемые цены на услуги; 7 – индивидуальный подход к пациенту; 8 – удобный график работы; 9 – наиболее доступно.

3. Потенциал пациента

1. медико-биологический потенциал:

1. Пол: 1- м; 2- ж;

2. Возраст: 1 - до 30 лет; 2- 30-50 лет; 3 – старше 50 лет.

3. Семейный статус: 1. В браке, без детей 2. В браке, 1-2 ребенка 3. В браке, 3 и более детей; Одинокие 3.

4. Личные ограничения для получения медицинской помощи и выполнения медицинских рекомендаций: 1. У вас имеются выраженные личные ограничения для получения медицинской помощи (подчеркните какие: значительное снижение подвижности и др. физические дефекты (нарушения зрения, слуха, беспокоит сердце, одышка), психологические и мировоззренческие (расстройства памяти, внимания, слабая сила воли, не любите ходить по больницам, не хотите ощущать себя больным, не доверяете врачам, не нравится психологическая атмосфера лечебного учреждения), социальные (злоупотребление алкоголем, высокая занятость на работе и дома), 2. У Вас имеются не выраженные личные ограничения, 3. У Вас нет личных ограничений.

2. социальный потенциал:

1. Уровень образования: 1. низкий (среднее и ниже среднего); 2. средний (средне-специальное); 3. высокий (высшее); 4. повышенный (имеете ученую степень);

2. Место проживания: 1. сельская местность; 2. городская окраина, районный центр; 3. центр города; 3

3. Ваше материальное положение: 1- трудное (уровень дохода на одного члена вашей семьи меньше прожиточного минимума); 2 – среднее (уровень дохода на одного члена вашей семьи примерно соответствует прожиточному минимуму); 3 – хорошее (уровень дохода на одного члена вашей семьи значительно превышает прожиточный минимум).

4. Социальный статус: 1. Безработные, студенты; 2 Рабочие; 3 Служащие; 4 Предприниматели, 5. самозанятые; 6. Медицинские работники; 7. Пенсионеры;

5. Уровень медицинской активности: 1. низкий (не обращаетесь своевременно за медицинской помощью, не выполняете назначения врача, не соблюдаете режим, способствующий сохранению здоровья), 2. средний (выполняете вышеуказанные мероприятия, но не в полном объеме), 3. высокий (выполняете вышеуказанные мероприятия, но не в полном объеме).

6. Уровень использования вами средств и методов саморазвития по вопросам сохранения и укрепления здоровья, предупреждения обострений заболеваний: использования вами печатных источников для повышения медицинской информированности: 1. низкий, 2. средний, 3. высокий

7. Уровень Вашей удовлетворенности оказанной медицинской помощью: в поликлинике – 1. полностью удовлетворены, 2. частично удовлетворены, 3. не удовлетворены; в стационаре – 1. полностью удовлетворены, 2. частично удовлетворены, 3. не удовлетворены; на уровне оказания скорой медицинской помощи – 1. полностью удовлетворены, 2. частично удовлетворены, 3. не удовлетворены; на уровне оказания реабилитационной помощи – 1. полностью удовлетворены, 2. частично удовлетворены, 3. не удовлетворены.

8. Причины неудовлетворенности: 1. низкая результативность; 2. низкая доступность; 3. не полная реализация Ваших прав как пациента; 4. нарушение этики отношений; 5. плохая организация помощи и условий.

9. Медицинская информированность, грамотность, осведомленность. Выскажите мнение относительно своих знаний и навыков по вопросам профилактики злокачественных новообразований и получения онкологической помощи, отметив вариант ответа.

Вопросы	Оценка
Общие знания об опухолях, видах и понимание причин их появления	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
Понимание сути и наличие навыков образа жизни, снижающего риски злокачественных новообразований	1.ничего не понимаете 2. частично; 3. полное
Понимание сути и наличие навыков самообследования тела на наличие опухолевых образований	1.ничего не понимаете 2. частично; 3. полное
Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации на предмет проведения скрининга на онкопатологию	1.ничего не понимаете 2. частично; 3. полное

Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации на предмет проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в женских консультациях	1.ничего не понимаете 2. частично; 3. полное
Понимание сути и наличие навыков правильного питания, снижающего риски злокачественных новообразований	1.ничего не понимаете 2. частично; 3. полное
Понимание сути и наличие навыков по получению информации о предупреждении развития онкозаболеваний	1.ничего не понимаете 2. частично; 3. полное
Навык идентификации и отказ от методов оздоровления, лечения с недоказанной эффективностью	1.не владеете; 2. частично; 3. уверенно владеете
Приверженность выполнению рекомендаций врачей по профилактике, лечению в связи с онкозаболеваниями	1.высокая; 2. средняя; 3. низкая
Понимание сути и наличие навыков обращений в медицинские организации при появлении первых признаков заболеваний, отказ от самолечения и тактики «выжидания»	1.ничего не понимаете 2. частично; 3. полное
Общие сведения об опухолях	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О факторах риска развития онкопатологии	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О признаках, симптомах злокачественных новообразований	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О порядке и правилах самоосмотра на онкопатологию	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное

О специалистах и медицинских организациях оказывающих помощь по профилактике, диагностике и лечению онкопатологии, консультированию по месту жительства	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О частоте и задачах прохождения периодического медицинского осмотра	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О скринингах на онкопатологию и необходимости их прохождения	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О важности своевременного обращения к врачу для возможности исцеления	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О маршруте обращений за медицинской помощью в случае появления подозрений на онкологию	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О мероприятиях, проводимых государством, региональными и муниципальными властями, общественными организациями по борьбе с раком и факторами риска его развития	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О современных возможностях излечения онкопатологии	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О достоверных источниках информации об онкозаболеваниях, их профилактике, лечении	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О правах в части получения медицинской и социальной помощи при развитии рака	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
О социально-психологических, правовых, этических аспектах взаимодействия в связке онкобольной – врач – семья – социальные группы	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное

О благотворительности и волонтерстве онкологической направленности	1.ничего не знаете; 2. частично; 3. полное
--	--

10. Оцените уровень вашей активности по здоровьесбережению: 1. Ведете здоровый образ жизни, не имеете вредных привычек, следите за здоровьем, бережете его; 2. Имеете вредные привычки, иногда вспоминаете о здоровье, когда что-то беспокоит, 3. Ничего не предпринимаете в отношении сохранения здоровья – будь что будет.

11. Оцените уровень своей мотивации к сохранению здоровья: 1. Здоровье для Вас высшая ценность и Вы все сделаете, чтобы его сохранить. 2. Здоровье для Вас приоритетная ценность, но у вас нет времени им заниматься; 3. Здоровье – это надуманная ценность, есть ценности более важные.

12. Оцените уровень использования Вами методов коммуникации с медицинскими работниками: 1. Вы владеете компьютером, мобильным телефоном и уверенно можете взаимодействовать с медицинскими работниками в дистанционном формате, записываться на прием; 2. Вы не уверенно владеете компьютерными средствами коммуникации; 3. Вы не владеете средствами коммуникации.

13. Оцените уровень вашей семейной адаптации после постановки онкологического диагноза: 1. Прошла благополучно; 2. Были срывы и недопонимание; 3. Были трудности.

14. Опишите модель вашего поведения после того, как узнали о диагнозе: 1. Стали выполнять рекомендации врачей и проходить обследование и лечение; 2. Думали, как поступить какое-то время, искали лучшие варианты; 3. Опустили руки – ничего не предпринимали, ждали.

Благодарим за участие в опросе

И.о. Директора департамента здравоохранения Ивановской области



УТВЕРЖДАЮ

И.Е. Волков

«7» сентября 2023 года»

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ ПОЛИТИКИ
РЕСУРСОСБЕРЕЖЕНИЯ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ (НА ПРИМЕРЕ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

**(Информационно - методическое письмо для руководителей учреждений
здравоохранения, преподавателей и слушателей ФППОВ)**

Иваново - 2023



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Шереметьевский пр-т, д.1, г. Иваново, 153000

☎ (4932) 59-48-20, факс 59-48-21

E-mail: dzo@ivreg.ru

09.12.2025 № 14607

**Справка
о внедрении результатов исследования в клиническую практику**

Выдана соискателю ученой степени доктора наук, Козлову Владимиру Александровичу, свидетельствующая о том, что результаты диссертационного исследования на тему «Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне», по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (Медицинские науки) используются в клинической практике при оказании онкологической медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях Ивановской области.

В ходе выполнения диссертационного исследования Козловым В.А. создана организационно-методическая основа для проведения интегральной оценки и мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи, включающая: инструменты и методы, алгоритм сбора и регистрации данных, их интерпретации, функционально-должностное распределение компетентностей ответственных лиц, автоматизированную платформу обработки данных, также разработана, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи с учетом вызовов и трансформаций регионального уровня включающая 5 блоков: прогнозно-аналитический, ресурсный, технологический, информационный, социальный, имиджевый. По результатам исследования Козловым В.А. научно-обоснована и разработана ресурсно-технологическая матрица формирования потенциала онкологической помощи населению в субъектах здравоохранения ЦФО России.

**Исполняющий обязанности директора
Департамента здравоохранения
Ивановской области**



М.В. Серёдкина

Департамент здравоохранения Ивановской области
Областное бюджетное учреждение здравоохранения
Ивановский областной онкологический диспансер

г. Иваново, ул. Любимова, д.5, тел./факс +7 (4932) 56-63-77, 56-23-12, e-mail: onko@onco37 Ivanovo.ru

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
ОБУЗ «Ивановский областной
онкологический диспансер»
Козлов В.А.

20.09.2018

АКТ

внедрения результатов выполнения НИР в практическое здравоохранение

Настоящим актом подтверждаю внедрение результатов исследования «Научные основы формирования региональной политики здравоохранения в части онкологической помощи», разработанных группой авторов (к.м.н. Козлов В.А., д.м.н. Поляков Б.А., к.м.н. Мушников Д.Л.).

Разработана и внедрена на базе ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» (г. Иваново) медико-организационная модель формирования региональной политики здравоохранения в части онкологической помощи, включающая выделение 4 компонентов, методику интегральной оценки успешности реализации региональной политики онкологической помощи, методику интегральной оценки эффективности использования кадрового ресурса онкологической службы, методику оценки эффективности использования материального технических ресурсов, методику интегральной оценки репутации и имиджа службы, методику интегральной оценки качества организации онкологической службы.

Ответственное лицо за внедрение – Данилова Е.В., зам. главного врача по организационно-методической работе

Департамент здравоохранения
Ивановской области
Областное бюджетное
учреждение здравоохранения
**"ИВАНОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА"**
(ОБУЗ «ИвОКБ»)

Любимова ул., д. 1, Иваново, 153040
Тел. (4932) 56-22-48, факс (4932) 54-24-58
E-mail: okb@ivreg.ru

№ 1919 от «30» 12 2025 г.

**Справка
о внедрении результатов исследования в клиническую практику**

Выдана соискателю ученой степени доктора наук, Козлову Владимиру Александровичу, свидетельствующая о том, что результаты диссертационного исследования на тему «Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне», по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (Медицинские науки) используются в клинической практике при оказании онкологической медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях Ивановской области.

В ходе выполнения диссертационного исследования Козловым В.А. создана организационно-методическая основа для проведения интегральной оценки и мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи, включающая: инструменты и методы, алгоритм сбора и регистрации данных, их интерпретации, функционально-должностное распределение компетенций ответственных лиц, автоматизированную платформу обработки данных, также разработана, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи с учетом вызовов и трансформаций регионального уровня включающая 5 блоков: прогностно-аналитический, ресурсный, технологический, информационный, социальный, имиджевый. По результатам исследования Козловым В.А. научно-обоснована и разработана ресурсно-технологическая матрица формирования потенциала онкологической помощи населению в субъектах здравоохранения ЦФО России.

Главный врач



И.Е. Волков

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №4»
Шошина ул., д. 8, Иваново, 153005
Тел./факс: (4932) 37-59-41
E-mail: gkb4@ivreg.ru;
сайт: <http://4gkb.ru>
ОГРН 1033700061306, ИНН 3730005367, КПП 370201001, ОКПО
01924737

«20» / 12 2025 года

Справка
о внедрении результатов исследования в клиническую практику

Выдана соискателю ученой степени доктора медицинских наук, Козлову Владимиру Александровичу, свидетельствующая о том, что результаты диссертационного исследования на тему «Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне», по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (Медицинские науки) используются в клинической практике при оказании онкологической медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях Ивановской области.

В ходе выполнения диссертационного исследования Козловым В.А. создана организационно-методическая основа для проведения интегральной оценки и мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи, включающая: инструменты и методы, алгоритм сбора и регистрации данных, их интерпретации, функционально-должностное распределение компетентностей ответственных лиц, автоматизированную платформу обработки данных, также разработана, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи с учетом вызовов и трансформаций регионального уровня включающая 5 блоков: прогностно-аналитический, ресурсный, технологический, информационный, социальный, имиджевый. По результатам исследования Козловым В.А. научно-обоснована и разработана ресурсно-технологическая матрица формирования потенциала онкологической помощи населению в субъектах здравоохранения ЦФО России.

Главный врач



Д.И.Моисеенков

**Областное бюджетное учреждение здравоохранения
Тейковская центральная районная больница**

155040, Ивановская область, г. Тейково, ул. 1-я Красная, д.9, тел.8(49343) 4-06-03, e-mail teykovocrb@ivreg.ru

29.12.2025

**Справка
о внедрении результатов исследования в клиническую практику**

Выдана соискателю ученой степени доктора наук, Козлову Владимиру Александровичу, свидетельствующая о том, что результаты диссертационного исследования на тему «Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне», по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (Медицинские науки) используются в клинической практике при оказании онкологической медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях Ивановской области.

В ходе выполнения диссертационного исследования Козловым В.А. создана организационно-методическая основа для проведения интегральной оценки и мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи, включающая: инструменты и методы, алгоритм сбора и регистрации данных, их интерпретации, функционально-должностное распределение компетентностей ответственных лиц, автоматизированную платформу обработки данных, также разработана, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи с учетом вызовов и трансформаций регионального уровня включающая 5 блоков: прогнозно-аналитический, ресурсный, технологический, информационный, социальный, имиджевый. По результатам исследования Козловым В.А. научно-обоснована и разработана ресурсно-технологическая матрица формирования потенциала онкологической помощи населению в субъектах здравоохранения ЦФО России.

Зам. гл. врача ОБУЗ «Тейковская ЦРБ»



С.А. Абрамова

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
ОГБУЗ «СМОЛЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Юридический адрес: 214000 г. Смоленск,
ул. Маршала Жукова, д. 19
Почтовый адрес: 214000 г. Смоленск,
Ул. Академика Савицкого, д.1

тел/факс (4812) 24-03-05
Е-мэл.почта: onkolog2017@mail.ru

Справка

о внедрении результатов исследования в клиническую практику

Выдана соискателю ученой степени доктора медицинских наук, Козлову Владимиру Александровичу, свидетельствующая о том, что результаты диссертационного исследования на тему «Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне», по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (Медицинские науки) используются в клинической практике при оказании онкологической медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях Ивановской области.

В ходе выполнения диссертационного исследования Козловым В.А. создана организационно-методическая основа для проведения интегральной оценки и мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи, включающая: инструменты и методы, алгоритм сбора и регистрации данных, их интерпретации, функционально-должностное распределение компетентностей ответственных лиц, автоматизированную платформу обработки данных, также разработана, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи с учетом вызовов и трансформаций регионального уровня включающая 5 блоков: прогнозно-аналитический, ресурсный, технологический, информационный, социальный, имиджевый. По результатам исследования Козловым В.А. научно-обоснована и разработана ресурсно-технологическая матрица формирования потенциала онкологической помощи населению в субъектах здравоохранения ЦФО России.

12.01.2026 г.

Главный врач ОГБУЗ «СООКД»



А.Г. Эфрон

ГОСУДАРСТВЕННОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТНОЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Адмирала Макарова ул. 1 е, г. Липецк, 398005
тел. (4742) 42-50-01
факс: (4742) 43-11-88; факс (4742) 43-07-54

lood@zdrav48.ru
01933124, ОГРН 1024800834277
ИНН 48236453, КПП 482301001, ОКОГУ 23340

30.12.2025 № 2139

Справка

о внедрении результатов исследования в клиническую практику

Выдана соискателю ученой степени доктора медицинских наук, Козлову Владимиру Александровичу, свидетельствующая о том, что результаты диссертационного исследования на тему «Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне», по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (Медицинские науки) используются в клинической практике при оказании онкологической медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях Липецкой области.

В ходе выполнения диссертационного исследования Козловым В.А. создана организационно-методическая основа для проведения интегральной оценки и мониторинга параметров регионального потенциала онкологической помощи, включающая: инструменты и методы, алгоритм сбора и регистрации данных, их интерпретации, функционально-должностное распределение компетентностей ответственных лиц, автоматизированную платформу обработки данных, также разработана, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи с учетом вызовов и трансформаций регионального уровня включающая 5 блоков: прогнозно-аналитический, ресурсный, технологический, информационный, социальный, имиджевый. По результатам исследования Козловым В.А. научно-обоснована и разработана ресурсно-технологическая матрица формирования потенциала онкологической помощи населению в субъектах здравоохранения ЦФО России.



Главный врач ГУЗ «ЛООД»

Шинкарев С.А.

Подпись Шинкарева С.А. заверено
Медальон отдала кадровый отдел
Венедикт Венедиктов Т.И.



федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Ивановский государственный
медицинский университет»

Министерства здравоохранения
Российской Федерации

(ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава
России)

Шереметевский проспект, д. 8, г. Иваново, 153012

Телефон: +7 (4932) 30-17-66, 32-50-42

E-mail: adm@ivgtmu.ru

ОКПО 01963031, ОГРН 1033700085649,

ИНН/КПП 3728012776/370201001

На № 11.16 20 18 г. № 8418
от _____

СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

выдана соискателю ученой степени доктора медицинских наук,

Козлову Владимиру Александровичу

Диссертационное исследование на тему «Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне», по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (Медицинские науки) нашло свое отражение в учебном процессе и практическом здравоохранении.

По результатам исследования Козловым В.А. научно-обоснована и разработана ресурсно-технологическая матрица формирования потенциала онкологической помощи населению в субъектах здравоохранения ЦФО России. Подготовлено информационное письмо для врачей-онкологов и организаторов здравоохранения. Материал исследования используется в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, экономики и истории медицины ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России.

Ректор



И.В. Иванова