

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Российский университет дружбы народов имени
Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской
Федерации

На правах рукописи

Сорокина Анна Константиновна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ ЗА
МАРШРУТИЗАЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ СО
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В
ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

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

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Коновалов Олег Евгеньевич

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПРОБЛЕМА.....	13
1.1. Распространенность и структура злокачественных новообразований в Российской Федерации.....	13
1.2. Проблемы организации медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями.....	19
1.3. Возможности государственно-частного партнёрства в здравоохранении.....	24
1.4. Актуальные вопросы ведения пациентов со злокачественными новообразованиями в частных медицинских организациях.....	29
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	36
ГЛАВА 3. УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ ЗА 2012-2022 ГГ.	45
ГЛАВА 4. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ПРОШЕДШИХ ЧЕРЕЗ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР АО «ГРУППА КОМПАНИЙ «МЕДСИ»»	62
ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ВРАЧАМИ ОРГАНИЗАЦИИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ.....	78
5.1. Мнение врачей о доступности медицинской помощи онкологическим больным.....	79

5.2. Мнение врачей о маршрутизации онкологических больных...	84
ГЛАВА 6. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ЗА МАРШРУТИЗАЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ.....	99
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	110
ВЫВОДЫ	118
ПРЕДЛОЖЕНИЯ.....	121
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	123
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	151

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО ГК «Медси» - акционерное общество «Группа компаний «Медси»»

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ЗНО – злокачественные новообразования

КДЦ – консультативно-диагностический центр

МАИР - Международное агентство по изучению рака

МКБ – международная классификация болезней

МО – медицинская организация

РФ – Российская Федерация

ЦФО – Центральный федеральный округ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

По материалам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире каждый год выявляют около 9 миллионов пациентов с онкологическими заболеваниями. По данным прогностических исследований ВОЗ и Международного агентства по изучению рака, при существующих в современных темпов роста к 2030 году количество выявляемых в течение года злокачественных новообразований (ЗНО) может превзойти отметку в 21 млн. человек, а смертность от них окажется равной 13,2 млн. случаев ежегодно. Такая тенденция исследователями объясняется социально-экономическими, экологическими и другими факторами, а также старением населения [В. М. Мерабишвили, 2020; А.Д. Каприн, 2021; А. Petrone, 2022; S. Byrne, 2023].

Определяющее значение для повышения эффективности онкологической помощи отводится развитию системы раннего выявления, стандартизации диагностики и лечения с учетом нозологической формы и стадии заболевания [И.Э. Есауленко и соавт., 2023; С.А. Суслин и соавт., 2024]. При этом стандарты диагностики и лечения должны предусматривать применение современных медицинских технологий, обеспечивающих рациональную основу для оказания медицинской помощи и контроля ее качества [А. Д. Каприн и соавт., 2018; M. R. Gil, C. G. Choi, 2019; Y. Zeng et al., 2021].

При этом важно учитывать перспективы государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации [И. М. Акулин, И. В. Ионкина, 2023]. При организации онкологической помощи механизм государственно-частного партнерства может способствовать достижению целей, поставленных перед здравоохранением: улучшению профилактики и выявляемости ЗНО в ранние сроки болезни, повышению качества медицинской помощи [М.В. Еругина и соавт., 2020].

Высокие показатели смертности от ЗНО на первом году с момента установления диагноза могут быть связаны с сохраняющейся значительной

запущенностью болезни, а также снижением онкологической настороженности медицинского персонала первичного звена здравоохранения и населения, отсутствием четкой маршрутизации в диагностике и лечении больных [Е.Л. Борщук и соавт. (2021); Н. Х. Давлетнуров, А. А. Казак, 2023; Ф. С. Мирзоева, 2023].

В настоящее время маршрутизация пациентов с впервые выявленными злокачественными заболеваниями регламентируется приказом Минздрава России от 19 февраля 2021 г. №116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». Согласно полученным данным, за 2023 год во всех клиниках Акционерного общества «Группа компаний «Медси»» (АО ГК «Медси») после установления диагноза ЗНО 45,7% пациентов продолжили обследование и лечение в контуре данной медицинской организации.

Однако, детализация маршрутизации пациентов при каждой из нозологических форм злокачественных заболеваний не всегда является очевидной для врачей хирургического профиля в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа. В результате при имеющихся широких возможностях углубленной диагностики и высококачественного лечения внутри АО ГК «Медси», часть пациентов покидает контур «Медси» и уходят в сторонние медицинские организации. При этом нельзя исключить того, что пациент не попадет своевременно к профильному специалисту, а это может привести к позднему началу лечения и ухудшению прогноза заболевания.

С учетом сказанного, большую научно-практическую значимость приобретает разработка алгоритма маршрутизации пациентов с выявленным ЗНО внутри контура конкретной частной медицинской организации с учетом имеющихся там возможностей лечения онкологических заболеваний и в соответствии в Приказом Минздрава России №116н.

Степень разработанности темы исследования

Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в Центральном федеральном округе (ЦФО) Российской Федерации проводился

С. М. Брежневым (2023). Современные проблемы организации онкологической службы крупного города исследованы в работе С.Ю. Ломакова и соавт. (2020). Статья О.Б. Нечаевой (2017) посвящена оценке результативности онкологической медицинской помощи в России. В. М. Мерабишвили и А. М. Беляевым (2023) проводилась оценка состояния онкологической помощи в России, включая однолетнюю выживаемость больных ЗНО и летальность на первом году жизни по всем локализациям опухолей, на основе популяционного исследования на уровне федерального округа.

Вопросы технологии диагностики и скрининга в раннем выявлении злокачественных новообразований анализируются в исследовании А. Д. Каприна и соавт. (2018). Диспансеризация определенных групп взрослого населения России, как инструмент раннего выявления ЗНО, рассматривается в работе А.Д. Каприна и соавт. (2018). Проблемные вопросы диспансеризации пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях поликлиники рассматриваются в работе С.О. Потапова и соавт. (2016). Влиянию пандемии COVID-19 на диагностику ЗНО в ходе профилактических медицинских осмотров посвящена работа Л. М. Александровой и соавт. (2021).

Проблемы организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности по профилю “онкология” в странах Западной Европы рассматриваются в исследовании Д. А. Андреева и соавт. (2020). С. В. Ишутин (2022) провел оценку качества онкологической медицинской помощи в оптимизации деятельности проекта государственно-частного партнерства. Изучению опыта и возможности государственно-частного партнёрства конкретно в онкологии посвящен труд А. В. Важенина и соавт. (2020). Опыт государственно-частного партнерства для оказания медицинской помощи пациенткам Курской области со ЗНО молочной железы был проанализирован В.И. Долгиным и И.Л. Киселевым (2016).

Однако, в изученных работах практически не рассматриваются вопросы организации контроля за маршрутизацией пациентов со ЗНО в частных

медицинских организациях, что определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования

Разработка предложений по совершенствованию организации контроля за ведением в частных медицинских организациях пациентов со злокачественными новообразованиями на основе унификации подходов к их маршрутизации.

Задачи исследования

1) Проанализировать динамику уровня и структуры онкологической заболеваемости населения г. Москвы за 2012-2022 гг.

2) Исследовать клинико-статистическую характеристику пациентов онкологического профиля, прошедших через консультативно-диагностический центр АО ГК «Медси».

3) Разработать алгоритм маршрутизации пациентов с впервые выявленными злокачественными заболеваниями с учетом имеющихся возможностей диагностики и лечения внутри АО ГК «Медси».

4) Получить оценку врачами-специалистами текущего и предлагаемого порядка маршрутизации пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями в амбулаторном звене АО ГК «Медси».

5) Предложить практические рекомендации по совершенствованию организации контроля за маршрутизацией пациентов со злокачественными новообразованиями в частных медицинских организациях.

Научная новизна исследования

Состоит в том, что:

- получена детальная клинико-статистическая характеристика пациентов онкологического профиля, прошедших через консультативно-диагностический центр АО ГК «Медси»;

- проведен анализ корректности и своевременности маршрутизации пациентов с впервые выявленными злокачественными заболеваниями врачами амбулаторного звена АО ГК «Медси»;

выделены наиболее значимые проблемные зоны при маршрутизации на дальнейшие этапы диагностики и лечения пациентов с впервые выявленными злокачественными заболеваниями, и разработаны предложения по исключению их влияния;

впервые разработан и внедрен в практику алгоритм маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями, обеспечивающий ее унификацию для повышения эффективности работы врачей амбулаторного звена;

сформированы практические рекомендации по совершенствованию организации контроля за маршрутизацией пациентов со злокачественными новообразованиями, а также по улучшению преемственности между частными и государственными медицинскими организациями.

Теоретическая и практическая значимость исследования
Получена экспертная оценка врачами-специалистами текущего и предлагаемого порядка маршрутизации пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями в амбулаторном звене АО ГК «Медси». Выявлены основные недостатки существовавшего порядка маршрутизации больных ЗНО в контуре частной медицинской организации и научно обоснованы предложения по совершенствованию организации контроля за их маршрутизацией на основе унифицированного подхода.

Содержащиеся в диссертации материалы нашли следующее практическое применение:

- рекомендации по улучшению контроля за маршрутизацией пациентов с онкологическими заболеваниями используются в практической работе клиник АО ГК «Медси» на Первомайской и Зеленом проспекте (справки о внедрении от 02 июня 2025 г.), а также ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая онкологическая больница» (справка о внедрении от 28.05.2025 г.);
- алгоритм маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные новообразования внедрен в практическую деятельность

Консультативно-диагностического центра на Солянке АО ГК «Медси» (справка о внедрении от 02 июня 2025 г.).

Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ «Программа для управления маршрутизацией пациентов со злокачественными новообразованиями в контуре частной медицинской организации» (номер свидетельства RU 2024618673 от 16.04.2024 г.) и базы данных «Клинико-статистическая характеристика пациентов частной медицинской организации с впервые выявленными злокачественными новообразованиями» (номер свидетельства RU №2024621450 от 03.04.2024 г.).

Материалы диссертации применяются в процессе обучения на до- и последипломном уровне в ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Минобрнауки РФ, ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава РФ.

Методология и методы исследования

Методологической основой проведения исследования явился комплексный подход к его выполнению с использованием адекватных поставленной цели и задачам методов: библиографический, социологический, аналитический, экспертных оценок, математико-статистический.

Положения, выносимые на защиту:

1. Особенности клинико-статистической характеристики, а также обращаемости пациентов онкологического профиля к врачам различных специальностей в частной медицинской организации, которые необходимо учитывать для улучшения контроля за их маршрутизацией.

2. Фиксация на онкологическом рабочем столе МИС «Медиалог» перехода больного на каждый из последующих этапов лечения или отказ от продолжения лечения минимизирует вероятность утраты контроля над маршрутом пациента.

3. Разработанный алгоритм и рекомендации по совершенствованию организации контроля за маршрутизацией пациентов со злокачественными

новообразованиями в частных медицинских организациях на основе унифицированного подхода.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов определяется научно обоснованной программой исследования, репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования и статистической обработки.

Основные положения диссертации представлены, доложены и обсуждены на:

- конференции "Здоровьесберегающие медицинские технологии" в рамках региональной специализированной выставки «Экология. Образование. Бизнес» (Тверь, 2023);

- конференции «Инновационные разработки в области охраны труда и организации медицинской помощи населению: медицинские технологии» в рамках V специализированной выставки «Инновационные разработки в области защиты населения от чрезвычайных ситуаций» (Тверь, 2024);

- XXVIII Международной научно-практической конференции «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2024);

- IV Всероссийской конференции с международным участием «Формирование здоровья населения: медико-социальные и клинические аспекты» (Тверь, 2024);

- Всероссийской on-line конференции «Инновационные медицинские технологии» в рамках XXI региональной специализированной выставки «Изобретатель и рационализатор – 2024» (Тверь, 2024);

- XVI Международной научной конференции «SCIENCE4HEALTH - 2025» (Москва, 2025);

- межкафедральной конференции медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (Москва, 2025).

Публикации

По материалам проведенного исследования опубликовано 12 работ, в том числе 4 статьи в журналах ВАК/МБЦ.

Личный вклад автора

Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора, который лично проводил сбор и обработку первичных материалов, а также анализ и обобщение полученных результатов. Проведен критический обзор научной литературы по теме исследования и разработана его программа. Проанализирована динамика уровня и структуры онкологической заболеваемости населения г. Москвы за 2012-2022 гг. Изучена клинико-статистическая характеристика пациентов онкологического профиля, прошедших через частную медицинскую организацию. Диссертантом проведен социологический опрос среди врачей-онкологов, хирургов, колопроктологов и акушер-гинекологов с целью получения оценки текущего и предлагаемого порядка маршрутизации пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями в амбулаторном звене АО ГК «Медси». Разработан алгоритм маршрутизации пациентов с впервые выявленными злокачественными заболеваниями с учетом имеющихся возможностей диагностики и лечения внутри частной медицинской организации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, пункты 5, 13.

Объем и структура диссертации

Основной текст диссертационной работы изложен на 155 страницах машинописного текста, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Диссертация содержит 34 рисунка и 36 таблиц. Список используемой литературы включает 208 источников, из которых 62 зарубежных.

ГЛАВА 1. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ПРОБЛЕМА

Злокачественные новообразования (ЗНО) считаются одной из самых значимых медицинских и общественных проблем как в России, так и в большинстве стран мира. В течение последних десятилетий сохраняются тенденции к росту числа случаев злокачественных новообразований. Они стали одной из основных угроз здоровья населения в связи с высокими показателями заболеваемости, инвалидности и смертности взрослого населения [33; 47; 64; 117; 177; 196]. Злокачественные опухоли относятся к заболеваниям с высокой социальной значимостью, которые приносят ущерб обществу и требуют оказания мер социальной защиты пациентам. Наиболее заметное негативное влияние на общественную сферу со стороны ЗНО проявляется в возникновении стойкой и временной утраты трудоспособности, существенных материальных затратах на профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия, высоких показателях смертности [75; 93; 98; 128; 172]. В большинстве случаев они предполагают пожизненное проведение лекарственной терапии [24; 83; 173].

Организация оказания медицинской помощи с привлечением специалистов высокой квалификации онкологическим больным является жизненно необходимой [6; 91; 105; 106; 141; 148; 180]. Создание мощной системы первичного общественного здравоохранения, особенно в сельской местности, может стать одним из важнейших шагов к снижению бремени рака [86; 100; 114; 157; 200; 204].

1.1. Распространенность и структура злокачественных новообразований в Российской Федерации

Согласно публикуемым статистическим данным, с 2000 по 2021 гг. количество впервые выявленных ЗНО в Российской Федерации (РФ) возросло на 29,6% (с 447,8 тыс. до 580,4 тыс. случаев), что составило 309,9 и 397,1 на 100 тыс. населения соответственно [127].

Анализ показал, что рост заболеваемости ЗНО за указанный период произошел за счет наиболее распространенной патологии: рака молочной железы – в 1,5 раза и шейки матки – на 22,5%, а также прямой кишки – на 37,8%, злокачественных новообразований лимфатической и кровеносной ткани – на 32,8%. Увеличилось в 1,9 раза число больных, состоящих под диспансерным наблюдением, при этом индекс накопления вырос с 4,9 до 8,0.

Структура ЗНО имеет гендерные различия. Так, в 2021 г. у мужчин в структуре первичной заболеваемости первые места занимали рак трахеи, бронхов, легкого (64,2 на 100 тыс. населения соответствующего пола), рак предстательной железы (59,2) и новообразования кожи (без меланомы) (38,4). Далее по убыванию находились рак желудка (27,5), ободочной кишки (27,2) и прямой кишки (22,6). Соответственно у женщин места занимали рак молочной железы (89,0), новообразования кожи (без меланомы) (54,1), рак тела матки (32,5). Далее, как и у мужчин располагались рак ободочной кишки (29,0) и прямой кишки (18,5).

По материалам указанного сборника, в РФ морфологическая верификация диагноза ЗНО характеризуется увеличением доли больных с впервые установленным диагнозом, подтвержденным морфологически – с 76,6% в 2000 г. до 95,2% в 2021 г. Данные тенденции были существенными в отношении таких локализаций опухолевого процесса как пищевод, желудок, ободочная кишка, трахея, бронхи, легкие, предстательная железа и мочевого пузыря. Следует отметить практически отсутствие динамики удельного веса больных ЗНО различных возрастных групп, выявленных активно: в 2014 г. - 21,5% (показатель фиксируется в сборниках с этого года), в 2021 г. оставляет 24,1 % в 2021 г.

Многолетние наблюдения показывают, что в РФ в общей структуре смертность от ЗНО длительное время находится на второй позиции после болезней сердечно-сосудистой системы. В 2021 г. смертность от злокачественных опухолей оказалась равной 194,1 на 100 тыс. населения. За период 2000-2021 гг. было отмечено стабильное снижение смертности от

указанной причины почти во всех возрастных группах. Наиболее заметно она уменьшалась среди лиц репродуктивного возраста [89]. При наличии положительных тенденций, смертность от опухолевой патологии в РФ существенно превышает аналогичный показатель в развитых европейских странах [204].

По данным на 2021 г. лидирующие положения в общем спектре летальности от ЗНО занимали опухоли различных отделов желудочно-кишечного тракта (72,9 на 100 тыс. населения), органов дыхательной системы (35,6), женской (27,3) и мужской (19,9) репродуктивной системы.

Удельный вес одногодичной летальности в том же году оказался равен 20,3%. Максимальная частота ее встречаемости зафиксирована при раке пищевода (в 51,9% случаев), легких (в 47,2%) и желудка (в 43,3%) [127].

Многочисленные работы содержат данные о динамике заболеваемости и смертности от ЗНО в РФ [81; 83; 107; 132; 146].

Уточняется, что рост общей заболеваемости ЗНО в РФ произошел при следующих локализациях: кожа, молочная железа, женские и мужские половые органы. Но, в целом, структура заболеваемости меняется незначительно. У мужчин наиболее часто поражаются кожа, половые органы, органы пищеварения и дыхания, почки и мочевой пузырь, у женщин - органы пищеварения, молочная железа, кожа, половые органы [103].

По данным более поздних исследований, заболеваемость ЗНО в РФ в период с 2010 по 2020 гг. увеличилась лишь на 0,4%. При этом женщины болели несколько чаще (54%), чем мужчины (46%). Онкологическая заболеваемость выше среди лиц возрастной группы 60 лет и старше (72% — мужчины, 66% — женщины). У мужчин преобладают новообразования органов дыхания (42,3%), предстательной железы (38,2%), желудка (18,8%), у женщин - новообразования молочной железы (65%), шейки и тела матки (39,7%), лимфоидной и кроветворной ткани (14,2%). Наиболее высокий уровень ЗНО в 2020 г. был зарегистрирован в Южном, Центральном и Приволжском федеральных округах. Среди субъектов неблагоприятными

были Курская, Калужская и Тверская области. Самый высокий рост заболеваемости зарегистрирован во Владимирской, в Ивановской и в Рязанской областях [33; 98].

Выявляются и значительные региональные особенности в распространенности ЗНО [67]. В литературе имеется ряд работ, подробно описывающих ситуацию с ЗНО в конкретных регионах [112].

По результатам анализа заболеваемости опухолевой патологией в Московской области за период с 2009 по 2018 гг. выявлены следующие тенденции: рост количества впервые выявленных пациентов, прошедших учет в онкологических учреждениях, совместно с увеличением первичной заболеваемости населения этой патологией; увеличение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением; рост случаев I стадии и сокращение доли запущенности опухолевого процесса, уменьшение показателя одногодичной летальности и более низкий ее уровень по сравнению с Центральным федеральным округом и с РФ в целом.

Опубликованы результаты анализа первичной заболеваемости опухолевой патологией в Приморском крае и РФ, сравнительные аспекты наиболее распространённых форм ЗНО за период с 2014 по 2021 гг. Исследователями применялись зарегистрированные формы статистического учёта онкологических пациентов. Определен ежегодный прирост показателей в Приморском крае и их превосходство над средними значениями для России [46].

При исследовании динамики заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований в Тюменской области в 2021 г. установлено, что по эпидемиологическим причинам произошло ухудшение выявляемости пациентов во время профилактических медицинских осмотров, но показатели одногодичной летальности, цито- и гистологической верификации злокачественных опухолей, 5-летней выживаемости и смертности от них почти не изменились по сравнению с 2020 г. [96].

Проведен анализ динамики, структуры, уровня заболеваемости и смертности различных групп населения Республики Башкортостан от ЗНО, а также смертности от них по материалам официальной онкологической отчетности (форма № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях»). Проведена гигиеническая оценка факторов окружающей среды территорий Республики Башкортостан по данным и показателям регионального и федерального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга за 2018-2022 гг. Средние уровни показателей заболеваемости в различных муниципальных образованиях значительно отличались: более высокие показатели были характерны для крупных промышленных центров и на территориях со значительным удельным весом лиц пожилого и старческого возраста [43].

С целью изучения динамики первичной онкологической заболеваемости населения Иркутской области за 2001 и 2021 гг. был проведен анализ показателей в разных возрастных группах. Отмечался рост заболеваемости как среди мужчин (на 66,6%), так и среди женщин (на 76,2 %). Наиболее значим он был в следующих возрастных группах: среди мужского населения 35-39 лет, 80-84 лет и 85 лет и старше; среди женского населения 25-29 лет, 30-34 лет и 85 лет и старше [21].

Практический интерес в плане эпидемиологии ЗНО представляет проведенная экспертно-аналитическая оценка результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения России в 2013—2019 гг. Исследования показали, что первые 5 рейтинговых мест в нозологической структуре выявленных ЗНО принадлежали молочной железе, простате, прямой кишке, желудку, легкому. В динамике наблюдения частота выявления ЗНО при диспансеризации выросла на 17,6%. особенно в старших возрастных группах, в частности в группе женщин старше 60 лет [7; 65].

Весьма важными также являются работы, посвященные формированию инвалидности при ЗНО. В России каждый год больше 200 тыс. пациентов впервые получают инвалидность по причине онкологических заболеваний

(13,5% от общего количества инвалидов). При этом выявлено, что в спектре причин первичной инвалидности взрослого населения Санкт-Петербурга по классам болезней с 2020 г. ЗНО занимают 1-е место, их удельный вес в течение 5 лет вырос с 30,4 до 37,4%. В структуре онкологических заболеваний, приводящих к первичной инвалидности, выросла доля рака молочной железы и предстательной железы. При общей инвалидности отмечен рост доли инвалидов I и II группы [70].

В Пермском крае наблюдается увеличение уровня первичной и общей заболеваемости ЗНО – на 14,6% и 19,6% соответственно. В структуре инвалидности среди взрослого населения за 2020 г. ЗНО принадлежало 1-е ранговое место, а в структуре смертности класс новообразований занимал 2-е место и составил 13% [73].

Всеми авторами обращается внимание на продолжающийся рост доли ЗНО в структуре общей смертности населения. Было показано, что большинство умерших от ЗНО имели возраст 65 лет и более (56,5%) и реже — трудоспособный возраст (22,6 %). В отличие от заболеваемости ЗНО, которая у мужчин и женщин была примерно одинаковой, смертность от них среди мужчин на треть больше. По данным О.Б. Нечаевой (2017), в структуре смертности от ЗНО преобладали поражения органов пищеварения, дыхания, мочеполовых органов, молочной железы.

Наиболее объективным критерием оценки деятельности онкологической службы считается показатель выживаемости, исчисленный по международным стандартам на базе данных тщательно выверенного Популяционного ракового регистра. На обширном материале базы данных популяционного ракового регистра был проведен анализ динамики показателей выживаемости больных по 71 локализации опухолей. Сравнение уровней указанных показателей за два периода наблюдения (1995-1999 и 2015-2019) выявило рост однолетней наблюдаемой выживаемости с 63,8 до 71,0 (на 11,3%) соответственно. Наибольшие успехи достигнуты для злокачественных опухолей печени, тонкого кишечника, желчного пузыря, ротоглотки и

гортаноглотки. Прирост однолетней выживаемости более 10% пришелся на ЗНО языка, пищевода, предстательной железы, плаценты и ободочной кишки. Проведенное популяционное исследование показало снижение одногодичной летальности на 19,8% [91].

Хотя показатели смертности от рака продолжают снижаться, будущий прогресс может быть замедлен ростом заболеваемости раком молочной железы, предстательной железы и тела матки, которые характеризуются наибольшими расовыми различиями в смертности [153; 179; 193; 206].

1.2. Проблемы организации медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями

Стартовым событием в организации ныне существующей онкологической службы стало Постановление Правительства СССР от 30.04.1945, определившее необходимость создания в каждом регионе онкологического диспансера. В задачи его деятельности включили учет, наблюдение и лечение онкологических пациентов. С 1953 года учрежден онкологический учет пациентов с ЗНО в медицинских учреждениях всех населенных пунктов. В соответствии со статьями 33 и 34 Федерального закона № 323-ФЗ [133] "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" порядок оказания медицинской, в том числе специализированной онкологической помощи представлен как взаимодействие медицинских работников на всех уровнях: от первичного звена (амбулаторных врачей), первичных онкологических кабинетов или отделений, онкологических диспансеров или больниц до онкологических центров федерального значения. Так происходит формирование маршрутизации пациентов от первичного обращения до установления диагноза и назначения лечения.

В связи с принятием Федерального закона №323-ФЗ, более конкретно отражающем виды и этапы оказания медицинской помощи, уровни ответственности и т. д., в Министерстве здравоохранения РФ пересмотрели и Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» [116]. Произшедший пересмотр имел соответствие с «дорожной

картой» изменений законодательства в системе здравоохранения по утвержденной Стратегии-2020 — здравоохранение [65].

В списке приоритетных задач кроме подготовки кадровых и материально-технических ресурсов онкологических диспансеров, совершенствования программ скрининга, значится и построение схемы эффективного взаимодействия между лечебными учреждениями [65].

По версии некоторых исследователей, длительный мониторинг пациентов в системе канцер-регистра является практически единственным проверенным методом изучения выживаемости пациентов с онкологической патологией [25; 109]. Существующий подход предполагает, что отслеживание злокачественных новообразований в популяции должен охватывать не только научные и медицинские, но и социальные и экономические аспекты. Организация такого наблюдения на каждом этапе диагностики и лечения онкологических пациентов – это важнейший инструмент для организаторов здравоохранения [24; 128].

Ведущая роль в улучшении показателей онкологической помощи принадлежит разработке и соблюдению стандартов в подходах к выбору лечебно-диагностической тактики в зависимости от нозологии и стадии заболевания [161; 208]. В такие стандарты должны войти передовые медицинские технологии, которые могут обеспечить рациональный базис для оказания и контроля качества медицинской помощи.

Качество медицинской помощи в РФ обеспечено сертификацией услуг, лицензированием специалистов и организаций, их оказывающих. С 1997 г. разрабатывается и внедряется система комплексной стандартизации медицинских услуг. По материалам ведущих онкологических центров России в 2005 и 2006 гг. произошло утверждение 56 клинико-экономических стандартов лечения ЗНО по дорогостоящей (высокотехнологичной) и специализированной медицинской помощи.

Стандартизованный подход к осуществлению лечебных и диагностических мероприятий дает возможность рассчитать их стоимость с

учетом затрат кадров, аппаратуры, времени, лекарственных препаратов, расходных материалов и всего необходимого для обеспечения надлежащего оказания медицинской помощи [4; 26; 134]. Проектирование и внедрение в повседневную онкологическую практику новых медицинских технологий, аппаратуры экспертного класса, оснащение ими областных онкологических диспансеров указало на необходимость совершенствования уже имеющихся стандартов [65; 136]. Для этого постоянно ведется инновационная деятельность, в том числе в аспекте достижения стандартами европейского уровня. Среди проблем их внедрения выделяется дефицит лекарственного и технического обеспечения онкологических учреждений для реализации лечебных и диагностических протоколов [39].

В результате анализа трудностей оказания высокотехнологичной помощи (ВМП) онкологическим пациентам посредством квот и системы ее предоставления через обязательное медицинское страхование (ОМС) были выявлены разнонаправленные тенденции. При наличии возможности экстренной госпитализации без необходимости очного посещения органа исполнительной власти с целью получения направления на ВМП есть проблема информирования больных, корректной и своевременной постановки диагноза, обоснования отказов в предоставлении ВМП и обжалования принятых решений [3].

Многие авторы обращают внимание на роль кадровой проблемы в борьбе за эффективность и качество лечения в онкологической службе [3; 134]. Сертификация по специальностям определена приказами Минздрава РФ №337 от 27.08.1999 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» и Минздравсоцразвития России №553 от 20.08.2007 г. «О внесении изменений в приказ МЗ РФ №337 от 27.08.99 г.», согласно которому номенклатура основных специальностей и специальностей, требующих дополнительную подготовку, была расширена. Порядок повышения профессиональной квалификации врачами установлен приказом Минздравсоцразвития России от 9 декабря 2008 г. № 705н «Об

утверждении Порядка совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников» (утратил силу), а затем от 3 августа 2012 года № 66н «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях». Согласно приказам, раз в пять лет каждый врач обязан пройти профессиональную переподготовку либо повышение квалификации по разным формам обучения [140; 141].

Одной из ведущих организационных проблем в онкологии считается дефицит специалистов, который оказывает негативное влияние на качество диагностики, лечения, диспансерного наблюдения пациентов, отражается на показателях заболеваемости и смертности. Для устранения такого дефицита представляется необходимым уделять особое внимание вопросам подготовки и переподготовки кадров для онкологической службы, врачебного персонала, в первую очередь врачей-онкологов, радиологов, специалистов лабораторной диагностики, а также подготовке средних медицинских работников [20; 64; 65; 67; 102].

Социологические опросы выявили неудовлетворительное положение дел с первичной диагностикой злокачественных опухолей, связанное с отсутствием у медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в муниципальных медицинских организациях (МО), информации о маршрутизации пациентов с ЗНО для верификации диагноза и лечения.

По современным данным примерно 40% впервые выявленных больных имеют III-IV стадии опухолевого процесса. Это существенно увеличивает смертность и инвалидизацию пациентов, техническую сложность, объем, риск и стоимость необходимых для использования медицинских технологий. Материальные затраты на выплаты по инвалидности и лечению пациентов III

и IV стадии ЗНО – это одни из самых значительных по количеству бюджетных выплат [75; 110].

По данным различных авторов, высокие значения общей и одногодичной летальности от ЗНО определяются сохранением высокой частоты запущенных случаев заболевания, недостаточной онкологической настороженностью сотрудников первичных лечебно-профилактических учреждений и населения в целом, отсутствием четкой маршрутизации в диагностике и лечении больных [18; 43; 96; 192].

Следует отметить, что в РФ был зафиксирован рост доли больных ЗНО, умерших в районе деятельности онкологических организаций и не состоявших на учете - с 4,7% в 2000 г. до 15,7% в 2021 г. [127].

Было показано увеличение случаев установления диагноза заболевания посмертно, что связывали со снижением доли лиц, состоявших на диспансерном учете. Считалось, что данная ситуация указывает на недостатки в организации диспансерного наблюдения в онкологических МО, а также на посмертную диагностику ЗНО, о которой не знает онкологическая сеть системы здравоохранения. При этом причина смерти последних устанавливается, как правило, без проведения вскрытия больных [103].

Определенную обеспокоенность вызывает возможное снижение показателей доступности контролируемых групп лекарственных препаратов как на амбулаторном, так и на стационарном этапе оказания медицинской помощи. Так, по-прежнему, остается нерешенным вопрос по обеспечению городского населения достаточным числом аптечных организаций, обеспечивающих их отпуск, а также вопрос физического доступа сельского населения к получению наркотических средств и психотропных веществ [83; 160; 167].

В ряде публикаций есть данные о том, что предпринимаемых в условиях современности мер по развитию онкологической службы в России явно недостаточно [4; 26; 109; 118; 185; 187].

Вопросам совершенствования онкологической службы в регионах РФ посвящены многочисленные исследования [40; 44; 102; 111; 115; 122; 125].

1.3. Возможности государственно-частного партнёрства в здравоохранении

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), которая руководит и координирует работу по здравоохранению в мире, осуществляет стимуляцию партнерства между государственными и частными клиниками в аспектах финансирования и повышения доступности необходимых эффективных медицинских услуг, в том числе в сферах профилактики, лечения реабилитации, паллиативной помощи [170].

Для создания и развития сотрудничества государственного и частного секторов на рынке медицинских услуг в литературе обозначены следующие предпосылки [171; 174; 198]:

- наличие сложных проблем здравоохранения в связи со старением населения, растущим числом хронических заболеваний, недотаточной информированностью пациентов и высокой скоростью модернизации медицинских технологий;
- потребность в создании новой инфраструктуры здравоохранения при ограниченных капитальных расходах;
- необходимость наиболее эффективного использования уникальных ресурсов государственного и частного секторов для укрепления потенциала здравоохранения;
- потребность в постоянной стимуляции развития новых технологий в медицине;
- оптимизация сочетания цены и качества оказываемых медицинских услуг.

Развитие ГЧП в медицинской сфере стало объектом многочисленных международных научных исследований и публикаций, вошло в сферу интереса специалистов Группы Всемирного банка, ВОЗ, крупных аналитических агентств. По этой причине возникла необходимость создания четкой

структуры моделей и механизмов функционирования ГЧП, которые используются в разных государствах на рынке медицинских услуг, наиболее эффективных мировых практик по взаимодействию государства и частного сектора. Результаты проделанной работы позволят оценить возможность применения таких моделей в России [119].

Установлено, что областные «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» многих субъектов РФ не обеспечивают финансирование здравоохранения в полном объеме [27; 28; 29].

Как свидетельствуют данные литературы [53; 97], снижение расходов государства на оказание медицинской помощи возможно путем формирования правовой и финансовой базы для существования государственно-частного сотрудничества (ГЧП). Опираясь на статистические данные, доказывается, что в период катаклизмов усиливается потребность в трансформации привычного хозяйственного процесса, а, следовательно, и потребность во внедрении инноваций [56; 76].

Международный опыт применения ГЧП в медицинской сфере демонстрирует существенную разницу: если в таких странах как Великобритания, Италия, Германия и Испания уже накоплен значительный опыт государственно-частного партнерства в здравоохранении, то многие другие государства только начинают развивать это направление, что важно учитывать при внедрении подобных механизмов в России [23; 55; 119; 138; 147; 178; 184; 188].

Некоторые авторы считают, что в России «по-настоящему партнерских отношений пока нет...» поэтому правильнее следует говорить только о сотрудничестве [94].

По мнению ряда исследователей, ГЧП в сфере здравоохранения взаимовыгодное сотрудничество органов государственной власти, местного самоуправления, частных и некоммерческих организаций, обеспечивающее эффективное решение задач в сфере охраны здоровья с помощью частных

инвестиций в инфраструктуру здравоохранения, ее создание, реконструкцию, управление и содержание, а также в организацию предоставления услуг [1]. В медицине данное партнёрство является важным инструментом обеспечения социальной стабильности и реформирования отрасли, оптимизации расходов государства и сокращению структурных диспропорций в ней [62; 165].

В приказе Министерства здравоохранения РФ №37 от 4 февраля 2015 г. «Об утверждении комплекса мер, направленных на развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении, на 2015-2016 годы» представлены принципы привлечения внебюджетных источников финансирования для развития инфраструктуры здравоохранения [57].

В России государственно-частное партнерство в медицине реализуется через несколько ключевых механизмов [144]: внедрение новых видов медицинского обслуживания, недоступных в государственных учреждениях; сдача в аренду свободных помещений бюджетных организаций частным медицинским компаниям; привлечение дополнительных ресурсов от частных клиник для государственных медучреждений (оборудование и персонал); замещение штатного персонала государственных больниц специалистами из частного сектора для оказания платных услуг; использование механизмов аутсорсинга и концессионных соглашений.

В результате сотрудничества частных и бюджетных МО государство получает ряд выгод, включая сокращение потребности в бюджетных капитальных вложениях [120].

Дан анализ механизмов ГЧП как способа привлечения инвестиционных средств в сферу здравоохранения, рассмотрены правовые аспекты его применения. Определены роль и значение взаимодействия государства и бизнеса в целях модернизации и реформирования российского здравоохранения [2].

Сотрудничество частного бизнеса и государства в медицине нашло себя в непосредственном участии частных медицинских клиник в реализации госзаказа по оказанию медицинской помощи, бесплатной для населения [90].

Вместе с этим, анализ динамики объемов государственных и личных (частных) расходов на здравоохранение в РФ с 2012 по 2019 г. показал более высокий темп роста средств ОМС, направляемых в частные МО, по сравнению с темпом роста всех расходов по ОМС. Это свидетельствует о том, что частные МО постепенно увеличивают свою долю в этом секторе рынка за счет государственных МО. Более высокий темп роста объемов платных медицинских услуг в целом на рынке, чем темп роста выручки крупных частных МО, говорит о том, что государственный сектор более активно увеличивает свою долю на этом рынке [104; 108; 113].

Государственный заказ выступает основным инструментом вовлечения частных медицинских организаций в систему бесплатного оказания медицинской помощи населению. Тем не менее, частным клиникам сложно конкурировать с государственными медучреждениями, которые имеют сметное финансирование, что дает им существенное ценовое преимущество при участии в тендерах на выполнение госзаказа [16; 131; 151].

Одной из форм ГЧП, является передача больниц с устаревшим оборудованием, продолжительное время не отремонтированных с небольшим коечным фондом в руки частной компании [37; 145].

Одной из наиболее частых форм государственно-частного сотрудничества в российском здравоохранении является: создание при содействии государства новых частных медицинских центров по специальностям, наиболее слабо представленным в бюджетных клиниках [22].

Анализ научных публикаций показывает интерес исследователей к частному сектору здравоохранения. При этом большинство работ носят не вполне системный, больше фрагментарный характер, которые изучают отдельные, узкие вопросы частного здравоохранения, что подтверждает актуальность дальнейших исследований в этой области [51; 71; 72].

Инвестиционное сообщество, как российское, так и международное, демонстрирует наибольший интерес к развитию следующих направлений здравоохранения: центры гемодиализа; службы скорой медицинской помощи;

клиники репродуктивной медицины (ЭКО); реабилитационные центры с фокусом на травматологию, ортопедию и неврологию; специализированные офтальмологические и урологические центры [17; 38; 63; 84; 85; 97; 143; 163; 168; 169; 191; 195].

Проводится анализ норм, регулирующих деятельность государственных медицинских организаций и предпринимателей в сфере оказания медицинских услуг на платной основе [10; 11; 12; 82; 88; 142; 162; 189; 203].

Рассмотрены роль и место частных МО в медицинском обслуживании населения, через соотношение частного и государственного секторов предоставления услуг, выраженное показателями числа учреждений, численности специалистов и конкуренцией между ними, а также основными направлениями в обеспечении медицинскими услугами [31; 164; 176; 199].

В соответствии с сентябрьскими поручениями Президента 2019 года предполагается в рамках проводимого лицензирования медицинской деятельности дополнительно оценивать еще и оправданность самого существования МО (потребность в них), в том числе МО частной формы собственности. Предпринята попытка провести анализ возможных положительных и негативных последствий подобных решений [61].

В российской системе здравоохранения пациенты имеют возможность выбора получения медицинской помощи в государственных или частных учреждениях. Установлено, что мужчины и представители старших возрастных групп более вероятно обращались в государственные клиники, а люди с высшим образованием, имеющие работу и проживающие в крупных населённых пунктах более вероятно обращались в частные. Высокие доходы, наличие полиса добровольного медицинского страхования и получение медицинских услуг вне своего населённого пункта проживания оказались характеристиками, связанными с более вероятным использованием частных МО пациентами. Также определено, что люди с плохим состоянием здоровья более вероятно обращаются в частные клиники, а люди, имеющие инвалидность, более склонны пользоваться услугами государственных клиник

[41; 42]. В развивающихся странах (Китай, Индия) люди с более высоким социально-демографическим статусом предпочитают пользоваться услугами государственных учреждений [175; 182; 202].

1.4. Актуальные вопросы ведения пациентов со злокачественными новообразованиями в частных медицинских организациях

Достаточно интенсивно разрабатываются региональные программы по совершенствованию лечебно-диагностической помощи пациентам с онкозаболеваниями [52; 74].

С 2012 года в городе Воронеж реализуется проект на базе ООО «Межрегиональный медицинский онкологический центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний». В рамках проекта с помощью частного бизнеса в Воронежский онкологический центр поставлено современное высокотехнологичное медицинское оборудование – «кибернож», «томотерапия», «гамма-аппарат» [123].

В Санкт-Петербурге также реализуется перспективный проект ГЧП – «Детский хоспис», предназначенный для оказания паллиативной онкологической помощи детям со ЗНО [130].

Необходимость совершенствования доступности во всех регионах современных лечебно-диагностических алгоритмов пациентам с онкозаболеваниями растет. При этом существует потребность в уменьшении вариабельности между лечебными учреждениями в других показателях качества онкологической помощи при онкозаболеваниях, в том числе исходах и затратах на лечение, выживаемости больных. Авторы клинических исследований и организаторы здравоохранения оперируют данными ежедневной лечебной практики, когда обосновывают выбор наиболее безопасных и действенных методов лечения опухолей [19; 135]. В ряде государств организован целевой аудит компонентов онкологической помощи с участием высокоспециализированных кадров, сформированы канцер-регистры хирургического и терапевтического профиля, в том числе «реестры

качества», которые отражают текущую ситуацию в отдельных МО и в регионе в целом [14; 54].

В последние годы появились научные публикации по совершенствованию процесса лечения пациентов с онкологическими заболеваниями с использованием искусственного интеллекта и цифровых технологий [124; 137].

Успешной работе аудита в зарубежных странах способствует постоянное создание и своевременное пополнение тематических канцер-регистров. Есть мнение, что описанные мероприятия являются наиболее результативными средствами улучшения исходов у онкологических больных [201]. Реализация данной задачи осуществляется путем измерения показателей качества, установления «обратной связи» врачей-клиницистов, стимуляции мер по совершенствованию онкологической помощи, обеспечения внешней транспарентности, поиска способов уменьшения материальных затрат [150]. Объединение специализированных регистров в одну информационно-аналитическую сеть, которая способна предоставить обратную связь пациентам и врачам, создает качественно новые горизонты в происходящем поиске научно обоснованных и клинически эффективных способов осуществления внутреннего контроля онкологической работы на местах.

Передовой опыт организации аудита, реализуемого с помощью формирования наборов высокоселективных (тематических) канцер-регистров по различным нозологиям в онкологии и технологическому признаку, был подвергнут тщательному анализу. Представляет интерес организация национальных аудитов в Нидерландах, поскольку онкологическая служба этой страны имеет высокие показатели эффективности, а высокоспециализированные аудиты качества осуществляются под патронажем Нидерландского института клинического аудита уже более 10 лет [150]. Под клиническим аудитом понимают «систематический критический анализ качества медицинской помощи, включая процедуры диагностики и лечения, а также итоговые исходы у пациента, выполняемые непосредственными

участниками соответствующих процессов оказания медицинской помощи». При этом клинический аудит по определению имеет вид самоконтроля. В его проведении задействуют специалистов лечебных учреждений, которые сами осуществляют медицинскую деятельность [207].

С позиции клинической онкоинформатики, тематические регистры –это инновационные хранилища данных («цифровые озера»), которые имеют большое значение для менеджмента качества в онкологии. Информацию в тематические и отраслевые канцер-регистры собирают согласно предусмотренным индикаторам и переменным. В доступной литературе содержатся публикации транспарентных материалов по методике и итогам высокоспециализированных аудитов оказания помощи пациентам с РЛ в Нидерландах [155].

Специализированные аудиты качества лечения пациентов со злокачественными опухолями должны обеспечить целевую оценку отдельных компонентов работы масштабной онкологической сети. Есть немалое количество разновидностей селективных аудитов: скрининга и онкодиагностики, организации специализированной помощи, прецизионные видовые в зависимости от применяемого метода лечения и нозологической формы. Такой разносторонний подход дает возможность получения полной картины качества лечения онкологических пациентов, повышает эффективность онкологической практики и внедрения новых стандартов работы на местах, снижает вариабельность доступности современных алгоритмов диагностики и лечения. Финальная цель проведения высоко специализированных аудитов – это увеличение продолжительности жизни онкологических больных. Наличие общего цифрового контура дает возможность объединения узкоспециализированных под-регистров и создания единой системы сбора данных. Это формирует целостные и всесторонние представления об объеме проведенного лечения. Благодаря такому синергетическому принципу работы могут быть разработаны практически идеальные критерии оценки качества высокоспециализированной помощи в

онкологии, а рабочие характеристики самих регистров – обоснованно совершенствоваться. На современном этапе электронные связи в едином информационном контуре не налажены в достаточной степени, ввод значительного объема данных приходится дублировать. Решение этой проблемы находится в списке приоритетных планов на ближайшие годы [156].

Есть данные о том, что использование мультидисциплинарного подхода в ведении больных – одно из эффективных средств достижения наиболее благоприятных исходов. Создание методов целевого контроля качества работы мультидисциплинарных групп – это своеобразный ключ к запуску системы управления качеством онкологической практики, что может существенно повысить выживаемость больных. В Нидерландах рассматривают такой канцер-регистр как уникальный в плане оценки качества мультидисциплинарной помощи онкологическим пациентам. Принципы обратной связи для всех участников лечебно-диагностического процесса и условия достаточной транспарентности дают возможность эффективно улучшать систему здравоохранения. Зарекомендовал себя ценным метод индукции, при котором изучение свойств отдельных элементов (в качестве которых могут выступать данные высокоспециализированных аудитов) дает возможность на основании ряда аккуратных, точных и мелких наблюдений сформулировать общие закономерности работы всей онкологической службы. Вместе с тем принцип детализации играет большую роль в контроле качества, особенно если принимать во внимание пациент-ориентированный и индивидуализированный подходы, а также оценку оказания помощи на уровне отдельно взятого больного [13].

Метод улучшения внутреннего контроля качества реализации онкологических медицинских технологий основан на использовании дополняющих друг друга комплексных принципов анализа. При всём многообразии внедряемых информационных и аналитических технологий в данную систему центром внимания онкологической сети всегда должна быть жизнь каждого отдельного больного. Интересы конкретного пациента,

качество и продолжительность его жизни способны определить главный вектор модернизации аудитов в онкологической практике [13].

По мнению ряда авторов, принятые в России порядки оказания помощи онкологическим больным не учитывают междисциплинарный сценарий континуума, в связи с чем возникает необходимость его концептуализации. Была предложена модель континуума онкологической помощи пациентам в контексте интегрированной системы здравоохранения, предполагающая комплексное междисциплинарное сопровождение пациентов с хроническим заболеванием в ситуациях болезни [20; 49].

За рубежом мультидисциплинарные команды все чаще используются для лечения онкологических пациентов. Проводилась оценка восприятия врачами, другими медицинскими работниками и госпитализированными онкологическими пациентами мультидисциплинарных команд государственного и частного секторов. При этом пациенты и члены мультидисциплинарных групп были удовлетворены таким видом лечения, а некоторые группы, такие как пожилые женщины из государственных служб, были особенно в выигрышном положении [166; 183; 186; 194; 197].

Соотношение между группами услуг неравнозначно, при этом несколько поставщиков совместно предлагают базовые услуги по лечению онкологии, что отражает фрагментарность предоставления. Представляется необходимым пересмотреть концепцию онкологической службы в рамках комплексного подхода к оказанию помощи и осознать важность создания функциональных подразделений, центров комплексного лечения и других форм медицинской помощи [154; 181].

Описанные данными современной литературы развитых стран схожи - помимо улучшения доступа к медицинской помощи при частном страховании, у большинства пациентов все еще диагностируются поздние стадии [149; 190].

Интерес представляют исследования, показывающие различия в стадии опухоли при поступлении в Центры первичной медико-санитарной помощи и региональные больницы, а также относительно временных интервалов между

диагностикой и лечением. Центры первичной медико-санитарной помощи зависят от частных лабораторий для подтверждения диагноза, в то время как больницы решают этот вопрос на месте. Наблюдение за пациентами ведется во всех МО, однако в большей степени налажено в региональных больницах [159].

Проанализирован объем участия проекта государственно–частного партнерства АО “ЕМЦ” в оказании онкологической медицинской помощи населению г. Москвы в 2021 г. по результатам годового отчета в рамках программы персонифицированного учета медицинской помощи. Доля государственно–частного партнерства АО “ЕМЦ” от общего объема оказанной лучевой терапии составила 40,4%, в рамках базовой программы ОМС 0,0009%. Участие АО “ЕМЦ” в онкологической помощи оказалось неотделимой составляющей московского здравоохранения, которое позволило увеличить ее доступность в 2 раза. Однако данный проект не был включен в нормативную базу Департамента здравоохранения г. Москвы и ЕМИАС - единое информационное пространство, которое обеспечивает связь “поликлиника - ЦАОП - стационар” [59].

Аналогичные исследования были проведены в отношении использования позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией. Удельный вес проекта ГЧП АО “ЕМЦ” составил 44,3 % от объема услуг, 49,7% от объема услуг, оказанных частными МО. Сделан вывод, что МО ДЗМ не проводят данный вид исследований, а участие АО “ЕМЦ” в оказании онкологической помощи позволяет увеличить ее доступность в 2 раза. Рекомендуются направлять пациентов в данный проект, а также в целях улучшения их маршрутизации включить проект в единое информационное пространство для обеспечения связи “поликлиника - ЦАОП - стационар” [60].

Для обеспечения равного доступа к высококачественной онкологической помощи и сокращения географических различий считается крайне важным разработка и внедрение специализированных многоуровневых мероприятий

по устранению транспортных барьеров, затрагивающих сельские группы [205].

Как показывается анализ литературы, в современных условиях при оказании лечебно-профилактической помощи пациентам с ЗНО, включая частные медицинские организации, существует ряд проблем медико-организационного характера, в том числе по ведению больных и контролю за их маршрутизацией. Без решения этих проблем невозможно построение единой эффективной региональной системы онкологической помощи, которая бы определялась не формой собственности учреждений, а набором медицинских услуг и качеством их оказания.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предмет исследования: организация контроля за ведением в частных медицинских организациях пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями на основе унификации подходов к их маршрутизации.

Объектом исследования являлись:

- пациенты АО ГК «Медси» с впервые выявленными ЗНО различной локализации;
- врачи-онкологи, хирурги, колопроктологи и акушеры-гинекологи.

Единицы наблюдения:

- пациент АО ГК «Медси» с впервые выявленными ЗНО;
- врач-онколог, хирург, колопроктолог или акушер-гинеколог.

Настоящее исследование проводилось в 2022-2025 годах. По данным Росстата, на 01.01.2024 г. численность населения города Москвы составляла 13149,8 тыс. чел., Московской области (МО) - 8651,2 тыс. чел.

АО «ГК «Медси» является крупнейшей федеральной сетью частных медицинских организаций, состоящую из более чем 60 клиник разного формата только в Москве и Московской области, в том числе 3 крупных круглосуточных многопрофильных стационаров с суммарным коечным фондом более 700 коек, собственными подразделениями онкологии, химиотерапии, лучевой терапии, собственной лабораторной и патоморфологической службой, а также более 80 клиник разного формата в регионах Российской Федерации.

В структуру активов АО ГК «Медси» в г. Москве и МО входят:

Стационары: 3 крупных, 2 небольших, в том числе:

- Клиническая больница 1 в Отрадном;
- Клиническая больница 2 в Боткинском проезде;

- Многофункциональный медицинский центр Мичуринский с амбулаторией и круглосуточным стационаром;
- Консультативно-диагностический центр (КДЦ) на Красной Пресне с амбулаторией и круглосуточным стационаром;
- КДЦ на Белорусской (амбулатория + круглосуточный стационар);
- КДЦ в Грохольском переулке;
- КДЦ на Солянке;
- КДЦ в Марьино;
- КДЦ в Щелково.

Поликлиники и клиники малого формата – 55.

За 2023 год в клиники АО ГК «Медси» Москвы и Московской области обратились 66 268 пациентов с ЗНО (при этом 7161 человек обратился первично). После установления диагноза злокачественного новообразования 45,7% пациентов продолжили обследование и лечение в контуре АО ГК «Медси».

В клиниках АО ГК «Медси» в Москве и Московской области работают 519 врачей-онкологов, хирургов, в том числе колопроктологов, и акушер-гинекологов, т.е. врачей наиболее часто выявляющих и контактирующих в дальнейшем с пациентами, больными ЗНО.

Основной базой при проведении настоящего исследования был КДЦ на Солянке, в состав которого входят следующие отделения:

1. Первое консультативное отделение (кардиология, гастроэнтерология, ревматология).
2. Второе консультативное отделение (неврология, гематология, эндокринология, физиотерапия).
3. Третье консультативное отделение (отоларингология, дерматология, аллергология).
4. Отделение внутренних болезней (терапия, пульмонология).
5. Первое хирургическое (травматология, флебология, эндоскопия).
6. Второе хирургическое (хирургия, онкология, колопроктология).

7. Центр репродуктивного здоровья (гинекология, урология, отделение ЭКО - репродуктология).

8. Центр офтальмологии (в т.ч. офтальмохирургия).

9. Стоматологическое отделение.

10. Диагностическое отделение.

В течение 2023 г. КДЦ на Солянке всего было зарегистрировано 2592 обращения пациентов онкологического профиля. Возраст пациентов со ЗНО колебался от 24 до 89 лет и в среднем составлял $56,8 \pm 17,3$ лет.

В соответствии с поставленной целью и комплексом задач, подлежащих решению, была создана программа исследования, включающая несколько последовательных этапов (рис. 2.1).

Задача первого *этапа* заключалась в критическом анализе отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Изучено 146 отечественных и 62 зарубежных источника.

На втором этапе была проанализирована динамика уровня и структуры онкологической заболеваемости населения г. Москвы за 2012-2022 гг. в сравнении с данными по ЦФО и РФ в целом. Оценивались также показатели запущенности и одногодичной летальности от ЗНО на указанных территориях.

Анализировались данные Росстата, статистические отчеты Департамента здравоохранения г. Москвы.

На третьем этапе изучалась клинико-статистическая характеристика пациентов онкологического профиля, прошедших через КДЦ АО ГК «Медси», в том числе по данным медицинской информационной системы «Медialog».

Для определения клинических особенностей пациентов с онкологической патологией, обратившихся в АО ГК «Медси», изучались течение заболевания (острое; хроническое, впервые выявленное; хроническое, ранее выявленное), соотношение с другими уже имеющимися болезнями (основное, сопутствующее), а также нозологическую структуру в соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10).

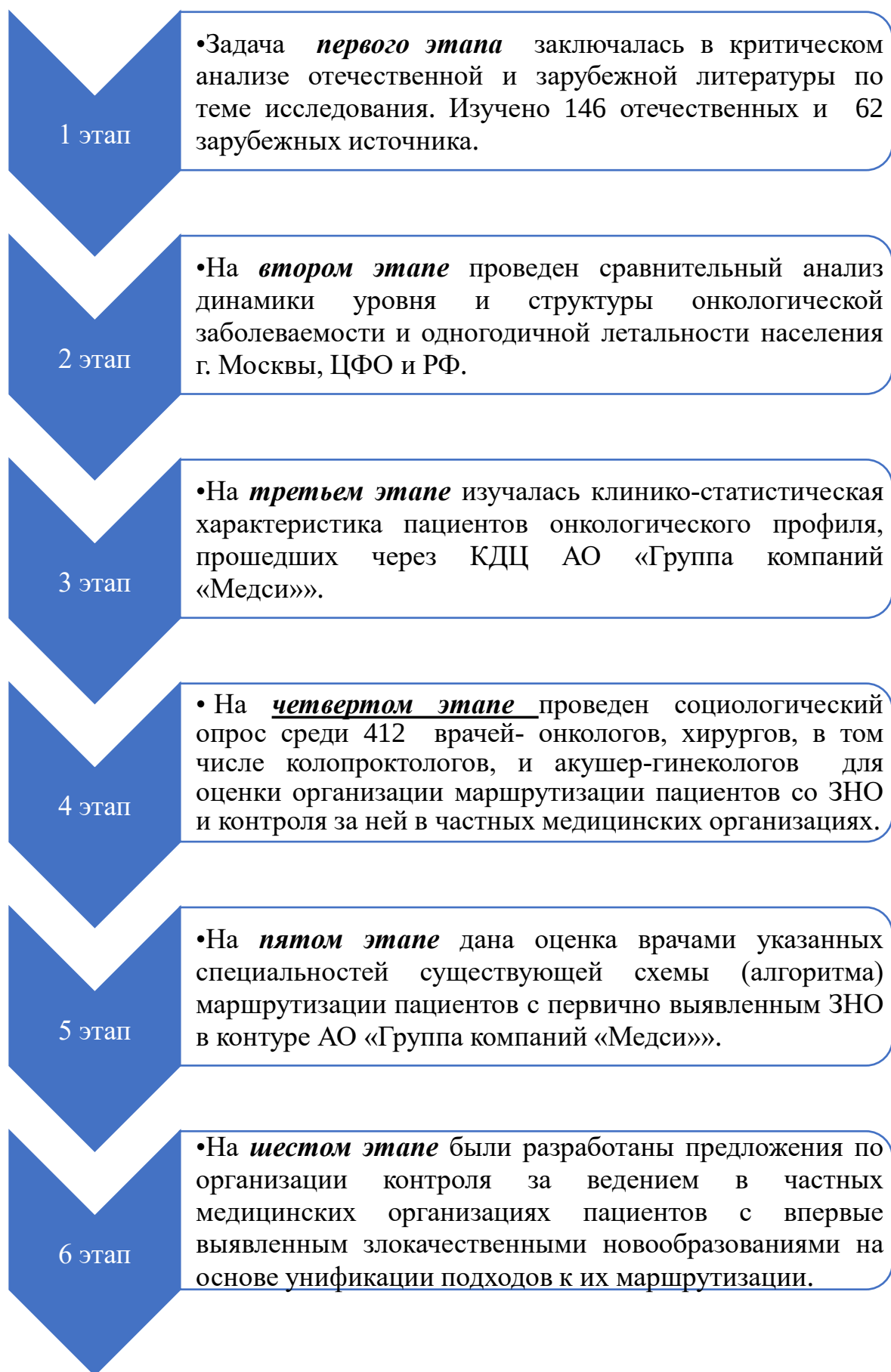


Рисунок 2.1. - Этапы исследования

На четвертом этапе по специально разработанной анкете (см. приложение 1) был проведен социологический опрос среди 412 врачей-онкологов, хирургов, в том числе колопроктологов, и акушер-гинекологов, работающих в медицинских организациях АО ГК «Медси» города Москвы и Московской области.

В ходе проведения медико-социологического исследования были выявлены проблемные зоны, устранение которых требует разработки и внедрения соответствующих организационно-управленческих решений.

Задачей пятого этапа было проведение оценки врачами указанных специальностей с учетом их стажа работы существующей схемы (алгоритма) маршрутизации пациентов с первично выявленным ЗНО и организации контроля за ними в контуре АО ГК «Медси».

На шестом этапе были разработаны и научно обоснованы предложения по организации контроля за ведением в частных медицинских организациях пациентов с впервые выявленным злокачественными новообразованиями на основе унификации подходов к их маршрутизации.

В ходе проведения социологического исследования среди врачей-онкологов, хирургов, в том числе колопроктологов, и акушер-гинекологов было опрошено 412 человек. При этом использовались деперсонифицированные анкеты.

В качестве экспертов при оценке предложенных и внедренных в практическую работу инноваций (в количестве 35 человек) выступили зав. отделениями, врачи-онкологи и другие специалисты КДЦ на Солянке, а также клиники АО ГК «Медси» на Первомайской и Зеленом проспекте.

Как видно из таблицы 2.1, среди участников опроса преобладали врачи акушер-гинекологи (52,9%). Второе место занимали врачи онкологи, доля которых составляла 23,3% опрошенных, третье место – хирурги (15,3%) и четвертое место - колопроктологи (8,5%).

Таблица 2.1.- Распределение респондентов по специальности (в %)

Специальность	%
Акушер-гинекологи	52,9
Онкологи	23,3
Хирурги	15,3
Колопроктологи	8,5

Возраст опрошенных врачей составлял от 29 до 65 лет (средний возраст – $44,5 \pm 12,9$ лет). Распределение по полу характеризовалось преобладанием женщин – 60,8% против 39,2% мужчин. Наибольшую группу составляли респонденты в возрасте 30-39 и 40-49 лет – 39,7% и 28,0% соответственно.

Распределение респондентов по занимаемой должности представлено на рисунке 2.2. Подавляющее большинство врачей занимали должность специалиста (82,0%). На долю врачей старших специалистов приходилось 4,2%, заведующих отделением – 10,6%.

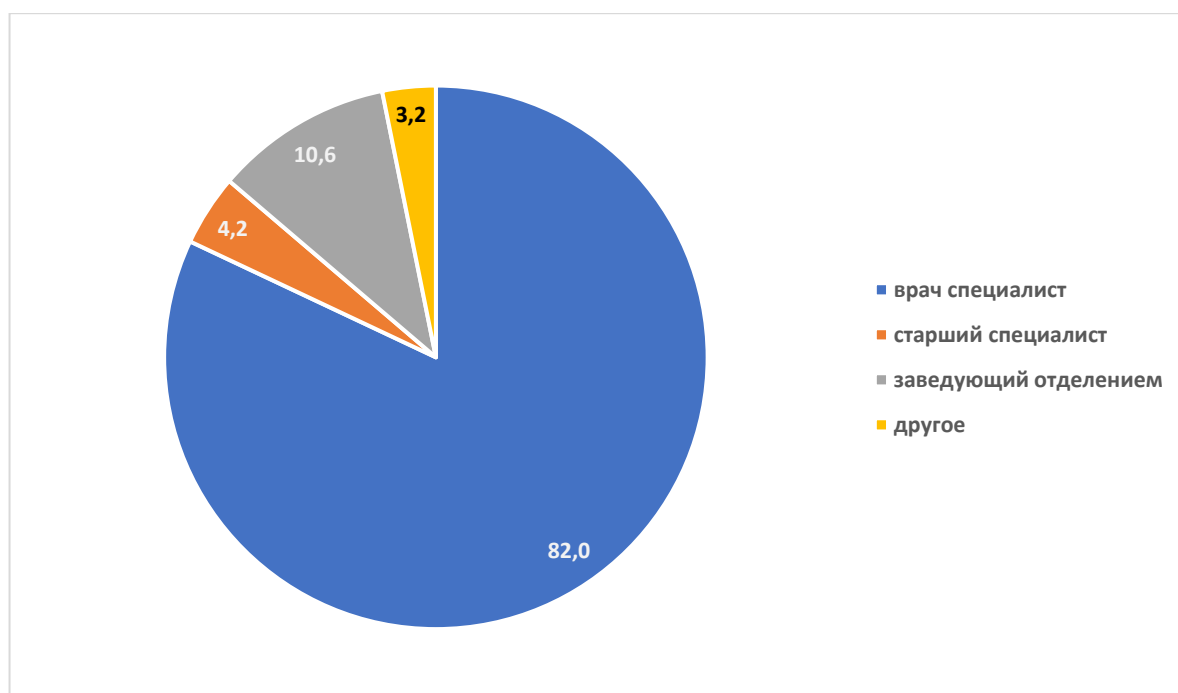


Рисунок 2.2. Распределение респондентов по занимаемой должности (в %)

Установлено, что 62,4% врачей указали, что работают в медицинской организации с локацией актива АО ГК «Медси» в г. Москве. Около одной трети из них работали в Московской области (33,9%) и в единичных случаях (в 3,7%) – в обеих локализациях.

Большинство врачей (64,5%) имели общий стаж работы в

здравоохранении более 10 лет (10-19 лет – 32,8%, 20 лет и более - 31,7%). Вместе с этим, у 14,3% респондентов данный вид стажа составлял менее 5 лет, у 21,2% - 5-9 лет.

При распределении опрошенных по стажу работы в частной медицинской организации было установлено обратное соотношение. Так, большинство (63,0%) из них работали в данной организации менее 5 лет. Далее, указанный стаж составлял 5-9 лет у 20,1% врачей, 10-14 лет – у 11,6%, 15 и более лет у 5,3% респондентов.

Большинство респондентов (84,7%) указали на основной вид занятости в АО ГК «Медси», остальные 15,3% врачей были совместителями. На вопрос «Совмещаете ли Вы занятость за пределами АО «Группа компаний «Медси»?» отрицательно ответили 66,2% респондентов (рисунок 2.3).

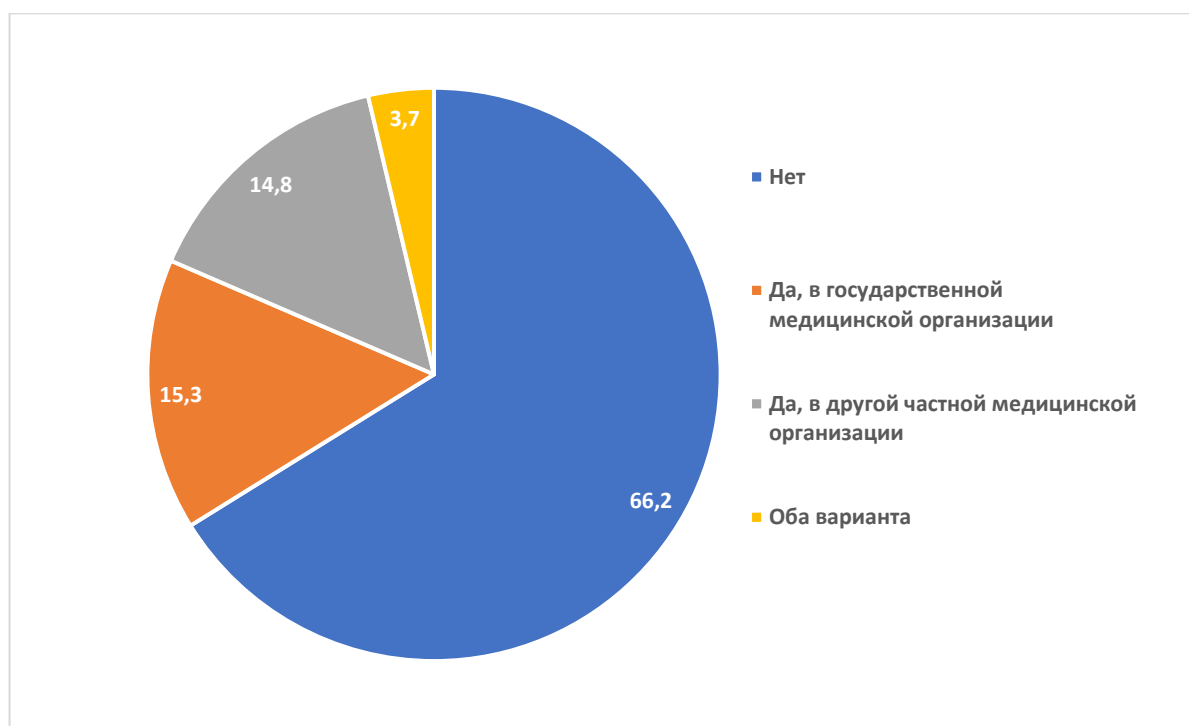


Рисунок 2.3.- Распределение респондентов по занятости в других медицинских организациях (в %)

Остальные были заняты в других медицинских организациях следующим образом: в государственной медицинской организации - 15,3%, в другой частной медицинской организации – 14,8%. Оба варианта назвали 3,7% врачей.

Большинство (89,3%) респондентов имели квалификационную

категорию: высшую категорию - 60,4%, 1 категорию – 14,9% и 2 категорию – у 14,0%. Кроме этого, 13,1% опрошенных врачей имели ученую степень, в том числе кандидата медицинских наук – 12,6%, доктора медицинских наук – 0,5%.

Выяснялась удовлетворенность врачей указанных ранее специальностей существующей схемой маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, действующей в АО ГК «Медси». Задавался вопрос о том, знают ли врачи о наличии в их медицинской организации сотрудника, ответственного за маршрутизацию и курацию пациентов с впервые выявленным ЗНО на следующий этап обследования и лечения. Уточнялся ответ на вопрос о том, кто из сотрудников, по мнению респондентов, максимально эффективно мог бы контролировать маршрут пациента с ЗНО и аккумулировать имеющуюся информацию внутри частной МО. Изучалась информированность врачей о дальнейшей маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, которые покинули контур компании, уточнялось наличие обратной связи с этими пациентами.

Уточнялось мнение опрошенных врачей о доступности специализированной онкологической медицинской помощи в государственной и частной медицине в зависимости от специальности респондентов и стажа работы в частной медицинской организации. Респондентами давалась оценка того, насколько им понятна схема маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, действующая в АО ГК «Медси». Спрашивалось о том, сколько пациентов с впервые выявленным ЗНО, принимается врачами различных специальностей за один месяц. Уточнялся ответ на вопрос о прохождении обучения (курсы, конференции, семинары) по вопросам организации специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях. Анализировались ответы о влиянии различий медицинских информационных систем в АО ГК «Медси» и в сторонних медицинских организациях на полноту получаемой и передаваемой информации о пациенте с ЗНО.

В соответствии с программой исследования был использован комплекс методов: библиографический, социологический, аналитический, экспертных оценок, математико-статистический.

Репрезентативность выборки была установлена с помощью таблицы В.И. Паниотто (Паниотто В.И., Максименко В.С. Статистический анализ социологических данных. - Киев: Издательский Дом «КМ Академия», 2004. - 270 с.). Согласно данным таблицы, начиная с некоторого момента (400 и более наблюдений), увеличение объема генеральной совокупности не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки.

Обработку данных, полученных в ходе работы, с точки зрения математической статистики проводили, используя методы вариационной статистики. Достоверность имеющихся различий оценивали, применяя расчёт критерия Стьюдента (t).

На персональном компьютере работу проводили в программе под названием стандартный пакет STATISTICA 6.0.

ГЛАВА 3. УРОВЕНЬ И СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ ЗА 2012-2022 ГГ.

За изучаемый период (2012-2022 гг.) в г. Москве число, впервые выявленных злокачественных новообразований, учтенных онкологическими организациями, по данным официальной статистики, увеличилось с 39,5 тыс. до 44,2 тыс. случаев, т. е. на 11,8% (табл. 3.1). В России в целом и особенно в Центральном федеральном округе наблюдался схожий рост заболеваемости, причем темпы прироста были выше средних: 19,5% по стране и 13,2% в ЦФО соответственно.

Как свидетельствуют данные литературы, в 2020 году система онкологической помощи России оказалась в сложной ситуации в связи с пандемией коронавирусной инфекции COVID-19. Возможности онкоскрининга в связи с режимом самоизоляции были существенно ограничены, приостановлена диспансеризация определенных групп взрослого населения, выросла нагрузка на онкологическую службу в целом, что в итоге проявилось в уменьшении показателей заболеваемости ЗНО по причине недостатков выявления.

В 2020 году в Москве было зарегистрировано 36,8 тысяч новых случаев онкологических заболеваний, что на 24,2% меньше показателей предыдущего года. По всей России и в Центральном федеральном округе также наблюдалось снижение числа впервые выявленных больных - на 13,2% и 15,8% соответственно.

Следует отметить, что до 2020 г. (2012-2019 гг.) первичная онкологическая заболеваемость москвичей также увеличивалась - на 15,1% - с 334,7 в до 385,3 на 100 тыс. соответствующего населения. В РФ в целом и в ЦФО темпы роста составили 18,8% и 16,7%, соответственно. К 2022 г. показатель заболеваемости ЗНО практически вернулся к уровню 2012 г. - динамика составила рост только на 1,4%. В РФ и ЦФО прирост был более значительным - на 15,7% и 8,4%.

Таблица 3.1. - Число впервые выявленных злокачественных новообразований, учтенных онкологическими организациями в РФ, ЦФО и г. Москве (абс./ на 100 тыс. соотв. населения)

Субъекты	Годы											
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Темп роста 2012/2022 гг. %
человек												
РФ	522931	535887	566970	589381	599348	617177	624709	640391	556036	580415	624835	19,5
ЦФО	144574	148977	154093	161467	161456	167226	169948	172100	144864	148613	163636	13,2
г. Москва	39481	39841	40142	44189	44333	47908	48848	48603	36825	35422	44157	11,8
на 100 тыс. соотв. населения												
РФ	367,3	373,4	387,6	402,6	409,0	420,3	425,3	436,3	379,6	396,0	425,1	15,7
ЦФО	374,5	384,5	395,6	413,7	412,9	425,9	432,3	437,0	368,2	373,6	406,1	8,4
г. Москва	334,7	332,6	329,1	362,3	359,6	385,0	388,9	385,3	290,7	276,0	339,3	1,4

Указанная динамика подтверждалась при моделировании трендов. Так, были выявлены низкие коэффициенты аппроксимации: в г. Москве – 0,0387, в РФ – 0,3243 и ЦФО – 0,0145 (рис. 3.1).

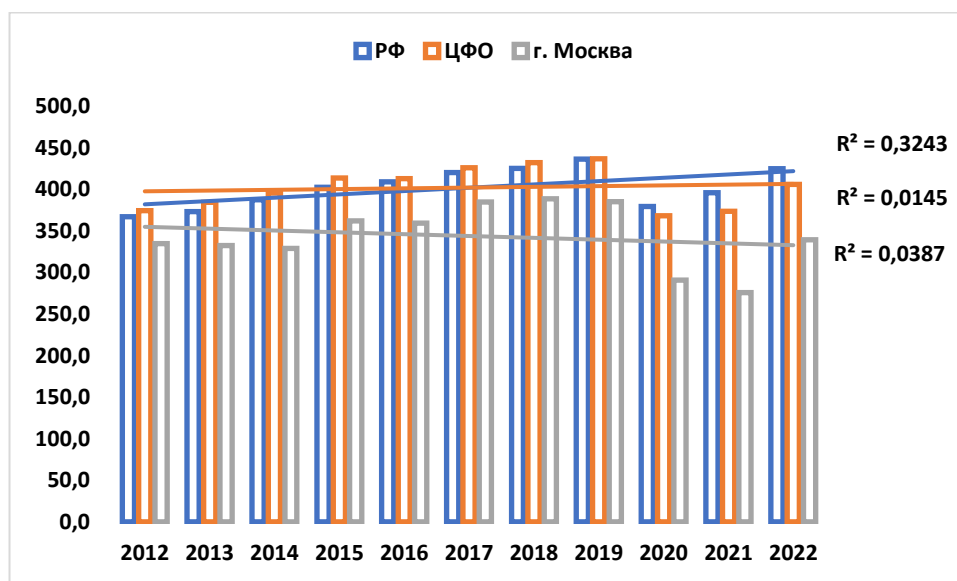


Рисунок 3.1. – Моделирование трендов при первичной заболеваемости ЗНО в РФ, ЦФО и г. Москве (на 100 тыс. соотв. населения)

Сравнительный анализ показал, что заболеваемость ЗНО в г. Москве все годы данного наблюдения ниже, чем в РФ и ЦФО, при этом в связи с тем, что ее темпы роста не такие как в сравниваемых территориях, с каждым годом разрыв в показателях заболеваемости увеличивается. Если в 2012 г. он составлял соответственно 9,7% и 11,9%, то в 2021 г. – 43,5% и 35,4%. Правда, в 2022 г. разрыв сократился, но оставался достаточно высоким – 25,3% и 19,7%.

По показателю первичной заболеваемости опухолевой патологией г. Москва в 2022 г. находилась на 18-й строчке в таблице субъектов РФ и на 2-м месте среди субъектов ЦФО.

Структурные особенности заболеваемости ЗНО за изучаемый промежуток времени в г. Москве оставались стабильными: на 1 месте находились ЗНО молочной железы – 12,3% в 2012 г. и 15,9% в 2022 г., на втором месте — кожи (без меланомы) 11,5% и 11,5 соответственно (рис. 3.2 и рис. 3.3). Далее отмечалось перемещение в пределах одного рангового места.

Увеличилась доля ЗНО ободочной кишки (с 6,5% до 8,1%) и предстательной железы (с 5,6% до 10,8%).

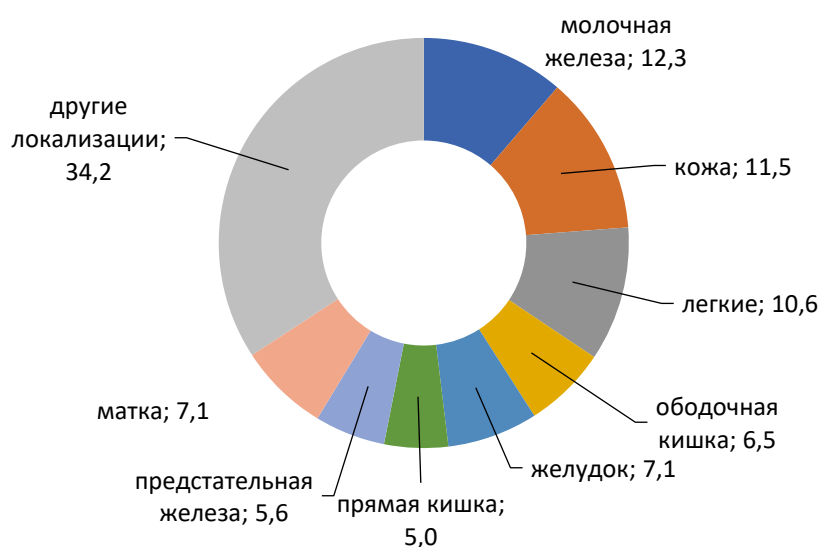


Рисунок 3.2. – Структура заболеваемости ЗНО населения г. Москвы в 2022 г. (в %)

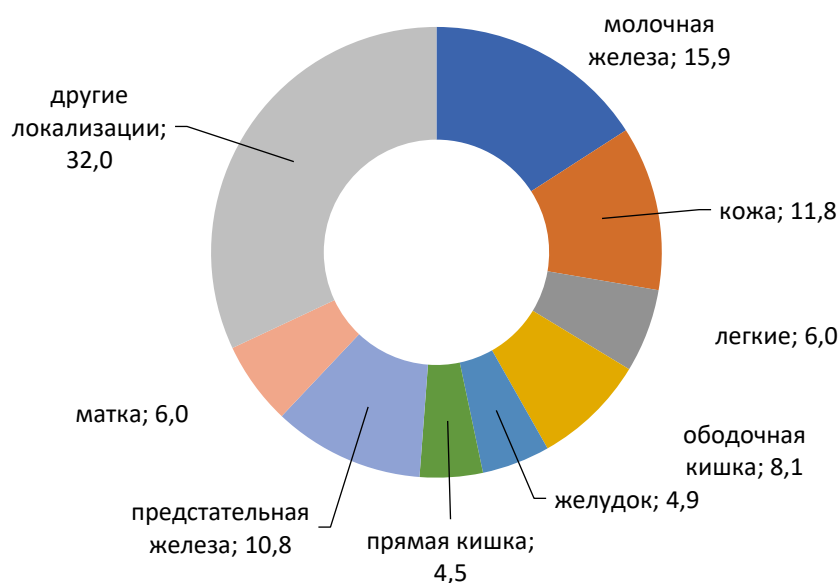


Рисунок 3.3. – Структура заболеваемости ЗНО населения г. Москвы в 2022 г. (в %)

В структуре заболеваемости в 2022 г. у мужчин лидируют ЗНО предстательной железы – 25,4%, на втором месте ЗНО кожи – 10,2%, на

третьем – ЗНО легкого – 9,4%, у женщин на первом месте ЗНО молочной железы – 27,6%, на втором ЗНО кожи – 13,0% и на третьем ЗНО матки – 10,4% (рис. 3.4).

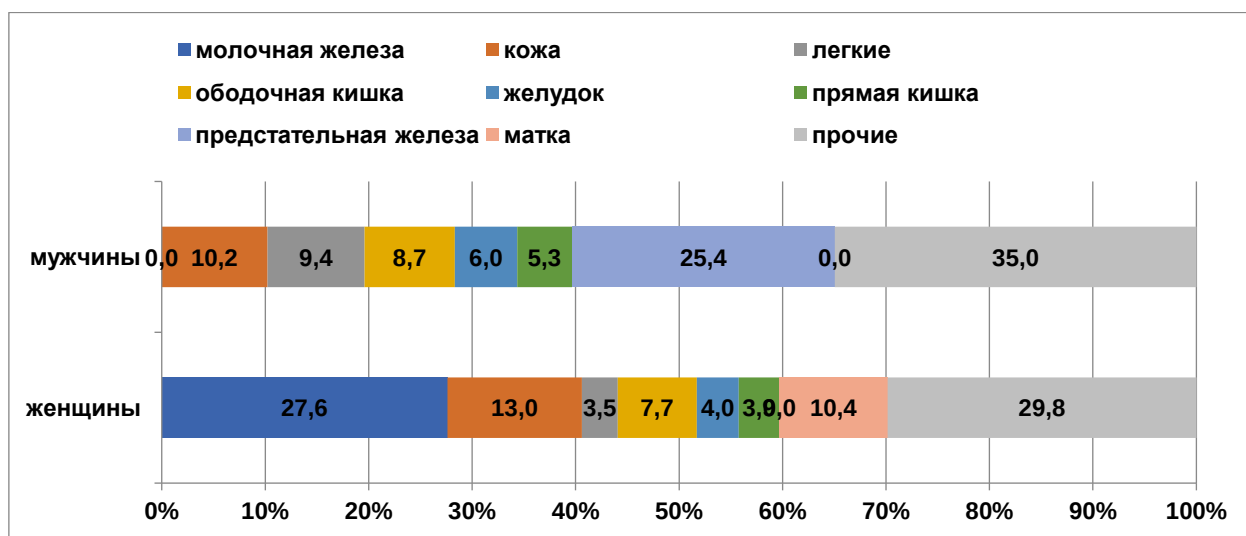


Рисунок 3.4. – Структура заболеваемости ЗНО у мужского и женского населения г. Москвы в 2022 г. (в %)

Следует отметить, что у мужчин несколько больше, чем у женщин доля случаев ЗНО легких (9,4% против 3,5%), желудка (6,0% против 4,0%), ободочной (8,7% против 7,7%) и прямой кишки (5,3% против 3,9%).

Рост заболеваемости ЗНО в г. Москве связывают с повышением диагностических возможностей в последнее время. Результатом своевременной диагностики ЗНО можно рассматривать увеличение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением в онкологических организациях.

По данным 2022 г. численность пациентов с ЗНО в г. Москве составила 362,6 тыс. человек. За период 2012-2022 г. она увеличилась с 2006,3 до 2786,1 на 100 тыс. соответствующего населения, то есть на 38,9%, что значительно больше, чем РФ в целом и в ЦФО – увеличение соответственно на 31,0% и 26,6% (табл. 3.2).

Таблица 3.2. - Число состоящих под диспансерным наблюдением в онкологических организациях на конец года в РФ, ЦФО и г. Москве (на 100 тыс. соотв. населения)

Субъекты	Годы											Темп роста 2012/2022 гг., %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
РФ	2089,7	2157,0	2250,0	2323,0	2401,2	2471,8	2561,4	2676,3	2718,3	2681,0	2737,4	31,0
ЦФО	2301,2	2381,7	2474,7	2532,8	2625,9	2666,6	2729,6	2856,8	2904,3	2847,2	2912,4	26,6
г, Москва	2006,3	2096,6	2193,0	2224,0	2347,9	2326,7	2466,9	2615,6	2601,9	2605,0	2786,1	38,9

Заслуживает внимания тот факт, что в течение периода наблюдения показатель количества лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в г. Москве был стабильно ниже, чем в РФ и ЦФО. Лишь в 2019 г. он приблизился к общероссийскому показателю, но при этом был ниже, чем в ЦФО - 2615,6 против 2676,3 и 2856,8 на 100 тыс. соответствующего населения, соответственно. При моделировании трендов коэффициент аппроксимации оказался в сравниваемых территориях очень высоким, приближающимся к 1,0 (рис. 3.5).

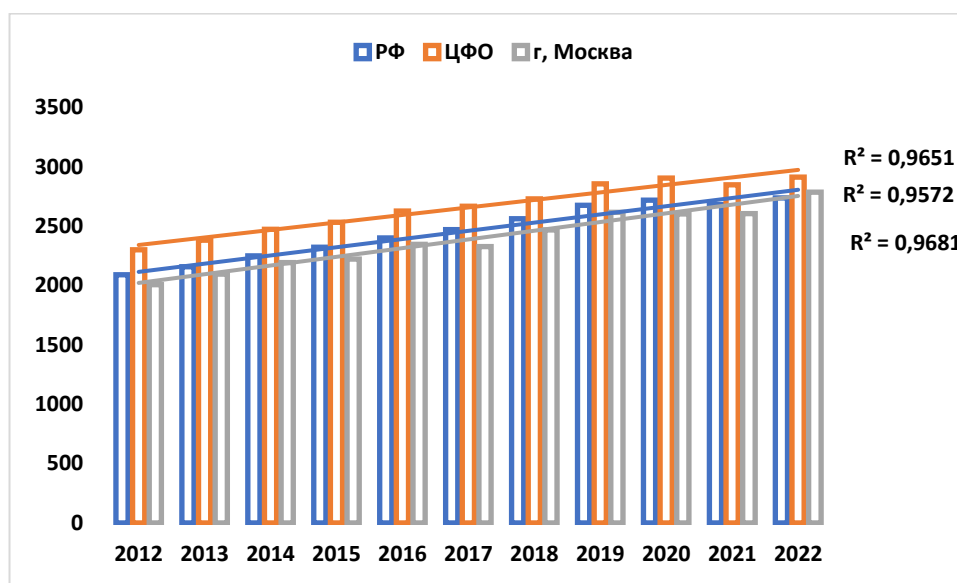


Рисунок 3.5. – Моделирование трендов показателя числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением) в РФ, ЦФО и г. Москве (на 100 тыс. соотв. населения)

Степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики является одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания. В 2022 г. в г. Москве было выявлено 65,0% случаев I и II стадии и 30,0% III и IV стадии развития ЗНО, на долю не установленных случаев приходилось 5,0% (табл. 3.3).

За период 2012-2022 гг. в г. Москве увеличилась доля ЗНО I стадии распространенности опухолевого процесса на 51,5% и сократились доли II, III, и IV стадий - на 10,4%, 25,7% и 19,4% соответственно.

Таблица 3.3. - Распределение злокачественных новообразований по стадиям развития опухолевого процесса в РФ, ЦФО
и г. Москве (в % от числа выявленных)

Субъекты	Годы											Темп роста / снижения 2012/2022 гг., %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Стадия I												
РФ	25,1	25,6	26,7	27,5	28,6	29,8	30,6	32,3	30,7	32,4	34,4	37,1
ЦФО	25,6	26,4	27,3	28,4	29,5	30,9	31,5	33,0	31,8	33,4	35,9	40,2
г, Москва	27,0	2,3	27,5	29,4	32,3	33,5	33,5	35,3	35,4	37,1	40,9	51,5
Стадия II												
РФ	25,3	25,2	25,3	26,2	26,1	25,8	25,8	25,1	25,6	25,5	24,9	-1,6
ЦФО	26,0	25,6	25,4	25,5	26,3	25,9	26,2	25,8	25,7	25,7	24,9	-4,2
г, Москва	26,9	26,9	26,4	26,0	27,0	27,4	27,4	27,0	25,1	25,2	24,1	-10,4
Стадия III												
РФ	21,5	21,2	20,6	20,1	19,1	18,8	18,2	17,6	17,8	17,2	16,8	-21,9
ЦФО	21,1	20,5	20,4	20,1	18,5	18,0	17,9	17,4	17,9	16,8	16,3	-22,7
г, Москва	19,1	18,6	19,1	18,1	16,7	16,9	16,9	16,4	16,8	14,5	14,2	-25,7
Стадия IV												
РФ	21,2	21,1	20,7	20,4	20,5	20,2	20,3	19,8	21,2	20,5	19,8	-6,6
ЦФО	21,4	21,1	21,0	21,0	20,8	20,2	19,8	19,0	20,0	19,4	18,6	-13,1
г, Москва	19,6	19,5	20,1	21,0	18,8	17,6	17,6	16,9	17,6	16,8	15,8	-19,4

Стадия не установлена												
РФ	6,8	6,8	6,7	5,8	5,7	5,4	5,1	5,2	4,7	4,4	4,1	-39,7
ЦФО	5,9	6,4	5,9	5,0	4,8	5,0	4,6	4,9	4,6	4,7	4,4	-25,4
г, Москва	7,4	7,7	6,9	5,5	5,1	4,6	4,6	4,4	5,1	6,4	5,0	-32,4

Такие же темпы динамики указанных показателей имели место в РФ и ЦФО. Вместе с тем, имелось отличие от последних. Так, в г. Москве сократились случаи с неустановленной стадией заболевания на 32,4%, в РФ регистрировалось снижение доли этих случаев на 39,7%, в ЦФО - на 25,4%.

Установлено, что при распределении больных ЗНО по стадиям развития опухолевого процесса наблюдаемые различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$), однако можно сказать, что среди больных ЗНО в г. Москве больше удельный вес с I стадии распространенности патологического процесса, чем в РФ и ЦФО и меньше III и IV стадии (табл. 3.4).

Таблица 3.4. – Распределение больных ЗНО по стадиям развития опухолевого процесса в РФ, ЦФО и г. Москве в 2022 г. (в %)

	Стадия I	Стадия II	Стадия III	Стадия IV	Стадия не установлена
РФ	34,4	24,8	16,7	19,8	4,3
ЦФО	35,8	24,8	16,3	18,5	4,6
г. Москва	40,9	24,1	14,2	15,8	5,0

Показатель запущенности ЗНО в г. Москве сокращается более интенсивно, чем в РФ и ЦФО - с 19,6% в 2012 г. до 15,8% в 2022 г. (на 19,4%) против 6,6% и 13,1% соответственно. Кроме этого, он в основном был ниже таковых в сравниваемых территориях и разрыв между ними постепенно увеличивался. Так, если в 2012 г. разница с РФ составляла 7,5%, а с ЦФО - 8,4%, то в 2022 г. – 20,2% и 15,1% соответственно.

Вызывает тревогу сокращение в г. Москве удельного веса больных злокачественными новообразованиями, выявленных активно. Так, за период 2012-2022 гг. указанный показатель снизился на 23,5%, а в РФ и ЦФО повысился соответственно на 57,1% и 36,7% (табл. 3.5).

Следует отметить, что до 2018 г. доля больных ЗНО, выявленных активно, в г. Москве несколько превышала таковой в РФ и ЦФО, однако в последующем стала ниже таковых, хотя указанные различия не были

статистически значимыми ($p>0,05$).

Таблица 3.5. - Доля больных ЗНО, выявленных активно, в РФ, ЦФО и г. Москве (в %)

Годы	РФ	ЦФО	Г. Москва
2012	15,6	18,0	22,1
2013	17,3	19,4	22,0
2014	18,7	22,0	22,5
2015	21	23,7	26,2
2016	22,4	25,6	28,3
2017	25,8	26,5	27,0
2018	27,3	28,3	27,6
2019	27,5	29,3	28,0
2020	24,4	24,9	18,5
2021	24,1	24,1	13,2
2022	24,5	24,6	16,9
Темп роста / снижения, 2012/2022 гг., %	57,1	36,7	-23,5

О тяжести заболевания свидетельствует и одногодичная летальность больных ЗНО, которая зависит не только от стадии развития опухолевого процесса, но и от его локализации. В г. Москве за период 2012-2022 гг. летальность в течение первого года с момента установления диагноза ЗНО была существенно ниже, чем в РФ и ЦФО и сократилась на 33,8% - с 19,8% до 13,1% (табл. 3.6, рис. 3.6). В РФ и ЦФО темпы снижения уровня одногодичной летальности были менее высокими – 26,8% и 29,9% соответственно

Таблица 3.6. - Одногодичная летальность больных ЗНО (умерли в течение первого года с момента установления диагноза) при различных локализациях процесса в РФ, ЦФО и г. Москве (в %)

Субъекты	Годы											Темп снижения 2012/2022 гг., %
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
всего												
РФ	26,1	25,3	24,8	23,6	23,2	22,5	22,2	21,7	20,6	20,3	19,1	-26,8
ЦФО	24,4	24,1	23,2	22,3	21,7	20,8	21,0	19,7	18,9	17,8	17,1	-29,9
г, Москва	19,8	20,4	18,4	19,2	19,1	18,2	18,7	17,0	17,2	14,0	13,1	-33,8
пищевода												
РФ	59,4	58,3	60,0	58,8	58,5	57,8	59,0	57,5	57,5	51,9	51,5	-13,3
ЦФО	61,5	59,2	60,5	58,9	56,8	57,2	59,6	57,4	55,5	47,2	49,9	-18,9
г, Москва	58,8	55,0	52,7	58,6	52,0	54,4	58,2	54,6	58,8	37,2	48,1	-18,2
желудка												
РФ	49,8	49,2	48,7	47,8	48,5	46,6	47,4	45,8	44,5	43,3	41,9	-15,9
ЦФО	48,3	47,0	46,4	45,3	45,6	43,5	45,8	42,9	42,9	40,5	39,2	-18,8
г, Москва	43,1	42,5	39,6	40,4	41,5	40,0	44,2	38,6	42,8	41,0	35,2	-18,3
прямой кишки												
РФ	25,8	25,7	24,9	23,8	23,1	22,5	21,6	21,1	20,3	19,2	18,4	-28,7
ЦФО	24,0	25,1	22,8	21,6	20,7	21,0	20,0	19,1	19,0	18,3	15,7	-34,6
г, Москва	21,4	21,9	19,4	19,0	20,5	18,4	17,8	18,0	19,7	19,4	12,8	-40,2

легких												
РФ	52,4	51,8	51,4	50,5	50,6	49,6	49,0	48,4	48,8	47,2	44,8	-14,5
ЦФО	51,7	50,8	49,2	50,8	49,2	47,3	48,0	45,6	48,7	45,5	41,8	-19,1
г, Москва	49,9	49,1	45,5	49,5	50,3	47,7	47,4	43,6	48,1	46,4	35,4	-29,1
молочной железы												
РФ	8,3	7,4	7,3	6,6	6,4	6,0	5,8	5,5	5,2	4,8	4,6	-44,6
ЦФО	8,2	7,3	6,9	6,7	6,0	5,6	5,7	5,2	4,8	4,2	4,2	-48,8
г, Москва	8,1	7,8	7,3	6,7	6,1	5,7	6,1	4,7	4,7	3,0	2,7	-66,7
шейки матки												
РФ	17,0	16,5	16,3	15,2	14,6	14,3	13,8	13,5	12,6	11,9	11,9	-30,0
ЦФО	15,7	16,5	15,4	14,6	13,7	13,3	12,9	12,7	12,6	10,3	11,7	-25,5
г, Москва	13,8	15,0	12,1	14,3	16,2	14,2	15,4	14,4	16,5	9,0	11,6	-15,9
лимфатических и кроветворных тканей												
РФ	21,7	21,5	21,4	21,6	22,5	21,6	22,3	22,2	21,6	20,7	17,2	-20,7
ЦФО	19,2	18,9	19,6	19,2	18,5	18,8	18,6	17,9	18,3	15,6	14,5	-24,5
г, Москва	11,6	11,8	11,9	13,5	11,8	11,8	13,9	11,8	12,9	9,1	7,9	-31,9

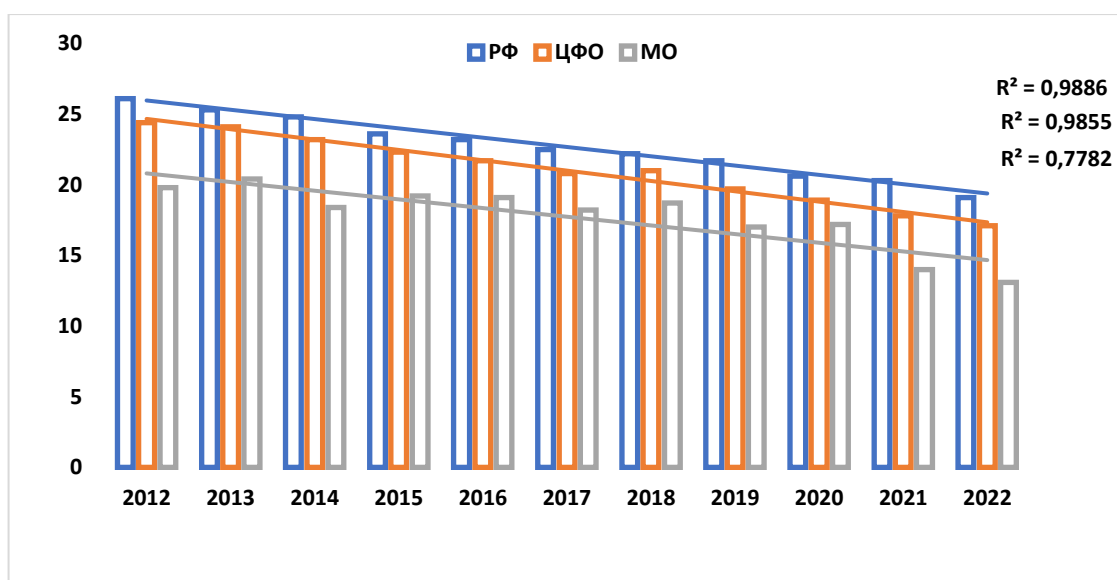


Рисунок 3.6. - Моделирование трендов при одногодичной летальности больных ЗНО в РФ, ЦФО и г. Москве (в %)

По причине того, что в г. Москве показатель одногодичной летальности испытывал существенные колебания по годам, при моделировании трендов коэффициент аппроксимации оказался ниже, чем в РФ и ЦФО – 0,7782 против 0,9886 и 0,9855.

При этом тенденция к уменьшению одногодичной летальности отмечена при злокачественных опухолях всех наиболее распространенных локализаций, наиболее выраженная при раке молочной железы и прямой кишки (рис. 3.7). При этом в г. Москве темп падения уровня данного показателя был выше, чем в РФ и ЦФО почти при всех нозологических формах, за исключением неоплазий шейки матки – снижение на 15,9% против 30,0% и 25,5% соответственно.

В числе показателей одногодичной летальности при ЗНО анализируемых локализаций в г. Москве (по данным 2022 г.) первое место занимали случаи заболеваемости ЗНО легких (35,4%), второе место – желудка (35,2%), третье место – пищевода (18,2%) и четвертое место – прямой кишки (12,8%) (рис. 3.8).

Аналогичное ранжирование указанных выше причин одногодичной летальности в отношении первых двух мест имело место в РФ и ЦФО. Однако

при дальнейшем распределении в них ЗНО прямой кишки, лимфатических и кроветворных тканей были более значимыми, чем в г. Москве. Довольно небольшая летальность в первый год после установления диагноза ЗНО имела место при локализации процесса в молочной железе.

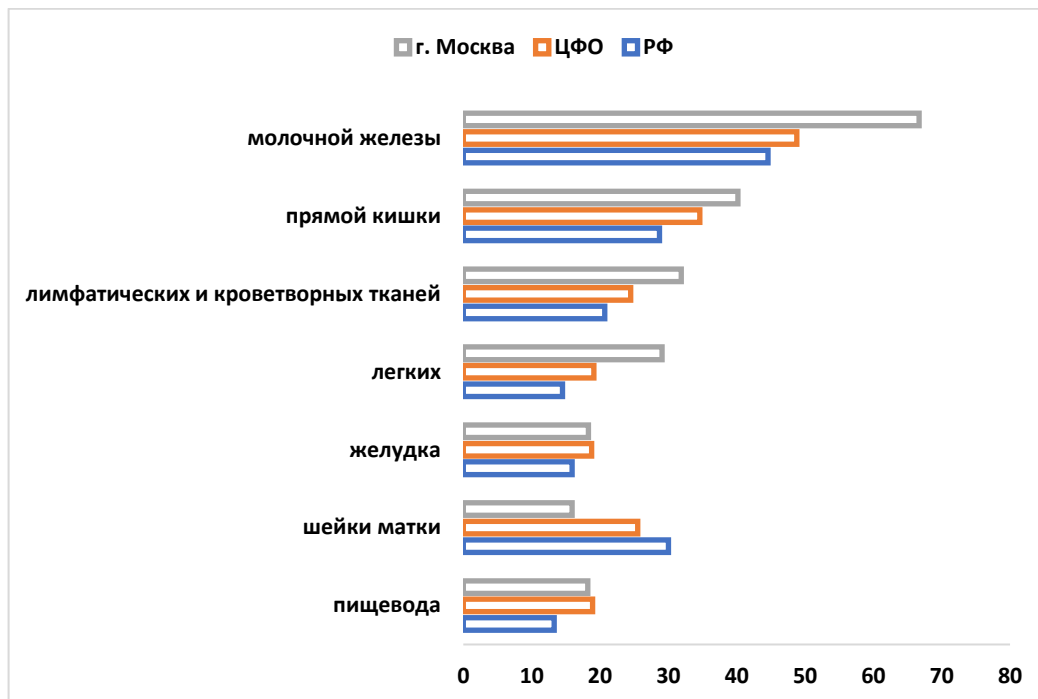


Рисунок 3.7. – Динамика показателей одногодичной летальности при ЗНО различной локализации в РФ, ЦФО и в г. Москве, 2012-2022 гг. (в %)

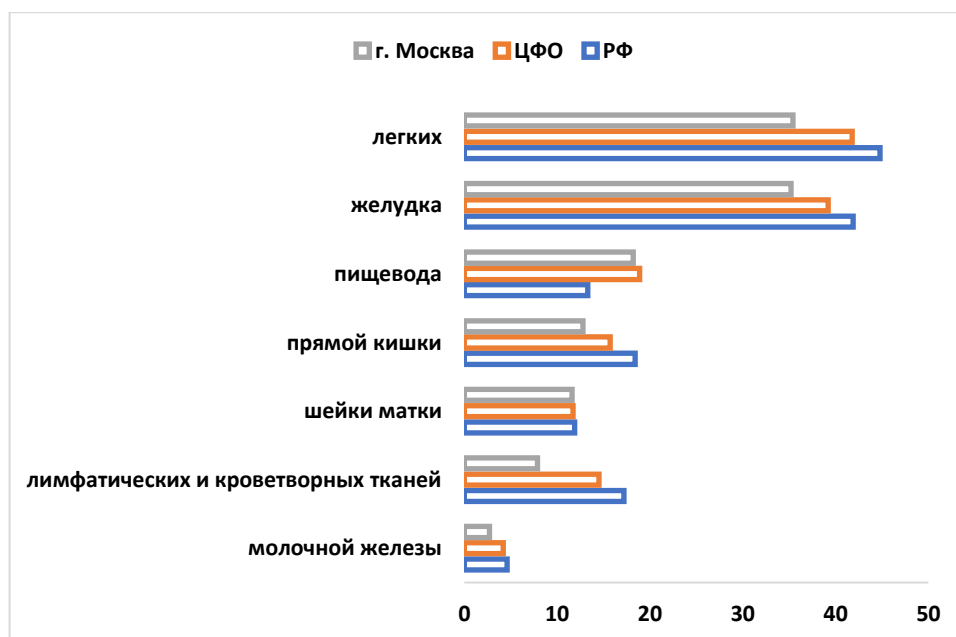


Рисунок 3.8. – Ранжирование по одногодичной летальности при ЗНО различной локализации в РФ, ЦФО и в г. Москве в 2022 г. (в %)

Проведенный анализ свидетельствует о том, что показатели одногодичной летальности в сравниваемых территориях при различных локализациях ЗНО существенно не различались. Исключение составили ЗНО лимфатических и кроветворных тканей – 7,9% в г. Москве против 17,2% в РФ и 14,5 в ЦФО, $p < 0,05$.

* * *

Таким образом, анализ официальных данных о заболеваемости злокачественными новообразованиями населения г. Москвы за период 2012-2022 гг. показал следующее:

- имеет место рост количества впервые выявленных случаев ЗНО, учтенных онкологическими организациями, происходящий одновременно с увеличением первичной заболеваемости населения этой патологией, что, возможно, обусловлено расширением диагностических возможностей в последние годы;
- существенное снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями во время пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19);
- уровень и темпы роста заболеваемости злокачественными новообразованиями москвичей ниже, чем в РФ и ЦФО;
- по показателю заболеваемости злокачественными новообразованиями первые ранговые места занимают опухоли, локализованные в молочной железе, коже, предстательной железе, ободочной кишке и матке;
- среди мужского населения лидирующие места принадлежат злокачественным новообразованиям предстательной железы, кожи и легких, среди женского - молочной железы, кожи и матки;
- зарегистрировано повышение показателя заболеваемости практически по всем наиболее распространенным локализациям: предстательная железа, ободочная кишка, матка, молочная железа;
- увеличение в г. Москве количества пациентов, которые состоят под диспансерным наблюдением по поводу онкологической патологии, при этом

оно сопоставимо с таковым в РФ и ниже, чем в ЦФО;

- увеличение частоты встречаемости опухолей I стадии и уменьшение доли II, III и IV стадий опухолевого процесса, в том числе запущенных форм и пациентов с неустановленной стадией заболевания;

- увеличение удельного веса больных ЗНО, которые выявлены активно, превышение уровней аналогичного показателя в РФ и ЦФО;

- уменьшение числа случаев одногодичной летальности и более низкий ее уровень в г. Москве по сравнению РФ и ЦФО;

- в структуре одногодичной летальности в г. Москве лидирующие позиции занимали злокачественные новообразования легких, желудка, пищевода и прямой кишки;

- тенденция к снижению одногодичной летальности имела место при злокачественных новообразованиях по всем наиболее распространенным локализациям, особенно при раке молочной железы и прямой кишки.

ГЛАВА 4. КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ПРОШЕДШИХ ЧЕРЕЗ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР АО «ГРУППА КОМПАНИЙ «МЕДСИ»»

В течение 2023 г. в Консультативно-диагностический центр (КДЦ) на Солянке АО ГК «Медси» было зарегистрировано в целом 2592 обращения пациентов онкологического профиля. Возраст пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) колебался от 24 до 89 лет и в среднем составлял $56,8 \pm 17,3$ лет. Среди лиц трудоспособного возраста отмечалось увеличение доли обращений по поводу ЗНО с возрастом. Так, если в возрасте 20-29 лет они составляли всего 3,5%, то в возрастной группе 30-39 лет – 16,8%, 40-49 лет – 19,0% (рис. 4.1).

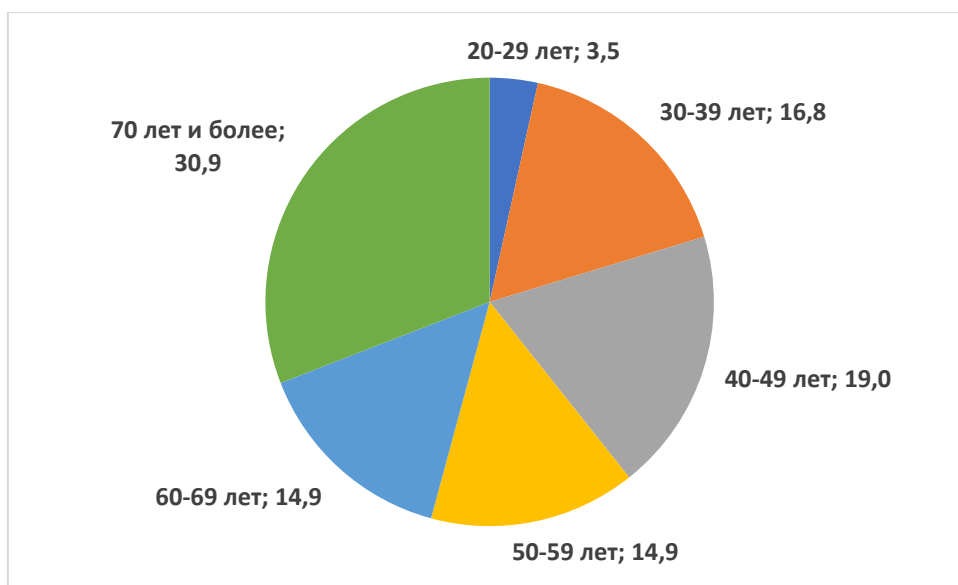


Рисунок 4.1.- Возрастная структура пациентов с ЗНО (в %)

Среди больных данного профиля старше трудоспособного возраста наибольшая доля приходилась на возрастной период 70 лет и старше 30,9% против 14,9% в возрасте 50-59 и 60-69 лет.

Проведенный анализ показал, что наибольшее число обращений имело место в марте (10,6%) и сентябре (12,1%), а наименьшее – в январе (4,3%) и декабре (6,9%).

При распределении посещений пациентами с ЗНО данной медицинской организации по кварталам года был выявлен наибольший пик в 3 квартале

(29,3%). Реже больные данного профиля обращались за медицинской помощью в 1 и 4 кварталах – 20,0% и 22,4% соответственно (рис. 4.2).



Рисунок 4.2.- Распределение обращений за медицинской помощью пациентов с ЗНО по кварталам года (в %)

Следует отметить широкий спектр отделений АО ГК «Медси», в которые обращались пациенты с ЗНО. Чаще всего это были хирургические (в 36,0% случаев) и консультативные (в 29,1%) отделения (рис. 4.3). Далее по убыванию следовали Центр репродуктивного здоровья (17,3%), онкологическое (10,3%) и терапевтическое (6,5%) отделения.

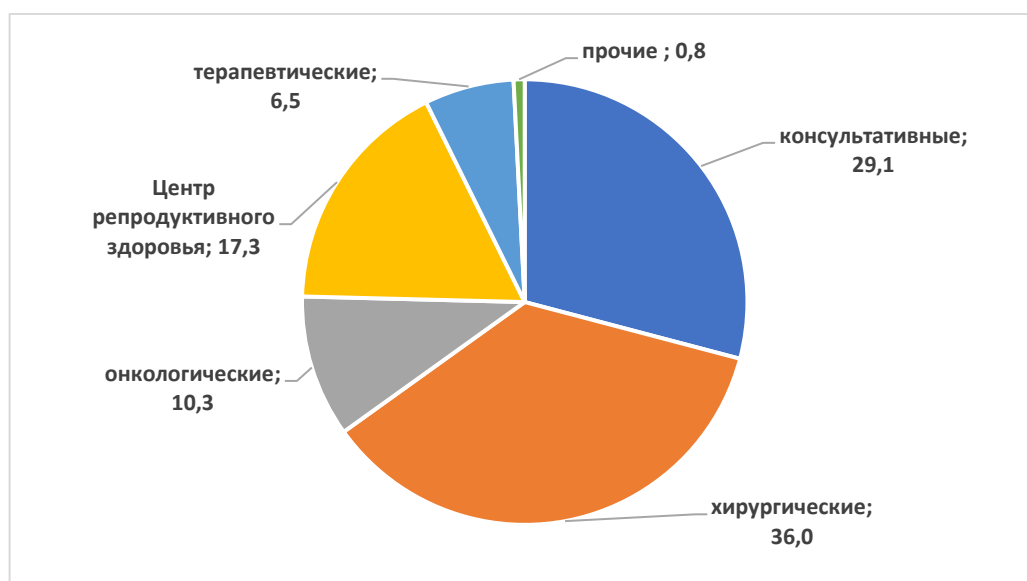


Рисунок 4.3.- Частота посещений за медицинской помощью пациентов с ЗНО по отделениям различного профиля (в %)

Более подробная информация о распределении посещений пациентов с ЗНО по отделениям представлена в табл. 4.1.

Таблица 4.1. – Распределение посещений пациентов с ЗНО по отделениям
(в %)

Наименование отделения	%
Первое консультативное отделение	16,5
Второе консультативное отделение	8,8
Третье консультативное отделение	1,8
Консультативно-диагностическое отделение	2,0
Первое хирургическое отделение	22,9
Второе хирургическое отделение	11,3
Кабинет врача сердечно-сосудистого хирурга	1,8
Дневной стационар	0,5
Первичный онкологический кабинет	10,3
Центр репродуктивного здоровья	17,3
- отделение ЭКО	15,5
Отделение внутренних болезней	6,5
Операционный блок	0,3
Центр персонифицированной медицины	0,3
Всего	100,0

Как видно из таблицы, наибольшая нагрузка приходится на первое и второе хирургические отделения - 34,2% от всех обращений (первое - 22,9%, второе – 11,3%). Кроме этого 15,5% обращений имело место в отделение экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), что среди пациентов Центра репродуктивного здоровья составляло подавляющее большинство – 89,6% посещений.

Обращает внимание редкое посещение больными с онкологической патологией дневного стационара (в 0,5% случаев) и Центра персонифицированной медицины (в 0,3%).

Для определения клинических особенностей пациентов с онкологической патологией, обратившихся в АО ГК «Медси», изучались

течение заболевания (острое; хроническое, впервые выявленное; хроническое, ранее выявленное), соотношение с другими уже имеющимися болезнями (основное, сопутствующее), а также нозологическую структуру в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

Практически каждое второе обращение (49,7%) по поводу ЗНО было связано с хроническим, ранее выявленным заболеванием. Реже имела место хроническая, впервые выявленная патология, – в 30,9% случаев. Только 19,4% обращений были по поводу остро возникшего онкологического заболевания (рис. 4.4).

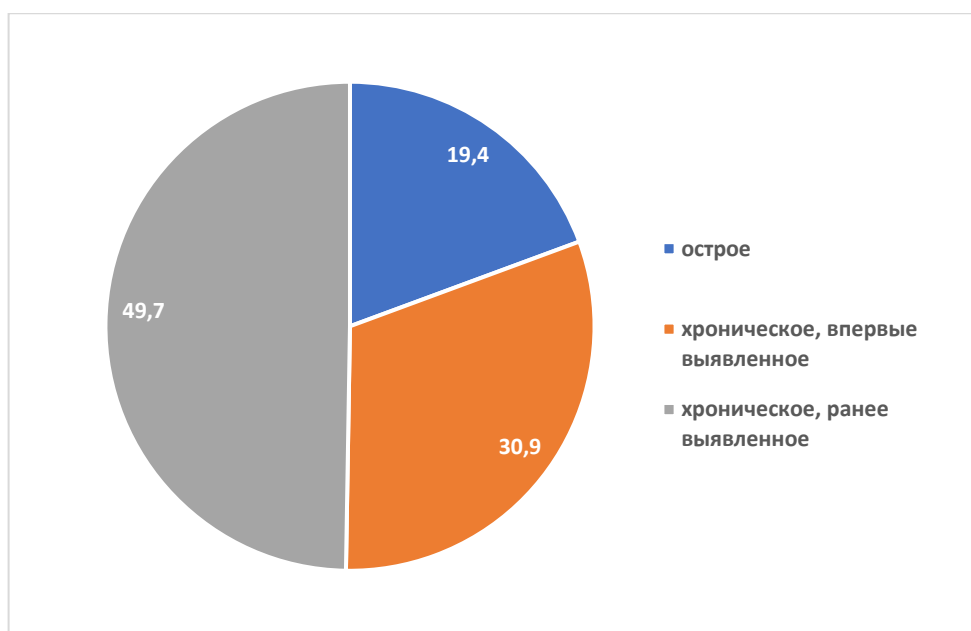


Рисунок 4.4.- Распределение посещений пациентов с ЗНО по характеру заболевания (в %)

Распределение посещений пациентов с ЗНО по виду заболевания, показало, что в большинстве (62,9%) случаев заболевание было основным, при остальных (37,1%) обращениях – сопутствующим (табл. 4.2).

Среди всех посещений в 11,0% случаев у лиц с основным диагнозом ЗНО он был конкурирующим, в 0,9% - фоновым и в 0,3% - сочетанным. То есть внутри обращений пациентов с основным диагнозом ЗНО соответственно – 17,5%, 1,4% и 0,5%.

Таблица 4.2. – Распределение посещений пациентов с ЗНО по виду заболевания (%)

Вид	%
Основное	62,9
- фоновое	0,9
- конкурирующее	11,0
- сочетанное	0,3
Сопутствующее	37,1
Всего	100,0

Структура обращений в связи с онкологической патологией представлена в табл. 4.3.

Таблица 4.3. – Структура ЗНО у пациентов по МКБ-10 (%)

Классы МКБ-10	%
C00-C97 Злокачественные новообразования, в том числе:	
C00-C14 Губы, полости рта и глотки	-
C15-C26 Органов пищеварения	14,1
C30-C39 Органов дыхания и грудной клетки	1,3
C40-C41 Костей и суставных хрящей	0,4
C43-C44 Кожи	8,2
C45-C49 Мезотелиальной и мягких тканей	
C50-C50 Молочной железы	22,9
C51-C58 Женских половых органов	8,6
C60-C63 Мужских половых органов	8,6
C64-C68 Мочевых путей	4,1
C69-C72 Глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы	1,5
C73-C75 Щитовидной и других эндокринных желез	18,7
C76-C80 Злокачественные новообразования неточно обозначенные, вторичные и неуточненных локализаций	0,8
C81-C96 Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, которые обозначены как первичные или предположительно первичные	9,9
C97-C97 Злокачественные новообразования самостоятельных (первичных) множественных локализаций	0,9
Всего	100,0

Первое место занимали ЗНО молочной железы (22,9%), второе место – ЗНО щитовидной и других эндокринных желез (18,7%), третье место – ЗНО органов пищеварения (14,1%).

Распространены были ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, которые обозначены как первичные или предположительно первичные, женских (8,6%) и мужских (8,6%) половых органов, ЗНО кожи (8,2%). Регистрировались ЗНО мочевых путей, глаза, головного мозга и других отделов центральной нервной системы, органов дыхания и грудной клетки, а также множественных локализаций.

В нозологической структуре ЗНО органов пищеварения первые ранговые места занимали ЗНО ободочной кишки (34,0%), прямой кишки (21,3%), заднего прохода и анального канала (12,1%) (табл. 4.4).

Таблица 4.4. – Структура ЗНО органов пищеварения у пациентов по МКБ-10
(в %)

Классы МКБ-10	%
C15-C26 Злокачественные новообразования органов пищеварения, в том числе:	
C15 Злокачественное новообразование пищевода	2,8
C16 Злокачественное новообразование желудка	6,4
C17 Злокачественные новообразования тонкого кишечника	2,8
C18 Злокачественные новообразования ободочной кишки	34,0
C19 Злокачественные новообразования ректосигмоидного соединения	7,8
C20 Злокачественные новообразования прямой кишки	21,3
C21 Злокачественные новообразования заднего прохода и анального канала	12,1
C22 Злокачественное новообразование печени и внутрипеченочных желчных протоков	6,4
C25 Злокачественные новообразования поджелудочной железы	6,4
Всего	100,0

Кроме этого были распространены ЗНО ректосигмоидного соединения,

желудка, поджелудочной железы, печени и внутрипеченочных желчных протоков.

Структура ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей у пациентов представлена в табл. 4.5. Наибольшую долю составляли лимфома Ходжкина (28,4%), лимфоидный лейкоз (24,0%), множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования (10,9%). Кроме этого, были распространены фолликулярная и нефолликулярная лимфомы.

Таблица 4.5. – Структура ЗНО лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей у пациентов по МКБ-10 (в %)

Классы МКБ-10	%
С81-С96 Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, которые обозначены как первичные или предположительно первичные, в том числе:	
С81 Лимфома Ходжкина	28,4
С82 Фолликулярная лимфома	6,5
С83 Нефолликулярная лимфома	8,7
С84 Зрелые Т/НК-клеточные лимфомы	4,4
С85 Другие и неуточненные типы неходжкинской лимфомы	4,4
С88 Злокачественные иммунопролиферативные болезни	4,4
С90 Множественная миелома и злокачественные плазмоклеточные новообразования	10,9
С91 Лимфоидный лейкоз [лимфолейкоз]	24,0
С92 Миелоидный лейкоз [миелолейкоз]	4,4
С95 Лейкоз неуточненного клеточного типа	4,4
Всего	100,0

Проведенный анализ структуры ЗНО женских половых органов показал, что более половины (55,0%) приходилось на ЗНО тела матки. Другие локализации были менее распространены. Так, ЗНО шейки матки составляли 27,5%, ЗНО яичника – 17,5% (рис. 4.5).

Среди ЗНО мужских половых органов основную долю составляли злокачественные повреждения предстательной железы – 92,5% случаев.

Остальные 7,5% приходились на ЗНО яичка (рис. 4.6).

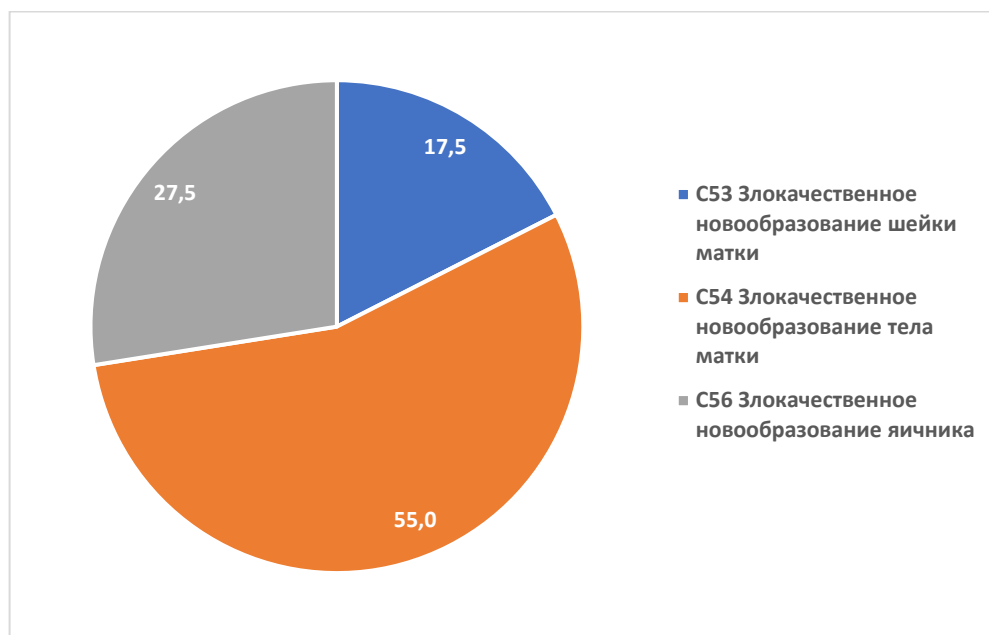


Рисунок 4.5.- Структура ЗНО женских половых органов у пациентов по МКБ-10 (в %)

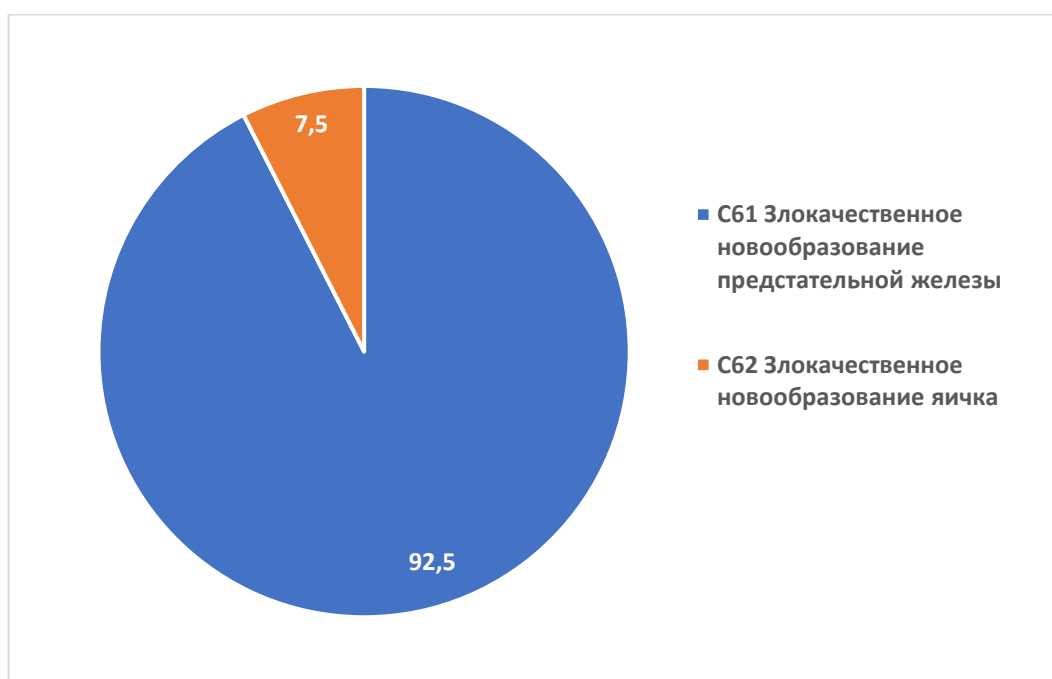


Рисунок 4.6.- Структура ЗНО мужских половых органов у пациентов по МКБ-10 (в %)

На рисунке 4.7 представлена структура ЗНО мочевых путей у пациентов. Среди злокачественных новообразований данной локализации несколько чаще встречались ЗНО почек – в 57,9% случаев.

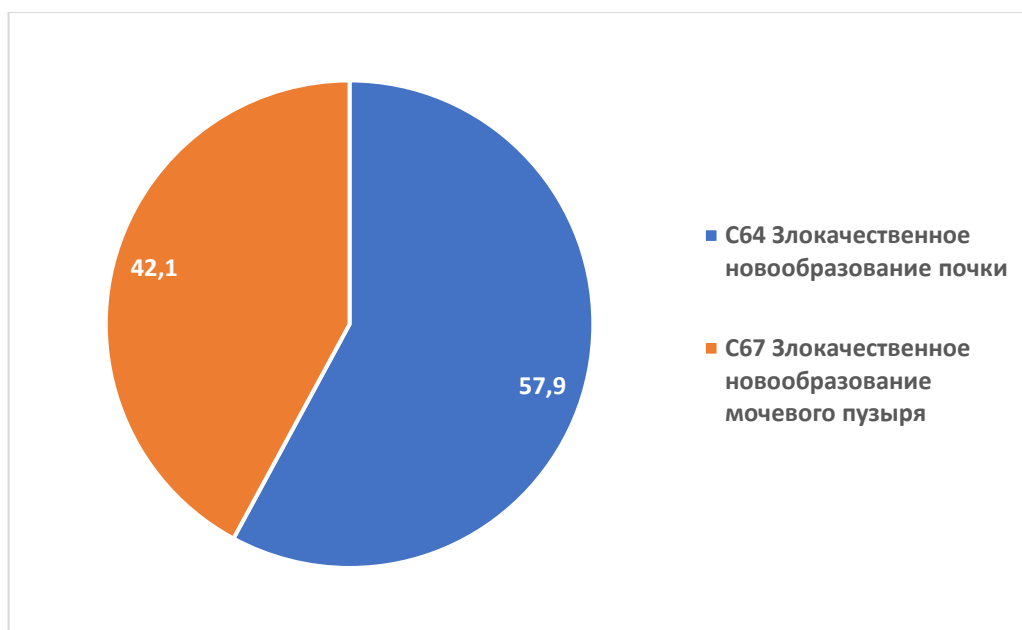


Рисунок 4.7.- Структура ЗНО мочевых путей у пациентов по МКБ-10 (в %)

Среди злокачественных новообразований данной локализации несколько чаще встречались ЗНО почек – в 57,9% случаев. На долю ЗНО мочевого пузыря приходилось 42,1%.

Для того, чтобы поставить правильный диагноз и назначить необходимое лечение, в АО ГК «Медси» используются различные современные методы распознавания заболеваний.

Среди компонентов диагностики помимо семиотики важное место занимают методы обследования пациентов и их методологические основы. Методы – это любые технические приемы, которые способны выявить клинически значимое отклонение от нормы какого-либо признака, характеризующего состояние организма. Методология в свою очередь устанавливает порядок применения данных приемов, способы интерпретации результатов. Она содержит перечень ключевых положений и правил, алгоритмы маршрутизации пациентов.

Традиционно все диагностические методы подразделяются на клинические, лабораторную диагностику, отражающую изменения в клеточном и химическом составе биожидкостей и других биоматериалов, и инструментальную диагностику (функциональные, анатомо-морфологические

методы), позволяющую наглядно определить то, что происходит в конкретном органе.

Среди всех обращений пациентов онкологического профиля с диагностической целью более половины (53,4%) приходилось на лабораторные методы исследования. Второе место по частоте использования занимали клинические методы, которые составляли 24,5%. На долю функциональных исследований приходилось 14,6%, анатомо-морфологических методов – 7,5% (рис. 4.8).

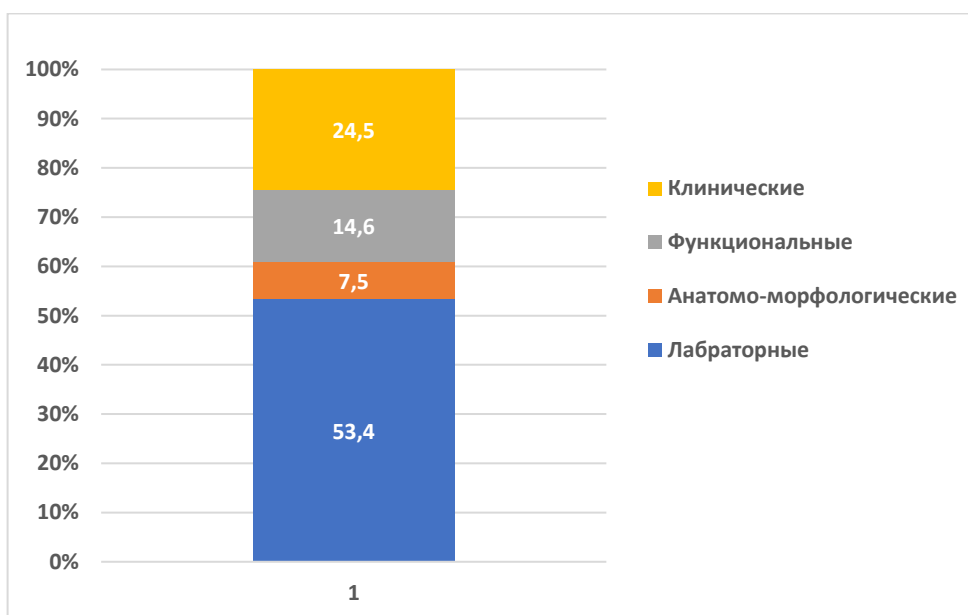


Рисунок 4.8.- Распределение посещений пациентов с ЗНО по характеру обследований (в %)

Структура клинических методов обследования у пациентов с ЗНО подробно представлена в табл. 4.6.

Как видно из таблицы, чаще всего пациенты онкологического профиля были на приеме у врача-онколога (22,4%), врача-кардиолога (12,6%) и врача-хирурга (10,2%). Далее по убыванию располагались прием врача акушера-гинеколога (8,5%), врача-терапевта (7,6%), врача-уролога (7,0%) и врача-гематолога (6,1%). Следует отметить, что нередко была необходимость консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, пульмонолога и гастроэнтеролога.

Таблица 4.6. – Структура клинических методов обследования у пациентов с ЗНО (в %)

Специальность врача	%
Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	8,5
Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога	0,3
Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом	0,6
Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	2,6
Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога	6,1
Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога	1,5
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	12,6
Прием (осмотр, консультация) врача-колопроктолога	1,8
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога	2,9
Прием (осмотр, консультация) врача-онколога	22,5
Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	2,3
Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	3,2
Прием (осмотр, консультация) врача-пульмонолога	2,9
Прием (осмотр, консультация) врача-ревматолога	1,2
Прием (осмотр, консультация) врача по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению	0,3
Прием (осмотр, консультация) врача-сердечно-сосудистого хирурга повторный	1,8
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	7,9
Прием (осмотр, консультация) врача-торакального хирурга	0,3
Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда повторный	0,3
Прием (осмотр, консультация) врача-уролога	7,0
Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога	3,2
Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга	10,2
Всего	100,0

Среди функциональных методов исследования у пациентов с ЗНО чаще всего проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, селезенка) – в 57,4% случаев обращения, а также электрокардиография в 12-ти отведениях (с возможностью выявления нарушений сердечного ритма) – 39,7%. Небольшую долю составляли эзофагогастродуоденоскопия (2,2%) и ректосигмоидоколоноскопия (0,7%) (табл. 4.7).

Более половины (50,5%) случаев использования анатомо-морфологических методов исследования составляла компьютерная томография. На долю магнитно-резонансной томографии приходилось 32,4%. Следует обратить внимание, что рентгенография назначалась значительно

реже – в 17,1% случаев (рис. 4.9).

Таблица 4.7. – Структура функциональных методов исследования у пациентов с ЗНО (в %)

Метод исследования	%
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (печень, желчный пузырь, желчные протоки, поджелудочная железа, селезенка)	57,4
Электрокардиография в 12-ти отведениях (с возможностью выявления нарушений сердечного ритма)	39,7
Эзофагогастродуоденоскопия	2,2
Ректосигмоидоколоноскопия	0,7
Всего	100,0

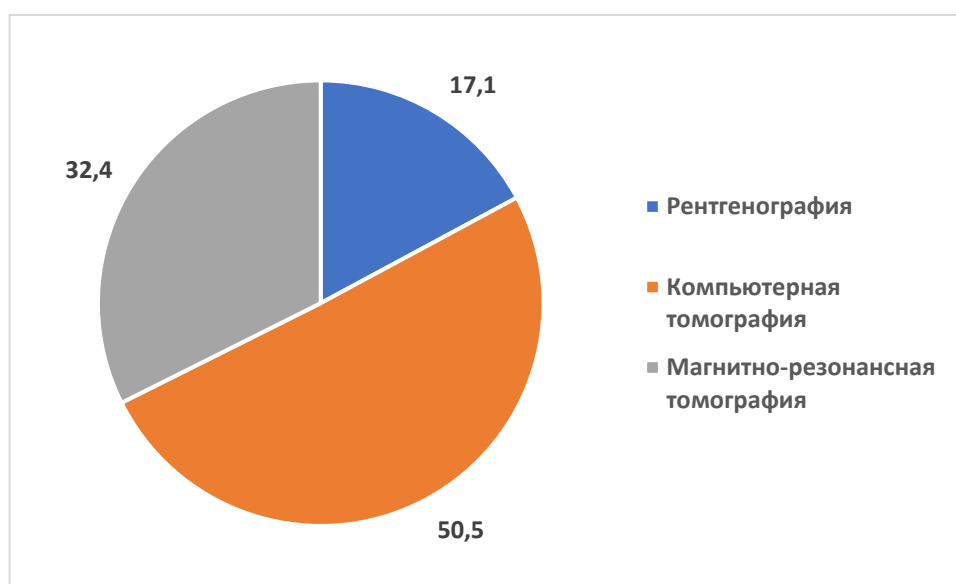


Рисунок 4.9.- Структура анатомо-морфологических методов исследования у пациентов с ЗНО (в %)

Рентгенологические методы исследования у пациентов с ЗНО чаще всего использовались для обследования органов дыхания (в 55,6% случаев) и молочных желез (в 22,2%). Другие рентгенологические исследования касались придаточных пазух носа, шейного отдела позвоночника с функциональными пробами (3-4 проекции), костей таза, одного крупного сустава и длинных трубчатых костей (плечевой, тазобедренный, локтевой, коленный) (табл. 4.8).

Таблица 4.8. – Структура рентгенологических методов исследования у пациентов с ЗНО (в %)

Метод исследования	%
Рентгенография придаточных пазух носа	5,6
Рентгенография легких (2 проекции)	55,6
Рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами (3-4 проекции)	5,6
Рентгенография костей таза	5,6
Рентгенография одного крупного сустава и длинных трубчатых костей (плечевой/ тазобедренный/ локтевой/ коленный/	5,6
Маммография двух молочных желез (2 проекции)	22,2
Всего	100,0

Компьютерная томография была распространена при обследовании органов грудной клетки (в 50,0% случаев) и брюшной полости (в 25,0%). Довольно часто проводилась томография головного мозга (в 15,6%). Данный метод исследования использовался для диагностики патологии мочевыводящих путей и органов малого таза (табл. 4.9).

Таблица 4.9. – Структура компьютерно-томографических методов исследования у пациентов с ЗНО (в %)

Метод исследования	%
Компьютерная томография органов грудной полости (легкие, средостение)	50,0
Компьютерная томография головного мозга	15,6
Компьютерная томография органов брюшной полости	25,0
Компьютерная томография мочевыводящих путей	6,3
Компьютерная томография органов малого таза	3,1
Всего	100,0

В структуре проведенных магнитно-резонансных методов исследования у пациентов с ЗНО первые места занимали диагностика заболеваний органов малого таза (в 52,9% обследований), головного мозга (в 17,6%) и орбит (в 11,8%) (табл. 4.10). Одинаково часто проводилась магнитно-резонансная томография органов брюшной полости забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (печень, селезенка, поджелудочная железа,

почки, надпочечники), тазобедренных суставов, молочной железы.

Таблица 4.10. – Структура магнитно-резонансных методов исследования у пациентов с ЗНО (в %)

Метод исследования	%
Магнитно-резонансная томография головного мозга с контрастированием	17,6
Магнитно-резонансная томография органов малого таза	52,9
Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости забрюшинного пространства с болюсным контрастированием (печень, селезенка, поджелудочная железа, почки, надпочечники)	5,9
Магнитно-резонансная томография тазобедренных суставов	5,9
Магнитно-резонансная томография молочной железы	5,9
Магнитно-резонансная томография орбит	11,8
Всего	100,0

Анализ частоты использования лабораторных методов исследования у пациентов с ЗНО показал, что во всех случаях (100 на 100 обследований) проводились общеклинические исследования — исследование физико-химических свойств и клеточного состава биоматериала (крови, мочи, кала, мокроты, слюны, спермы) и биохимические анализы — оценка состава биологических жидкостей человека (табл. 4.11).

Таблица 4.11. – Частота лабораторных методов исследования у пациентов с ЗНО (на 100 обследованных)

Метод исследования	На 100 обследованных
Общеклинические исследования — исследование физико-химических свойств и клеточного состава биоматериала (крови, мочи, кала, мокроты, слюны, спермы)	100,0
Биохимические анализы — оценка состава биологических жидкостей человека	100,0
Гормональная панель — исследование на гормоны для оценки работы желез внутренней секреции	74,5
Диагностика инфекций — ПЦР-диагностика, ИФА-диагностика, бактериологические исследования	89,1
Гистологические исследования — взятие образца ткани для исследования её клеточного состава	66,6
Цитологические исследования — изучение клеточного состава биоматериала	50,1
Иммунологическая диагностика — исследование иммунитета	39,8

Второе место по частоте занимала диагностика инфекций (ПЦР-

диагностика, ИФА-диагностика, бактериологические исследования) – 89,1 на 100 обследованных. На третьем месте находились гормональные исследования (74,5). Далее следовали гистологические исследования (взятие образца ткани для исследования её клеточного состава) (66,6), цитологические исследования (изучение клеточного состава биоматериала) (50,1) и иммунологическая диагностика (39,8).

Таким образом, при изучении особенностей пациентов онкологического профиля, прошедших через АО ГК «Медси», было установлено:

- среди лиц трудоспособного возраста отмечалось увеличение доли обращений по поводу ЗНО с возрастом, а у больных старше трудоспособного возраста максимальная доля приходилась на возрастной период 70 лет и старше;
- наибольшее число обращений по поводу ЗНО имело место в марте и сентябре, а наименьшее – в январе и декабре, в связи с чем был выявлен пик посещений в 3 квартале;
- отмечен широкий спектр отделений куда обращались пациенты с ЗНО, среди которых чаще всего были хирургические и консультативные отделения;
- значительная часть обращений имела место в Центр репродуктивного здоровья в основном за счет отделения экстракорпорального оплодотворения;
- отмечалось редкое посещение больными с онкологической патологией дневного стационара и Центра персонифицированной медицины;
- значительная часть обращений по поводу ЗНО была связана с хроническим, ранее выявленным, заболеванием, реже имела место хроническая, впервые выявленная патология, и остро возникшее онкологическое заболевание;
- в большинстве случаев заболевание ЗНО было основным, при этом диагноз мог быть конкурирующим, фоновым и сочетанным;
- в структуре обращений в связи с онкологической патологией первые места занимали ЗНО молочной железы, щитовидной и других эндокринных

желез, органов пищеварения;

- с диагностической целью использовались клинические, лабораторные, функциональные и анатомо-морфологические методы исследования;

- чаще всего пациенты онкологического профиля были на приеме у врача-онколога, врача-кардиолога и врача-хирурга;

- среди функциональных методов исследования у пациентов с ЗНО преобладали ультразвуковое исследование органов брюшной полости и электрокардиография;

- рентгенологические методы исследования у онкологических больных чаще всего использовались для обследования органов дыхания и молочных желез;

- компьютерная томография была распространена при обследовании органов грудной клетки, брюшной полости и головного мозга;

- в структуре магнитно-резонансных исследований у пациентов с ЗНО преобладала диагностика заболеваний органов малого таза, головного мозга и орбит;

- среди лабораторных методов первые места по частоте использования у наблюдаемых пациентов занимали общеклинические, биохимические гормональные исследования.

ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ВРАЧАМИ ОРГАНИЗАЦИИ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

В социологическом исследовании приняли участие 412 врачей-онкологов, хирургов, колопроктологов и акушер-гинекологов, работающих в клиниках АО ГК «Медси» в Москве и Московской области.

Возраст опрошенных врачей составлял от 29 до 65 лет (средний возраст – $44,5 \pm 12,9$ лет). Распределение по полу характеризовалось преобладанием женщин – 60,8% против 39,2% (средний возраст $43,2 \pm 12,7$ и $46,4 \pm 13,1$ лет соответственно). Наибольшую группу составляли респонденты в возрасте 30-39 и 40-49 лет – 39,7% и 28,0% соответственно (табл. 5.1). Примерно такое же соотношение отмечалось среди мужчин и женщин, однако среди женщин статистически значимо была меньше группа в возрасте 40-49 лет (23,5% против 35,1% соответственно, $p < 0,05$) и не значимо больше группа в возрасте 30-39 лет (41,7% против 36,5%, $p > 0,05$). В связи с этим средний возраст женщин и был несколько меньше чем у мужчин.

Таблица 5.1. – Возрастно-половая структура респондентов (в %)

Возраст	Всего	Пол	
		Мужчины	Женщины
менее 30 лет	12,7	10,8	13,9
30-39 лет	39,7	36,5	41,7
40-49 лет	28,0	35,1	23,5*
50-59 лет	13,2	10,8	14,8
60 лет и старше	6,4	6,8	6,1
Всего	100,0	100,0	100,0
Средний возраст, лет, $M \pm m$	$44,5 \pm 12,9$	$46,4 \pm 13,1$	$43,2 \pm 12,7$

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

На вопрос «Проходили ли Вы какое-либо обучение (курсы, конференции, семинары) по вопросам организации специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях?» 23,1% врачей ответили, что не обучалась по данной теме, 32,8% - прошли обучение в текущем году, 22,8% - прошли обучение больше 1 года назад, 21,3% - обучалась

по данной теме в течение 5 лет. При этом, 81,9% из них считали необходимым дополнительное обучение по данной проблеме, 12,6% - достаточно использовать клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи, 5,5% - затруднились ответить.

5.1. Мнение врачей о доступности медицинской помощи онкологическим больным

Изучалось мнение врачей о доступности специализированной онкологической медицинской помощи в государственной и частной медицине, а также в зависимости от специальности респондентов и стажа работы в частной медицинской организации.

Распределение респондентов по мнению о доступности медицинской помощи онкологическим больным *в государственной медицине* представлено на рис. 5.1. Так, большинство (62,9%) врачей охарактеризовали ее положительно (хорошая – 28,1%, скорее хорошая, чем плохая – 44,8%). Остальные 37,1% опрошенных дали негативную оценку: скорее плохая, чем хорошая – 31,7%, плохая – 5,4%.

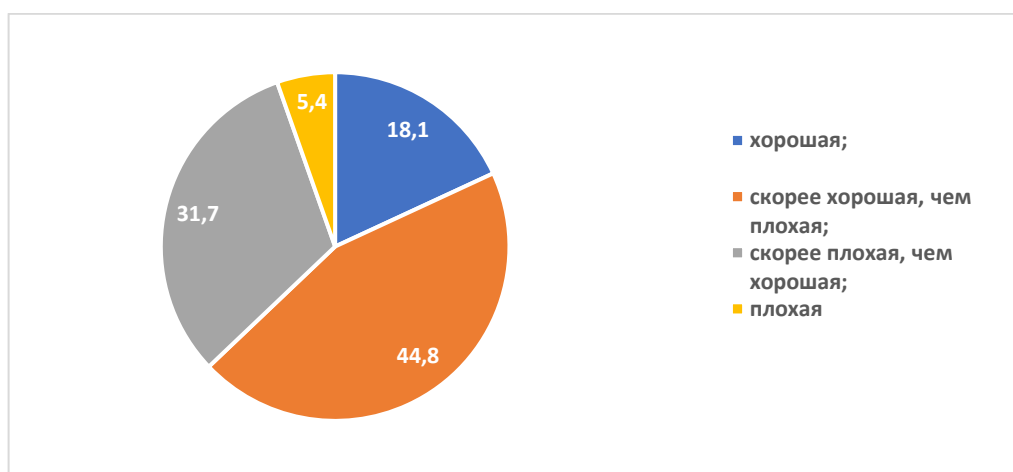


Рисунок 5.1.- Распределение респондентов по мнению о доступности медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине (в %)

Мнение врачей различных специальностей о доступности медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине представлено в табл. 5.2. Анализ проводился среди групп респондентов с наиболее

распространенными специальностями – акушеров-гинекологов, онкологов и хирургов.

Таблица 5.2. – Мнение врачей различных специальностей о доступности медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине (%)

Специальность	Варианты ответов			
	хорошая	скорее хорошая, чем плохая	скорее плохая, чем хорошая	плохая
Всего	18,1	44,8	31,7	5,4
Акушер-гинекологи	16,0	35,0*	43,0*	6,0
Онкологи	20,5	43,2	31,8	4,5
Хирурги	10,3	48,3	34,5	6,9

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Статистически значимые различия были получены в отношении положительных оценок у акушеров-гинекологов. По мнению последних, медицинская помощь онкологическим больным в государственной медицине была менее доступной. Так, положительные результаты у них составляли всего 51,0% против 62,9% в группе в целом, $p < 0,05$. Особенно это касалось оценки «скорее хорошая, чем плохая» - 35,0% против 44,8% соответственно, $p < 0,05$. Следует отметить, что акушеры-гинекологи чаще давали ответ «скорее плохая, чем хорошая» - 43,0% против 31,7%, $p < 0,05$. Мнение врачей онкологов и хирургов существенно не отличалось от такового в группе в целом.

Была установлена зависимость мнения респондентов о доступности медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине в зависимости от стажа работы в частной медицинской организации. Врачи, проработавшие более 5 лет статистически значимо чаще, давали положительные оценки по сравнению с остальными – 68,5% против 58,8% соответственно, $p < 0,05$ (табл. 5.3). Это касалось оценки «скорее хорошая, чем плохая» - 51,4% против 42,0%, $p < 0,05$. Вместе с этим, они реже давали ответ «скорее плохая, чем хорошая» - 27,1% против 35,3%, $p < 0,05$.

Таблица 5.3. – Мнение врачей о доступности медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине в зависимости от стажа работы (в %)

Стаж работы	Варианты ответов			
	хорошая	скорее хорошая, чем плохая	скорее плохая, чем хорошая	плохая
Всего	18,1	44,8	31,7	5,4
Стаж работы в частной медицинской организации				
менее 5 лет	16,8	42,0	35,3	5,9
более 5 лет	17,1	51,4*	27,1*	4,3

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Распределение респондентов по мнению о доступности медицинской помощи онкологическим больным *в частной медицине* было иным (рис. 5.2). Так, подавляющее большинство (86,9%) врачей охарактеризовали ее положительно (хорошая – 35,5%, скорее хорошая, чем плохая – 51,4%). Остальные 13,1% опрошенных дали отрицательную оценку: скорее плохая, чем хорошая – 10,9%, плохая – 2,2%.

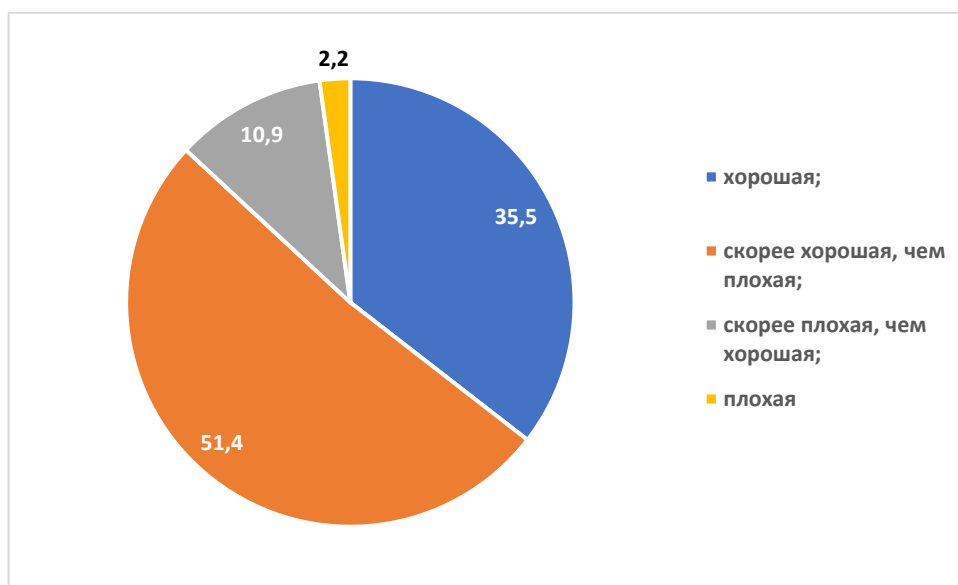


Рисунок 5.2.- Распределение респондентов по мнению о доступности медицинской помощи онкологическим больным в частной медицине (в %)

При изучении мнения врачей различных специальностей о доступности

медицинской помощи онкологическим больным в частной медицине показал высокую частоту положительных результатов и отсутствие межгрупповых различий (табл. 5.4): группа в целом - 86,9%, акушеры-гинекологи – 88,0%, онкологи – 86,4%, хирурги – 86,2%, $p>0,05$. Вместе с этим, врачи-хирурги статистически значимо реже давали оценку «хорошо» - в 17,2% случаев против группы в целом - 35,5%, акушеры-гинекологи – 41,0%, онкологи – 34,1%, $p<0,05$. Соответственно было больше ответов «скорее хорошая, чем плохая» - у 69,0% против группы в целом - 51,4%, акушеров-гинекологов – 47,0%, онкологов – 52,3%, $p<0,05$.

Таблица 5.4. – Мнение врачей различных специальностей о доступности медицинской помощи онкологическим больным в частной медицине (в %)

Специальность	Варианты ответов			
	хорошая	скорее хорошая, чем плохая	скорее плохая, чем хорошая	плохая
Всего	35,5	51,4	10,9	2,2
Акушер-гинекологи	41,0	47,0	9,0	3,0
Онкологи	34,1	52,3	11,4	2,3
Хирурги	17,2*	69,0*	13,8	0,0*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p<0,05$

Следует отметить, что не установлена зависимость мнения респондентов о доступности медицинской помощи онкологическим больным в частной медицине в зависимости от стажа работы в частной медицинской организации. Так, врачи, проработавшие менее 5 лет, давали положительные оценки – в 87,4% случаев, более 5 лет - в 84,3%, а в группе респондентов в целом – в 86,9%, $p>0,05$. Отсутствие статистически значимых различий касалось отдельно оценок «хорошая» (36,1% и 32,9% соответственно, $p>0,05$) и «скорее хорошая, чем плохая» (51,3% против 51,4%, $p>0,05$) (табл. 5.5).

Сравнительный анализ показал, что по мнению респондентов доступность медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине значительно ниже, чем в частной (рис. 5.3).

Таблица 5.5. – Мнение врачей о доступности медицинской помощи онкологическим больным в частной медицине в зависимости от стажа работы (в %)

Стаж работы	Варианты ответов			
	хорошая	скорее хорошая, чем плохая	скорее плохая, чем хорошая	плохая
Всего	35,5	51,4	10,9	2,2
Стаж работы в частной медицинской организации				
менее 5 лет	36,1	51,3	10,9	1,7
более 5 лет	32,9	51,4	12,9	2,9

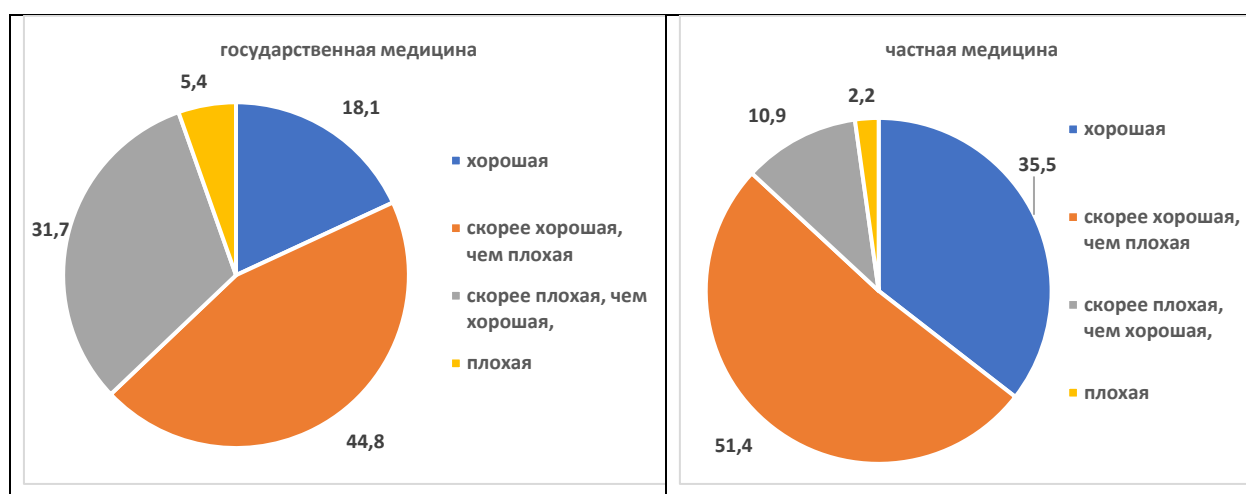


Рисунок 5.3. - Распределение респондентов по мнению о доступности медицинской помощи онкологическим больным в государственной и частной медицине (в %)

При ответе на вопрос «Сколько пациентов с впервые выявленным злокачественным новообразованием Вы принимаете за один месяц?» врачи назвали численность от единичных случаев до более чем 50 человек. Следует отметить, что значительное большинство (79,8%) опрошенных в среднем за месяц принимали менее 5 пациентов с данной патологией. Большое количество больных со злокачественными новообразованиями (ЗНО) (более 50 человек в месяц) принимали только 0,9% врачей.

Распределение врачей различных специальностей по численности пациентов с впервые выявленным ЗНО, принимаемых за один месяц показало,

что большее их число принимали врачи онкологи. Так, менее 5 больных среди них принимали 45,5%, а врачи акушер-гинекологи – 89,0% и врачи хирурги - 100,0%. При этом, среднемесячный показатель соответственно составлял 13,1 человек против 5,5 и 5,0.

Представляло практический интерес определение доли пациентов с впервые выявленным ЗНО, продолжающих проходить обследование и лечение на следующих этапах в АО ГК «Медси». Половина (50,3%) респондентов считали, что только менее 10% предпочли такой путь (рис. 5.4). Вместе с этим, 16,9% врачей назвали очень высокую долю указанных пациентов – 70% и более, 7,6% - 50-70%.

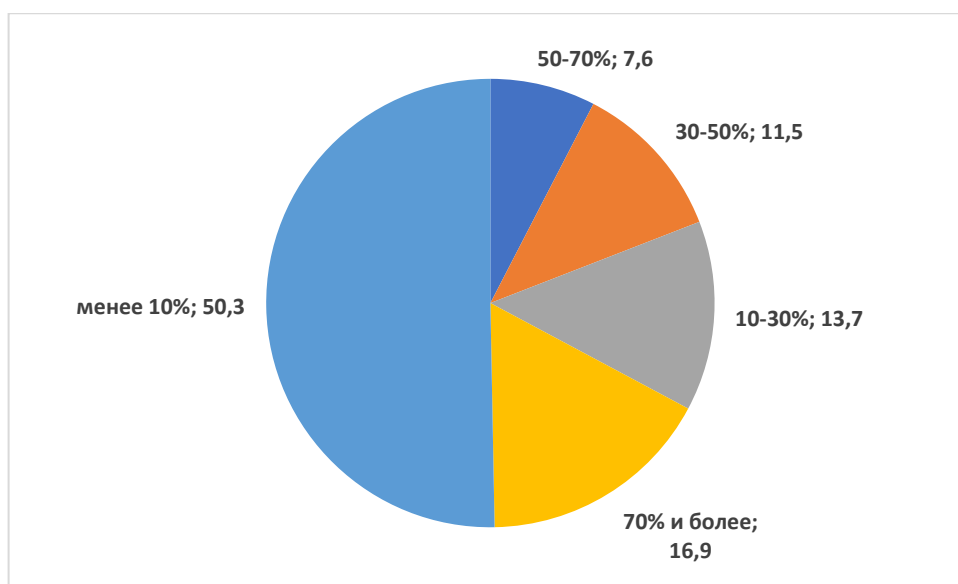


Рисунок 5.4.- Распределение респондентов по мнению о доле пациентов с впервые выявленным ЗНО, продолжающих проходить обследование и лечение на следующих этапах в АО ГК «Медси» (в %)

5.2. Мнение врачей о маршрутизации онкологических больных

Для решения поставленных задач изучалось мнение врачей о маршрутизации онкологических больных в их медицинской организации в зависимости от специальности респондентов и стажа работы в частной медицинской организации.

На вопрос: «Понятна ли Вам схема маршрутизации пациентов с впервые выявленным злокачественным новообразованием, действующая в АО «Группа компаний «Медси»»? участники опроса ответили положительно в 89,0%

случаев (да - 55,7%, скорее да, чем нет - 33,3%). Отрицательные ответы составляли 11,0% (скорее нет, чем да - 8,7%, нет - 2,3%) (рис. 5.5).

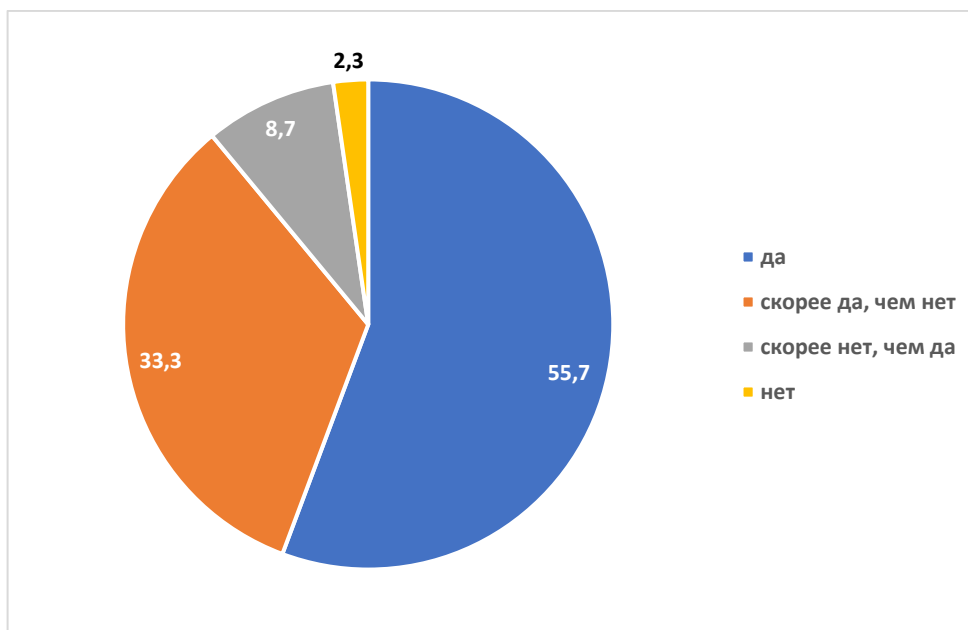


Рисунок 5.5.- Распределение респондентов по мнению о понятности схемы маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси»
(в %)

Следует отметить, что частота положительных ответов по данному вопросу не зависела от специальности врачей: акушер-гинекологи – 88,0%, онкологи – 88,6%, хирурги – 89,6%, $p > 0,05$.

Вместе с этим, отмечалось статистически значимое различие частоты составляющих положительных ответов у врачей хирургов по отношению к таковым у акушер-гинекологов и онкологов. Так, хирурги реже отвечали «да» - 44,8% против 56,0% и 56,8% соответственно ($p < 0,05$), чаще - «скорее да, чем нет» - 44,8% против 32,0% и 31,8% ($p < 0,05$) (табл. 5.7).

Частота положительных ответов также не зависела от стажа работы врачей как в целом, так и по их составляющим, $p > 0,05$. При стаже менее 5 лет положительные ответы дали 90,0% (да – 55,5%, скорее да, чем нет – 34,5%) респондентов, при стаже более 5 лет – 88,5% (да – 57,1%, скорее да, чем нет – 31,4%) (табл. 5.8).

Таблица 5.7. – Мнение врачей различных специальностей о понятности схемы маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси» (в %)

Специальность	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	55,7	33,3	8,7	2,3
Акушер-гинекологи	56,0	32,0	10,0	2,0
Онкологи	56,8	31,8	9,1	2,3
Хирурги	44,8*	44,8*	7,0	3,4

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Таблица 5.8. – Мнение врачей о понятности схемы маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси», в зависимости от стажа работы (в %)

Стаж работы	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	55,7	33,3	8,7	2,3
Стаж работы в частной медицинской организации				
менее 5 лет	55,5	34,5	8,4	1,6
более 5 лет	57,1	31,4	8,6	2,9

Изучалась удовлетворенность врачей схемой маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси». Установлена большая доля (88,0%) удовлетворенных данным процессом (да - 43,7%, скорее да, чем нет - 44,3%) (рис. 5.6). При этом аналогичное соотношение отмечалось независимо от специальности: акушер-гинекологи – 89,0%, онкологи – 86,4% и хирурги – 89,7%, $p > 0,05$. Однако врачи хирурги реже отвечали «да» - 34,5% против 45,0% и 43,2% соответственно ($p < 0,05$), чаще - «скорее да, чем нет» - 55,2% против 44,0% и 43,2% ($p < 0,05$) (табл. 5.9).

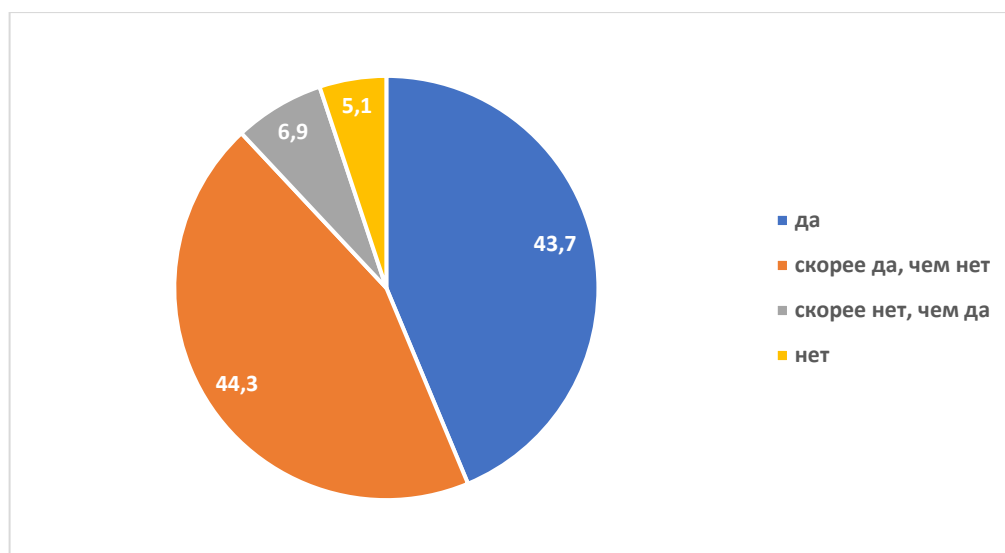


Рисунок 5.6.- Распределение респондентов по удовлетворенности схемой маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси» (в %)

Таблица 5.9. – Мнение врачей различных специальностей по удовлетворенности схемой маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси» (в %)

Специальность	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	43,7	44,3	6,9	5,1
Акушер-гинекологи	45,0	44,0	7,0	4,0
Онкологи	43,2	43,2	4,5	9,1
Хирурги	34,5*	55,2*	6,9	3,4

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Мнение врачей по удовлетворенности схемой маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси», в зависимости от стажа работы не имело межгрупповых различий как в целом, так и по их составляющим, $p > 0,05$.

При стаже менее 5 лет положительные ответы дали 90,8% (да – 45,4%, скорее да, чем нет – 45,4%) респондентов, при стаже более 5 лет – 84,3% (да – 40,0%, скорее да, чем нет – 44,3%) (табл. 5.10).

Таблица 5.10. – Мнение врачей по удовлетворенности схемой маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси», в зависимости от стажа работы (в %)

Стаж работы	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	43,7	44,3	6,9	5,1
Стаж работы в частной медицинской организации				
менее 5 лет	45,4	45,4	5,0	4,2
более 5 лет	40,0	44,3	10,0	5,7

Распределение респондентов по мнению об информированности их руководителя о схемах маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси» представлено на рис. 5.7. Подавляющее большинство (95,0%) врачей считали своих руководителей информированными по данному вопросу (да – 83,1%, скорее да, чем нет – 12,0%).

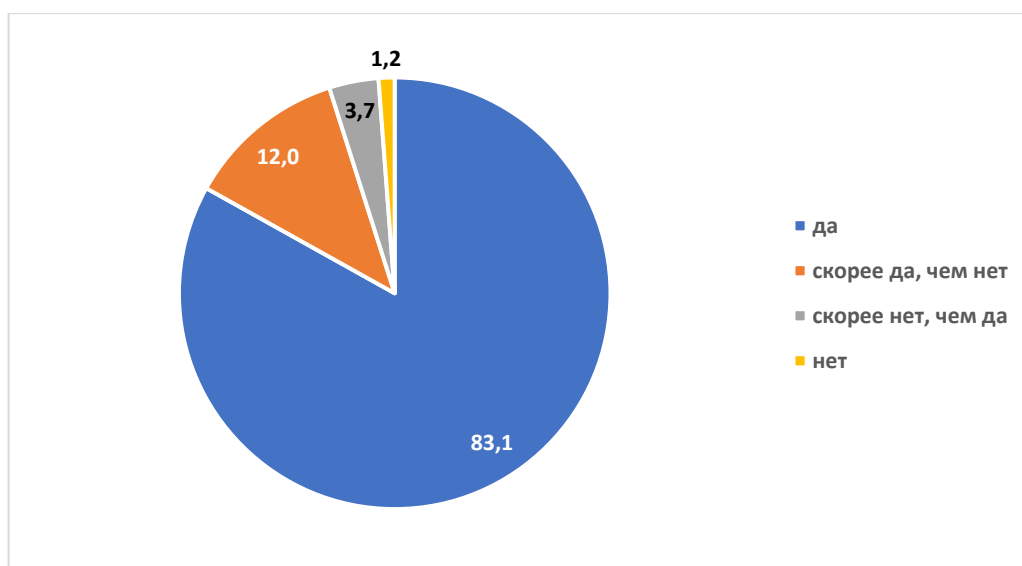


Рисунок 5.7.- Распределение респондентов по мнению об информированности их руководителя о схемах маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси» (в %)

Аналогичного мнения придерживались врачи почти всех специальностей. Положительный ответ дали 94% акушер-гинекологов, 95,5%

онкологов и 100% хирургов. При этом в подавляющем большинстве случаев это были ответы «да» - 81,0%, 84,1% и 86,2% соответственно (табл. 5.11).

Таблица 5.11. – Мнение врачей различных специальностей об информированности их руководителя о схемах маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси» (%)

Специальность	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	83,1	12,0	3,7	1,2
Акушер-гинекологи	81,0	13,0	5,0	1,0
Онкологи	84,1	11,4	2,3	2,3
Хирурги	86,2	13,8	0,0*	0,0*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Мнение врачей об информированности их руководителя о схемах маршрутизации онкологических больных не различалось также в зависимости от стажа работы (табл. 5.12).

Таблица 5.12. – Мнение врачей об информированности их руководителя о схемах маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси», в зависимости от стажа работы (%)

Стаж работы	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	83,1	12,0	3,7	1,2
Стаж работы в частной медицинской организации				
менее 5 лет	80,7	13,4	4,2	1,7
более 5 лет	87,1	10,0	2,9	0,0*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

При стаже менее 5 лет положительные ответы дали 94,1% (да – 80,7%, скорее да, чем нет – 13,4%) респондентов, при стаже более 5 лет – 97,1% (да – 87,1%, скорее да, чем нет – 10,0%).

Изучалась информированность врачей по дальнейшей маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси». Установлена большая доля (72,7%) информированных о данном процессе (да - 38,8%, скорее да, чем нет - 34,9%) (рис. 5.8).

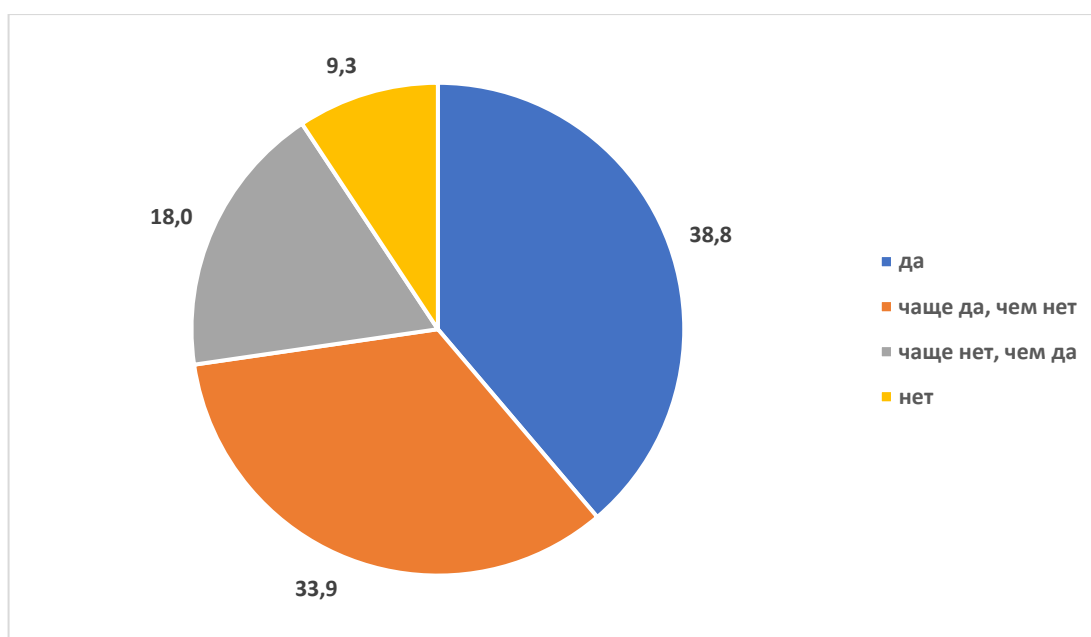


Рисунок 5.8.- Распределение респондентов по информированности о дальнейшей маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси» (в %)

При этом аналогичное соотношение отмечалось независимо от специальности: акушер-гинекологи – 76,0%, онкологи – 72,7% и хирурги – 65,5%, $p > 0,05$. Однако врачи хирурги реже отвечали «да» - 27,6% против 38,0% и 43,2% соответственно ($p < 0,05$), чаще - «скорее нет, чем да» - 27,6% против 13,0% и 18,2% ($p < 0,05$) (табл. 5.13).

Таблица 5.13. – Мнение врачей различных специальностей о своей информированности по дальнейшей маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси» (в %)

Специальность	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	38,8	33,9	18,0	9,3
Акушер-гинекологи	38,0	38,0	13,0	11,0
Онкологи	43,2	29,5	18,2	9,1
Хирурги	27,6*	37,9	27,6*	6,9

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Частота положительных ответов в целом также не зависела от стажа

работы врачей. При стаже менее 5 лет положительные ответы дали 76,5%, при стаже более 5 лет – 72,8%, $p>0,05$.

Однако врачи со стажем работы более 5 лет реже отвечали «скорее да, чем нет» - 31,4% против 40,4% ($p<0,05$), чаще - «нет» - 12,9% против 6,7% и 43,2% ($p<0,05$) (табл. 5.14).

Таблица 5.14. – Мнение врачей о своей информированности по дальнейшей маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси», в зависимости от стажа работы (в %)

Стаж работы	Варианты ответов			
	да	скорее да, чем нет	скорее нет, чем да	нет
Всего	38,8	33,9	18,0	9,3
Стаж работы в частной медицинской организации				
менее 5 лет	36,1	40,4	16,8	6,7
более 5 лет	41,4	31,4*	14,3	12,9*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p<0,05$

При ответе на вопрос о причинах продолжения обследования и лечения пациентов с ЗНО вне контура АО ГК «Медси» большинство респондентов назвали прекращение действия ДМС в связи с впервые выявленным ЗНО (71,9 на 100 опрошенных) и высокую стоимость обследования и лечения (76,7) (табл. 5.15). Придавалось значение таким причинам как наличие «своего» врача-специалиста в сторонней медицинской организации (27,6 на 100 опрошенных), желание проходить обследование и лечение в другом городе/стране (18,9), неудобство расположения медицинской организации (9,1).

В единичных случаях врачами, принявшими участие в анкетировании, среди причин назывались: недостаточное оснащение медицинским оборудованием и/или лекарственным обеспечением (2,9 на 100 опрошенных), недостаточные компетенции врачей-специалистов (2,9), недостаточный

уровень сервиса (1,6).

Таблица 5.15. – Мнение респондентов о причине продолжения обследования и лечения пациентов с ЗНО вне контура АО ГК «Медси» (на 100 опрошенных)

Причины	На 100 опрошенных
Прекращение действия ДМС в связи с впервые выявленным ЗНО	71,9
Высокая стоимость обследования и лечения	76,7
Недостаточное оснащение медицинским оборудованием и/или лекарственным обеспечением	2,9
Недостаточные компетенции врачей-специалистов	2,9
Недостаточный уровень сервиса	1,6
Неудобство расположения медицинской организации	9,1
Наличие «своего» врача-специалиста в сторонней медицинской организации	27,6
Желание проходить обследование и лечение в другом городе/стране	18,9
Другое	1,6

На вопрос «Есть ли в Вашей медицинской организации (в «Медси») сотрудник, ответственный за маршрутизацию и курацию пациентов с впервые выявленным ЗНО на следующий этап обследования и лечения?» респонденты ответили следующим образом: да – 38,8%, нет – 17,5% и затруднились с ответом - 43,7% врачей.

Распределение опрошенных по частоте обратной связи с пациентами с ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси» представлено на рис. 5.9. По мнению опрошенных, только 38,3% из них имели связь с данной категорией больных (да – 12,1%, скорее да, чем нет – 26,2%). Следовательно, почти две трети пациентов теряли связь с медицинской организацией.

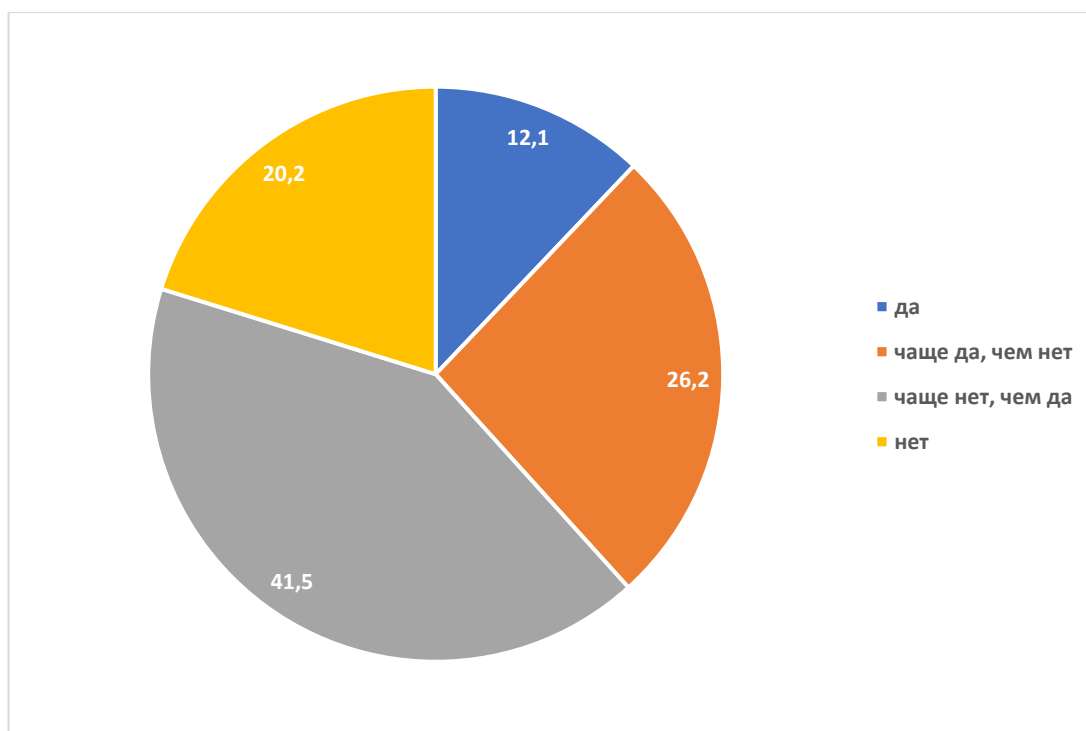


Рисунок 5.9.- Распределение респондентов по частоте обратной связи с пациентами с ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси» (в %)

Установлено, что статистически значимо реже всего имели обратную связь с пациентами при ЗНО врачи хирурги – 31,0% против акушер-гинекологов – 44,0% и онкологов – 40,9% ($p < 0,05$) за счет ответов «чаще да, чем нет» - 17,2% против 31,0% и 29,5% соответственно ($p < 0,05$) (табл. 5.16).

Таблица 5.16. – Мнение врачей различных специальностей о частоте обратной связи с пациентами с ЗНО, покинувших контур АО «Группа компаний «Медси»» (в %)

Специальность	Варианты ответов			
	да	чаще да, чем нет	чаще нет, чем да	нет
Всего	12,1	26,2	41,5	20,2
Акушер-гинекологи	13,0	31,0	38,0	18,0
Онкологи	11,4	29,5	36,4	22,7
Хирурги	13,8	17,2*	41,4	27,6

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

На вопрос «После маршрутизации пациента с впервые выявленным ЗНО на следующий этап лечения в АО ГК «Медси» (в т.ч. стационарное лечение) получаете ли Вы обратную связь о состоянии пациента от коллег-специалистов?» врачи ответили следующим образом: да – 16,9%, чаще да, чем

нет – 29,6%, чаще нет, чем да – 31,1%, нет – 22,4% (рис. 5.10).

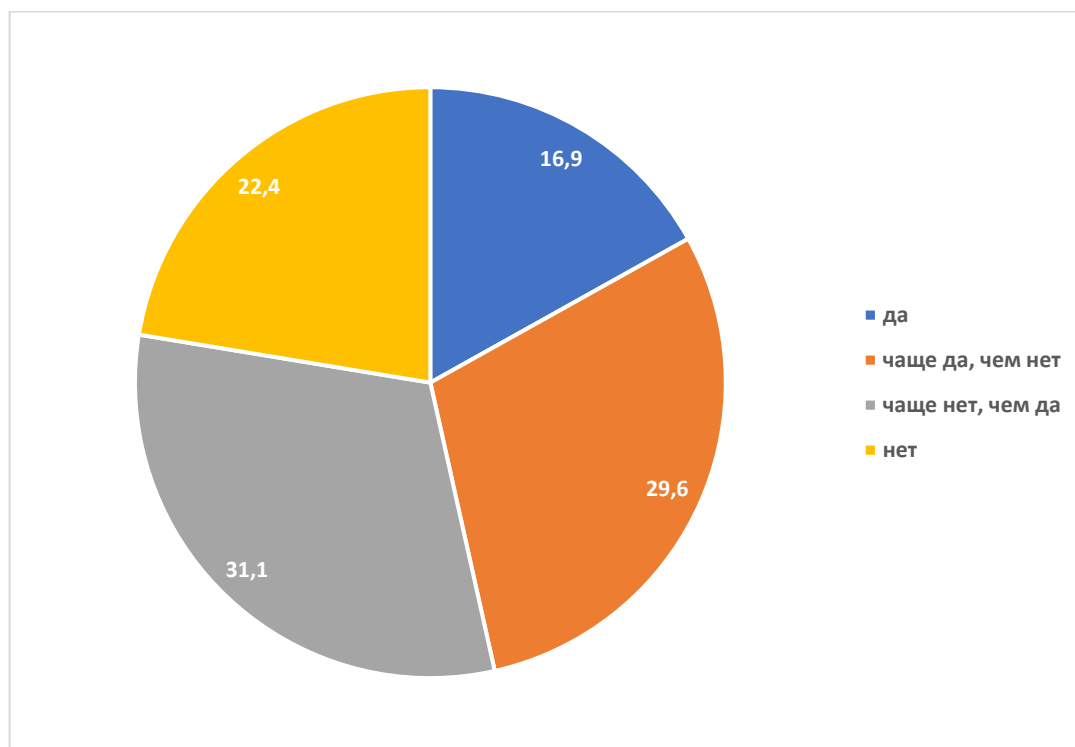


Рисунок 5.10.- Распределение респондентов по частоте обратной связи с пациентами с ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси», о состоянии пациента от коллег-специалистов (в %)

Следует отметить, что врачи хирурги статистически значимо реже имели обратную связь с коллегами-специалистами по поводу пациентов с ЗНО – 31,0% против акушер-гинекологов – 52,0% и онкологов – 47,8% ($p < 0,05$). Это происходило за счет ответов «чаще да, чем нет» - 17,2% против 35,0% и 27,3% соответственно ($p < 0,05$) и «чаще нет, чем да» - 41,4% против 25,0% и 29,5% ($p < 0,05$) (табл. 5.17).

Важно было выяснить влияет ли, по мнению врачей, различие медицинских информационных систем (МИС) в АО «Группа компаний «Медси» и в сторонних медицинских организациях на полноту получаемой и передаваемой информации о пациенте с ЗНО. Опрос показал, что более половины (57,9%) опрошенных подтвердили такое влияние: да – 26,8%, чаще да, чем нет – 31,1% (рис. 5.11).

Таблица 5.17. – Мнение врачей различных специальностей о частоте обратной связи с пациентами с ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси», о состоянии пациента от коллег-специалистов (в %)

Специальность	Варианты ответов			
	да	чаще да, чем нет	чаще нет, чем да	нет
Всего	16,9	29,6	31,1	22,4
Акушер-гинекологи	17,0	35,0	25,0	23,0
Онкологи	20,5	27,3	29,5	22,7
Хирурги	13,8	17,2*	41,4*	27,6

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

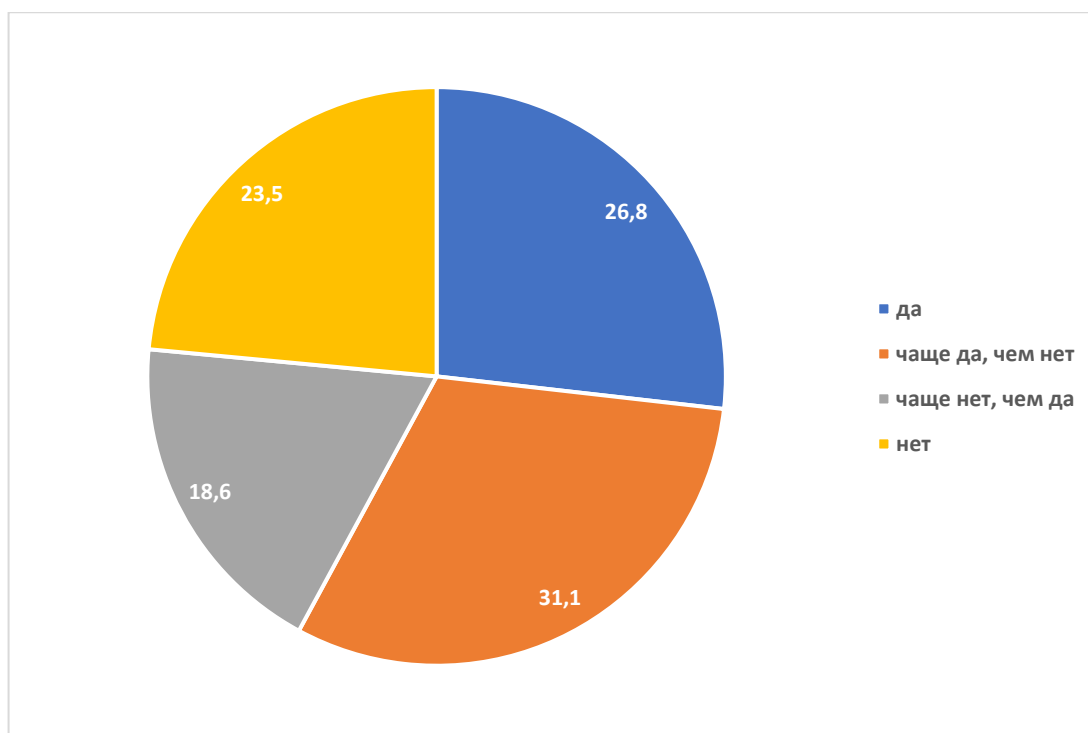


Рисунок 5.11.- Распределение респондентов по мнению о влиянии различий МИС в АО ГК «Медси» и в сторонних медицинских организация на полноту получаемой и передаваемой информации о пациенте с ЗНО (в %)

Установлено, что врачи хирурги статистически значимо реже указывали на наличие такого влияния – 44,9% против акушер-гинекологов – 64,0% и онкологов – 52,2% ($p < 0,05$). Это происходило за счет ответов «чаще нет, чем да» - 37,9% против 19,0% и 11,4% ($p < 0,05$) (табл. 5.18).

Таблица 5.18. – Мнение врачей различных специальностей о влиянии различий МИС в АО ГК «Медси» и в сторонних медицинских организациях на полноту получаемой и передаваемой информации о пациенте с ЗНО (в %)

Специальность	Варианты ответов			
	да	чаще да, чем нет	чаще нет, чем да	нет
Всего	26,8	31,1	18,6	23,5
Акушер-гинекологи	25,0	39,0*	19,0	17,0
Онкологи	27,2	25,0	11,4	36,4*
Хирурги	24,2	20,7	37,9*	17,2

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Как было указано выше, наличие в медицинской организации (в «Медси») сотрудника, ответственного за маршрутизацию и курацию пациентов с впервые выявленным ЗНО на следующий этап обследования и лечения подтвердили только 38,8% врачей. В связи с этим, представляло интерес выявление мнения опрошенных о том, кто из сотрудников максимально эффективно мог бы контролировать маршрут пациента с ЗНО и аккумулировать имеющуюся информацию *внутри* АО ГК «Медси».

Кроме этого, изучали мнение респондентов о том, кто из сотрудников максимально эффективно мог бы контролировать маршрут пациента с ЗНО и аккумулировать имеющуюся информацию *при выходе пациента за контур* АО ГК «Медси».

Таким образом, при проведенном социологическом опросе изучалось мнение врачей о доступности специализированной онкологической медицинской помощи в государственной и частной медицине, а также в зависимости от специальности респондентов и стажа работы в частной медицинской организации. Кроме этого, для решения поставленных задач изучалось мнение врачей о маршрутизации онкологических больных в их медицинской организации. Были получены следующие результаты:

- доступность медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине большинство врачей охарактеризовали положительно. Ее считали менее доступной акушеры-гинекологи и врачи,

проработавшие менее 5 лет;

- подавляющее большинство респондентов дали положительную оценку доступности медицинской помощи онкологическим больным в частной медицине. Не установлена зависимость мнения респондентов в зависимости от специальности врачей и их стажа работы в частной медицинской организации;

- сравнительный анализ показал, что по мнению респондентов, доступность медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине значительно ниже, чем в частной;

- распределение врачей различных специальностей по численности пациентов с впервые выявленным ЗНО, принимаемых за один месяц, показало, что большее их число принимали врачи-онкологи;

- значительная доля участников опроса ответили положительно о понятности схемы маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, действующей в АО ГК «Медси». При этом частота положительных ответов по данному вопросу не зависела от специальности врачей и их стажа работы как в целом, так и по их составляющим;

- подавляющее большинство врачей считали своих руководителей информированными о схемах маршрутизации онкологических больных, действующей в АО ГК «Медси». Аналогичного мнения придерживались врачи всех специальностей и различной продолжительности работы в данной организации;

- высокая частота положительных ответов об информированности врачей по дальнейшей маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, покинувших контур АО ГК «Медси», отмечалась у опрошенных всей специальностей и не зависела от продолжительности работы;

- среди причин продолжения обследования и лечения пациентов с ЗНО вне контура АО ГК «Медси» большинство респондентов назвали прекращение действия ДМС в связи с впервые выявленным ЗНО и высокую стоимость обследования и лечения;

- почти две трети пациентов при ЗНО теряли связь с медицинской организацией. Статистически значимо реже всего имели обратную связь с больными и с коллегами-специалистами по поводу пациентов с ЗНО врачи-хирурги;

- по мнению более половины врачей, различие медицинских информационных систем в АО ГК «Медси» и в сторонних медицинских организация влияет на полноту получаемой и передаваемой информации о пациенте с ЗНО. Установлено, что врачи-хирурги статистически значимо реже указывали на наличие такого влияния.

ГЛАВА 6. ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ И КОНТРОЛЯ ЗА МАРШРУТИЗАЦИЕЙ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

За 2023 год в клиники АО ГК «Медси» в Москве обратились почти 4 тысячи пациентов только с впервые выявленными ЗНО различных локализаций. После установления диагноза злокачественного новообразования 45,7% пациентов продолжили обследование и лечение в контуре АО ГК «Медси». Столь большое количество специфических патологических состояний диктует необходимость внедрения понятного для врачей любого профиля схемы (алгоритма) маршрутизации онкологических пациентов внутри контура АО ГК «Медси».

В настоящее время маршрутизация пациентов с впервые выявленным злокачественным новообразованием (ЗНО) регламентирована Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», в котором прописаны этапы передачи пациента (преемственность) для обеспечения своевременного лечения, а именно:

1. Врач-терапевт/врач-специалист при подозрении на злокачественное новообразование направляет пациента к врачу-онкологу медицинской организации (МО), который подтверждает/опровергает диагноз (проводится цитологическое, морфологическое исследование);

2. После подтверждения диагноза пациент направляется врачом-онкологом в онкологический диспансер, где определяется дальнейшая тактика ведения (лечения) пациента,

3. После чего пациент может быть направлен на стационарное лечение, в т.ч. получить высокотехнологичную медицинскую помощь (оперативное лечение, химио/лучевая терапия, радиотерапия и т.д.).

Исходя из вышеописанной схемы маршрутизации пациента, можно выделить блок возможных проблем, в том числе, отсутствие четкого определения ответственных лиц за своевременную передачу и маршрутизацию пациента при впервые выявленном ЗНО, ответственных лиц за системное накопление и обработку информации о пациентах с ЗНО и их маршрутизации, а также ответственных за своевременную реализацию планов лечения.

В частных медицинских организациях к вышеуказанным проблемам присоединяются:

- Отсутствие покрытия страховой программой добровольного медицинского страхования наблюдения и лечения пациентов с подтвержденными ЗНО, что приводит пациента к необходимости оплачивать лечение за свой счет. Это, в свою очередь, приводит к повышению частоты покидания контура частной медицинской организации пациентом с ЗНО.
- Пациент на любом из этапов диагностики и лечения может уйти на лечение в государственные МО.
- Отсутствие преемственности в отношении пациентов с ЗНО между частными и государственными МО.
- Отсутствие чёткого понимания у лечащего врача маршрутизации пациента даже по системе обязательного медицинского страхования.

Степень распространенности опухолевого процесса на момент диагностики является одним из основных показателей, определяющих прогноз онкологического заболевания. В 2022 г. в г. Москве было выявлено 65,0% случаев I и II стадии и 30,0% III и IV стадии развития ЗНО, на долю не установленных случаев приходилось 5,0%. Установлено, что среди больных ЗНО в г. Москве больше удельный вес с I стадией распространенности патологического процесса, чем в Российской Федерации и Центральном федеральном округе и меньше III и IV стадии.

Остаются нерешенными ряд задач, препятствующих укорочению сроков оказания медицинской помощи таким пациентам. Например, это

несовершенная и усложненная система взаимодействия между разными элементами онкологической диагностической цепочки, что не позволяет достичь понятной и доступной логической схемы как для пациента, так и для специалиста здравоохранения.

Кроме того, надо учитывать различия и отсутствие интеграции медицинских информационных систем в разных регионах страны, а также в отдельных МО. Все это не способствует быстрой и полноценной передаче информации о пациенте и его заболевании от специалиста к специалисту, а длительность ожидания консультации профильного специалиста и диагностических процедур откладывают сроки постановки заключительного диагноза и начала лечения.

Раннее выявление злокачественных заболеваний зависит в основном от качества работы специалистов амбулаторного звена здравоохранения. Ключевыми факторами, влияющими на качество и своевременность выявления злокачественных заболеваний, а также прогноз заболевания, являются правильно выполненная ранняя диагностика и корректный подход к маршрутизации пациентов.

В 2023 году в контуре АО ГК «Медси» был организован Центр компетенций по профилю «Онкология» («Медси Vivo»), созданный для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях пациентам с подозрением на ЗНО, пациентам с предраковыми заболеваниями и установленным диагнозом рака. Центр состоит из нескольких подразделений: отделение лучевой диагностики, отделения эндоскопии, функциональной и ультразвуковой диагностики, лаборатории.

Функциями Центра компетенции «Медси Vivo» являются проведение диагностических мероприятий, направленных на выявление, верификацию, определение распространенности и стадирования ЗНО, направление пациентов на онкологический консилиум с целью выбора оптимального метода лечения заболевания в установленной стадии и определения дальнейшей лечебной тактики, направление пациентов с онкологическими

заболеваниями в стационары АО ГК «Медси» с целью оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи по профилю «Онкология» в стационарных условиях, осуществление динамического наблюдения за пациентами, получившими радикальное лечение по поводу ЗНО.

В обязанности старшего онколога входит контроль за корректностью оформления медицинской документации линейными врачами-онкологами, полнотой назначения лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения, а также обеспечение контроля своевременной постановки клинического диагноза и маршрутизации пациентов на следующий этап лечения. Оценка качества работы старшего онколога зависит от выполнения ключевых показателей эффективности, перечисленных выше. Однако, должность старшего онколога не является формализованной и не входит в штатное расписание медицинских организаций в АО ГК «Медси».

Лабораторной и диагностическими службами в медицинской информационной системе (МИС) «Медialog», используемой клиниками АО ГК «Медси», созданы маркеры, которые позволяют выделить пациента с подозрением на ЗНО или с установленным ЗНО. Эта информация отражается на рабочем столе онколога. Рабочий стол онколога обеспечивает автоматическое отслеживание пациентов с онкологической патологией, позволяет обеспечить контроль своевременной маршрутизации пациентов с ЗНО (подозрением на ЗНО) старшим онкологом на следующие этапы диагностики и лечения. Рабочий стол онколога содержит следующие разделы: идентификационные данные пациента (ФИО и дата рождения), номер электронной медицинской карты, код заболевания в соответствии с МКБ-10, данные патоморфологии, жидкостной цитологии, простатспецифического антигена, ультразвуковых и эндоскопических исследований, наличие онкориска.

В итоге старший онколог имеет доступ к актуальной информации о пациентах с подозрением на онкологическую патологию и пациентах с установленным ЗНО, именно этот алгоритм и программное решение позволили значительно улучшить качество диагностики и лечения ЗНО, а также своевременную маршрутизацию пациентов с ЗНО на следующие этапы лечения. В необходимых случаях лечащий врач или старший онколог направляют пациента на онкологический консилиум.

С учетом сказанного, большую научно-практическую значимость приобретает разработка оптимальной схемы (алгоритма) маршрутизации пациентов с впервые выявленным онкологическим заболеванием внутри контура конкретной медицинской организации с учетом имеющихся там возможностей лечения онкологических заболеваний и в соответствии с Приказом Минздрава России №116н.

В АО ГК «Медси» разработана и внедрена следующая схема (алгоритм) маршрутизации пациентов с подозрением на ЗНО (рисунок 6.1). При морфологическом подтверждении диагноза ЗНО у пациента, информация с результатом патологоанатомического заключения автоматически отображается на онкологическом рабочем столе и направляется на рабочую почту врачу, выполнившему биопсию, а также заведующему соответствующего отделения.

В контуре АО ГК «Медси» организован специализированный центр координации пациентов онкологического профиля, специалисты которого в течение одного рабочего дня после получения патоморфологического заключения связываются с пациентом посредством телефонной связи и записывают на прием к лечащему врачу для обсуждения результатов обследования и определения дальнейшей тактики. Переход пациента на каждый из последующих этапов лечения или отказ пациента от продолжения лечения фиксируется на онкологическом рабочем столе МИС «Медиадиалог», таким образом вероятность утраты контроля над маршрутом пациента минимизирована.

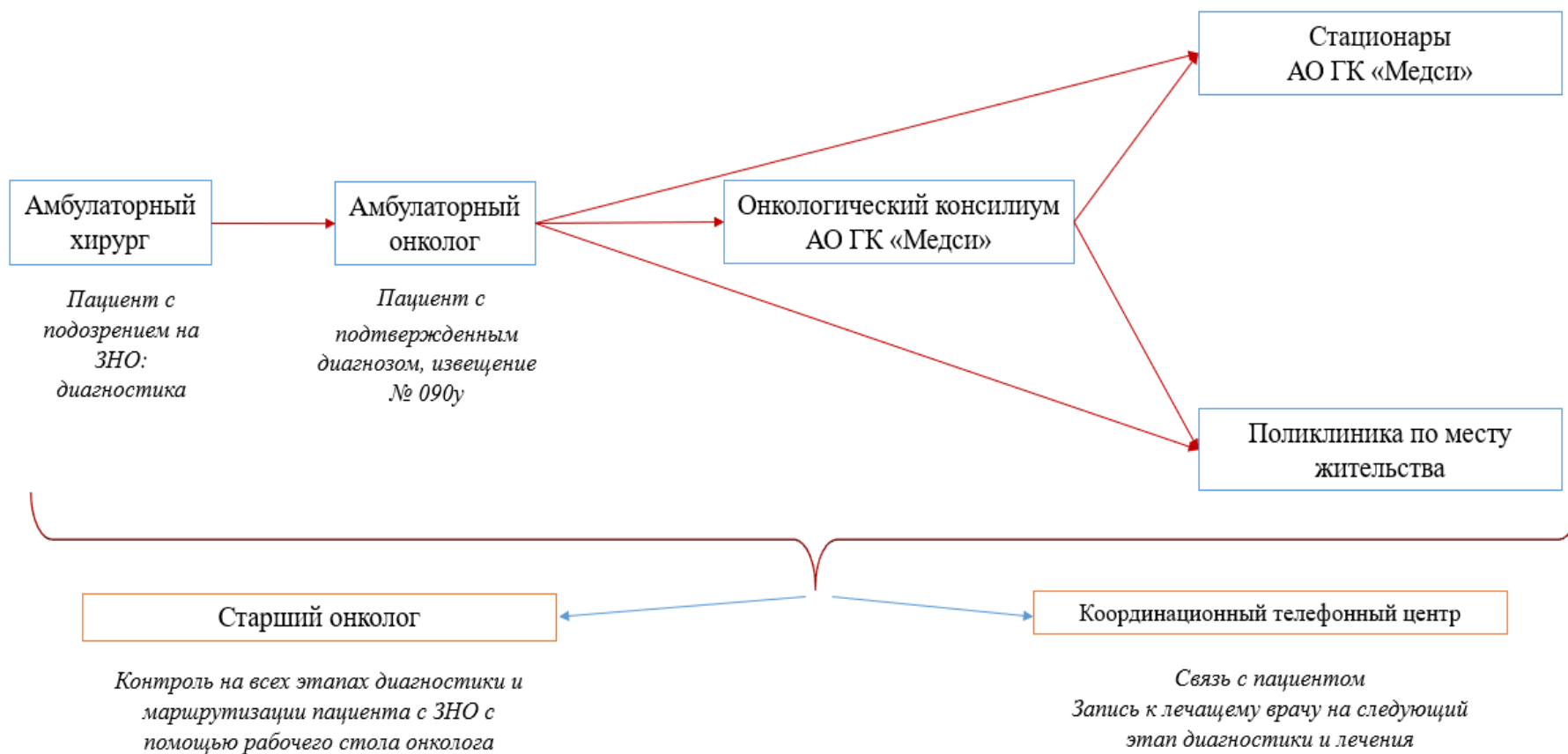


Рисунок 6.1.- Алгоритм маршрутизации пациентов с подозрением на ЗНО

Согласно действующей схеме, при подозрении на ЗНО/после подтверждения диагноза ЗНО лечащий врач направлял пациента к амбулаторному онкологу АО ГК «Медси», который в свою очередь маршрутизировал пациента для лечения в стационары АО ГК «Медси» или в поликлинику по месту жительства рисунок 6.2.

При такой схеме возникали следующие проблемы: несвоевременный/недостаточный контроль «на местах» (1 старший онколог на несколько клиник), невозможность контактного центра консультировать пациента по медицинским вопросам (сотрудники не имеют медицинского образования), алгоритмы и СОПы разработаны не в полной мере, нет алгоритма по маршрутизации пациентов, не имеющих регистрации в г. Москва, не имеющих гражданство РФ, системный сбор и накопление информации разработан не в полной мере.

Нами предлагается введение основного ответственного лица, а именно заместителя главного врача по клинко-экспертной работе, в каждой из клиник АО ГК «Медси» рисунок 6.3. Наряду с координационным центром и старшим специалистом по онкологии, это позволяет реализовывать действенный контроль за маршрутом пациента на каждом из этапов (при помощи ведения отчета-таблицы по каждому пациенту с ЗНО, отслеживание своевременной передачи пациента в стационары «Медси или по месту жительства). Разработанный алгоритм маршрутизации пациентов, зарегистрированных в регионах РФ или иностранных граждан, гарантирует своевременное оказание помощи пациентам с ЗНО.

Необходимо отметить, что эта работа проводилась в тесном контакте с главным специалистом по проекту «Онкология» АО ГК «Медси», при его одобрении и поддержке. Предложенный нами алгоритм маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные новообразования внедрен в практическую деятельность КДЦ на Солянке, а рекомендации по улучшению контроля за маршрутизацией пациентов внедрены в клиники АО ГК «Медси» на Первомайской и Зеленом проспекте, а также в ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая онкологическая больница».

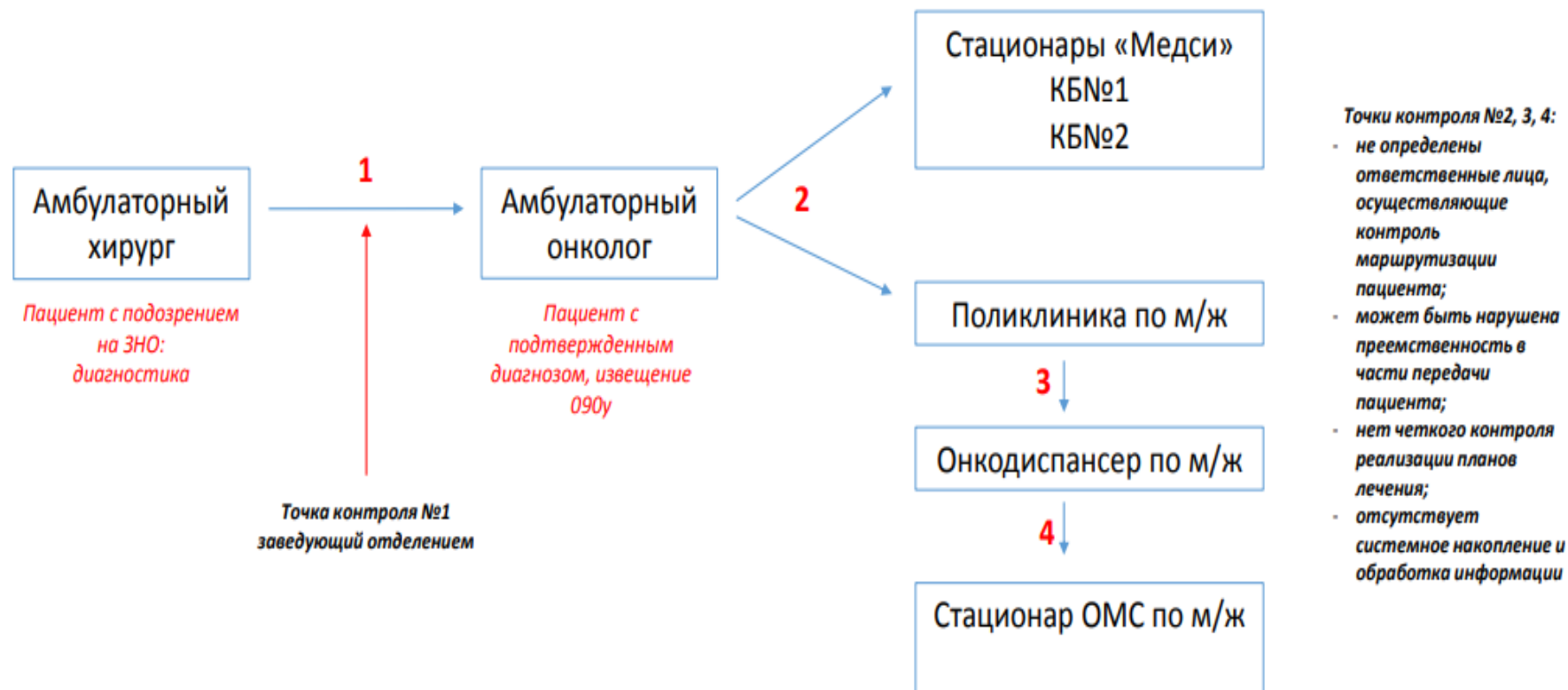


Рисунок 6.2.- Схема маршрутизации пациента с впервые выявленным ЗНО, которая действует в настоящее время в АО
ГК «Медси»

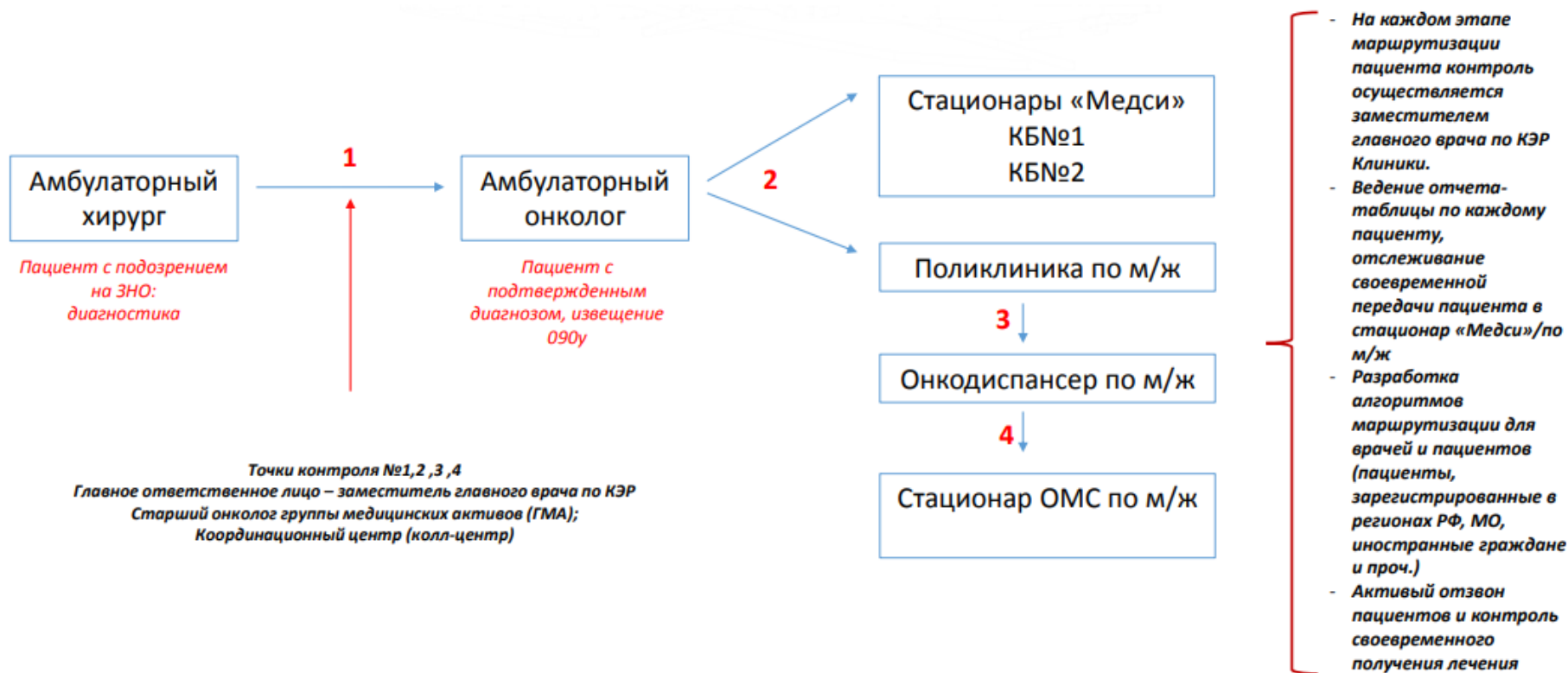


Рисунок 6.3.- Предлагаемая схема маршрутизации пациента с впервые выявленным ЗНО

При экспертной оценке были названы следующие наиболее существенные показатели результативности предлагаемого алгоритма и инновационной схемы контроля за маршрутизацией пациентов с ЗНО:

1. Высокая эффективность использования предлагаемого единого унифицированного алгоритма маршрутизации пациентов с ЗНО, основанного на принципах доказательной медицины, порядках, клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи.

2. Ранняя постановка заключительного диагноза ЗНО и своевременное начало лечения, что улучшает прогноз и снижает затраты на лечение, способствует увеличению пятилетней выживаемости и сохранению качества жизни пациентов.

3. Улучшение контроля за своевременностью постановки клинического диагноза, маршрутизацией пациентов на следующий этап лечения, преемственностью их обслуживания различными специалистами и медицинскими организациями, корректностью оформления медицинской документации линейными врачами-онкологами, полнотой назначения лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения.

4. Минимизация вероятности утраты контроля над маршрутом пациента в результате четкой фиксации на онкологическом рабочем столе МИС «Медиалог» факта его перехода на каждый из последующих этапов лечения или отказа от его продолжения.

5. Улучшение системы взаимодействия между разными элементами онкологической диагностической цепочки, включая передачу информации о пациенте от частной медицинской организации к государственной, в результате внедрения понятного и доступного для понимания врачей различного профиля алгоритма маршрутизации онкологических пациентов внутри контура АО ГК «Медси».

6. Сокращение длительности ожидания пациентами консультации профильного специалиста и диагностических процедур в результате более

быстрой и полноценной передачи информации о пациенте и его заболевании от специалиста к специалисту.

АО ГК «Медси» создало и внедрило в рутинную практику работающий механизм маршрутизации пациентов с подозрением на ЗНО и установленным онкологическим диагнозом внутри контура сети медицинских организаций. Пациенты с впервые выявленным ЗНО имеют гарантию получения своевременной и качественной медицинской помощи. Однако остается нерешенным вопрос контроля за корректностью процедуры при направлении пациента с ЗНО вне контура АО ГК «Медси». Эта задача является одной из первостепенных, т. к. ее реализация позволит сохранять уверенность в том, что каждый из пациентов с подозрением на онкологическую патологию и с установленным ЗНО получит своевременную медицинскую помощь.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Каждый год во всем мире выявляют около 19 млн. новых пациентов со злокачественной опухолью. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, а также Международного агентства по изучению рака (МАИР) [35], при существующих темпах роста заболеваемости ЗНО, к 2030 году количество вновь зарегистрированных ЗНО за один год может превзойти 21 млн. При этом число смертей от рака составит примерно 13,2 млн. случаев в год. Подобные динамические особенности вызваны общим старением населения планеты, действием различных факторов среды (экономических, экологических и др.) [66, 87; 92].

В Российской Федерации, как и во всем мире, неуклонно растет число впервые выявленных ЗНО. В 2022 году в стране впервые было выявлено 624 835 случаев ЗНО, прирост за год (по сравнению с 2021 г.) составил около 7,6%. При этом среди больных 45,3% составили мужчины и 54,7% - женщины [126]. Эта статистика релевантна как для государственных, так и для частных медицинских организаций (МО). При этом за последние 5 лет количество впервые выявленных ЗНО на 1-2-й стадиях неуклонно растет.

ЗНО - одна из ведущих причин смерти в мире, только в 2020 году количество летальных исходов от них составило около 10 млн случаев [158]. Основной причиной высоких показателей смертности от ЗНО является поздняя выявляемость онкологических заболеваний, которая обуславливает низкую эффективность лечения [9].

Поэтому ранее выявление ЗНО является первостепенной задачей амбулаторной службы онкологического профиля. К настоящему времени в мире существуют несколько схем маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО. Путь пациента зависит от многих факторов, в том числе от типа системы здравоохранения и степени развития амбулаторной онкологической службы.

Однако, до настоящего времени остаются нерешенными некоторые задачи, препятствующие укорочению сроков оказания медицинской помощи

таким пациентам. В частности, это несовершенная и усложненная система взаимодействия между разными элементами онкологической диагностической цепочки, что не способствует быстрой и полноценной передаче информации о пациенте и его заболевании от специалиста к специалисту [87; 92]. В свою очередь, длительное ожидание консультации профильного специалиста и диагностических процедур откладывает сроки постановки заключительного диагноза и начала лечения [101].

В большинстве случаев раннее выявление злокачественных заболеваний зависит от качества работы специалистов амбулаторной звена здравоохранения. Ключевыми факторами, влияющими на качество и своевременность выявления злокачественных заболеваний, а также прогноз заболевания, кроме правильно выполненной ранней диагностики, является корректный подход к маршрутизации пациентов [126].

В РФ маршрутизация пациентов с впервые выявленными ЗНО регламентируется Приказом Минздрава России от 19.02.2021 г. № 116-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях» [158], в котором прописаны этапы передачи пациента (преемственность) для обеспечения своевременного лечения. Так, врач-специалист при подозрении на ЗНО направляет пациента к врачу-онкологу медицинской организации, который подтверждает или опровергает диагноз (цитологическое, морфологическое исследование). После подтверждения диагноза пациент направляется врачом-онкологом в онкологический диспансер, где определяется дальнейшая тактика ведения (лечения) пациента.

Система здравоохранения РФ подразумевает равноправное участие в оказании населению медицинской помощи как государственных МО, так и МО с формой собственности, отличной от государственной. За 2023 год в клиниках АО ГК «Медси» г. Москвы у 3969 пациентов были впервые выявлены ЗНО различных локализаций. После установления диагноза злокачественного новообразования 45,7% из этих пациентов продолжили обследование и

лечение в контуре АО ГК «Медси». Столь большое количество специфических патологических состояний продиктовало необходимость внедрения понятной для врачей любого профиля маршрутизации онкологических пациентов в периметре АО ГК «Медси». Тем интереснее разобрать имеющийся опыт маршрутизации онкологических пациентов и контроля их ведения на примере крупнейшей в Российской Федерации частной медицинской организации.

В ходе выполнения исследования был проведен социологический опрос онкологов, хирургов, колопроктологов и акушер-гинекологов, работающих в амбулаторном звене клиник АО ГК «Медси» в Москве. Структура ответов врачей на вопрос: «Удовлетворены ли Вы существующей схемой маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, действующей в АО ГК «Медси»? выглядит следующим образом. Ответы «да» и «скорее да, чем нет» выбрали соответственно 43,3% и 45,0% респондентов.

При ответе вопрос: «Кто из сотрудников, на Ваш взгляд, максимально эффективно мог бы контролировать маршрут пациента с ЗНО и аккумулировать имеющуюся информацию внутри АО ГК «Медси»? в порядке убывания встречались в основном указания на старшего онколога каждой клиники (на него указали 41,3% респондентов), главного специалиста по проекту «Онкология» АО ГК «Медси» (30,2%) и заведующего отделением (24,3%).

Проблемы, с которыми сталкиваются пациенты с ЗНО в частных МО имеют свою специфику. Большинство пациентов, обсуживающихся в коммерческих МО по системе добровольного медицинского страхования, при выявлении и установлении диагноза ЗНО, попадают в категорию «нестрахового события» и вынуждены либо оплачивать дальнейшее обследование и лечение самостоятельно, либо продолжить лечение и наблюдение в системе обязательного медицинского страхования. Это, в свою очередь, приводит к возникновению проблемы передачи информации о пациенте от частной МО к государственной МО.

В 2023 году в контуре АО ГК «Медси» в Москве был организован Центр компетенций по профилю «Онкология» («Медси Vivo»), созданный для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях пациентам с подозрением на ЗНО, пациентам с предраковыми заболеваниями и установленным онкологическим диагнозом той или иной локализации. Центр состоит из нескольких подразделений: отделение лучевой диагностики, отделения эндоскопии, функциональной и ультразвуковой диагностики, лаборатории.

Функциями Центра компетенции «Медси Vivo» являются проведение диагностических мероприятий, направленных на выявление, верификацию, определение распространённости и стадирование ЗНО, направление пациентов на онкологический консилиум с целью выбора оптимального метода лечения заболевания в установленной стадии и определения дальнейшей лечебной тактики, направление пациентов с онкологическими заболеваниями в стационары АО ГК «Медси» с целью оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи по профилю «Онкология» в стационарных условиях, осуществление динамического наблюдения за пациентами, получившими радикальное лечение по поводу ЗНО.

В отдельных клиниках АО ГК «Медси» выделена должность старшего онколога, который контролирует корректность оформления медицинской документации линейных врачей-онкологов, полноту назначения лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения, обеспечивает контроль своевременной постановки клинического диагноза и маршрутизации пациентов на следующий этап лечения. Оценка качества работы старшего онколога зависит от выполнения ключевых показателей эффективности, перечисленных выше. Однако, должность старшего онколога не является формализованной и не входит в штатное расписание медицинских организаций в АО ГК «Медси».

Лабораторной и диагностическими службами «Медси» в медицинской информационной системе (МИС) «Медialog», используемой клиниками АО ГК «Медси», созданы маркеры, которые позволяют выделить пациента с подозрением на ЗНО или с установленным ЗНО. Эта информация отражается на рабочем столе онколога. Рабочий стол онколога обеспечивает автоматическое отслеживание пациентов с онкологической патологией, позволяет обеспечить контроль своевременной маршрутизации пациентов с ЗНО (подозрением на ЗНО) старшим онкологом на следующие этапы диагностики и лечения. Рабочий стол онколога содержит следующие разделы: идентификационные данные пациента (ФИО и дата рождения), номер электронной медицинской карты, код заболевания в соответствии с МКБ-10, данные патоморфологии, жидкостной цитологии, простатспецифического антигена, ультразвуковых и эндоскопических исследований, наличие онкориска.

Старший онколог имеет доступ к актуальной информации о пациентах с подозрением на онкологическую патологию и пациентах с установленным ЗНО, именно этот алгоритм и программное решение позволили значительно улучшить качество диагностики и лечения ЗНО, а также своевременную маршрутизацию пациентов с ЗНО на следующие этапы лечения. В необходимых случаях лечащий врач или старший онколог направляют пациента на онкологический консилиум.

При морфологическом подтверждении диагноза информация с результатом патологоанатомического заключения автоматически отображается на онкологическом рабочем столе и направляется на рабочую почту врачу, выполнившему биопсию, а также заведующему соответствующего отделения.

В контуре АО ГК «Медси» организован специализированный центр координации пациентов онкологического профиля, специалисты которого в течение одного рабочего дня после получения патоморфологического заключения связываются с пациентом посредством телефонной связи и записывают на прием к лечащему врачу для обсуждения результатов

обследования и определения дальнейшей тактики. Переход пациента на каждый из последующих этапов лечения или отказ пациента от продолжения лечения фиксируется на онкологическом рабочем столе МИС «Медиалог». Таким образом, минимизируется вероятность утраты контроля над маршрутом пациента и оказываемой ему помощью.

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», врач-специалист при подозрении на ЗНО направляет пациента к врачу-онкологу медицинской организации, который подтверждает или опровергает диагноз (цитологическое, морфологическое исследование). После подтверждения диагноза пациент направляется врачом-онкологом в онкологический диспансер, где определяется дальнейшая тактика ведения (лечения) пациента.

Затем пациент может быть направлен на стационарное лечение для оперативного лечения, получения химио- или лучевой терапии, радиотерапии и т.д.). Такая схема маршрутизации позволила улучшить качество диагностики ЗНО на ранних этапах. В результате в 2022 году по сравнению с 2013 годом доля больных с 1-й и 2-й стадиями ЗНО среди больных с выявленными ЗНО выросла на 5,5 % [126].

Однако, остаются нерешенными ряд задач, препятствующих укорочению сроков оказания медицинской помощи таким пациентам. Например, это несовершенная и усложненная система взаимодействия между разными элементами онкологической диагностической цепочки, что не позволяет достичь понятной и доступной логической схемы как для пациента, так и для специалиста здравоохранения. Кроме того, надо учитывать различия и отсутствие интеграции медицинских информационных систем в разных регионах страны, а также отдельных медицинских организациях (МО). Все это не способствует быстрой и полноценной передаче информации о пациенте и его заболевании от специалиста к специалисту [82; 101], а длительность

ожидания консультации профильного специалиста и диагностических процедур откладывают сроки постановки заключительного диагноза и начала лечения и многие другие [45].

Не менее важен тот факт, что в «серой зоне» остается передача информации и контроль за маршрутом пациента от одного этапа оказания медицинской помощи к другому, а также определение ответственного лица в каждой конкретной МО. Например, ЗНО выявлено у пациента, фактически проживающего в городе А, зарегистрированного (прописанного) в городе В, но имеющего прикрепление в поликлинике города С. В связи с этим закономерно возникает ряд вопросов. Кто получит данные о пациенте после установки диагноза впервые выявленного ЗНО? Кто своевременно маршрутизирует пациента на лечение? Кто свяжется с пациентом в случае его неявки к врачу после установления ЗНО? Кто осуществляет контроль за своевременностью оказания медицинской помощи пациенту с ЗНО?

Таким образом, пациент с впервые выявленным ЗНО рискует не получить своевременно медицинскую помощь, что усугубит прогноз исхода заболевания.

Проблемы, с которыми сталкиваются пациенты с ЗНО в частных МО, помимо вышеперечисленных, имеют свою специфику. Большинство пациентов, обслуживающихся в коммерческих МО по системе добровольного медицинского страхования, при выявлении и установлении диагноза ЗНО, попадают в категорию «нестрахового события» и вынуждены либо оплачивать дальнейшее обследование и лечение самостоятельно, либо продолжить лечение и наблюдение в системе обязательного медицинского страхования.

Это, в свою очередь, приводит к возникновению проблемы передачи информации о пациенте от частной МО к государственной МО. Позволим себе ввести специфичный термин, обозначающий возможность возникновения того или иного дефекта и обозначим его «точкой ошибки». Вышеперечисленная проблема передачи информации о пациенте от частной к государственной МО является «точкой ошибки №1». При условии попадания больного в

государственную МО, неполнота полученной специалистами первичного звена информации о пациенте приводит к возврату пациента на предыдущий этап диагностики, что отсрочит момент начала лечения ЗНО – «точка ошибки №2». Отсутствие четкого регламента обратной связи между государственной МО и частной МО не позволяет врачу частной МО проконтролировать своевременное обращение пациента с ЗНО в профильное учреждение государственного здравоохранения – «точка ошибки №3».

Решение вышеперечисленных проблем и устранение «точек ошибок» позволит значительно повысить результативность и качество оказываемой онкологической помощи, а также достичь удовлетворенности пациентов получаемой медицинской помощью и улучшить качество их жизни.

ВЫВОДЫ:

1. До 2020 г. (2012-2019 гг.) первичная онкологическая заболеваемость москвичей также увеличивалась - на 15,1% - с 334,7 в до 385,3 на 100 тыс. соответствующего населения ($P < 0,05$). В РФ в целом и в ЦФО темпы роста составили 18,8% и 16,7%, соответственно. К 2022 г. показатель заболеваемости ЗНО в столице практически вернулся к уровню 2012 г. – рост составил 1,4%. По показателю первичной заболеваемости ЗНО г. Москва в 2022 году находилась на 18-м месте среди субъектов РФ и на 2-м месте среди субъектов ЦФО. Структура заболеваемости ЗНО за анализируемый период в г. Москве практически не изменилась: на первом месте остались ЗНО молочной железы, на втором — кожи (без меланомы).

2. Отмечается рост числа случаев I стадии и сокращение доли II, III и IV стадий распространенности опухолевого процесса, а также снижение числа случаев с неустановленной стадией заболевания на фоне увеличения удельного веса больных злокачественными новообразованиями, выявленных активно. Кроме того, имеет место сокращение случаев одногодичной летальности, особенно при раке молочной железы и прямой кишки, а также более низкий ее уровень в г. Москве по сравнению РФ и ЦФО. При этом в структуре одногодичной летальности в г. Москве первые места занимают злокачественные новообразования легких, желудка, пищевода и прямой кишки.

3. Практически каждое второе обращение (49,7%) в КДЦ АО ГК «Медси» по поводу ЗНО было связано с ранее выявленным заболеванием. Определен широкий спектр отделений частной медицинской организации, куда обращались и где выявлялись пациенты с ЗНО, среди которых чаще всего были хирургические и консультативные отделения. При этом наибольшее число обращений по поводу ЗНО имело место в марте и сентябре, а наименьшее — в январе и декабре, в связи с чем был выявлен пик соответствующих посещений в 3 квартале.

4. При ответе на вопрос о причинах продолжения обследования и лечения пациентов с ЗНО вне контура АО ГК «Медси» большинство респондентов назвали прекращение действия добровольного медицинского страхования в связи с впервые выявленным ЗНО (71,9 на 100 опрошенных) и высокую стоимость обследования и лечения (76,7 на 100 опрошенных). Придавалось значение таким причинам как наличие знакомого врача-специалиста в сторонней медицинской организации (27,6 на 100 опрошенных), желание проходить обследование и лечение в другом городе/стране (18,9 на 100 опрошенных), неудобство расположения медицинской организации (9,1 на 100 опрошенных).

5. Чаще всего пациенты онкологического профиля были на приеме у врача-онколога (22,4%), врача-кардиолога (12,6%) и врача-хирурга (10,2%). Далее по убыванию располагались прием врача акушера-гинеколога (8,5%), врача-терапевта (7,6%), врача-уролога (7,0%) и врача-гематолога (6,1%). В независимости от специальности и стажа работы опрошенные врачи дали более высокую оценку доступности медицинской помощи онкологическим больным в частных медицинских организациях по сравнению с государственными (считали ее хорошей 86,9% и 62,9% соответственно).

6. На вопрос о том, понятна ли полностью схема маршрутизации пациентов с впервые выявленным злокачественным новообразованием, действующая в АО ГК «Медси», опрошенные врачи ответили положительно в 89,0% случаев. Данное обстоятельство диктует необходимость внедрения понятного для врачей различного профиля алгоритма маршрутизации онкологических пациентов внутри контура частной медицинской организации. Исходя из принятой ранее схемы маршрутизации пациента, можно выделить блок имевшихся проблем медико-организационного характера, в том числе, отсутствие четкого определения ответственных лиц за своевременную передачу и маршрутизацию пациента при впервые выявленном ЗНО, ответственных за системное накопление и обработку

информации о пациентах с ЗНО и их маршрутизации, а также за своевременную реализацию планов лечения.

7. Для определения дальнейшей тактики ведения пациентов онкологического профиля в АО ГК «Медси» в г. Москве организован специализированный Центр компетенций по профилю «Онкология» («Медси Vivo»), созданный для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях пациентам с подозрением на ЗНО, пациентам с предраковыми заболеваниями и установленным диагнозом рака. Переход пациента на каждый из последующих этапов лечения или отказ пациента от его продолжения фиксируется на онкологическом рабочем столе в медицинской информационной системе «Медиалог», что минимизирует вероятность утраты контроля над маршрутом пациента.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Руководителям клиник АО «Группа Компаний «Медси»»:

Для определения оптимальной тактики ведения пациентов онкологического профиля клиникам АО ГК «Медси» обеспечить четкую связь с организованным в г. Москве специализированным Центром компетенций по профилю «Онкология» («Медси Vivo»).

Использовать разработанную и получившую госрегистрацию программу для ЭВМ по управлению маршрутизацией пациентов со злокачественными новообразованиями в контуре частной медицинской организации.

Возложить ответственность за организацию контроля маршрутизации пациентов с ЗНО на заместителя главного врача по клинико-экспертной работе в каждой из клиник АО ГК «Медси». Совместно с координационным центром и старшими специалистами по онкологии, это позволяет реализовывать действенный контроль за маршрутом пациента на каждом из этапов (при помощи ведения отчета-таблицы по каждому пациенту с ЗНО, а также отслеживания своевременной передачи пациента в стационары АО ГК «Медси» или по месту жительства).

Укреплять взаимодействие между элементами онкологической диагностической цепочки, включая передачу информации о пациенте от частной медицинской организации к государственной и наоборот.

Заведующим профильными отделениями клиник:

Рекомендовать к широкому внедрению в практическую деятельность разработанный и апробированный алгоритм маршрутизации пациентов при подозрении на ЗНО и после подтверждения диагноза.

С целью минимизации вероятности утраты контроля над маршрутом пациента при переходе на каждый из последующих этапов лечения или в случае отказа пациента от его продолжения, обеспечить фиксацию врачами-специалистами всех изменений на онкологическом рабочем столе в медицинской информационной системе «Медialog».

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Результаты диссертационной работы могут быть использованы для проведения научных исследований по дальнейшему совершенствованию организации контроля за маршрутизацией пациентов с онкозаболеваниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аджиенко, В.Л. Стратегический анализ института государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения. / В.Л. Аджиенко, Н.Н. Косинова // Фармация и фармакология. – 2017. - № 5(4). – С. 380-400.
2. Акулин, И. М. Проблемы и перспективы государственно-частного партнерства в здравоохранении Российской Федерации (обзор литературы) / И. М. Акулин, И. В. Ионкина // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2023. – № 2(77). – С. 32-38.
3. Александрова, Л.М. Влияние пандемии COVID-19 на диагностику злокачественных новообразований в ходе профилактических медицинских осмотров / Л. М. Александрова, А. С. Мамонтов, А. Д. Каприн // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2021. – Т. 10, № 6. – С. 77-82.
4. Александрова, Л.М. Выявляемость злокачественных новообразований при профилактических осмотрах в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи (2018 г.) / Л.М. Александрова, В.В. Старинский, В. И. Чиссов и др. // свидетельство о регистрации № 2020620320. – 2020.
5. Александрова, Л.М. Кадрово-техническая обеспеченность клинико-диагностических лабораторий региональных онкологических диспансеров России (2019 г.) / Л.М. Александрова, Н.Н. Волченко, В.И. Чиссов и др. // свидетельство о регистрации № 2021620411. – 2021.
6. Александрова, Л.М. Результативность вторичной профилактики злокачественных новообразований в условиях пандемии COVID-19 / Л.М. Александрова, А.С. Мамонтов, А.Д. Каприн, Р.Ш. Хасанов // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2022. – Т. 11, № 3. – С. 41-48.
7. Александрова, Л.М. Результаты выявления злокачественных новообразований при диспансеризации населения в 2013-2014 гг. / Л.М. Александрова, В.В. Старинский, А.М. Калинина и др. // Терапевтический архив. - 2016. - Т. 88, № 1. - С. 60-66.
8. Александрова, Л.М. Сравнительная оценка эффективности

мероприятий, направленных на вторичную профилактику злокачественных новообразований в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 (2018-2020 гг.) / Л. М. Александрова, В. И. Чиссов, Н. И. Артемьева, А. С. Лутковский // свидетельство о регистрации № 2021621729. – 2021.

9. Алехин С.Г. Оценка эффективности внедрения нового алгоритма маршрутизации пациентов с подозрением на злокачественные новообразования в городской поликлинике г. Москвы / С.Г. Алехин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А.Семашко. - 2022. - № 3. - С. 4—10. doi:10.25742/NRIPH.2022.03.001.

10. Ананьева, Е. О. Государственное регулирование развития частной медицинской практики в современных условиях / Е. О. Ананьева, Г. В. Курбатова // Государственная служба и кадры. – 2021. – № 5. – С. 122-124.

11. Ананьева, Е.О. Гражданско-правовые основы предпринимательской деятельности в России: к вопросу об оказании платных медицинских услуг / Е. О. Ананьева, П. В. Ивлиев // Евразийский юридический журнал. – 2020. – № 1(140). – С. 180-183.

12. Ананьева, Е. О. Проблемные вопросы развития коммерческого здравоохранения в условиях ограничений и социальных рисков / Е. О. Ананьева, П. В. Ивлиев // Человек: преступление и наказание. – 2022. – Т. 30, № 2. – С. 171-182.

13. Андреев, Д. А. Организация внутреннего контроля качества медицинской помощи больным раком легкого на примере опыта Нидерландов / Д. А. Андреев, А. А. Завьялов // Злокачественные опухоли. – 2022. – Т. 12, № 1. – С. 5-12.

14. Андреев, Д. А. Ингибиторы тирозинкиназ в лечении распространенного рака легкого на примере системы льготного лекарственного обеспечения города Москвы / Д. А. Андреев, А. А. Завьялов, К. И. Полякова, М. В. Давыдовская // Пульмонология. - 2020. - Т. 30, № 4. - С. 463–472.

15. 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.
16. Анесянц, С.А. Проблемы развития государственно-частного партнерства в области здравоохранения в условиях современной России / С.А. Анесянц, В.Ю. Голотина // Новые технологии. – 2015. - № 2. – С. 75-79.
17. Анжельская, И.В. Роль малого бизнеса в развитии форм государственно-частного партнерства в здравоохранении / И.В. Анжельская, А.А. Амарантов // В сб.: Цивилизация знаний: Российские реалии: труды Семнадцатой международной научной конференции. - М., 2016. - С. 440-442.
18. Аполихин, О.И. Формирование новой модели здравоохранения: концептуальный подход и пилотная реализация / О.И. Аполихин, М.И. Катибов, О.В. Золотухин и др. // Менеджер здравоохранения. - 2018. - № 1. - С. 9-19.
19. Ачикян, В.Ф. Исследования реальной клинической практики в онкологии: анализ российских публикаций / В.Ф. Ачикян, А.А. Курылев, А.С. Колбин // Реальная клиническая практика: данные и доказательства. – 2024. – Т. 4, № 1. – С. 45-65.
20. Баллюзек, М.Ф. Междисциплинарный подход при организации программ реабилитации онкологических пациентов / М.Ф. Баллюзек, А.К. ИONOва, М.В. Машкова и др. // В сб.: Многопрофильная клиника в решении проблем онкологического пациента. Сборник научных трудов и материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию СПб больницы РАН. Санкт-Петербург, 2017. - С. 11-15.
21. Баянова, Е. А. Анализ показателей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями за 2001 и 2021 годы среди мужского и женского населения Иркутской области / Е. А. Баянова // Современные проблемы экологии и здоровья населения: Материалы II Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 300-летию

Российской академии наук, и V Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых, Ангарск, 04–07 июля 2023 года. – Иркутск, 2023. – С. 177-182.

22. Беденко, Н.Н. Государственно-частное партнёрство в здравоохранении в условиях нестабильности / Н.Н. Беденко // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Экономика и управление». – 2015. - № 2. С. 92-99.

23. Бедняков, А.С. Государственно-частное партнерство: мировой опыт и правовое регулирование в Российской Федерации / А.С. Бедняков. – Москва: «Креативная экономика», 2017. – 150 с.

24. Безмельницына, Л.Ю. О снижении показателей смертности в результате применения инновационной фармакотерапии в онкологии / Л.Ю. Безмельницына, Е.А. Берсенева, А.В. Исаева и др. // NovaInfo.Ru. - 2017. - Т. 1, № 59. - С. 456-464.

25. Беляев, А. М. Методологические подходы к анализу деятельности онкологической службы на основе форм государственной отчетности и созданной базы данных популяционного ракового регистра СЗФО РФ. Часть 1 / А. М. Беляев, В. М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2019. – Т. 65, № 5. – С. 653-663.

26. Беляев, А. М. Обзор материалов «Проблемы организации онкологической помощи населению в России и за рубежом» / А. М. Беляев, А. М. Мерабишвили, В. В. Старинский // Белые ночи 2020: тезисы VI Петербургского международного онкологического форума, Санкт-Петербург, 25–28 июня 2020 года. – Санкт-Петербург, 2020. – С. 322-323.

27. Бережков, Д.В. Совершенствование деятельности медицинской организации частной системы здравоохранения, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования / Д.В. Бережков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2018. – 24 с.

28. Бережков, Д.В. Современное состояние диагностических служб в системе частного здравоохранения Российской Федерации / Д.В. Бережков //

Медицинская наука и образование Урала. - 2015. - Т. 16. № 2-1 (82). - С. 150-152.

29. Билан, Е.В. Организация онкологической помощи в ХМАО-Югре / Е.В. Билан, А.А. Перевалов // Здоровоохранение Югры опыт и инновации. - 2016. - № 3. - С. 3–7.

30. Борщук, Е. Л. Смертность от злокачественных новообразований в Оренбургской области / Е. Л. Борщук, Д. Н. Бегун, А. В. Климушкин, И. Г. Сидорова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 252-264.

31. Бочарникова, О. А. Место и роль частных медицинских организаций в медицинском обслуживании населения городского округа города Воронежа / О. А. Бочарникова // Региональные социально-экономико-географические исследования: Сборник научных статей / Под общей редакцией Р.Е. Рогозиной. Том Выпуск 2. – Воронеж: Цифровая полиграфия, 2022. – С. 7-12.

32. Боярская, И.А. Оценка кадрового обеспечения и укомплектованности медицинских организаций амбулаторно-поликлинического звена ЦФО врачами-онкологами / И. А. Боярская, Д. С. Спиридонов, В. В. Кулаков [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2021. – № 3. – С. 89-96.

33. Брежнева, С. М. Изучение и анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в Центральном федеральном округе Российской Федерации / С. М. Брежнева // Мечниковские чтения-2023 : Сборник материалов конференции. 96-я Всероссийская научно-практическая конференция студенческого научного общества с международным участием, Санкт-Петербург, 26–27 апреля 2023 года. – Санкт-Петербург, 2023. – С. 387-388.

34. 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.

35. ВОЗ. Рак. Основные факты. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>

36. Возрастно-половые характеристики заболеваемости меланомой кожи в Самарской области / С. А. Суслин, Ж. В. Барина, М. Л. Сиротко [и др.] // Санитарный врач. – 2024. – № 8. – С. 606-614.

37. Волокитина, Е.С. Концессионные соглашения как эффективный механизм государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения / Е.С. Волокитина // Master's Journal. – 2015. - № 2. – С. 337-342.

38. Геворкян, А.Р. Научное обоснование реструктуризации урологической службы муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений на принципах муниципально-частного партнёрства / А.Р. Геворкян: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2018. – 42 с.

39. Голощапов-Аксенов, Р.С. Опыт использования медико-экономических стандартов лечения заболеваний с применением рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения / Р.С. Голощапов-Аксенов, В.Ю. Семенов, К.Ю. Лакунин и др. // Менеджер здравоохранения. - 2018. - № 1. - С. 52-60.

40. Гордиенко, В.П. Основные показатели медицинской помощи онкологическим больным в Амурской области / В.П. Гордиенко, О.В. Сапегина, Е.М. Ролько, Т.Н. Коробкова // Сибирский онкологический журнал. -2016. - Т. 15, № 2. - С. 5-11.

41. Грот, А. В. Обращаемость за медицинской помощью в государственный и частный секторы здравоохранения (по данным социологических исследований) / А. В. Грот, С. В. Сажина, С. В. Шишкин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 5(63). – С. 1-18.

42. Давитадзе, А. П. Обращения в государственные и частные медицинские организации: выбор пациентов / А. П. Давитадзе, Е. А. Александрова // Народонаселение. – 2023. – Т. 26, № 2. – С. 139-152.

43. Давлетнуров, Н. Х. Анализ динамики заболеваемости различных

групп населения Республики Башкортостан злокачественными новообразованиями, а также смертности от них по данным социально-гигиенического мониторинга за 2018-2022 гг. / Н. Х. Давлетнуров, А. А. Казак // Анализ риска здоровью - 2023: Совместно с международной встречей по окружающей среде и здоровью RISE-2023: материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пермь, 17–19 мая 2023 года. Том 1. – Пермь, 2023. – С. 115-126.

44. Долгин, В.И. Опыт государственно-частного партнерства для оказания медицинской помощи пациенткам Курской области со злокачественными новообразованиями молочной железы / В.И. Долгин, И.Л. Киселев // Медицинский алфавит. - 2016. - Т. 1, № 25 (288). - С. 59-61.

45. Доронина, О. В. Инструменты совершенствования системы раннего выявления онкологических заболеваний с позиции бережливого производства / О. В. Доронина, Н. С. Брынза, А. А. Кононыхин, А. А. Курмангулов // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. - Т. 26, № 3. – С. 11-17.

46. Дудедро, Д. С. Анализ первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в Приморском крае в период 2014–2021 гг / Д. С. Дудедро, А. Д. Белых // Медицина будущего: Сборник материалов, Владивосток, 24–27 апреля 2023 года. – Владивосток, 2023. – С. 189-191.

47. Дымочка, М. А. Первичная инвалидность взрослого населения Российской Федерации за период 2019– 2021 гг. (информационно-методический материал) / М.А. Дымочка, Н.Б. Веригина, Д.А. Турченкова и др. // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2022. - № 2. – С. 8-19.

48. Егорова А. Г. Онкоэпидемиологическая панель тенденций заболеваемости злокачественными новообразованиями как основа разработки региональной программы первичной профилактики рака / А. Г. Егорова, С. А. Суслин, А. Е. Орлов [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024. – № 3. – С. 553-581.

49. 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, Д. Д. Балакина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 5. – С. 987-993.

50. Ефимова, С. В. Региональные особенности динамики смертности населения Оренбургской области от злокачественных новообразований / С. В. Ефимова, Е. Л. Борщук, Д. Н. Бегун, А. А. Лаврик // Вятский медицинский вестник. – 2022. – № 1(73). – С. 80-85.

51. Жилиева, Е. П. Современное состояние частного здравоохранения России: анализ литературы / Е. П. Жилиева, К. К. Касимовский // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 90-95.

52. Жук, А. А. Проблемы оказания медицинской помощи по профилю "онкология" на примере Саратовской области / А. А. Жук // Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), посвященной 100-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ (1924-2024). В 2-х томах, Иркутск, 06 декабря 2024 года. – Иркутск: Иркутский научный центр хирургии и травматологии, 2024. – С. 264-266.

53. Жуков, А. В. Стратегия развития медицинского центра в системе обязательного медицинского страхования, на примере ООО "МЦ эко-Безопасность" / А. В. Жуков, О. А. Ризаханова, Г. Н. Мариничева, Т. А. Пантелеева // Здоровье населения и качество жизни : электронный сборник материалов VIII Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2021 года. Том Часть 2. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 118-122.

54. Завьялов, А. А. Организация контроля качества радиотерапии путем автоматизации процессинга больших массивов данных / А. А. Завьялов, Д. А. Андреев // Здравоохранение Российской Федерации. - 2020. – Т. 64, № 6.

- С. 368–372.

55. Завьялова, Е.Б. Проблемы и перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства в отраслях социальной сферы / А. А. Завьялов, М.В. Ткаченко // Вестник РУДН. Серия: Экономика. - 2018. - Т. 26, № 1. - С. 61–75

56. Зайченко, П. В. Роль инноваций в формировании финансовых ресурсов организаций здравоохранения России в период пандемии / П. В. Зайченко, И. А. Езангина // Менеджмент и финансы производственных систем: Сборник научно-практических статей Всероссийской (национальной) научно-практической конференции, Волгоград, 12 декабря 2022 года. – Курск, 2023. – С. 47-51.

57. Зверев, Д.С. Проблемы развития государственно-частного партнерства в здравоохранении / Д.С. Зверев // Научное обозрение. Серия 1. Экономика и право. – 2015. - № 6. - С. 170-174.

58. Иванова, М.А. Укомплектованность медицинских организаций и их поликлинических отделений врачами-радиологами, радиотерапевтами и онкологами в Российской Федерации за период с 2011 г. по 2015 г / М. А. Иванова, Т. А. Соколовская // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 7. – С. 19-25.

59. Ишутин, С. В. Оценка качества онкологической медицинской помощи в оптимизации деятельности проекта государственно- частного партнерства АО “ЕМЦ” / С. В. Ишутин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № S2. – С. 66-67.

60. Ишутин, С. В. Оценка участия проекта государственно-частного партнерства АО “ЕМЦ” в Московском здравоохранении по оказанию услуги лучевой терапии / С. В. Ишутин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № S2. – С. 67.

61. Кадыров, Ф. Н. Возложение на региональные власти полномочий по определению потребности в частных клиниках: анализ перспектив и возможных последствий / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2019.

– № 8. – С. 70-77.

62. Каминская, О.Н. Перспективы развития государственно-частного партнерства в здравоохранении Кемеровской области / О.Н. Каминская // Медицинское право: теория и практика. – 2015. - № 1(2). – С. 127-133.

63. Канева, Д. А. Развитие мотивационных механизмов в управлении персоналом медицинских организаций различных форм собственности (обзор литературы) / Д. А. Канева, А. В. Бреусов, В. В. Харченко // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – № 5. – С. 57-66.

64. Каприн, А.Д. Ассоциация поведенческих факторов риска с развитием злокачественных новообразований / А. Д. Каприн, В. И. Чиссов, Л. М. Александрова, В. В. Старинский // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 2. – С. 109-117.

65. Каприн, А.Д. Диспансеризация определенных групп взрослого населения России как инструмент раннего выявления злокачественных новообразований (итоги 2015-2016 гг.) / А.Д. Каприн, Л.М. Александрова, В.В. Старинский и др. // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 13-19.

66. Каприн, А.Д. Состояние онкологической помощи населению России в 2020 году / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, А.О. Шахзадова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2021. – 239 с.

67. Каприн, А.Д. Сравнительный анализ выполнения индикаторов региональных проектов "Борьба с онкологическими заболеваниями" на основании данных оперативного мониторинга за период январь-май 2018-2019 гг / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Ж.В. Хайлова, А.О. Шахзадова // Вестник Росздравнадзора. – 2019. – № 4. – С. 64-71.

68. Каприн, А.Д. Технологии диагностики и скрининга в раннем выявлении злокачественных новообразований / А. Д. Каприн, Л. М. Александрова, В.В. Старинский, А. С. Мамонтов // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 34-40.

69. Каприн, А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность). / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.В. Петров. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена-филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2018. - 250 с.

70. Кароль, Е. В. Основные показатели первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Санкт-Петербурге в 2018-2022 годах / Е. В. Кароль, С. В. Потемкина, А. А. Невская и др. // Вопросы онкологии. – 2023. – Т. 69, № 3S. – С. 266-267.

71. Касимовский, К. К. Особенности развития частного здравоохранения России на современном этапе / К. К. Касимовский // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 3. – С. 86.

72. Касимовский, К. К. Работа частных медицинских организаций в Российской Федерации: мнение экспертов / К. К. Касимовский, Е. В. Ильинцев, Л. Г. Иванова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 120-123.

73. Кауфман, Э. А. Оценка заболеваемости взрослого населения Пермского края по классу новообразований (группа злокачественные заболевания) за 2011-2020 гг. / Э. А. Кауфман // Научная сессия ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера: материалы научно-практической конференции с международным участием студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет), Пермь, 19–20 апреля 2023 года. Том 1. – Пермь, 2023. – С. 233-235.

74. Комиссарова, В.А. Онкоскрининг у пациенток группы риска по раку молочной железы до 40 лет. Обзор литературы / В.А. Комиссарова, И.П. Сафонцев, Р.А. Зуков // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко.- 2024.- №3. - С.59—65.

75. Концевая, А.В. Экономический ущерб онкологических

заболеваний, ассоциированных с модифицируемыми факторами риска / А.В. Концевая, Ю.А. Баланова, А.О. Мырзаматова и др. // Анализ риска здоровью. – 2020. - № 1. – С. 133-141.

76. Корхмазов, В. Т. Влияние пандемии COVID-19 на результаты оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в частных и государственных медицинских организациях / В. Т. Корхмазов, В. И. Перхов, В. В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 4. – С. 452-468.

77. 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, О.Е. Коновалов, Ю.А. Сорокин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2024. - № 7-8. – С. 49-53.

78. Костин, А.А. Опыт организации контроля за ведением онкологических пациентов / А.А. Костин, А.К. Минаева, Д.А. Лисаев, О.Е. Коновалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024.- Т. 32, № 6. – С. 1357-1360.

79. Костин, А.А. Схема организации маршрутизации пациентов со злокачественными новообразованиями в частной медицинской организации / А.А. Костин, А.К. Минаева, Д.А. Лисаев, О.Е. Коновалов, А.В. Шулаев // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, вып. 6. – С. 43-48.

80. Кошкарлов, А.А. Особенности распределенного хранения медицинских изображений в онкологической службе в рамках создания единого цифрового контура / А.А. Кошкарлов, Р.А. Мурашко, В.Г. Елишев и др. // Врач и информационные технологии. – 2020. - №1. – С.15-27.

81. 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.

82. Курбатова, Г. В. Проблемы и пути их решения в сфере оказания медицинских услуг / Г. В. Курбатова, М. В. Курбатов // Вестник общественной научно-исследовательской лаборатории «Взаимодействие уголовно-исполнительной системы с институтами гражданского общества: историко-правовые и теоретико-методологические аспекты». – 2022. – № 28. – С. 39-45.

83. Куролап, М. С. Исследование показателей заболеваемости населения Воронежской области новообразованиями / М. С. Куролап, А. Б. Малева, Е. Е. Чупандина // Пути и формы совершенствования фармацевтического образования. Актуальные вопросы разработки и исследования новых лекарственных средств: Сборник трудов 9-ой Международной научно-методической конференции. – Воронеж, 2023. – С. 503-507.

84. Леонова, Г.И. Государственно-частное партнерство в области здравоохранения / Г.И. Леонова, А.С. Нужная // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения: сборник статей VII Международной научно-практической конференции: в 3 частях. Часть 2. Пенза, 2017. - С. 362- 364.

85. Липинский, Д.А. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию оказания офтальмологических услуг в платных медицинских организациях (по материалам республики Татарстан) / Д.А. Липинский: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2016. – 24 с.

86. 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.

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

88. Малофеев, Н. А. Платные медицинские услуги как предмет правового регулирования / Н. А. Малофеев // Закон. Право. Государство. – 2023. – № 1(37). – С. 96-98.

89. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2021 году (Статистические материалы). – М.: ЦНИИОЗ, 2022. – 254 с.

90. Мельник, А.А. Государственно-частное партнерство как градиент развития российского здравоохранения / А.А. Мельник // Проблемы экономики и юридической практики. – 2017. - №1. – С. 66-70.

91. Мерабишвили, В. 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.

92. Мерабишвили, В.М. Злокачественные новообразования сердца (популяционное исследование) / В. М. Мерабишвили // Белые ночи 2020: тезисы VI Петербургского международного онкологического форума, Санкт-Петербург, 25–28 июня 2020 года. – Санкт-Петербург: Вопросы онкологии, 2020. – С. 357-359.

93. Мерабишвили, В.М. Индекс достоверности учета - важнейший критерий объективной оценки деятельности онкологической службы для всех локализаций ЗНО, независимо от уровня летальности больных / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2019. – Т. 65, № 4. – С. 510-515.

94. Мещерякова, Ж.В. Медицинский кластер в системе здравоохранения региона как инновационная модель интеграции субъектов государственно-частного партнерства / Ж.В. Мещерякова // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2017. - № 3. – С. 43-45.

95. Минаева, А.К. Обращаемость пациентов онкологического профиля в консультативно-диагностический центр АО «Группа компаний «МЕДСИ»» / А.К. Минаева, О.Е. Коновалов // Наука молодых (Eruditio

Juvenium). – 2025.- Т. 13, № 1. _ С. 53-62.

96. Мирзоева, Ф. С. Комплексная оценка заболеваемости и смертности населения от злокачественных опухолей в Тюменской области (без округов) в 2021 году / Ф. С. Мирзоева // Медицина будущего: Сборник материалов, Владивосток, 24–27 апреля 2023 года. – Владивосток, 2023. – С. 227-229.

97. Молчанова, М.Ю. Государственно-частное партнерство в системе финансирования здравоохранения регионов / М.Ю. Молчанова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2016. - № 44(2). – С. 114-132.

98. Морозько, П. Н. Изучение заболеваемости злокачественными образованиями в Центральном федеральном округе / П. Н. Морозько, С. М. Брежнева // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов X Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2023 года. – Санкт-Петербург, 2023. – С. 454-461.

99. Москвичева, Л.И. Анализ трудовой мотивации врачей-онкологов медицинской организации III уровня / Л. И. Москвичева, Д. А. Вознюк, И. А. Петрова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2023. – № 1-2. – С. 62-70.

100. Мурашко, Р.А. Организационно-методическое сопровождение лекарственного лечения в центрах амбулаторной онкологической помощи / Р. А. Мурашко, Л. Г. Тесленко, Л. Л. Степанова, С. В. Шаров // Злокачественные опухоли. – 2023. – Т. 13, № 3S1. – С. 251.

101. Мурашко, Р.А. Особенности маршрутизации пациентов и применения процессного подхода в онкологической службе на региональном уровне / Р.А. Мурашко, С.Н. Алексеенко, А.А. Кошкарров // Кубанский научный медицинский вестник. – 2021. – Т. 28, №1. – С. 84-102

102. Муханова, И.Ф. Особенности организации онкологической помощи населению Республики Башкортостан и Российской Федерации, и пути ее совершенствования / И.Ф. Муханова // Вестник Российского

университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2017. - Т. 21, № 1. - С. 117-126.

103. Нечаева, О.Б. Оценка результативности онкологической медицинской помощи в России / О.Б. Нечаева // Медицинский алфавит. - 2017. - Т. 1, № 12 (309). - С. 5-10.

104. Николаев В.Е. Опыт Костромской области по развитию государственно-частного партнерства в рамках обязательного медицинского страхования / В.Е. Николаев // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2016. - № 5. - С. 38-43.

105. Новиков, Г.А. Организация паллиативной помощи онкологическим больным и перспективы ее совершенствования / Г.А. Новиков, Н.А. Осипова, В.В. Старинский // Вопросы онкологии. - 2018. - № 2. - С. 27.

106. Оганесян, М.Г. Онкологическая заболеваемость как проблема социальной медицины / М.Г. Оганесян // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2015. - № 1 (45). - С. 533-554.

107. Павлова, В. И. Оценка показателей онкологической помощи в Тюменской области за 2019 год / В. И. Павлова, Е. Н. Неверова, Т. А. Гайсин, Е. Б. Подгальняя // Белые ночи 2020: тезисы VI Петербургского международного онкологического форума, Санкт-Петербург, 25–28 июня 2020 года. – Санкт-Петербург: Вопросы онкологии, 2020. – С. 362-363.

108. Петрачков, И. В. Динамика объемов потенциальных источников финансирования частных медицинских организаций с 2012 по 2019 г / И. В. Петрачков, Г. Э. Улумбекова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – Т. 7, № 1(23). – С. 80-91.

109. Петрова, Г.В. Сравнение данных государственной онкологической статистики и ракового регистра России / Г. В. Петрова, О. П. Грецова, В. В. Старинский // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – Т. 18, № 5. – С. 5-11.

110. Петухова, Ю.Ю. Оценка фармакоэкономической эффективности

терапии метастатического колоректального рака / Ю.Ю. Петухова, Е.В. Елисеева, М.В. Волков и др. // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2021. - Т. 14, № 3. - С. 291-298.

111. Пикалова, Л.В. Особенности организации противораковых мероприятий на территориях с низкой плотностью населения на примере Томской области / Л.В. Пикалова, О.А. Ананина, А.Ф. Лазарев и др. // Российский онкологический журнал. - 2017. - Т. 22, № 1. - С. 44-50.

112. Писарева, Л.Ф. Эпидемиология злокачественных новообразований в Республике Алтай / Л.Ф. Писарева, И.Н. Одинцова, А.В. Хряпенов. - Томск, 2017. – 190 с.

113. Попова, Н. Е. Особенности конкурентной среды на рынке обязательного медицинского страхования / Н. Е. Попова, Т. С. Сергиенко // Вестник Воронежского государственного университета инженерных технологий. – 2020. – Т. 82, № 4(86). – С. 383-389.

114. Попова, Н.М. Проблемы организации онкологической службы в Удмуртской Республике в оценках врачей-онкологов / Н. М. Попова, В. Р. Мустаев, К. Э. Сюркаев [и др.] // Интернаука. – 2024. – № 38-1(355). – С. 32-35.

115. Потапов, С.О. Диспансеризация пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях поликлиники / С.О. Потапов, М.А. Шарафутдинов, Р.З. Султанов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. - 2016. - № 1. - С. 141-149.

116. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология"» (с изменениями на 4 июля 2017 года). – URL: <http://docs.cntd.ru/document/902387276>

117. Пузин, С.Н. Результаты эпидемиологического исследования первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Российской Федерации / С.Н. Пузин, М.А. Шургая, Г.Э. Погосян и др.// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2018. - № 21 (3-4). - С. 144-

148.

118. Пухальский, А.Н. Переосмысление национальной онкологической программы / А.Н. Пухальский // Экономика и предпринимательство. - 2015. - № 5-1 (58-1). - С. 35-38.

119. Растригина, О. В. Развитие государственно-частного партнерства на рынке медицинских услуг: мировая и российская практика / О. В. Растригина // Вестник евразийской науки. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 49.

120. Рожкова, Е.В. Государственно-частное партнерство: сущность, значение, основные направления реализации в сфере здравоохранения / Е.В. Рожкова, О.В. Касенко // Сборники конференций НИЦ Социосфера. - 2015. - № 19. – С. 7-9.

121. 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.

122. Руша, К.Г. Определение метастатического потенциала и прогноза течения колоректального рака с помощью гистологических параметров первичной опухоли / К.Г. Руша, Е.С. Кулеш, А.Ю. Требуховский и др. // Здравоохранение (Минск). - 2021. - № 3 (888). - С. 61-69.

123. Рябинин, С.В. Медико-социальные аспекты реализации программ государственно-частного партнерства в Воронежской области / С.В. Рябинин, А.Г. Волкова, А.И. Червякова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. - № 21(1). – С. 237-243.

124. Сертакова, О. В. Совершенствование процесса лечения пациентов с онкологическими заболеваниями с использованием цифровых технологий / О. В. Сертакова // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2025. – Т. 19, № 1. – С. 87-93.

125. Сизова, Е.С. Особенности оценки эффективности проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения (на примере онкорádiологического центра) / Е.С. Сизова // Инновации и инвестиции. -

2015. - № 8. - С. 19-27.

126. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году, Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – М., 2023.

127. Социально значимые заболевания населения России в 2021 году (Статистические материалы). – М.: ЦНИИОЗ, 2022. – 78 с.

128. Старинский, В.В. Оценка качества данных ракового регистра (возможности государственного ракового регистра РФ) / В.В. Старинский, О.П. Грецова, А.О. Шахзадова и др. // Белые ночи 2020: тезисы VI Петербургского международного онкологического форума, Санкт-Петербург, 25–28 июня 2020 года. – Санкт-Петербург: Вопросы онкологии, 2020. – С. 364-366.

129. Суслин С.А. Возрастно-половые характеристики заболеваемости меланомой кожи в Самарской области / С. А. Суслин, Ж. В. Барина, М. Л. Сиротко [и др.] // Санитарный врач. – 2024. – № 8. – С. 606-614.

130. Ткаченко А.Е. Необходимость государственно-частного партнерства для развития системы паллиативной помощи детям в регионах РФ / А.Е. Ткаченко // Онкопедиатрия. – 2015. - № 2(3). – С. 353-354.

131. Томилова, О. А. Специфика менеджмента в частных организациях здравоохранения / О. А. Томилова, Г. Н. Тугускина // Актуальные вопросы управления: Сборник статей по материалам научно-практической конференции, Пенза, 09 ноября 2020 года. Том Вып. 3. – Пенза, 2020. – С. 133-137.

132. Турсунзаде, Р. Т. Оценка распространенности злокачественных новообразований в России с применением модели заболеваемость-смертность / Р. Т. Турсунзаде // Демографическое обозрение. – 2018. – Т. 5, № 3. – С. 103-126.

133. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

134. Франк, Г.А. Кадрово-техническая обеспеченность отделений

патоморфологии региональных онкологических диспансеров России (2019 г.) / Г.А. Франк, Л.М. Александрова, Н.Н. Волченко и др. // свидетельство о регистрации № 2020621478. – 2020.

135. 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, Ю.И. Комаров, А.А. Слабикова, С. А. Иванов, А.Д. Каприн // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. - 2024. - №4. - С.117—126.

136. Хмелевский, Е.В. Состояние радиотерапевтической службы России: сравнительный анализ и перспективы развития / Е.В. Хмелевский, А.Д. Каприн // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. - 2017. - Т. 6, № 4. - С. 38-41.

137. Холикова, К. Д. Искусственный интеллект в онкологии / К.Д. Холикова, Л.В. Мошкина // Наука и Технологии - 2025: Сборник статей Международной научно-практической конференции, Петрозаводск, 04 марта 2025 года. – Петрозаводск: Международный центр научного партнерства «Новая Наука» (ИП Ивановская И.И.), 2025. – С. 126-136.

138. Черненко, Э.М. Государственно-частное партнерство в здравоохранении и направления его развития / Э.М. Черненко, И.С. Лебедева, П.В. Лебедев // Российское предпринимательство. – 2018. – Том 19. – № 12. – С. 3981–3998.

139. Чернобровкина, А.Е. Планирование кадровой обеспеченности при реализации национального проекта "Борьба с онкологическими заболеваниями" / А. Е. Чернобровкина // Уральский медицинский журнал. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 44-49.

140. Чиссов, В.И. Методология проведения профилактических мероприятий, направленных на выявление ранних форм злокачественных новообразований / В.И. Чисов, В.В. Старинский, Л.М. Александрова //

Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. - 2012. - № 1. - С. 50-53.

141. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации / В.И. Чисов, В.В. Старинский, Б.Н. Ковалев // Российский онкологический журнал. - 2016. - № 1. - С. 5.

142. Шамалова, Е. В. Исследование конкуренции на российском рынке медицинских услуг / Е. В. Шамалова, Е. А. Костромина, К. М. Лауфер // Russian Economic Bulletin. – 2022. – Т. 5, № 5. – С. 331-337.

143. Шиповалов, А.Г. Формы государственно-частного партнерства при реализации функциональных стратегий здравоохранения в регионах Крайнего Севера России / А.Г. Шиповалов // В: Актуальные вопросы развития экономики: материалы международной научно-практической конференции. – Омск, 2015. - С. 115-120.

144. Шмеркевич, А.Б. Роль государственно-частного партнерства в модернизации здравоохранения в России / А.Б. Шмеркевич // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. - № 19(7). – С. 95-99.

145. Щербакова, В.В. Анализ реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения по Самарской области / В.В. Щербакова // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире. – 2015. - № 11-12. – С. 109-114.

146. Эртуханов, М. С. Заболеваемость населения Чеченской Республики злокачественными новообразованиями / М. С. Эртуханов, А. К. Ревской // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2018. – № 2(45). – С. 17-19.

147. Abuzaineh, N. PPP sin healthcare: Models, lessons and trends for the future / N. Abuzaineh, E. Brashers, S. Foong et al. // Healthcare public-private partnership series, No. 4. San Francisco, 2018. – 53 p.

148. Apostu, A.P. Multiple primary melanomas: A literature review / A.P. Apostu, L. Ungureanu, S.R. Halmagyi et al. // Medicine (Baltimore). - 2023 Jul 28. - Vol. 102(30). – P. 34378.

149. Araujo, L.H. Survival and prognostic factors in patients with non-small

cell lung cancer treated in private health care / L.H. Araujo, C.S. Baldotto, M. Zukin et al. // Rev Bras Epidemiol. 2021 Dec. - Vol. 17(4). - P. 1001-1014.

150. Beck, N. The Dutch Institute for Clinical Auditing: Achieving Codman's Dream on a Nationwide Basis / N. Beck, A. C. van Bommel, E. H. Eddes et al. // Ann Surg. United States. - 2020. - Vol. 271, № 4. - P. 627–631.

151. Bongiovanni, T. Is there variation in private payor payments to cancer surgeons? A cross-sectional study in the USA / T. Bongiovanni, S.P. Kim, A. Kim et al. // BMJ Open. - 2020 Oct 5. - Vol. 10(10). - P. e035438.

152. Byrne, S. Lifestyle, genetic risk and incidence of cancer: a prospective cohort study of 13 cancer types / S. Byrne, T. Boyle, M. Ahmed et al. // Int J Epidemiol. 2023 Jun 6. - Vol. 52(3). - P. 817-826.

153. Chen, S. Estimates and Projections of the Global Economic Cost of 29 Cancers in 204 Countries and Territories From 2020 to 2050 / S. Chen, Z. Cao, Prettner K. et al. // JAMA Oncol. - 2023 Apr 1. - Vol. 9(4). - P. 465-472.

154. Costa, É.S. Analysis of the costs and quality of cardiovascular care in oncological monitoring / É.S. Costa, A. Hyeda // Rev Assoc Med Bras (1992). - 2016 Nov. - Vol. 62(8). - P. 748-754.

155. DICA. Dutch Lung Cancer Audit. [Electronic resource]. - 2021. URL: <https://dica.nl/dlca/home>

156. DLCA. Veelgestelde vragen. [Electronic resource]. - 2021. URL: <https://dica.nl/dlca/veelgestelde-vragen>

157. Feng, R. Cancer situation in China: what does the China cancer map indicate from the first national death survey to the latest cancer registration? / R. Feng, Q. Su, X. Huang et al. // Cancer Commun (Lond). - 2023 Jan. - Vol. 43(1). - P. 75-86.

158. Ferlay, J. Global Cancer Observatory: Cancer Today / J. Ferlay, M. Ervik, F. Lam et al. // International Agency for Research on Cancer. - Lyon, 2020 (<https://gco.iarc.fr/today>, по состоянию на февраль 2021 г.).

159. Forrester, M. Identification of an oncological clinical pathway through questionnaires to health professionals / M. Forrester, L. Breitenfeld, M. Castelo-

Branco, J. Aperta // BMC Health Serv Res. - 2023 Sep 20. - Vol. 23(1). - P. 1011.

160. Franzen, N. Affordable Prices Without Threatening the Oncological R&D Pipeline-An Economic Experiment on Transparency in Price Negotiations / N. Franzen, A. Ziegler, G. Romagnoli et al. // Cancer Res Commun. - 2022 Jan 27. - Vol. 2(1). - P. 49-57.

161. Gil, M. R. Factors affecting the choice of national and public hospitals among outpatient service users in South Korea / M. R. Gil, C. G. Choi // INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. — 2019. — Vol. 56. — P. 1–11.

162. Giordano, A. A strategy to guarantee oncological surgical care during the COVID-19: the public and private healthcare partnership / A. Giordano, L. Forasassi, Galli S. // Minerva Surg. - 2021 Apr. - Vol. 76(2). - P. 195-196.

163. Greenberg, J.A. Care Fragmentation in Patients with Differentiated Thyroid Cancer / J.A. Greenberg, J.W. Thiesmeyer, C.E. Egan et al. // World J Surg. - 2022 Dec. - Vol. 46(12). - P. 3007-3016.

164. Guy, M. Competition policy in healthcare: Frontiers in insurance-based and taxation-funded systems / M. Guy // Edinburgh Law Review. - 2020. – Vol. 24 (1). - P. 154 – 156.

165. Horgan, D. Tackling Thyroid Cancer in Europe-The Challenges and Opportunities / D. Horgan, D. Führer-Sakel, P. Soares et al. // Healthcare (Basel). - 2022 Aug 25. - Vol. 10(9). - P. 1621.

166. Jacobs, G. Clinical care in hepatocellular carcinoma: A mixed methods assessment of experiences and challenges of oncology professionals / G. Jacobs, D.A. Boyle, H.B. El-Serag et al. // Cancer Med. - 2023 Feb. - Vol. 12(3). - P. 3670-3683.

167. Jayawardana, S. Global consumption of prescription opioid analgetics between 2009-2019: a countrylevel observational study / S. Jayawardana, R. Forman, Ch. Johnston-Webber et al. // EClinicalMedicine. - 2021. – Vol. 42. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8599097/>

168. Jones, C.A. Opioid-Free Ureteroscopy: Are Academic Urologists

Lagging Behind Private Practice? / C.A. Jones, K.R. Pekala, K.M. Armann et al. // Urology. - 2022 Sep. - Vol. 167. - P. 56-60.

169. Kayastha, N. Innovations for the integration of palliative care for hematologic malignancies / N. Kayastha, A.R. Kavanaugh, J.A. Webb, T.W. LeBlanc // Curr Probl Cancer. - 2023 Oct. - Vol. 47(5). - P. 101011.

170. Kent, B. Public-private health partnerships: a strategy for WHO / B. Kent, A. Waxman. // Bulletin of the World Health Organization. – 2001. - Vol. 79 (8). - P. 748–754

171. Khalid, B. Public-Private Partnerships In Health International / K. Bouti, B. Rajae // Journal of Medicine and Surgery. - 2015 June. - Vol. 2(1). - P. 1–2.

172. Khanmohammadi, S. The Economic Burden of Malignant Brain Tumors / S. Khanmohammadi, M. Mobarakabadi, F. Mohebi // Adv Exp Med Biol. - 2023. - Vol. 1394. - P. 209-221.

173. Khawaja, S.N. Head and Neck Cancer-Related Pain / S.N. Khawaja, S.J. Scrivani // Dent Clin North Am. - 2023 Jan. - Vol. 67(1). - P. 129-140.

174. Kosycarz, E.A. Evaluating opportunities for successful public-private partnership in the healthcare sector in Poland E.A./ Kosycarz, B.A. Nowakowska, M.M. Mikołajczyk // J. Public Health (Berl.). 2019. - Vol. 27, P. 1–9.

175. Kundu, J. The interregional disparity in the choice of health care utilization among elderly in India / J. Kundu, M. P. Bharadwaz, S. Kundu, D. W. Bansod // Clinical Epidemiology and Global Health. — 2022. — Vol. 13.

176. Lin, C. Perceived competition and process of care in rural China / C. Lin, W. Jian, J. Pan // Risk Management and Healthcare Policy. - 2020. - P. 1161 – 1173.

177. Liu, M. Assessing the quality of care for skin malignant melanoma on a global, regional, and national scale: a systematic analysis of the global burden of disease study from 1990 to 2019 / M. Liu, M. Wu, X. Liu et al. // Arch Dermatol Res. - 2023 Dec. - Vol. 315(10). - P. 2893-2904.

178. María, J. Public Private Partnerships and universal healthcare in Latin

America – at what cost?: briefing paper. / María José, Romero and Jasmine Gideon // LATINDADD – 2019. - October.

179. McDonald, A. Malignant Neoplasms of the Gastrointestinal Tract After Blood or Marrow Transplant / A. McDonald, C. Dai, Q. Meng et al. // JAMA Oncol. - 2023 Mar 1. - Vol. 9(3). - P. 376-385.

180. Merabishvili, V.M. Stages of development of the system of objective assessment of the cancer service of Russia, the Northwestern Federal district of the Russian Federation (morbidity, mortality, reliability of accounting, primary mortality, median survival, observed and relative survival of patients with malignant neoplasms). Part II / V.M. Merabishvili, A.M. Belyaev // Pharmacy Formulas. - 2021. - Vol. 3 (1). - P. 56-65.

181. Murcia, E. Oncology services supply in Colombia / E. Murcia, J. Aguilera, C. Wiesner, C. Pardo // Colomb Med (Cali). - 2018 Mar 30. - Vol. 49(1). - P. 89-96.

182. Nguyen, T. A. Factors Influencing the Vietnamese Older Persons in Choosing Healthcare Facilities / T. A. Nguyen, L. T. Giang // Health Services Insights. — 2021. — Vol. 14. — P. 1–14.

183. Panda, S. Epidemiological Features and Management of Oral Cancer Patients: Experience from a Single Private Comprehensive Cancer Care Center in the State of Odisha / S. Panda, B.B. Nayak, N.M.L. Manjunath et al. // Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. - 2019 Oct. - Vol. 71(Suppl 1). - P. 358-362.

184. Pedrini, L.A. Clinical outcomes of hemodialysis patients in a publicprivate partnership care framework in Italy: a retrospective cohort study / L.A. Pedrini, A.C. Winter, F. Cerino // BMC nephrology. - 2019. - Vol. 20(1). - P. 35.

185. Pereira, M.C.P. Impact of the COVID-19 Pandemic Period on Patients with Head and Neck Carcinoma: A Systematic Review / M.C.P. Pereira, J.C.H. Fernandes, G.V.O. Fernandes et al. // Diseases. - 2023 Apr 10. - Vol. 11(2). - P. 61.

186. Petrone, A. Review Article a Multidisciplinary Evaluation for Advanced Supportive Care of Breast Cancer Patients / A. Petrone, M. Carlesimo,

M.C. Fortuna et al. // Breast Care (Basel). - 2023 May. - Vol. 18(2). - P. 141-149.

187. Pisconti, S. An Italian Model for the Management of Cancer Patients during COVID-19 Pandemic: The Regional Center for Oncological Orientation (COroO) of Taranto (ROP) / S. Pisconti, G. Modoni, C. Cafiero et al. // Med Princ Pract. - 2022. - Vol. 31(1). - P. 54-58.

188. Rethinking public private partnerships for universal healthcare. KPMG International Cooperative. 2018.

189. Robert, G. Consequences of SARS-CoV-2 pandemic on urological surgery in France: a nationwide analysis of the healthcare system database / G. Robert, J.C. Bernhard, G. Capon et al. // BMJ Open. - 2022 Nov 14. - Vol. 12(11). - P. e066220.

190. Salehi, O. Race, Age, Gender, and Insurance Status: A Comparative Analysis of Access to and Quality of Gastrointestinal Cancer Care / O. Salehi, E.A. Vega, C. Lathan et al. // J Gastrointest Surg. - 2021 Aug. - Vol. 25(8). - P. 2152-2162.

191. Shah, M.M. Private vs public care for intracranial tumours: Findings from Pakistan / M.M. Shah, M.H. Bajwa, M.U. Khalid et al. // J Pak Med Assoc. - 2022 Nov. - Vol. 72(Suppl 4)(11). - P. S74-S78.

192. Siegel, R. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries / R.L. Siegel, K.D. Miller, N.S. Wagle, A. Jemal // CA Cancer J Clin. - 2021 May. - Vol. - 71(3). - P. 209-249.

193. Siegel, R.L. Cancer statistics, 2023. / R.L. Siegel, K.D. Miller, N.S. Wagle, A. Jemal // CA Cancer J Clin. - 2023 Jan. - Vol. 73(1). - P. 17-48.

194. Sierpowska, J. The Aftercare Survey: Assessment and intervention practices after brain tumor surgery in Europe / J. Sierpowska, A. Rofes, K. Dahlslätt et al. // Neurooncol Pract. - 2022 Apr 4. - Vol. 9(4). - P. 328-337.

195. Singer, S. Psychoonkologische Versorgung bei niedergelassenen Psychotherapeuten. - P. eine Befragung von Therapeuten mit und ohne Kassensitz [Psycho-oncological care in private practices: a survey among psychotherapists

with and without licence for reimbursement with public health insurance] / S. Singer, A. Rockenbach, E. Kojima et al. // *Z Psychosom Med Psychother.* - 2021 Jun. - Vol. 67(2). - P. 132-152.

196. Syrnioti, G. Social Determinants of Cancer Disparities / G. Syrnioti, C.M. Eden, J.A. Johnson et al. // *Ann Surg Oncol.* - 2023 Dec. - Vol. 30(13). - P. 8094-8104.

197. Tanaka, H. Multidisciplinary teams: perceptions of professionals and oncological patients / H. Tanaka, G. Medeiros, A. Giglio // *Rev Assoc Med Bras (1992).* - 2020 Apr. - Vol. 66(4). - P. 419-423.

198. The governance of local health systems in the era of Sustainable Development Goals. - P. reflections on collaborative action to address complex health needs in four country contexts. *BMJ Global Health* . - 2019. - Vol. 4. - P. e001645.

199. Tiessen, J.H. Japanese healthcare: Fostering competition and controlling costs / J.H. Tiessen, K. Kato // *Healthc Manage Forum.* - 2017. - Vol. 30 (4). - P. 175 – 180.

200. Van Hoogstraten, L.M.C. Global trends in the epidemiology of bladder cancer: challenges for public health and clinical practice / L.M.C. van Hoogstraten, A. Vrieling, A.G. van der Heijden et al. // *Nat Rev Clin Oncol.* - 2023 May. - Vol. 20(5). - P. 287-304.

201. Van Leersum, N. J. The Dutch surgical colorectal audit / N. J. Van Leersum, H. S. Snijders, D. Henneman et al. // *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol. England,* - 2013. - Vol. 39 (10). - P. 1063–1070.

202. Wang, Q. Insurance coverage and socioeconomic differences in patient choice between private and public health care providers in China / Q. Wang, D. Zhang, Z. Hou // *Social Science & Medicine.* — 2016. — Vol. 170. — P. 124–132.

203. Wang, T. Identifying Disparities in Care in Treating Glioblastoma: A Retrospective Cohort Study of Patients Treated at a Safety-net Versus Private Hospital Setting / T. Wang, A. Pham, S. Yoo et al. // *World Neurosurg.* - 2020 May. - Vol. 137. - P. e213-e220.

204. Wang, Y. Overview and countermeasures of cancer burden in China / Y. Wang, Q. Yan, C. Fan et al. // *Sci China Life Sci.* - 2023 Nov. - Vol. 66(11). - P. 2515-2526.
205. Wercholak, A.N. The Road Less Traveled: Transportation Barriers to Cancer Care Delivery in the Rural Patient Population / A.N. Wercholak, A.A. Parikh, R.A. Snyder // *JCO Oncol Pract.* - 2022 Sep. - Vol. 18(9). - P. 652-662.
206. Wilson, R.B. Systematic Review and Meta-Analysis of the Impact of Bariatric Surgery on Future Cancer Risk / R.B. Wilson, D. Lathigara, D. Kaushal // *Int J Mol Sci.* - 2023 Mar 24. - Vol. 24(7). - P. 6192.
207. Wouters, M. W. J. M. Kwaliteitsregistraties volgens het principe van 'clinical auditing' / M. W. J. M. Wouters // *Tijdschr voor Urol.* - 2017. - Vol. 7, (2). - P. 60–72.
208. Zeng, Y. Healthcare-seeking behavior among Chinese older adults. - P. patterns and predictive factors / Y. Zeng, Y. Wan, Z. Yuan, Y. Fang // *International Journal of Environmental Research and Public Health.* — 2021. — Vol. 18(6). — P. 2969.

КАРТА-АНКЕТА

Отметьте правильные варианты ответов

1. Укажите Ваш возраст:

- A. менее 30 лет
- B. 30-39 лет
- C. 40-49 лет
- D. 50-59 лет
- E. 60 лет и старше

2. Укажите Ваш пол:

- A. Мужской
- B. Женский

3. Укажите Вашу специальность:

- A. Онкология
- B. Хирургия
- C. Колопроктология
- D. Другая хирургическая специальность
- E. Другая терапевтическая специальность

4. Укажите Ваш стаж работы в здравоохранении:

- A. менее 5 лет
- B. 5-9 лет
- C. 10-19 лет
- D. 20 лет более

5. Укажите Ваш стаж работы в частной медицинской организации (в

т.ч. АО «Группа компаний «Медси»):

- A. менее 5 лет
- B. 5-9 лет
- C. 10-14 лет
- D. 15 лет и более

6. Укажите вид занятости в АО «Группа компаний «Медси»:

- A. Основной
- B. Совместительство

7. Совмещаете ли Вы занятость за пределами АО «Группа компаний «Медси»?

- A. Нет
- B. Да, в государственной медицинской организации
- C. Да, в другой частной медицинской организации
- D. Да, варианты B и C

8. Имеете ли Вы ученую степень?

- A. Нет
- B. Кандидат медицинских наук
- C. Доктор медицинских наук

9. Как Вы в целом оцениваете доступность медицинской помощи онкологическим больным в государственной медицине?

- A. хорошая;
- B. скорее хорошая, чем плохая;
- C. скорее плохая, чем хорошая;
- D. плохая

10. Как Вы в целом оцениваете доступность медицинской помощи онкологическим больным в частной медицине?

- A. хорошая;
- B. скорее хорошая, чем плохая;
- C. скорее плохая, чем хорошая;
- D. плохая

11. Понятна ли Вам схема маршрутизации пациентов с впервые выявленным злокачественным новообразованием (ЗНО), действующая в АО «Группа компаний» Медси»?

- A. Да
- B. Скорее да, чем нет

- C. Скорее нет, чем да
- D. Нет

12. Удовлетворены ли Вы существующей схемой маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, действующая в АО «Группа компаний «Медси»?

- A. Да
- B. Скорее да, чем нет
- C. Скорее нет, чем да
- D. Нет

13. Владеет ли Ваш непосредственный руководитель УРОВЕНЬ??? информацией о схемах маршрутизации пациентов с впервые выявленным ЗНО, имеющихся в АО «Группа компаний «Медси»?

- A. Да
- B. Скорее да, чем нет
- C. Скорее нет, чем да
- D. Нет

14. Сколько пациентов с впервые выявленным ЗНО Вы принимаете за один месяц?

- A. Менее 5
- B. От 5-10
- C. От 10-20
- D. От 20 до 50
- E. Более 50

15. Какая доля Ваших пациентов с впервые выявленным ЗНО продолжает проходить обследование и лечение на следующих этапах в АО «Группа компаний «Медси»?

- A. Менее 10%
- B. 10-30%
- C. 30-50%

- D. 50-70%
- E. 70% и более

16. Знаете ли Вы, куда именно маршрутизируются пациенты с впервые выявленным ЗНО, покинувшие контур АО «Группа компаний» Медси?

- A. Да
- B. Чаще да, чем нет
- C. Чаще нет, чем да
- D. Нет

17. Выберите один или несколько вариантов ответа. Какова, на Ваш взгляд, основная причина продолжения обследования и лечения пациента с ЗНО вне контура АО «Группа компаний «Медси»?

- A. Прекращение действия ДМС в связи с впервые выявленным ЗНО
- B. Высокая стоимость обследования и лечения
- C. Недостаточное оснащение медицинским оборудованием и/или лекарственным обеспечением
- D. Недостаточные компетенции врачей-специалистов
- E. Недостаточный уровень сервиса
- F. Неудобство расположения медицинской организации
- G. Наличие «своего» врача-специалиста в сторонней медицинской организации
- H. Желание проходить обследование и лечение в другом городе/стране
- I. Другое (указать _____)

18. Есть ли в Вашей медицинской организации (в «Медси») сотрудник, ответственный за маршрутизацию и курацию пациентов с впервые выявленным ЗНО на следующий этап обследования и лечения?

- A. Есть
- B. Нет
- C. Затрудняюсь ответить

19. Получаете ли Вы обратную связь от пациента с ЗНО, покинувшего контур АО «Группа компаний «Медси»?

- A. Да
- B. Чаще да, чем нет
- C. Чаще нет, чем да
- D. Нет

20. После маршрутизации пациента с впервые выявленным ЗНО на следующий этап лечения в АО «Группа компаний «Медси» (в т.ч. стационарное лечение) получаете ли Вы обратную связь о состоянии пациента от коллег-специалистов?

- A. Да
- B. Чаще да, чем нет
- C. Чаще нет, чем да
- D. Нет

21. Влияет ли, на Ваш взгляд, различие медицинских информационных систем (МИС) в АО «Группа компаний «Медси» и в сторонних медицинских организация на полноту получаемой и передаваемой информации о пациенте с ЗНО?

- A. Да
- B. Чаще да, чем нет
- C. Чаще нет, чем да
- D. Нет

Благодарим за участие!