

На правах рукописи

Козлов Владимир Александрович

**Комплексные решения повышения медико-социальной
и структурной результативности онкологической помощи на
региональном уровне**

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

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ивановский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

Костин Андрей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН

Официальные оппоненты:

Еругина Марина Васильевна – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсами правоведения и истории медицины Института общественного здоровья, здравоохранения и гуманитарных проблем медицины

Петровский Александр Валерьевич – доктор медицинских наук, доцент, профессор РАН, Федеральное государственное бюджетное учреждение «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заместитель директора по научной и образовательной деятельности, руководитель отдела онкомамологии, заведующий отделением опухолей молочной железы НИИ клинической онкологии имени академика РАН и РАМН Н.Н. Трапезникова

Суслин Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отдела организационных основ здравоохранения

Ведущая организация:

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «___» _____ 2026 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета ПДС 0300.023 при ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.8).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке (УНИБЦ) ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» по адресу: г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

Электронные версии диссертации и автореферата размещены на сайте РУДН по адресу: <http://www.rudn.ru/science/dissovet>

Автореферат разослан «___» _____ 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета ПДС 0300.023,
доктор фармацевтических наук, профессор

Фомина Анна Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

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

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

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

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

Степень научной разработанности проблемы

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

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

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

Цель и задачи исследования

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

Задачи:

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

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

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

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

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

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

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

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

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

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

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

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

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

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

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

– Подготовлена, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико-социальной и

структурной результативности онкологической помощи регионального уровня включающая нормативный, ресурсно-технологический, медико-социальный блоки.

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

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

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

Теоретическая и практическая значимость работы

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

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

Установленные признаки дифференциации субъектов РФ по уровням результативности на основе ее интегральной оценки являются управленческим инструментом, позволяющим проводить сравнительный межрегиональный анализ успешности онкологической помощи и целевым образом планировать мероприятия стимулирующего и корректирующего характера, которые нашли отражения в методических рекомендациях для организаторов здравоохранения и внедрены в учебный процесс медицинских вузов.

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

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

Методология и методы исследования

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

электронных баз данных и их многомерной обработки с помощью современных версий прикладных компьютерных программ.

Системный анализ литературных данных позволил дать следующие авторские определения понятиям:

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

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

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

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

Положения, выносимые на защиту

1. Анализ результативности онкологической помощи населению субъектов ЦФО Российской Федерации с учетом трех выделенных ее компонентов (медицинской, медико-социальной и структурной) показал, как наличие общих, так и различающихся характеристик, которые требуют принятия комплексных (с

учетом состояния всех компонентов) и дифференцированных по уровню (высокий – оптимальный, средний – ниже оптимального, низкий) решений.

2. Необходимым условием достижения оптимальной результативности онкологической помощи населению является наиболее полная реализация регионального потенциала онкологической службы, оценить который позволяет разработанная методика интегральной оценки по двум компонентам (медико-социальному и ресурсно-технологическому).

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

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

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

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

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования использовались при разработке программ и проектов развития онкологической помощи в Ивановской области (в том числе, Постановлении Правительства Ивановской области от 28.07.2025 г. №312-П «Об утверждении региональной программы Ивановской области «Борьба с онкологическими заболеваниями»); доложены и обсуждены на заседаниях

комитета по здравоохранению Ивановской Областной Думы, Общественной Палаты Ивановской области, межрегиональных совещаниях у главного внештатного онколога Минздрава России. Методические подходы к оценке и развитию ресурсно-технологического компонента потенциала онкологической помощи нашли отражение в информационном письме для организаторов здравоохранения и врачей-онкологов, утвержденного Департаментом здравоохранения Ивановской области 7 сентября 2023 года «Организационно-методические принципы оценки политики ресурсосбережения в онкологической службе (на примере Ивановской области)».

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

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

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

Степень достоверности работы и апробация результатов

Достоверность результатов исследования определяется целенаправленным выбором его теоретических основ, построенных на материалах работ

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

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

Личный вклад автора

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

Публикации по теме диссертации

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

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует Области науки: 3. Медицинские науки, Группе научных специальностей: 3.2. Профилактическая медицина, Наименованию отрасли науки, по которой присуждаются ученые степени: Медицинские, Шифру научной специальности: 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, а именно пунктам 3, 5, 12, 17.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа состоит из введения, 7 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, изложенных на 229 страницах и 18 приложений на 33 страницах. Работа иллюстрирована 52 таблицами, 25 рисунками и схемами. Список литературы включает в себя 286 источников, в том числе 71 на иностранном языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение содержит сведения об актуальности темы, цель, задачи исследования, обоснование научной новизны, теоретической и практической значимости исследования, основные положения, выносимые на защиту, данные об апробации и внедрении в практику полученных результатов.

В главе 1 «Предпосылки, проблемы и современные тенденции развития потенциала онкологической помощи (обзор литературы)» проведен анализ опыта исследования современных проблем и развития регионального потенциала онкологической помощи. Результаты анализа подтвердили, что тема

исследования актуальна, поскольку связана с повышением результативности онкологической помощи, а также показали недостаточность исследований, раскрывающих методические и организационные подходы к принятию комплексных решений по повышению медико-социального и структурного потенциала онкологической помощи, что определило необходимость их целенаправленного изучения.

Во второй главе «Программа и методика исследования» дана характеристика базы (инфраструктура онкологической помощи в регионах ЦФО Российской Федерации), объектов, описаны программа и методы исследования. Результаты аналитических библиографических исследований создали теоретико-методологические практикоориентированные предпосылки для разработки общих методических принципов исследования онкологической помощи на региональном уровне.

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

Предмет исследования: медицинская, медико-социальная и структурная результативность онкологической помощи, организационные процессы, ресурсно-технологический и медико-социальный потенциал онкологической помощи населению.

Объект исследования: эксперты, население, пациенты, медицинские работники; партнеры – руководители органов управления здравоохранением, представители медицинских ассоциаций.

Рабочая гипотеза:

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

б) Достижение целей здравоохранения в части онкологической помощи населению может быть обеспечено путем реализации комплекса решений по

повышению медицинской, медико–социальной и структурной ее результативности за счет повышения регионального потенциала онкологического здравоохранения.

Программа исследования представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Программа исследования

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

Характеристика базы исследования.

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

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

Общая характеристика медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь в субъектах ЦФО Российской Федерации представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Общая характеристика медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь в субъектах ЦФО РФ, 2025 г.

Субъекты	Показатели			
	1	2	3	4
Москва	23	7 247	2 367 000	97,5
Московская	12	1 237	1 243 678	92,3
Белгородская	4	734	79 564	84,5
Брянская	3	578	72 458	78,7
Владимирская	3	614	71 235	81,4
Воронежская	3	610	79 123	79,2
Ивановская	6	628	78 900	84,5
Калужская	4	639	81 122	78,5
Костромская	3	459	65 340	73,5
Курская	5	690	80 341	82,9
Липецкая	4	599	74 956	77,9
Орловская	5	612	78 324	79,5
Рязанская	4	698	80 216	79,5
Смоленская	4	711	81 569	81,2

Тамбовская	3	624	74 389	78,3
Тверская	5	639	75 457	79,4
Тульская	5	679	77 345	81,2
Ярославская	5	698	81 212	82,3

Примечание:

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

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

Теоретико-методологическая часть исследования включала:

- А) На основе анализа научной литературы и нормативных документов выделение периодов становления и эволюции региональных систем онкологической помощи;
- Б) Проведен опрос 30 экспертов-организаторов здравоохранения (утвержден распоряжением проректора по науке ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ 22.05.2024 г.) по специально разработанной карте «Мнение экспертов о критериях оценки регионального потенциала и результативности онкологической помощи». Это позволило дать определение, выделить компоненты результативности помощи и

сформировать модель оценки регионального потенциала онкологической помощи (Таблица 3).

Таблица 3 – Модель оценки регионального потенциала и результативности онкологической помощи

Субкомпонент	Метод сбора информации	Количество оценочных параметров	Оптимальное значения (в баллах / индекс реализации)
Ресурсно-технологический потенциал			
Кадровый потенциал	Экспертная оценка	5	15 баллов / 100%
Материально-технический потенциал	Экспертная оценка	16	48 баллов / 100%
Потенциал лекарственного обеспечения	Экспертная оценка	3	9 баллов / 100%
Потенциал медицинских технологий	Экспертная оценка	17	51 балл / 100%
Организационных технологий	Экспертная оценка	7	21 балл / 100%
Цифровых технологий	Экспертная оценка	5	15 баллов / 100%
Имиджевый	Опрос по анкете	6	18 баллов / 100%
Медико-социальный потенциал			
Онкоинформированности	Опрос по анкете	6	18 баллов / 100%
Медактивности	Опрос по анкете	1	3 балла / 100%
Здоровьесбережения	Опрос по анкете	1	3 балла / 100%
Мотивационно-ценностный	Опрос по анкете	1	3 балла / 100%
Коммуникативный	Опрос по анкете	1	3 балла / 100%
Семейной адаптации	Опрос по анкете	1	3 балла / 100%
Результативность онкологической помощи			
Медицинская	Экспертная оценка	6	18 баллов / 100%
Медико-социальная	Экспертная оценка	10	30 баллов / 100%
Структурная	Экспертная оценка	6	18 баллов / 100%

Прикладная часть исследования включала в себя:

1. Межрегиональный уровень:

а) Статистический анализ медицинской результативности онкологической помощи базовых регионов ЦФО Российской Федерации проведен на основе официальных данных ФСС России по основным целевым показателям,

определенным Федеральными программами, а именно: «смертность от злокачественных новообразований, на 100 тыс. населения; доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, %; удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением, %; одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых на учет в предыдущем году), %; доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %»¹.

б) Анализ экспертных мнений о структурной результативности онкологической помощи в базовых регионах по 10 показателям: оценка качества маршрутизации пациентов, оценка уровня оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю; оценка качества ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям; оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей; оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи; оценка уровня автоматизации процессов оказания медицинской помощи; оценка полноты и правильности ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи; оценка уровня лекарственного обеспечения пациентов по профилю; оценка системы контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю; оценка количества и качества дистанционных консультаций; оценка эффективности внедрения и применения клинических

¹ Паспорт Федеральной программы борьбы с онкологическими заболеваниями
<https://nop2030.ru/dokumenty/pasport-federalnogo-proekta-borba-s-onkologicheskimi-zabolevaniyami/?ysclid=mldrxcb59s378428095>

рекомендаций. Экспертной группе в составе 30 экспертов, в том числе главных специалистов – онкологов ДЗО (утверждена распоряжением проректора по науке ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ 22.05.2024 г.), были предоставлены статистические и информационные материалы о результатах деятельности региональных систем здравоохранения (ФФСН №17, 30 – 18 шт.), и путем опроса изучено их мнение о результативности онкологической помощи с диапазоном оценок 1-3, где 1 – низкий уровень; 2 – средний; 3 - высокий. Уточнялось мнение экспертов о факторах, повлиявших на уровень показателей. Данные опроса обрабатывались, рассчитывался коэффициент конкордации экспертных мнений. Проводилось ранжирование проблем по уровню оценок. Заполнялись карты оценки результативности онкологической помощи по субъектам РФ - 540 шт.

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

г) Анализ медико-социальной результативности в базовых субъектах ЦФО РФ (по 6 показателям: онкограмотность; приверженность лечению; своевременность обращений; удовлетворенность помощью; доверие к здравоохранению; качество жизни) и медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ по 6 показателям (онкоинформированность; медиаktivность; здоровьесбережение; мотивационно-ценностный; коммуникативный; семейной адаптации). Информация собиралась по типу мониторинга на основе дистанционного заполнения анкеты с вопросами закрытого типа в «Google

Форме» на сайте Ивановского ООД. Всего было получено 7207 откликов (в среднем по 401 ± 7 по субъектам ЦФО РФ). Заполнялись карты оценки результативности онкологической помощи по субъектам РФ - 540 шт. и медико-социального потенциала онкопомощи - 540 шт.

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

2. Региональный уровень (на примере Ивановской области).

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

Б) Для оценки потенциала онкологической помощи проводился анализ:

- данных отчетов медицинских организаций по форме ФФСН №7, 12, 17, 30 за 2018-2024 гг.;

- данных опроса по анкете для персонала (100 медработников из выборки $n = 425$), которая включала в себя 28 вопросов закрытого типа по блокам: медико-социальный потенциал, трудовой, инновационный потенциал, удовлетворенность трудом, онконастроенность;

- данных опроса по анкете для пациентов (400 пациентов из выборки $n = 7207$), которая включала в себя 20 вопросов закрытого типа по блокам компонентов медико-социального потенциала;

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

Г) Определялась частота различных факторов и их влияние на уровень медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи. Оценка и прогноз реализации факторов риска снижения медико-социальной и структурной результативности основаны на теории вероятности наступления

событий. Вероятность низкой результативности определялось по формуле Байеса, прогностические коэффициенты (ПК) для каждой градации факторов рассчитывались по формуле Вальда, информированность факторов (Iх) определялась с помощью информационной меры Кульбака.

В главе 3 «Консолидированная (субъекты ЦФО РФ) и углубленная (Ивановская область) характеристика медицинской результативности онкологической помощи» изложены оценки медицинской результативности онкологической помощи и современных тенденций на уровне регионов ЦФО РФ и Ивановской области.

Анализ достижения целевых показателей по субъектам ЦФО РФ позволили выделить 3 кластера регионов: 5 регионов с высокой медицинской результативностью (Москва, Московская обл., Белгородская обл., Рязанская обл., Тверская обл.), 5 с низкой результативностью (Брянская, Ярославская, Тульская, Костромская, Смоленская), 8 – со средним уровнем результативности (Таблица 4).

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

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

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

Таблица 4 – Уровень достижения медицинской результативности (целевых показателей) в субъектах ЦФО РФ

Субъекты РФ	Достижение целевых показателей						
	1	2	3	4	5	6	Ранг
Москва	+	+	+	+	+	+	1
Московская	+	+	-	-	+	+	2
Белгородская	-	-	-	+	+	+	4
Брянская	-	-	-	-	-	+	18
Владимирская	-	-	+	+	-	+	11
Воронежская	+	+	+	+	-	+	12
Ивановская	+	+	+	-	+	+	7
Калужская	-	+	+	-	+	+	8
Костромская	-	-	-	-	+	+	17
Курская	-	-	-	+	+	+	10
Липецкая	-	+	+	+	+	+	6
Орловская	+	+	+	+	-	+	9
Рязанская	+	+	+	+	+	-	3
Смоленская	-	-	-	+	+	-	15
Тамбовская	-	-	-	+	-	+	14
Тверская	+	+	-	+	+	+	5
Тульская	-	-	-	-	-	+	16
Ярославская	-	-	-	-	+	+	3

Примечание:

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

В главе 4 «Правовая база, характеристика, выделение типовых проблем и региональных особенностей структурной результативности онкологической помощи населению и реализации ее ресурсно-технологического потенциала в ЦФО России» раскрыта задача по углубленному анализу правовой базы, структурной результативности и ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи населению.

Анализ нормативно-правовой базы регулирования онкологической помощи населению выявил ряд позиций, которые требуют обсуждения и гармонизации.

Изучение экспертных мнений о структурной результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ по 10 показателям (Таблица 5) позволил выделить 3 кластера регионов: 4 региона с положительной результативностью (Москва, Московская обл., Белгородская обл., Рязанская обл., Тверская обл.), 4 с низкой результативностью (Брянская, Тульская, Костромская, Смоленская), 10 со средним уровнем результативности (Таблица 5).

Определены общие для межрегионального уровня топ 5 ведущих проблем обеспечения структурной результативности онкологической помощи: недостаточное кадровое обеспечение системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи; низкий уровень автоматизации процессов оказания медицинской помощи; низкий уровень количества и качества дистанционных консультаций; недостаточная полнота и нарушение правил ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи; низкая эффективность внедрения и применения клинических рекомендаций.

Таблица 5 – Уровень показателей структурной результативности в субъектах ЦФО РФ по мнению экспертов

Субъекты РФ	Достижение целевых показателей									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Москва	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Московская	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Белгородская	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+

Брянская	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-
Владимирская	+	-	+	-	-	-	+	+	+	-
Воронежская	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+
Ивановская	+	-	+	+	-	-	+	+	-	-
Калужская	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Костромская	+	-	+	-	-	-	+	+	-	-
Курская	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Липецкая	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Орловская	+	-	+	-	+	+	+	+	+	-
Рязанская	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Смоленская	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+
Тамбовская	+	+	+	-	+	+	-	+	-	+
Тверская	+	-	+	-	-	+	-	-	+	+
Тульская	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Ярославская	-	+	+	-	-	-	+	+	-	-
Рейтинг показателей	17	13	18	7	9	11	16	17	10	12

Примечание: 1 - оценка качества маршрутизации пациентов, оценка уровня оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю; 2 - оценка качества ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий, соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям; 3 - оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей; 4 - оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи; 5 - оценка уровня автоматизации процессов оказания медицинской помощи; 6 - оценка полноты и правильности ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи; 7 - оценка уровня лекарственного обеспечения пациентов по профилю; 8 - оценка системы контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю; 9 - оценка количества и качества дистанционных консультаций; 10 - оценка эффективности внедрения и применения клинических рекомендаций.

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

Интегральная оценка ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ (таблица 6) показала, что он реализован не полностью – в среднем на 75,2%, в том числе кадровый на 71,2%, технологический на 71,9%, имиджевый на 68,2%. Высокий уровень ресурсно-технологического потенциала имеют 3 субъекта ЦФО РФ (Москва, Московская и Белгородская области); низкий – 4 субъекта (Владимирская, Костромская, Орловская и Смоленская области), средний уровень – 11 субъектов.

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

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

Таблица 6 – Результаты оценки реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Уровень реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ		
Высокий (86-100%)	Средний (71-85%)	Низкий (70% и ниже)
Москва, Московская и Белгородская области	Брянская, Воронежская, Ивановская, Калужская, Курская, Липецкая, Рязанская, Тамбовская, Тверская, Тульская, Ярославская	Владимирская, Костромская, Орловская и Смоленская области
Межрегиональные проблемы	Региональные приоритеты. Субъекты ЦФО РФ, для которых проблема наиболее значима	
Недостаточная эффективность контроля качества	для Москвы и Московской области	

Кадровый дефицит	для Тверской, Тульской, Брянской, Белгородской, Владимирской, Смоленской областей
Неэффективность маршрутизации пациентов	для Костромской, Ивановской, Липецкой, Ярославской областей
Сбои в лекарственном обеспечении	для Воронежской, Белгородской, Курской, Липецкой, Орловской областей

В главе 5 «Характеристика, выделение типовых проблем и региональных особенностей медико-социальной результативности онкологической помощи населению в ЦФО России и реализации ее потенциала» представлены результаты интегральной оценки медико-социальной результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ (таблице 7).

Анализ медико-социальной результативности онкологической помощи по субъектам ЦФО РФ позволили выделить 3 кластера регионов: 1 регион с высокой результативностью (г. Москва), 16 – со средним уровнем, 1 регион с низким уровнем (Костромская область). Наряду с общими проблемами межрегионального характера, установлены региональные особенности в приоритетности проблем.

Таблица 7 – Результаты оценки медико-социальной результативности онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

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

Низкая удовлетворенность помощью (75,9%)	Ярославская область
Низкое доверие к онкологическому здравоохранению (73,5%)	Ярославская область
Низкое качество жизни онкобольных (72,5%)	Курская область

Анализ показал, что медико-социальный потенциал онкологической помощи в субъектах ЦФО реализован не полностью – в среднем на 74,5%, что связано как с общими (межрегиональными), так особенными (региональными) проблемами (таблица 8). Требуется внимания критический уровень средних значений параметра «здоровьесбережение пациентов» (71,2%), который является определяющим для раскрытия многих других параметров потенциала.

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

Таблица 8 – Результаты оценки медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ

Уровень реализации ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО РФ		
Высокий (86-100%)	Средний (71-85%)	Низкий (70% и ниже)
Москва	Брянская, Московская и Белгородская области Воронежская, Ивановская, Калужская, Курская, Липецкая, Рязанская, Тамбовская, Тверская, Орловская, Смоленская, Тульская, Ярославская	Владимирская, Костромская, области
Межрегиональные проблемы		Региональные приоритеты. Субъекты ЦФО РФ, для которых проблема наиболее значима
Низкий уровень онкоинформированности пациентов (75,5%)		Костромская область
Низкий уровень медактивности пациентов (77,3%)		Калужская область
Низкое внимание пациентов к здоровьесбережению (71,2%)		Смоленская область

Низкий уровень ценности здоровья и мотивации к его сохранению (76,2%)	Тверская область
Низкий уровень коммуникативных навыков, в том числе цифровых (74,2%)	Владимирская область
Низкая эффективность семейной адаптации (73,9%)	Курская область

Углубленный анализ состояния медико-социального потенциала онкологической помощи на территории Ивановской области выявил следующие проблемы: каждый второй житель города и села имеет недостаточный уровень онкоинформированности; каждый десятый не мотивирован на сохранение здоровья нормализацию образа жизни; каждый четвертый – имеет коммуникативные проблемы с медицинскими работниками; у каждого третьего – имеются проблемы семейной адаптации.

По результатам SWOT–анализа потенциала онкологической помощи субъектов ЦФО РФ выделены слабые его стороны и угрозы, а также возможности улучшений (таблица 9).

Таблица 9 – SWOT–анализ реализации ресурсно-технологического и медико-социального потенциалов онкологической помощи субъектов ЦФО РФ

Слабые стороны. Угрозы	Сильные стороны. Возможности
Нормативно-правовые проблемы	
Нормативно-правовые позиции, которые требуют обсуждения и гармонизации	Наличие стратегии развития онкологической помощи в стране
Кадровые проблемы	
Дефицит врачей-онкологов	Привлечение молодых специалистов для работы в службе. Развитие систем мотивации
Проблемы лекарственного обеспечения	
Дефицит «региональной льготы» в части противоопухолевых препаратов	Нормативное закрепление плана действий - распоряжения ДЗО
Материально-технические проблемы	
Изношенность оборудования	Наличие программы обновления оборудования
Технологические проблемы	
Недостаточная эффективность раннего выявления онкопатологии. Большая доля не эффективных затрат времени – «потеря».	Развития выездных форм работы. Восстановления института районных онкологов. Использования потенциала учебной базы медицинского университета и медколледжей
ЦАОПы работают не в полную силу	
Медико-социальные проблемы	

Недостаточный уровень онкоосведомленности и онкограмотности населения, информированности пациентов. Снижение качества жизни онкобольных после проведения операций и химиотерапии	Задействовать возможности организационного партнерства со СМИ, волонтерскими движениями. Возможность развития систем медико-социальной поддержки и онкорекреативации
Проблемы цифровизации	
ВИМИС не дает возможности отслеживать пациента от момента подозрения на ЗНО до лечения	Технические и кадровые возможности развитие системы ВИМИС

Глава 6 – «Оценка вклада факторов регионального потенциала в повышение результативности онкологической помощи».

Методом корреляционного анализа определялась связь результативности с реализацией соответствующего потенциала онкологической помощи. Установлено, что на уровень медико-социальной результативности наибольшее влияние оказывают компоненты потенциала: онкоинформированность населения ($r = + 0,92, p < 0,05$), медиаактивность ($r = + 0,95, p < 0,05$), здоровьесбережение ($r = + 0,89, p < 0,05$), мотивация к сохранению здоровья, как приоритетной ценности ($r = + 0,89, p < 0,05$), эффективное использование средств и методов коммуникации ($r = + 0,92, p < 0,05$), эффективность семейной адаптации ($r = + 0,89, p < 0,05$); структурной результативности – компоненты ресурсно-технологического потенциала: кадровый потенциал ($r = + 0,94, p < 0,05$), материально-технический ($r = + 0,87, p < 0,05$), лекарственное обеспечение ($r = + 0,97, p < 0,05$), организации маршрутизации пациентов ($r = + 0,95, p < 0,05$), качества организации помощи ($r = + 0,84, p < 0,05$), качества оказания помощи ($r = + 0,85, p < 0,05$), качества контроля оказания помощи ($r = + 0,78, p < 0,05$), качества цифровых технологий ($r = + 0,75, p < 0,05$), имидж учреждения ($r = + 0,77, p < 0,05$). На основе вероятностных методов математической статистики разработана шкала прогноза риска снижения структурной и медико-социальной результативности онкологической помощи на региональном уровне, которая позволяет с высокой вероятностью (97,8%) дать соответствующий прогноз.

В главе 7 представлены мероприятия по реализации комплексных решений повышения результативности онкологической помощи.

Разработана организационно-технологическую модель комплексных решений по повышению медико–социальной и структурной результативности онкологической помощи на основе повышения ее регионального потенциала, включающая 3 блока (рисунок 1):

1. Совершенствование нормативно-правовой базы, согласование целей, плановых показателей, ответственности и обязательств;
2. Мониторинг и целевую коррекцию уровня инфраструктурного потенциала онкологической помощи;
3. Оценку и целевую коррекцию уровня медико-социального потенциала онкологической помощи.

Организационно-управленческий алгоритм принятия и реализации комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи включает 5 шагов (таблица 10).

Таблица 10 – Алгоритм принятия и реализации комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи

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



Рисунок 1 – Организационно-технологическая модель комплексных решений по повышению медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на основе повышения ее регионального потенциала

Блок 1 – Принятие решений по гармонизации нормативно-правового регулирования онкологической помощи (таблица 11).

Таблица 11 – Гармонизации правового регулирования онкологической помощи

Противоречия	Изменения
Приказ Минздрава от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» противоречит приказу МЗ РФ от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»»	Оставить за гинекологами задачи по осмотру женщин
Приказ МЗ РФ №548н от 04.06.2020 «Диспансерное наблюдение ЗНО» устарел	Признать утратившим силу, «погрузив его» в Приказ МЗ РФ №168н от 15.03.2022 «Диспансерное наблюдение за взрослыми»
В новых порядках по организации онкологической помощи, начиная с 2009 года отсутствует даже упоминание о смотровом кабинете	Определить смотровой кабинет как структурное подразделение поликлиники. Провести согласование сроков начала скрининга и способов забора материала
Программа госгарантий оказания медицинской помощи не содержит услугу «ВПЧ-типирование». Противоречия между приказом МЗ РФ от 27.04.2021 №404н по диспансеризации и профосмотрам и Порядками по гинекологии (приказ МЗ РФ от 20.10.2020 №1130)	Необходимо провести согласование сроков начала скрининга и способов забора материала; в Программе госгарантий в число отдельных диагностических исследований ввести услугу «ВПЧ-типирование»

Блок 2 - Оценка и целевая коррекция уровня медико-социального потенциала онкологической помощи.

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

$MSP = (I + Ma + Zd + M + Kom + Sem) / 18 * 100\%$, где:

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

Целевые мероприятия по повышению регионального медико-социального потенциала онкологической помощи представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Целевые мероприятия по повышению регионального медико-социального потенциала онкологической помощи

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

Блок 3 - Оценка, мониторинг и целевая коррекция уровня ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи.

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

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

Р - кадровый потенциал; МТ - материально-технический; L – лекарственное обеспечение; М - организации маршрутизации пациентов; QO - качества организации помощи; QP - качества оказания помощи; QK - качества контроля оказания помощи; СТ - качества цифровых технологий; Im - имидж учреждения; 27 – максимальная оценка в баллах.

Целевые мероприятия по повышению регионального медико-социального потенциала онкологической помощи представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Целевые мероприятия по повышению регионального ресурсно-технологического потенциала онкологической помощи

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

	Системная цифровизация организационных, кадровых, материальных, лечебно-диагностических, информационных процессов. Повышение эффективности контроля качества ранней диагностики рака. Создан учебный курс по повышению информированности врачей о роли и моделях принятия решений пациентами, управлению их медицинской активности Подготовлены и предложены для использования в медицинских организациях чек-листы работы с пациентами у которых заподозрено злокачественное новообразование. Привязка результативных критериев онконастороженности врачей к стимулирующим выплатам
--	---

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

Методом экстраполяции (по двум точкам) интегральных значений результативности онкологической помощи в регионах определено, что имеется три варианта ее изменений: первый – сохранение положительных тенденций; второй – сохранение и усиление негативных тенденций; третий – усиление положительных тенденций. В связи с этим предложены три варианта комплексных решений по повышению результативности онкологической помощи: при высокой результативности – поддерживающий; при средней – развивающий; при низкой – трансформирующий. Разработаны и внедрены мероприятия по их реализации на межрегиональном уровне (таблица 14).

Таблица 14 – Характер и содержание комплексных решений повышения результативности онкологической помощи при разном ее уровне

Характер и содержание комплексных решений повышения результативности онкологической помощи при разном ее уровне		
Высокая результативность	Средняя результативность	Низкая результативность
Субъекты: Москва и др.	Субъекты: Ивановская обл. и др.	Субъекты: Костромская обл. и др.
Поддерживающие решения	Развивающие решения	Трансформирующие решения
Цель: создать условия для удержания положительных тенденций	Цель: усиление положительных и коррекция негативных тенденций (отклонений)	Цель: реформатирование и повышение эффективности процессов онкологической помощи
Драйвер-механизмы: мониторинг; комплексное стимулирование	Драйвер-механизмы: комплексное планирование; улучшение координации процессов; проектная деятельность	Драйвер-механизмы: реинжиниринг процессов, прогнозирование риска; контроль
Основные внедрения комплексных решений (КР) на межрегиональном уровне: КР1. Методика оценки и мониторинга интегральных показателей результативности и оценки потенциала онкологической помощи (Акты внедрения в субъектах ЦФО РФ). КР2. Законодательно-нормативные инициативы (участие в подготовке Постановлении Правительства Ивановской области от 28.07.2025 г. №312-П «Об утверждении региональной программы Ивановской области «Борьба с онкологическими заболеваниями»). КР3. Информационное письмо для организаторов здравоохранения (принято для использования в субъектах ЦФО и других субъектах РФ; акты внедрения). КР4. Организационно-технологическая модель комплексных решений по повышению регионального потенциала онкологической помощи (акт внедрения в субъектах РФ; акты внедрения). КР5. Методические рекомендации внедрены в учебный процесс межрегиональной подготовки организаторов здравоохранения в ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинских университет» Минздрава России (акт внедрения от 10.12.2025 г.)		

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

Проведена оценка эффективности внедрения комплексных решений по повышению медико–социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне (таблица 15).

Таблица 15– Оценка эффективности внедрения комплексных решений

Показатель	До внедрения мероприятий (2023 год)	После внедрения (2024 год)	Изменения
Выполнение объемов помощи в рамках ТПГГ (%)	98,3	100,2	+1,9
Результативность (интегральная оценка, %)	94,9	99,9	+5,0
Соотношение фактических затрат к нормативным	1,52	0,98	-0,54
Экономическая эффективность (затраты на единицу объема, руб.)	132 567,5	127 398,4	- 5 169,1
Экономическая эффективность (затраты на 1% эффекта, руб.)	-	-	200 584,5
Экономическая эффективность (затраты на 1 вложенный рубль, руб.)	-	-	1,17

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

Заключение. Общая тенденция к росту злокачественных новообразований определила актуальность научного поиска. Установлено, что результативность онкологической помощи определяется полнотой реализации ее потенциала на региональном уровне. Разработанные медико-организационные механизмы повышения результативности онкологической помощи за счет полноты реализации ее регионального потенциала показали свою медико-социальную и экономическую эффективность и могут стать теоретической базой для совершенствования онкологической помощи.

ВЫВОДЫ

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

2. В нормативной базе организации онкологической помощи населению установлены противоречия в части проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, организации работы смотровых кабинетов, оказания услуг «ВПЧ-типирование» и других, что негативно сказывается на создании оптимальных условий для достижения целевых показателей результативности онкологической помощи и требует гармонизации.

3. Анализ медико-статистических показателей в субъектах ЦФО и экспертных мнений позволил установить низкий уровень структурной результативности онкологической помощи в четырех субъектах и топ пять общих проблем ее обеспечения (дефицит кадрового обеспечения, недостаточный уровень автоматизации процессов, не оптимальные количество и качество дистанционных консультаций; полнота и правильность ведения регистров, реестров, систем мониторинга), а также определить различающиеся региональные проблемы (качество маршрутизации пациентов, уровне

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

4. Интегральная оценка по субъектам ЦФО РФ и углубленный по Ивановской области показала, что ресурсно-технологический потенциал онкологической помощи реализован не полностью – на 72,2%, за счет кадровых проблем (дефицит кадров, низкая инновационная активность персонала), материально-технических (высокая изношенность медицинского оборудования, низкий коэффициент обновления), технологических (низкий уровень контроля своевременности оказания помощи и внедрения цифровых технологий), имиджевых (низкий уровень удовлетворенности и доверия пациентов).

5. В современных условиях медико-социальная результативность онкологической помощи является низкой в 6% субъектов ЦФО РФ, в том числе за счет недостаточного уровня онкограмотности (75,5%), приверженности лечению (77,3%), своевременности обращений (71,2%), удовлетворенности помощью (76,2%), доверия к здравоохранению (74,2%), качества жизни (73,9%). Это, как показал анализ, во-многом связано с неполной реализацией медико-социального потенциала онкологической помощи в субъектах ЦФО (74,5%), в том числе: онкоинформированности (75,5%), медактивности пациентов (77,3%), здоровьесбережения (71,2%), мотивационно-ценностного профиля (82,3%), коммуникативных навыков (69,5%), семейной адаптации (82%), т.е. имеется резерв улучшений. Это требует «поворота» вектора здравоохранения в части онкологической помощи населению «в сторону пациента».

6. Факторный анализ показал наличие прямой корреляционной связи медико-социального потенциала онкологической помощи с ее медико-социальной результативностью ($r = + 0,87$, $p < 0,05$), ресурсно-технологического потенциала со структурной результативностью помощи ($r = + 0,91$, $p < 0,05$), а также обоих потенциалов с медицинской результативностью онкологической помощи ($r = + 0,89$,

$p < 0,05$), что требует разработки не фрагментарных, а комплексных решений по повышению результативности помощи, затрагивающих все компоненты регионального потенциала.

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

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. **Министерству здравоохранения Российской Федерации:** провести анализ нормативно-правовой базы оказания онкологической помощи населению и устранить противоречия, обеспечить ее согласованность и практическую направленность; создать межведомственный консорциум научных и общественных организаций «Национальная лаборатория политики и технологий онкологической помощи» в интересах проведения мониторинга онкологической помощи, разработки прогноза, создания базы данных и продвижения новых технологий в онкологической помощи.

2. **Органам управления здравоохранения регионов:**

– использовать разработанную методику интегральной оценки потенциала онкологической помощи; проводить регулярные социологические исследования, направленные на изучение удовлетворенности населения качеством

медицинской помощи, оценки уровня онкоосведомленности, онконастороженности, онкограмотности;

– усиливать мероприятия по скринингу злокачественных новообразований в регионе, в том числе в рамках диспансеризации и профосмотров;

– рассмотреть возможность дооснащения материально - технической базы первичного звена здравоохранения исходя из реальной потребности;

– организовать проведение онкологических консилиумов в отдаленными районами в режиме телемедицинских консультаций;

– разработать комплекс мер по развитию паллиативной помощи онкологическим пациентам;

– обеспечить интеграцию в региональную МИС и единый цифровой контур государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), информатизацию рабочих мест врачей-специалистов медицинских организаций.

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

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные труды, опубликованные в МБЦ (SCOPUS):

1. Cancer awareness in the population in terms of age | Онкоосведомленность населения в возрастном аспекте/ **Kozlov V.A.**, Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// **Oncology** – 2024. – Т. 13. - № 2. – С. 33-38. DOI: 10.17116/onkolog20241302133.

2. Patient resource to improve the effectiveness of oncological care for the population | Пациентский ресурс повышения результативности онкологической помощи населению/ **Kozlov V.A.**, Samsonov Yu.V., Mushnikov D.L.// **Modern oncology**. – 2023. – Т. 25. - № 4. – С. 466-471. DOI: 10.26442/18151434.2023.4.202413.

Научные труды, опубликованные в журналах, входящих в базу RSCI:

3. Фотодинамическая терапия цервикальной интраэпителиальной неоплазии и рака шейки матки/ Лапочкина Н.П., Никифорова Н.В., Чикина Е.В., **Козлов В.А.**, Джалалова П.М., Кустов А.В., Койфман О.И., Березин Д.Б.// **Лазерная медицина.** – 2022. – Т. 26. - № 1. – С. 9-13. DOI: 10.37895/2071-8004-2022-26-1-9-13.

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

5. Инновационный потенциал медицинской организации как часть ее экономической политики/ **Козлов В.А.**, Поляков Б.А., Мушников Д.Л., Стойловский М.И., Дрожжин Д.В.// **Исследования и практика в медицине.** – 2019. – Т. 6. - № 3. – С. 138-145. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-3-13.

6. Качество ранней диагностики рака молочной железы у городских женщин врачами взрослых поликлиник/ **Козлов В.А.**, Фунтикова Е.Л., Поляков Б.А., Мушников Д.Л., Недавний Д.А.// **Исследования и практика в медицине.** – 2019. – Т. 6. - № 4. – С. 181-186. DOI: 10.17709/2409-2231-2019-6-4-19.

Научные труды, опубликованные в журналах, входящих в Перечень ВАК:

7. Характеристика медико-социальной эффективности онкологической помощи в Ивановской области/ Недавний Д.А., Мушников Д.Л., **Козлов В.А.**// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2015. – Т. 17, № 4. – С.230-246.

8. Качество медицинской помощи онкологического профиля в разрезе административных образований (районов) Ивановской области/ Мушников Д.Л., **Козлов В.А.**, Недавний Д.А.// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2015. – Т. 17, № 4. – С.220-229.

9. Комплексный медико-организационный подход к совершенствованию системы ранней диагностики злокачественных новообразований в первичном звене здравоохранения/ **Козлов В.А.**, Поляков Б.А., Недавний Д.А., Стойловский М.И., Мушников Д.Л.// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2015. – Т. 17, № 4. – С.203-205.

10. Миопластика при радикальной мастэктомии как профилактика длительной лимфореи у больных раком молочной железы с метаболическим синдромом/ Венедиктов М.В., Читая О.З., Воронов С.Н., Лапочкина Н.П., **Козлов В.А.**// **Вестник Ивановской медицинской академии.** 2016. – Т. 21. - № 2. – С. 61-62.

11. Принципы формирования региональной политики здравоохранения в части онкологической помощи/ **Козлов В.А.**, Фунтикова Е.Л., Поляков Б.А.,

Мушников Д.Л.// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 12. – С.100-103.

12. Анализ деятельности и управленческая компетентность руководителей третьего уровня управления медицинских организаций/ Мушников Д.Л., **Козлов В.А.**, Поляков Б.А., Груздева А.А., Стволыгин А.В.// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 2. – С.45-49.

13. Медико–организационные принципы работы многопрофильной больницы по профилактике онкопатологии/ **Козлов В.А.**, Поляков Б.А., Мушников Д.Л., Недавний Д.А., Стоеловский М.И., Стволыгин А.В.// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 2. – С.40-44.

14. Состояние подготовленности врачей по вопросам профилактики важнейших неинфекционных заболеваний/ **Козлов В.А.**, Поляков Б.А., Мушников Д.Л., Недавний Д.А., Стоеловский М.И., Стволыгин А.В.// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 2. – С.31-35.

15. Характеристика ресурсообеспеченности профилактики онкопатологии: квалитетический анализ/ Поляков Б.А., **Козлов В.А.**, Мушников Д.Л., Недавний Д.А., Стоеловский М.И., Стволыгин А.В.// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 2. – С.36-39.

16. Психолого–педагогические, медико–организационные аспекты развития культуры внешних и внутренних коммуникаций медицинских организаций/ Свечина А.В., Мушников Д.Л., **Козлов В.А.**// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 1. – С. 39-43.

17. Профессиональная и деонтологическая компетентность медицинского персонала/ Мушников Д.Л., Свечина А.В., Груздева А.А., **Козлов В.А.**// **Здоровье и образование в XXI веке.** – 2017. – Т. 19, № 1. – С. 25-30.

18. Потенциал улучшения качества онкологической помощи/ Мушников Д.Л., **Козлов В.А.**, Поляков Б.А.// **Пульс. Медико-фармацевтический журнал.** – 2021. – Т. 23. - № 9. – С. 91-97. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-9-91-97

19. Инновационная культура онкологической службы/ Мушников Д.Л., **Козлов В.А.**, Фунтикова Е.Л., Поляков Б.А., Черепов В.М.// **Пульс. Медико-фармацевтический журнал.** – 2021. – Т. 23. - № 7. – С. 142-148. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-7-142-148.

20. Информационная культура пациентов, как фактор своевременности онкологической помощи/ Фунтикова Е.Л., **Козлов В.А.**, Поляков Б.А., Мушников Д.Л.// **Пульс. Медико-фармацевтический журнал.** – 2021. – Т. 23. - № 7. – С. 135-141. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-7-135-141.

21. Медико-организационные, цифровые и социокультурные технологии работы с пациентами: классификация, качество/ Мушников Д.Л.,

Козлов В.А., Олейник А.В., Абросимов Е.А., Колобова Т.Л.// **Пульс. Медико-фармацевтический журнал.** – 2022. – Т. 24. - № 4. – С. 33-37. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-4-33-37.

22. Характеристика современного профиля культуры пациентов/ Мушников Д.Л., **Козлов В.А.,** Олейник А.В., Ананьина Л.Г., Наумов А.В.// **Пульс. Медико-фармацевтический журнал.** – 2022. – Т. 24. - № 3. – С. 22-28. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2022-24-3-22-28.

23. Обоснование и разработка комплекса организационно-методических мероприятий совершенствования онкологической помощи: на примере субъекта центрального федерального округа/ **Козлов В.А.,** Костин А.А., Мушников Д.Л.// **Менеджер здравоохранения.** – 2024. – № 12. – С. 17-23.

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

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

Монографии:

26. Принципы изучения, оценки, формирования и развития политики здравоохранения в части онкологической помощи населению на региональном уровне/ **Козлов В.А.,** Поляков Б.А., Мушников Д.Л.// Иваново: ФГБОУ ВО Ивановский ГМА Минздрава России, 2017, - 205 с.

27. Образование и эпоха: социально-философские, педагогические и медицинские теории и опыт/ Ананьина Л.Г., Андренов Н.Б., Ахметшина И.А., **Козлов В.А.,** и др.// Книга 19. Воронеж: ВГПУ; М.: Наука: информ, 2020. -183 с.

Учебно-методические пособия:

28. Modern methods of prevention, diagnosis and treatment oncological diseases of the upper and lower respiratory tract in an outpatient setting/ Blinova K.A., Zhaburina M.V., Borsov E.V., Mileeva M.N., **Kozlov V.A.**// Иваново: ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, 2024, - 71 с.

29. Общая онкология/ Блинова К.А., Фролова Д.Е., Малеева А.М., **Козлов В.А.**// Иваново: ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России, 2024, - 107 с.

30. Паллиативная медицинская помощь пациентам со злокачественными новообразованиями органов пищеварительной системы/ Богатырева М.В., Москвичева Л.И., Русских С.В., Щитикова О.Б., Гамеева Е.В., **Козлов В.А.,** Котловский М.Ю., Смбатян С.М.// Москва: ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, 2025, - 72 с.

31. Характеристика удовлетворенности работой, особенности трудовой мотивации и синдром профессионального эмоционального выгорания у сотрудников онкологической службы/ Москвичева Л.И., Русских С.В., Смбатьян С.М., Котловский М.Ю., Баданян А.Л., Бяхов А.В., **Козлов В.А.**, Черкасов С.Н.// Москва: ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, 2025, - 109 с.

Конференции:

32. Медико–организационные аспекты совершенствования ранней диагностики онкопатологии в первичном звене здравоохранения/ **Козлов В.А.**, Мушников Д.Л., Недавний Д.А., Стоеловский М.И.// Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии. Иваново: Изд-во ФГБОУ ВПО ИвГМА, 2015. - С.29-30.

33. Хирургическая реабилитация послеоперационных дефектов у больных с опухолями орофарингеальной зоны/ Антуневич А.В., Борута С.А., Гусев А.В., **Козлов В.А.**, Колчанов В.В., Корнеевец М.А., Лапочкина Н.П.// Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии. Иваново: Изд-во ФГБОУ ВПО ИвГМА, 2015. - С.154-156.

34. Факторы риска возникновения рака эндометрия/ Блинова К.А., **Козлов В.А.**, Лапочкина Н.П., Чикина Е.В.// Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии. Иваново: Изд-во ФГБОУ ВПО ИвГМА, 2015. С.111.

35. Восстановление дефекта тканей при хирургическом удалении злокачественных новообразований орофарингеальной зоны/ Анисимов В.М., Гусев А.В., **Козлов В.А.**, Колчанов В.М., Корнеевец М.А., Лапочкина Н.П., Любушкин Н.С., Никифорова А.Б.// Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики,

лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии. Иваново: Изд-во ФГБОУ ВПО ИвГМА, 2016. - С.188-190.

36. Реабилитация больных раком прямой кишки в раннем послеоперационном периоде в зависимости от способа наложения сигморектального анастомоза/ **Козлов В.А.**, Лапочкина Н.П., Рзаев Р.Ю., Эламин А.М.// Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. Материалы V Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии. Иваново: Изд-во ФГБОУ ВПО ИвГМА, 2017. - С.216-217.

37. Анализ влияния индивидуально – личностных факторов на эффективность труда врачей онкологов/ Дрожжин Д.В., **Козлов В.А.**, Мушников Д.Л., Поляков Б.А., Стойловский М.И., Фунтикова Е.Л.// Актуальные вопросы профилактики, ранней диагностики, лечения и медицинской реабилитации больных с неинфекционными заболеваниями и травмами. Материалы V II Межрегиональной научно-практической конференции врачей Центрального федерального округа с международным участием, посвященной 85-летию Ивановской государственной медицинской академии. Иваново: Изд-во ФГБОУ ВПО ИвГМА, 2019. - С.71-73.

Козлов Владимир Александрович (Россия)

«Комплексные решения повышения медико-социальной и структурной результативности онкологической помощи на региональном уровне».

Цель работы - научно обосновать и разработать ряд комплексных решений повышения медико–социальной и структурной (ресурсно-технологической) результативности онкологической помощи на региональном уровне. Исследование проведено на межрегиональном и региональном уровнях. Предмет исследования: медицинская, медико-социальная и структурная результативность онкологической помощи, организационные процессы, ресурсно-технологический и медико-социальный потенциал онкологической помощи населению. Объект исследования: эксперты, население, пациенты, медицинские работники; партнеры – руководители органов управления здравоохранением, партнеры. Программа исследования включала несколько направлений и

основывалась на использовании следующих научных методов: библиографического анализа, сравнительного правоведения, статистического, социологического, экспертных оценок, экспертного, SWOT-анализа, аналитического, математико-статистического. Научная новизна исследования: разработана, обоснована и внедрена организационно-технологическая модель принятия комплексных решений по повышению медико – социальной и структурной результативности онкологической помощи с учетом вызовов и трансформаций регионального уровня включающая 3 блоков: нормативный, ресурсно-технологический, медико-социальный. Область применения: общественное здоровье, организация здравоохранения, онкология.

Kozlov Vladimir Alexandrovich (Russia)

«Integrated Solutions for Improving the Medical-Social and Structural Effectiveness of Cancer Care at the Regional Level».

The purpose of the work is to scientifically substantiate and develop a number of comprehensive solutions to improve the medical, social and structural (resource-technological) effectiveness of cancer care at the regional level. The study was carried out at the interregional and regional levels. Subject of research: medical, medical, social and structural effectiveness of oncological care, organizational processes, resource-technological and medical-social potential of oncological care for the population. Object of research: experts, population, patients, medical workers; partners are heads of healthcare authorities, representatives of medical associations, and resource providers. The research program included several areas and was based on the use of the following scientific methods: bibliographic analysis, comparative law, statistical, sociological, expert assessments, expert, SWOT analysis, analytical, mathematical and statistical. An organizational and technological model for making comprehensive decisions to improve the medical, social and structural effectiveness of oncological care has been developed, substantiated and implemented, taking into account the challenges and transformations of the regional level, which includes 3 blocks: normative, resource and technological, medical and social. Field of application: public health, organization and sociology of healthcare, oncology.

ДЛЯ ЗАМЕТОК
