

Организация здравоохранения и общественное здоровье

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616-006.04-082:614.2

Каприн А.Д., Старинский В.В., Александрова Л.М., Чиссов В.И.,
Балашов П.Ю., Лутковский А.С., Савинов В.В.

РАЗВИТИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СВЕТЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

ФГБУ "Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена" Минздрава России, 125284, Москва, Россия

Для корреспонденции: Александрова Лариса Митрофановна, канд. биол. наук, зав. отделением координации и внедрения научных исследований. E-mail: mnioi.alex@mail.ru

♦ По данным электронного опросника "Паспорт онкологического диспансера" проведен мониторинг эффективности оказания онкологической помощи населению 20 регионов Российской Федерации, начавших осуществление государственных программ развития здравоохранения в 2009 и 2010 гг. Дана оценка развития материально-технической базы и кадрового состава онкологической службы, эффективности профилактических мероприятий в регионах с общей численностью населения более 31 млн человек. Разработка и внедрение профилактических программ федерального и регионального уровня, активизация работы и числа смотровых и первичных онкологических кабинетов на базе лечебно-профилактических учреждений позволяет повысить выявляемость больных с ранними стадиями заболевания, что существенно влияет на эффективность специфического лечения и благоприятный прогноз.

Ключевые слова: модернизация здравоохранения; злокачественные новообразования; заболеваемость; смертность; онкологическая служба; коечная мощность; кадровый состав; профилактика.

Для цитирования: Российский медицинский журнал. 2015; 21 (2): 4—9.

Kaprin A.D., Starinskii V.V., Aleksandrova L.M., Chissov V.I., Balashov P.Yu., Lutkovskii A.S., Savinov V.V.

THE DEVELOPMENT OF ONCOLOGICAL CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION IN VIEW OF IMPLEMENTATION OF PUBLIC PROGRAMS

The P.A. Herzen Moscow research oncological institute of Minzdrav of Russia, 125284 Moscow, Russia

♦ The data of electronic questionnaire "The passport of oncological dispensary" was used for monitoring of effectiveness of oncological care support of population in 20 regions of the Russian Federation implementing public programs of health care development in 2009 and 2010. The evaluation was given concerning development of material technical base and manpower of oncological service, effectiveness of preventive activities in the regions with total population more than 31 millions individuals. The development and implementation of preventive programs of federal and regional level, activation of activity and numbers of examination and primary oncological rooms based in curative preventive institutions permits to increase identification of patients with early stages of disease that significantly impacts effectiveness of specific treatment and benevolent outcome.

Keywords: modernization; public health; malignant neoplasm; morbidity; mortality; oncological service; bed capacity; manpower; prevention.

Citation: Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2015; 21 (2): 4—9.

For correspondence: Larisa Aleksandrova, MD, PhD; e-mail: mnioi.alex@mail.ru

Злокачественные новообразования (ЗНО) — одна из наиболее сложных медико-социальных проблем современного общества. Именно они являются второй ранговой причиной заболеваемости и смертности населения во всех регионах мира. По данным ВОЗ, в 2008 г. в возрасте до 70 лет доля случаев смерти от онкологических заболеваний в общей структуре смертности от неинфекционных заболеваний составляла 27%, от сердечно-сосудистых заболеваний — 39% [1].

Прогнозируемые изменения в течение следующих двух десятилетий в демографической ситуации, связанные с постарением населения, означают, что даже если нынешние показатели распространенности рака в мире не изменятся, выявляемость новых случаев ЗНО, равная 14,1 млн в 2012 г., возрастет к 2030 г. до 21,4 млн. При этом страны с низким и средним уровнем дохода, для которых основной причиной смерти от онкологических заболеваний являются рак легкого, рак молочной железы (РМЖ), колоректальный рак, рак желудка и рак печени,

будут нести бремя почти двух третей всех новых случаев рака. В странах с высоким уровнем дохода ведущей причиной смертности от онкологических заболеваний у мужчин является рак легкого, у женщин — РМЖ [2].

Факторы риска развития рака включают четыре основных поведенческих фактора: табакокурение, несбалансированное питание, недостаточная физическая активность и чрезмерное употребление алкоголя. Их доля среди причин заболеваемости различными формами ЗНО составляет до 32, 35, 5 и 3% соответственно. Еще 18% бремени онкологических заболеваний обусловлено такими инфекциями, как гепатит В и С (рак печени), вирус папилломы человека (цервикальный рак) и *Helicobacter pylori* (рак желудка) [3]. Кроме того, онкологические заболевания могут вызываться радиацией и различным неблагоприятным влиянием на организм человека окружающей среды, опасными и вредными факторами производства в зависимости от конкретного географического региона и локализации рака.

Эффективные и экономически доступные в государственном масштабе меры по профилактике онкологических заболеваний основаны на четырех общих подходах: устранение или минимизация контакта с канцерогенами (первичная профилактика), раннее выявление ЗНО (вторичная профилактика), радикальное лечение (третичная профилактика) и паллиативная медицинская помощь [4, 5]. Ранняя диагностика, основанная на информации о начальных признаках и симптомах, и в случае доступности скрининг всего населения улучшают выживаемость больных, прежде всего это касается больных РМЖ, раком шейки матки, колоректальным раком, раком кожи и полости рта [6, 7].

Высокие показатели смертности от ЗНО являются одной из негативных тенденций в динамике состояния здоровья населения Российской Федерации. По данным Росстата, в 2012 г. в структуре смертности населения России ЗНО занимали второе место (14,9%) после болезней сердечно-сосудистой системы (54,8%), опередив травмы и отравления (10,1%). Их удельный вес в структуре смертности мужского населения составил 15,4%, женского — 14,5%. Среди умерших в трудоспособном возрасте (15—59 лет) доля умерших от ЗНО составила 15,5% (84 344 случая). Потери от ЗНО в репродуктивном возрасте (20—44 года) в женской популяции составили 15,6% (7387 случаев).

По данным Федерального ракового регистра, на конец 2012 г. в территориальных специализированных онкологических учреждениях России состояли на учете 2 995 566 больных, т.е. 2,1% населения страны. Совокупный показатель распространенности ЗНО составил 2095,4 на 100 000 населения. При этом следует отметить рост численности контингента больных с первично-множественными опухолями. На конец 2012 г. данный показатель составил 117 084 больных, или 3,9% от общего числа пациентов, состоящих на учете (на конец 2011 г. соответственно 105 157 больных, или 3,6%) [8].

Проблема бремени онкологических заболеваний поднята на государственный уровень и был принят целый ряд системных документов по профилактике ЗНО и их контролю. Правительством Российской Федерации в рамках федеральных целевых программ "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера" (2002—2006 гг. и 2007—2011 гг.) (постановления Правительства РФ от 13 ноября 2001 г. № 790 и от 10 мая 2007 г. № 280) были утверждены две подпрограммы по онкологии: "О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации" и "Онкология".

В рамках приоритетного национального проекта "Здоровье" Минздравсоцразвития Российской Федерации выступил с инициативой разработки программы мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению, реализация программы началась с января 2009 г. Ее выполнение осуществляется путем реализации постановлений Правительства Российской Федерации №189 от 03.03.09 г., № 1156 от 31.12.09 г., № 1222 от 31.12.10 г., № 1164 от 27.12.11 г., № 2540-р от 27.12.12 г. "О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению".

Также была разработана программа модернизации здравоохранения (2011—2013 гг.), основной целью которой является максимальное обеспечение прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи. Были определены задачи программы — укрепление материально-технической базы и кадровой уком-

плектованности медицинских учреждений, внедрение в здравоохранение современных информационных систем и стандартов оказания медицинской помощи. Одним из ключевых направлений программы являлась модернизация онкологической службы страны. Ведущим прогнозным показателем эффективности реализации мероприятий программы модернизации в онкологии определено снижение к 2012 г. по сравнению с 2009 г. смертности от ЗНО на 2,8%.

Распоряжением Правительства Российской Федерации № 2511-р от 24.12.12 г. была утверждена программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения", в которой ожидаемыми результатами от реализации программы (2013—2020 гг.) в том числе являются:

- ♦ снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 189,5 случая на 100 000 населения;
- ♦ повышение выявляемости больных с ЗНО на I—II стадии заболевания до 56,7%;
- ♦ увеличение удельного веса больных с ЗНО, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, до 54,5%;
- ♦ снижение однодневной летальности больных с ЗНО до 21%.

Не менее важным нормативным документом, направленным в том числе на повышение эффективности функционирования онкологической службы страны, явилось распоряжение Правительства Российской Федерации № 2599-р от 28.12.12 г., утверждающее план мероприятий ("дорожную карту") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения", разработанный в соответствии с Федеральным законом от 21.11.11 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" порядки оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" (приказ Минздрава России от 15.11.12 г. № 915н; зарегистрировано Минюстом России 17.04.13 г.) и "детская онкология" (приказ Минздрава России от 31.10.12 г. № 560н; зарегистрировано Минюстом России 22.03.13 г.). Порядки предусматривают маршрутизацию пациентов, организацию работы сети учреждений здравоохранения, лицензированных на оказание специализированной онкологической помощи, техническую оснащенность и обеспеченность медицинскими кадрами.

Субъекты Российской Федерации провели работу по формированию региональных программ развития здравоохранения, которые были утверждены нормативными правовыми актами субъектового уровня. В частности, была проведена инвентаризация материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе по таким параметрам, как ресурсная обеспеченность, техническое состояние зданий и сооружений, оснащенность учреждений медицинским оборудованием, укомплектованность медицинскими кадрами. Это нашло отражение в форме электронного опросника "Паспорт онкологического диспансера". Была проведена оценка выполняемых объемов оказания бесплатной медицинской помощи по ее видам, определены прогнозные показатели улучшения доступности и качества бесплатной медицинской помощи, а также приоритетные направления дальнейшего развития онкологической службы на региональном уровне. Финансирование региональных программ развития здравоохранения осуществляется за счет субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, средств бюджетов ФОМС.

В реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению, за прошедшие 5 лет (2009—2013 гг.) приняли участие 57 субъектов Российской Федерации с общей численностью населения 106,67 млн человек, или 74,5% от общей численности населения страны. Из средств федерального бюджета было выделено 28,5 млрд руб., размер софинансирования субъектов Российской Федерации составил 10,3 млрд руб.

Указанные средства были направлены на подготовку кадров для онкологической службы, качественное переоснащение современной техникой онкологических диспансеров, увеличение числа и повышение качества работы первичных онкологических и смотровых кабинетов в регионах.

В целях улучшения системы подготовки кадров для онкологических диспансеров Российской Федерации специалистами из ведущих профильных научных и образовательных центров страны была разработана и утверждена на заседании Координационного совета по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России (протокол № 2 от 23 марта 2010 г.) "Унифицированная учебная программа и учебно-тематические планы дополнительного образования врачей, участвующих в мероприятиях, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению". Более 3500 медицинских работников прошли повышение квалификации, более 800 — профессиональную переподготовку.

Анализ данных "Паспорта онкологического диспансера" по состоянию на 01.01.14 г. показал, что в 63,5% онкологических диспансеров страны специалисты используют в своей работе диагностическую и радиотерапевтическую технику последнего поколения: видео-эндоскопические комплексы, для компьютерной диагностики — компьютерные томографы фирм "Philips" (Голландия), "Siemens" (Германия), "Toshiba" (Япония), сканеры ОФЭКТ/КТ; для дистанционной гамма-терапии — гамма-терапевтические аппараты типа "Тератрон Элит 80" или "Тератрон Эквинокс (Канада); ускорительные комплексы типа "Вариан" (США), "Электра Синерджи" (Великобритания); аппараты для внутривенной гамма-терапии (брахитерапии) типа "Мультисорс" (Германия); системы оптимизации трехмерного планирования лучевой терапии. Все это позволило существенно улучшить диагностику и качество лечения онкологических больных. Максимально обновлена техническая оснащенность онкологических диспансеров в Алтайском, Хабаровском крае, Липецкой, Новосибирской, Омской, Орловской, Рязанской, Ярославской и других областях.

В 2012 г. онкологическая служба в России была представлена 102 диспансерами, из них 97 функционировали в системе ОМС. Коечная мощность 39 (38,2%) диспансеров составляла более 300 коек. Пять онкологических диспансеров — Челябинский и Омский областной, Хабаровский и Алтайский краевые, а также Минздрава Республики Татарстан — приобрели статус окружных. Всего в стране функционировало 33 693 онкологических (2,4 на 10 000 населения, или 64,1 на 1000 случаев впервые выявленных ЗНО), 5845 гематологических (0,44 на 10 000 населения, или 239,9 на 1000 случаев впервые выявленных гемобластозов) и 7913 радиотерапевтических (0,55 на 10 000 населения, или 15,0 на 1000 случаев впервые выявленных ЗНО) коек. Средняя занятость онкологической койки составила 347,2 дня, гематологической — 343,1 дня, радиотерапевтической — 350,8 дня; средняя длительность пребывания на койке — 11,2, 15,0 и 22,7 дня соответственно.

Стоимость региональных программ модернизации за период с 2009 по 2013 г. составила 664,3 млрд руб. Из них было израсходовано 645,5 (97,3%) млрд руб., в том числе субсидий ФОМС 333,8 млрд руб. Было завершено строительство 90 ранее начатых объектов, проведены капитальные и текущие ремонты более чем в 3700 учреждениях здравоохранения; в онкологические диспансеры и учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, поставлено более 386 тыс. единиц медицинского оборудования, в том числе 744 магнитно-резонансных и рентгеновских компьютерных томографов, 6493 единицы рентгенологического оборудования.

В рамках региональных программ модернизации дополнительно было открыто около 400 первичных онкологических кабинетов (ПОК). На конец 2012 г. в 2929 учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, функционировало 4752 смотровых кабинета. С целью выявления онкологической патологии было осмотрено 3 507 167 мужчин и 13 143 974 женщины, из них у 69 103 мужчин и 218 817 женщин заподозрили новообразование, в связи с чем в соответствии с этапностью маршрутизации их направили для уточнения диагноза в учреждение онкологического профиля.

Следует подчеркнуть, что реализация мероприятий программ модернизации, соблюдение этапов маршрутизации пациентов способствовали повышению активной выявляемости ЗНО. В 2012 г. удельный вес больных с ЗНО, выявленными активно, составил 15,6% от числа всех первичных онкологических пациентов (в 2009 г. 12,9%). Благодаря реализации профилактических мероприятий среди активно выявленных случаев рака доля больных с I—II стадиями заболевания возросла с 60,4% (2009 г.) до 73,1%. Выявление онкологического заболевания на ранней стадии дает существенный экономический эффект. Например, лечение больной РМЖ III стадии с учетом тактики лечения обходится в 15—30 раз дороже, чем при I стадии. В то же время затраты на диагностику составляют 5% средств, на лечение — 95% [9].

Положительная динамика отмечается и для основных ожидаемых в 2020 г. показателей при реализации программы "Развитие здравоохранения", что отражено в табл. 1.

По данным "Паспорта онкологического диспансера" нами проведен анализ эффективности реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации онкологической помощи населению регионов, начавших их осуществление с 2009 и 2010 гг. Основные показатели функционирования онкологической службы регионов, достигнутые на конец 2012 г., сравнивали с данными 2008 г.

Таблица 1

Динамика основных показателей эффективности функционирования онкологической службы Российской Федерации

Показатель	2009 г.	2012 г.	Ожидаемый в 2020 г.
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных), число случаев на 100 000 населения	204,88	200,98	189,5
Выявляемость больных с ЗНО на I—II стадии заболевания, %	46,7	50,5	56,7
Удельный вес больных с ЗНО, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, %	50,7	51,5	54,5
Одногодичная летальность больных с ЗНО, %	29,2	26,1	21,0

В 2009 г. реализация мероприятий онкологической программы в рамках национального проекта "Здоровье" началась в 11 регионах Российской Федерации: Белгородской, Волгоградской, Калужской, Кировской, Омской, Оренбургской, Пензенской, Тульской, Тюменской, Челябинской областях и Хабаровском крае. В 2010 г. в онкологическую программу вошли 9 регионов: Алтайский край, Ивановская, Липецкая, Новосибирская, Рязанская, Ярославская области, республики Башкортостан, Татарстан и Чувашия. Общая численность взрослого населения всех 20 территорий в 2008 г. составляла 33 569 055 человек, в 2012 г. — 31 265 176. Основной причиной уменьшения численности населения явились миграционные процессы.

Общий коечный фонд региональных онкологических диспансеров указанных территорий за период с 2008 по 2012 г. вырос на 9,5% и составил 8970 коек (табл. 2). Темп прироста фонда специализированных онкологических коек в непрофильных лечебных учреждениях был более высок и равнялся 14,8%. Таким образом, если обеспеченность населения онкологическими койками (на 10 000 населения) в условиях онкологического диспансера в 2008 г. составляла 2,88, в 2012 г. — 3,17, то, учитывая общий фонд онкологических коек в территориях, этот показатель был равен 3,12 и 3,43 соответственно. Суммарный фонд онкологических коек вырос на 1001 (10,3%) единицу.

Применение стационарзамещающих технологий позволяет повысить эффективность использования ресурсов онкологической службы, не снижая качества медицинской помощи. В анализируемый период в регионах коечная мощность стационаров дневного пребывания на базе онкологических диспансеров возросла более чем в 2 раза — с 262 коек в 2008 г. до 545 коек в 2012 г. На 13% увеличилось число коек паллиативной помощи, что явно недостаточно с учетом того факта, что в стране практически каждый четвертый впервые выявленный онкологический больной уже имеет IV стадию заболевания (2008 г. 22,8%; 2012 г. 21,2%).

Эффективная кадровая политика в сфере здравоохранения — важный инструмент реформирования медицинской сферы. В онкологической службе имеется дефицит сертифицированных врачей-онкологов как в стационарах, так и в первичном, амбулаторном звене — ПОК. Эффективное использование дневных стационаров в определенной мере позволяет преодолеть кадровый дефицит онкологической службы. Укомплектованность стационаров онкологических диспансеров врачами в 2008 г. составляла 71,1%, в 2012 г. — 68,3%; средним медицинским персоналом — 73,8 и 70,5% соответственно. Наблюдается рост доли врачей с высшей и I квалификационной категорией — с 63,8 до 65,8%. Отток медицинских работников из онкологической службы — явление не исключительное и характерно для всей некоммерческой части отрасли, что связано в первую очередь с несоответствием уровня оплаты труда его напряженности, значительным психоэмоциональным нагрузкам.

Одна из основных особенностей становления и развития онкологической службы в России — ее профилактическая направленность. Профилактика ЗНО остается актуальным направлением противораковой борьбы и в настоящее время, поскольку представляет собой наиболее целесообразную с экономической точки зрения долгосрочную стратегию борьбы против рака. По оценкам специалистов, до 80% причин и факторов риска возникновения рака можно устранить, однако профилактические меры должны быть комплексными и постоянными.

В профилактических мероприятиях, направленных на раннюю диагностику ЗНО и снижение показателей запущенности, значительная роль отводится совершенствованию работы смотрового кабинета. Смотровой кабинет организуется в установленном порядке в амбулаторно-поликлиническом учреждении как самостоятельное или структурное подразделение данного учреждения и работает в режиме учреждения. Кабинет осуществляет доврачебный опрос и профилактический осмотр лиц, обратившихся впервые в течение года в амбулаторно-поликлиническое учреждение на предмет раннего выявления хронических, предопухолевых и опухолевых заболеваний видимых локализаций.

За период с 2008 по 2012 г. общая численность смотровых кабинетов в регионах увеличилась на 234 единицы, что составило 19,9% (табл. 3), 240 (17% от общей численности) кабинетов работает в две смены. В Алтайском крае при наличии 87 смотровых кабинетов при поликлиниках дополнительно работает в режиме смотрового кабинета 200 фельдшерско-акушерских пунктов. Обеспеченность населения регионов смотровыми кабинетами увеличилась на 12,5%. Это позволило повысить долю осматриваемого населения с 18,5% в 2008 г. до 24,0% в 2012 г. Также отмечается и рост числа граждан, осматриваемых в течение года в одном кабинете, с 4421 в 2008 г. до 5330 в 2012 г. Выявляемость ЗНО в смотровом кабинете в 2008 г. составляла 0,11, в 2012 г. — 0,12; эффективность профилактического осмотра по отношению ко всем первично выявленным ЗНО — 4,01 и 5,95% соответственно.

Другой формой профилактики злокачественных опухолей является проведение диспансеризации. В соответствии со ст. 46 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" диспансеризация представляет собой "комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и приме-

Таблица 2

Динамика средних показателей, характеризующих кадровый состав и коечную мощность онкологической службы регионов, участвующих в мероприятиях, направленных на совершенствование онкологической помощи населению

Показатель	2008 г.	2012 г.
Кадровый состав:		
обеспеченность врачами-онкологами (на 10 000 населения)	0,51	0,62
укомплектованность врачами стационара регионального ОД, %	71,1	68,3
доля врачей с высшей и I квалификационной категорией, %	63,8	65,8
укомплектованность средним медицинским персоналом стационара регионального ОД, %	73,8	70,5
Коечный фонд:		
общий коечный фонд региональных ОД, абс.	8193	8970
обеспеченность онкологическими койками региональных ОД (на 10 000 населения)	2,88	3,17
общий фонд онкологических коек в других лечебных стационарах, абс.	1516	1740
суммарный фонд онкологических коек территорий, абс.	9709	10710
общая обеспеченность онкологическими койками (на 10 000 населения)	3,12	3,43
коечная мощность дневного стационара, абс.	262	545
фонд коек паллиативной помощи, абс.	577	652

Примечание. ОД — онкологический диспансер.

Таблица 3

**Эффективность профилактических мероприятий,
проводимых в регионах, участвующих в государственных
программах по совершенствованию онкологической помощи
населению**

Показатель	2008 г.	2012 г.
Смотровые кабинеты:		
число смотровых кабинетов (СК)	1176	1410
обеспеченность СК (на 10 000 населения)	0,40	0,45
среднее число осмотренных граждан на 1 СК	4421	5330
выявляемость ЗНО в СК, %	0,11	0,12
эффективность профилактических осмотров в СК по отношению ко всем выявленным ЗНО, %	4,01	5,95
Диспансеризация:		
выявляемость ЗНО при диспансеризации, %	0,10	0,24
выявляемость ЗНО при диспансеризации (на 10 000 населения)	5,1	17,70
эффективность диспансеризации (по отношению ко всем впервые выявленным ЗНО), %	11,29	36,44
Маммографическое исследование:		
число маммографов в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения	316	537
обеспеченность маммографами (на 100 000 женского населения)	1,81	2,99
число маммологических кабинетов	26	45
охват женского населения рентгеномаммографическим исследованием, %	2,96	9,09
доля активно выявленных случаев РМЖ по отношению ко всем впервые выявленным заболеваниям РМЖ, %	19,28	37,49

нение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации". Эффективность выявления определенных форм ЗНО при правильно организованной диспансеризации выше, чем при медицинском осмотре в смотровом кабинете, что связано, как правило, как с более высокой квалификацией задействованных специалистов (в смотровом кабинете осмотр обычно проводят акушерка или фельдшер), так и с большим охватом групп населения.

Охват взрослого населения диспансеризацией в 2008 г. составлял 53,3%, в 2012 г. — 61,6%. Более чем в 2 раза повысилась выявляемость ЗНО — соответственно 0,10 и 0,24%. Из числа всех впервые выявленных ЗНО при диспансеризации в 2008 г. было выявлено 11,29% случаев рака, в 2012 г. — 36,44%.

В результате реализации программы модернизации в рассматриваемых регионах на 69,9% выросла оснащенность амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения маммографами, в 1,7 раза увеличилось число маммографических кабинетов. Обеспеченность установками на 100 000 женского населения составила 2,99 в 2012 г. по сравнению с 1,81 в 2008 г., что позволило более чем в 3 раза увеличить охват женщин рентгеномаммографическим исследованием. При этом доля активно выявленных случаев РМЖ увеличилась на 94,5%.

В соответствии с трехуровневой системой оказания онкологической помощи населению при выявлении во время профилактических мероприятий врачами-специалистами подозрения на ЗНО пациент должен быть направлен в ПОК. Онкологические кабинеты — первичное звено в системе онкологической помощи. ПОК

создается на базе медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Работа ПОК регламентируется приказом Минздрава России от 15.11.12 г. № 915н Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" (зарегистрировано Минюстом России 17.04.13 г.).

В ходе реализации государственных программ в регионах на 13% увеличилась общая численность ПОК — с 578 в 2008 г. до 653 в 2012 г., однако это практически не повлияло на обеспеченность населения онкологической помощью I уровня — 0,20 и 0,21 ПОК на 10 000 населения соответственно.

Подводя 4-летний итог реализации мероприятий, предусмотренных государственными программами развития здравоохранения, в том числе направленными на совершенствование оказания онкологической помощи населению, следует отметить положительную динамику основных показателей онкологической службы страны: увеличение выявляемости больных с ЗНО на I—II стадии заболевания; рост числа пациентов, состоящих с момента установления диагноза ЗНО на учете 5 лет и более; снижение одногодичной летальности. Произошло качественное переоснащение аппаратно-диагностического и лечебного парка онкологической службы.

К сожалению, следует констатировать, что снижение смертности от ЗНО происходит более медленно, чем динамика других показателей. Это является объективным отражением биологических особенностей процесса канцерогенеза. Например, в рандомизированном контролируемом исследовании по планированию страхования здоровья (HIP), проведенном в Нью-Йорке (с 1963 по 1969 г.), было изучено влияние ежегодной маммографии на снижение смертности от РМЖ. Через 10 лет мониторинга снижение смертности составило 29,3%, а через 18 лет — около 25%. Снижение смертности стало результатом не только выявления начальных форм рака, но и более раннего обнаружения распространенных случаев заболевания [10]. На показатель смертности влияли возраст участниц исследования и биологические факторы прогноза опухоли. Для женщин 50—59 лет сокращение смертности от РМЖ наблюдалось, начиная с 3-го года от начала исследования, и достигало значительных результатов к 5 годам, хотя впоследствии различия нивелировались. Для женщин в возрасте 45—49 лет эффект от скрининга оставался незаметным до 5 лет, а для женщин 40—44 лет отсутствовал до 8 лет от начала исследования. При РМЖ с неблагоприятными факторами прогноза снижения смертности не отмечалось [11].

Решение поставленных задач возможно путем оптимизации систематической работы, направленной на оптимизацию современной системы оказания онкологической помощи населению, ориентированной на раннее выявление онкологических заболеваний на основе внедрения скрининговых программ массового обследования населения, обладающих высокой медицинской и экономической эффективностью, программ периодических медицинских осмотров. Ключевым моментом является мотивирование врачей первичного звена (участковых терапевтов, врачей общей практики, хирургов, акушеров-гинекологов, оториноларингологов, дерматологов и др.) на раннее выявление у пациентов ЗНО, формирование по результатам медицинского освидетельствования групп лиц повышенного онкологического риска, подлежащих адекватному лечению и динамическому контролю специалистами первичного звена и при необходимости врачом-онкологом.

Важная роль в выявлении ЗНО на ранних стадиях и как следствие в снижении смертности должна принадлежать всеобщей диспансеризации населения, нормативно-правовая база которой создана на основе Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" и приказа Минздрава Российской Федерации от 03.12.12 № 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрировано в Минюсте РФ 01.04.13 № 27930).

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальное бремя болезней: обновленная информация 2004 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2009.
2. Ferlay J., Shin H. R., Bray F., Foman D., Mathers, Parkin D.M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int. J. of Cancer*. 2010; 127: 2893—917.
3. Parkin D.M. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int. J. of Cancer*. 2006; 118: 3030—44.
4. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. М.: ИМА-ПРЕСС; 2009.
5. Старинский В.В., Александрова Л.М. Профилактика злокачественных новообразований. В кн.: Чиссов В.И., Давыдов М.И., ред. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013: 101—7.
6. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 2013.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Александрова Л.М. Методология проведения профилактических мероприятий, направленных на выявление ранних форм злокачественных новообразований. *Онкология. Журнал имени П.А. Герцена*. 2012; 1: 50—3.
8. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность). М.: ФГБУ "МНИОИ им. П.А. Герцена" Минздрава России; 2014.
9. Семиглазов В.В., Топузов Э.Э. Рак молочной железы. Под редакцией чл.-корр. РАМН, проф. В.Ф. Семиглазова. М.: Медпресс-информ; 2009.
10. Harris J.R., Lippman M.E. Morrow M., Hellman S. *Diseases of the breast*. USA; 1998.
11. Bland K.I., Copeland III E.M. eds. *The breast: comprehensive management of benign and malignant disorders*. 3rd ed. USA; 2005.

REFERENCES

1. The global burden of disease: updated information, 2004. Geneva: *World Health Organization*. 2009. (In Russian)
2. Ferlay J., Shin H. R., Bray F., Foman D., Mathers, Parkin D.M. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int. J. of Cancer*. 2010; 127: 2893—917.
3. Parkin D.M. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int. J. of Cancer*. 2006; 118: 3030—44.
4. Zaridze D.G. *Cancer Prevention. A Guide for Physicians [Profilaktika Raka. Rukovodstvo dlya Vrachey]*. Moscow: IMA-PRESS; 2009. (In Russian)
5. Statinskuy V.V., Aleksandrova L.M. Prevention of malignant neoplasms. In: Chissov V.I., Davydov M.I., eds. *Oncology. National leadership [Onkologiya. Natsional'noe Rukovodstvo. Kratkoe izdanie]*. Brief edition. Moscow: GEOTAR-Media; 2013: 101—7. (In Russian)
6. The report on the situation in the field of noncommunicable diseases in the world, 2010. Geneva: *World Health Organization*. 2013. (In Russian)
7. Chissov V.I., Starinskiy V.V., Aleksandrova L.M. Methodology of preventive measures aimed at detecting early forms of malignant neoplasms. *Onkologiya. Zhurnal imeni P.A. Gertsena*. 2012; 1: 50—3.
8. Kaprin A.D., Statinskiy V.V., Petrova G.V., eds. *Malignant Neoplasms in Russia in 2012 (Morbidity and Mortality) [Zlokachestvennye Novoobrazovaniya v Rossii v 2012 godu (Zabolevaemost' i Smertnost')]*. Moscow: FGBU "MNIIOI imeni P.A. Gertsena Minzdrava Rossii; 2014. (In Russian)
9. Semiglazov V.V., Topuzov E.E. Breast Cancer. Under Edition of Corresponding Member RAMS, prof. Semiglazov V.F. [*Rak Molochnoy Zhelezy. Pod Redaltsiey Chl.-korr. RAMN, Prof. V.F. Semiglazova*]. Moscow: Medpress-inform; 2009. (In Russian)
10. Harris J.R., Lippman M.E. Morrow M., Hellman S. *Diseases of the breast*. USA; 1998.
11. Bland K.I., Copeland III E.M. eds. *The breast: comprehensive management of benign and malignant disorders*. 3rd ed. USA; 2005.

Поступила (received) 10.04.14

© СКВИРСКАЯ Г.П., ПУШКОВА С.И., 2015

УДК 614.2:616-082]:33

Сквирская Г.П.¹, Пушкова С.И.²

АНАЛИЗ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

¹НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва;

²ГБУЗ "Городская клиническая больница № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ", Москва, Россия

Для корреспонденции: Пушкова Светлана Игоревна, зав. отделом маркетинга. E-mail: svyurova@yandex.ru

♦ В настоящей работе представлен обзор и краткий анализ федеральной нормативно-правовой базы, регулирующей порядок оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации. Описаны изменения в законодательстве, вступившие в силу в 2013 г. Приведены правила формирования тарифов, особенности налогообложения медицинских учреждений, оказывающих платные медицинские услуги, требования к форме и содержанию договора об оказании платных медицинских услуг и требования к оформлению внутренней информации о платных услугах, оказываемых медицинским учреждением.

Ключевые слова: законодательство; здравоохранение; одноканальное финансирование; платные медицинские услуги; подушевое финансирование; добровольное медицинское страхование; качество медицинской помощи; стоимость медицинских услуг.

Для цитирования: Российский медицинский журнал. 2015; 21 (2): 9—12.

Skvirskaya G.P., Pushkova S.I.

THE ANALYSIS OF THE FEDERAL NORMATIVE LEGAL BASE IN SPHERE OF PAID MEDICAL SERVICES IN PUBLIC AND MUNICIPAL HEALTH INSTITUTIONS OF THE RUSSIAN FEDERATION

¹The Research Institute of Public Health and Health Care Management of the I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of Minzdrav of Russia, 119992, Moscow, Russia;

²The L.A. Vorokhobov municipal clinical hospital N 67 of Moscow health department, Moscow, Russia