



¹ Клинический
онкологический
диспансер № 1,
Краснодар

² Кубанский
государственный
медицинский
университет,
Краснодар

³ Онкологический
диспансер № 3,
Новороссийск

Принципы построения эффективной региональной многоуровневой модели оказания онкологической помощи

М.Ю. Мостовой^{1, 2}, Р.А. Мурашко, д.м.н.^{1, 2}, М.Г. Леонов, д.м.н.¹

Адрес для переписки: Максим Юрьевич Мостовой, kkod@kkod.ru

Для цитирования: Мостовой М.Ю., Мурашко Р.А., Леонов М.Г. Принципы построения эффективной региональной многоуровневой модели оказания онкологической помощи. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (22): 6–10.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-22-6-10

Реализация актуального порядка медпомощи потребовала структурных изменений онкологической службы. Объектом исследования выступили медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «онкология», функционирующие на территории Краснодарского края.

Дальнейшее развитие региональной многоуровневой модели оказания онкологической помощи, увеличение числа центров амбулаторной онкологической помощи, создание «бесшовной» маршрутизации при диагностике и противоопухолевом лечении пациентов будут способствовать повышению доступности специализированной помощи, в том числе для сельского населения.

Ключевые слова: онкологическая служба, центр амбулаторной онкологической помощи, маршрутизация онкологических пациентов

Введение

Организация борьбы со злокачественными новообразованиями (ЗНО) является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения [1, 2]. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый в последние годы в диагностике и лечении ЗНО, федеральная и региональные онкологические службы продолжают сталкиваться с рядом серьезных вызовов. Так, в Краснодарском крае в 2024 г. было выявлено 29 740 новых случаев ЗНО. Прирост числа заболевших по сравнению с 2018 г. (базовый уровень до начала национального проекта «Здравоохранение») составил 7,3%. Число умерших от новообразований также продолжает расти: за семь лет показатель смертности увеличился на 17,9%. В структуре основных причин смертности населения Краснодарского края новообразования занимают второе место, составив в 2024 г. 16,2%, уступая первое место болезням системы кровообращения (45,4%).

Новым порядком оказания медицинской помощи онкологическим больным, утвержденным приказом Минздрава РФ № 116н от 19.02.2021 г. [3, 4], было регламентировано появление новой структурной единицы – Центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) [5, 6]. ЦАОП были созданы для раннего выявления ЗНО, сокращения сроков диагностики и приближения специализированной медицинской помощи к пациентам. Центры позволяют

проводить обследования и лекарственную терапию в условиях дневного стационара без необходимости длительного ожидания или поездок в региональные онкологические диспансеры. В отличие от первичного онкологического кабинета (ПОК) ЦАОП созданы на базе медицинских организаций, имеющих весь спектр диагностического оборудования, необходимого для полного обследования пациента при подозрении на наличие ЗНО еще до его направления в онкологический диспансер. В соответствии с новым порядком и созданием ЦАОП, приближение противоопухолевой лекарственной терапии к месту жительства пациента позволяет говорить об определенной децентрализации в организации онкологической службы. В то же время все вопросы первичной диагностики и выбор тактики лечения, в соответствии с порядком, должны определяться онкологическим консилиумом на уровне онкологического диспансера, то есть централизованно. Реализация актуального порядка медпомощи потребовала структурных изменений онкологических служб в субъектах Российской Федерации, создания новых амбулаторных подразделений, приведения имеющихся медицинских организаций в соответствие с требованиями, в том числе регламентирующих оснащение и количество коечного фонда в местных медицинских учреждениях [7]. Эффективная модель маршрутизации, соответствующая порядкам оказания помощи, должна быть адаптирована к местным



условиям, обеспечивая оптимальные логистические решения для пациентов независимо от места проживания. Таким образом, для каждого субъекта с учетом региональной специфики система онкопомощи будет иметь свои особенности [8–10].

В Краснодарском крае имеются следующие региональные особенности: значительная протяженность территории, неравномерная плотность населения и сложный рельеф, обуславливающий особенности транспортной инфраструктуры. Для эффективного функционирования в условиях изменчивой внешней правовой и экономической среды, появления и внедрения новых методов и медицинских технологий в крае была сформирована региональная многоуровневая модель оказания онкологической помощи. Реализация этой задачи осуществлялась в рамках регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» (РП БОЗ). Формирование модели основывалось на определенных принципах и концентрируется на повышении доступности и качества медицинской помощи онкологическим пациентам.

Цель исследования – проанализировать действующую модель организации медицинской помощи по профилю «онкология» населению Краснодарского края, определить роль функционирования ЦАОП в региональной модели онкологической помощи.

Материал и методы

Объектом исследования выступили медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по профилю «онкология», функционировавшие на территории Краснодарского края в 2019–2025 гг. Использован метод контент-анализа и структурирования публикаций, нормативных правовых и методических документов, затрагивающих вопросы организации онкологической службы в России и регионах, различные стороны деятельности ЦАОП, реализацию РП БОЗ. Изучались данные Популяционного ракового регистра, функционирующего на базе головного онкологического учреждения Краснодарского края – ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1» (КОД № 1) минздрава Краснодарского края (МЗ КК), федеральных форм статистического наблюдения (ф. № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях», ф. № 30 «Сведения о медицинской организации»), данные мониторинга деятельности ЦАОП в Краснодарском крае.

Результаты и обсуждение

В целях обеспечения профилактики, ранней диагностики и специализированного лечения взрослого населения с онкологическими заболеваниями в Краснодарском крае функционирует трехуровневая система оказания медицинской помощи взрослому населению. В ее структуру включены различные медицинские организации.

Первый уровень представлен ПОК и ЦАОП, развернутыми на базе центральных районных больниц и городских поликлиник. Их функции включают ди-

агностику и диспансерное наблюдение. В настоящее время в регионе работают 29 ПОК и 19 ЦАОП.

Второй уровень включает оказание специализированной помощи в трех онкологических диспансерах: в ГБУЗ «Армавирский онкологический диспансер» МЗ КК (г. Армавир), ГБУЗ «Онкологический диспансер № 2» МЗ КК (г. Сочи), ГБУЗ «Онкологический диспансер № 3» МЗ КК (г. Новороссийск), а также в гематологическом отделении ГБУЗ «Городская больница № 1» МЗ КК (г. Новороссийск). Кроме того, на этом уровне реализуется проведение специального противоопухолевого лечения в условиях дневного стационара 19 ЦАОП, функционирующих при центральных районных больницах и городских поликлиниках.

Третий уровень обеспечивает оказание специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи. Она предоставляется в учреждениях здравоохранения, подведомственных минздраву Краснодарского края: ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», в онкологических отделениях ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» и ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».

Реализация принципа многоуровневости обеспечивает оптимальную маршрутизацию пациентов, своевременную диагностику и проведение оперативного лечения, что напрямую определяет прогноз заболевания и показатели выживаемости. В то же время многоуровневость имеет определенные риски и нуждается в соблюдении преемственности и координации.

Принцип доступности в медицине – это обеспечение равного и своевременного доступа к медицинским услугам. Он гарантирует, что каждый человек может получить необходимую помощь в разумные сроки и в удобном месте. Одной из задач организации ЦАОП является улучшение территориальной и транспортной доступности специализированной медицинской помощи для пациентов с ЗНО. Всего в Краснодарском крае на базе многопрофильных амбулаторно-поликлинических подразделений было организовано 19 ЦАОП (в 2019 г. – 11, в 2020 г. – еще 8). На этапе планирования был проведен анализ кадрового и материально-технического оснащения медицинских организаций, на базе которых предусматривалось открытие ЦАОП. В рамках РП БОЗ за счет средств краевого бюджета закуплены компьютерные томографы, видеоэндоскопические стойки с фиброгастроскопом и фиброколоноскопом, аппараты ультразвукового исследования (УЗИ), цифровые маммографы, инфузоматы, ламинарные камеры для разведения лекарственных препаратов в стерильных условиях. В соответствии с краевым приказом по маршрутизации онкологических больных к каждому ЦАОП прикреплены районы и внутригородские территории по принципу приближенности медпомощи к населению. Для проведения лекарственной терапии онкобольным в каждом ЦАОП организованы по 5–10 коек дневного стационара, работающие в две смены.



Задачами координационного отдела противоопухолевой лекарственной терапии (КОПЛТ) КОД № 1 являются: определение медицинских показаний для направления пациентов в ЦАОП, формирование списка и перечня схем противоопухолевой лекарственной терапии в разрезе уровней клинко-статистических групп (КСГ) и количества случаев лечения, формирование списка медикаментов для сопроводительной терапии, расходных материалов и медицинских изделий для ЦАОП. Схемы терапии сформированы сотрудниками КОПЛТ после проведенного анализа заболеваемости ЗНО согласно клиническим рекомендациям. Назначение пациенту схемы лечения осуществляется в онкологических диспансерах по решению врачебного консилиума, пациент маршрутизируется в конкретный ЦАОП для получения терапии. Это позволяет выполнить задачи по максимальному сокращению времени ожидания до начала специального лечения и приблизить оказание медпомощи к месту жительства.

С момента создания ЦАОП (2019–2024 гг.) количество посещений в них увеличилось в 7,5 раза, число пролеченных онкобольных на койках дневных стационаров ЦАОП выросло в 2,5 раза, случаи лечения в дневных стационарах увеличились в 10 раз. Ежегодно через каждый центр проходят обследование более 6 тысяч пациентов, выполняется более 14 тысяч посещений, в том числе в рамках диспансерного наблюдения за пролеченными пациентами; проводится 8 тысяч компьютерных томографий, более 800 гастроскопий и 300 колоноскопий, 7,5 тысячи УЗИ. Более 500 пациентов в условиях дневного стационара каждого ЦАОП получают лекарственное противоопухолевое лечение. Для соблюдения и дальнейшей гарантии принципа доступности специализированной медицинской помощи необходимо учитывать, что, несмотря на проводимую модернизацию, сохраняется дифференциация уровня оснащенности медицинских организаций онкологического профиля в регионе. Различия касаются наличия современного диагностического оборудования (компьютерные и магнитно-резонансные томографы, позитронно-эмиссионные томографы, совмещенные с компьютерными томографами) и доступа к высокотехнологичным методам лечения (линейным ускорителям, роботизированным хирургическим системам и др.).

Принцип преемственности и координации обеспечивают:

- 1) нормативно-правовая база – приказ о маршрутизации пациентов с подозрением и установленным диагнозом ЗНО. В приказе регламентировано направление пациента по каждой локализации, по методам исследования, по муниципальным образованиям и медицинским организациям; по наиболее значимым диагностическим обследованиям предусматриваются дублирующие организации;
- 2) головное учреждение (КОД № 1) КОПЛТ, задачами которого являются определение показаний для направления пациентов в ЦАОП, формирование списка и перечня схем противоопухолевой лекарственной терапии в разрезе уровней КСГ и количества случаев лечения, списка медикаментов для

сопроводительной терапии, расходных материалов и изделий медицинского назначения для ЦАОП. Схемы лекарственной терапии сформированы сотрудниками отдела после проведенного анализа заболеваемости ЗНО в регионе, согласно клиническим рекомендациям, с учетом хорошей переносимости лечения, приемлемого профиля безопасности, максимальной возможности профилактики побочных эффектов. Назначение пациенту схемы лечения осуществляется в онкологических диспансерах края по решению врачебного консилиума, далее пациент маршрутизируется в конкретный ЦАОП для получения противоопухолевой терапии. Тем самым достигается выполнение задач по максимальному сокращению времени ожидания начала специального лечения пациентом и приближению оказания медицинской помощи к месту жительства больного;

- 3) телемедицинские консультации, которые проводят ведущие профильные специалисты для оперативного решения клинических вопросов по онкопациентам. С этой цели в КОД № 1 функционирует отдел телемедицинских технологий и мониторинга высокотехнологичной медицинской помощи. За период 2019–2025 гг. количество телемедицинских консультаций, которые проводят специалисты КОД № 1 с медицинскими организациями муниципальных образований, увеличилось в 1,7 раза (с 672 в 2019 г. до 1112 в 2025 г.);

- 4) мониторингирование, анализ и коррекция основных показателей эффективности онкологической службы. Головной онкологический диспансер регулярно (ежемесячно, ежеквартально) осуществляет мониторинг и анализ показателей работы ЦАОП: количество выполненных обследований, пролеченных больных, количество выставленных счетов в разрезе КСГ, количество пациентов, прошедших диспансерное наблюдение, мониторинг штата медицинского персонала и укомплектованности. Мониторинг результатов диагностики и лечения на уровне пациента и всей организации в целом осуществляется непрерывно и является основой для оценки достижения показателей эффективности.

Принцип профессионализма подразумевает планомерную работу по кадровому обеспечению, формированию положительного образа врача-онколога, повышение уровня компетентности специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи онкопациентам [11]. Для работы в ЦАОП требуются специалисты, имеющие практический опыт применения специального лекарственного лечения, в том числе химио-, иммуно- и таргетной терапии. Для повышения уровня компетентности медперсонала в ЦАОП специалисты КОД № 1 оказывают помощь: до открытия и по мере появления кадров врачи-онкологи и медицинские сестры ЦАОП проходят стажировку в дневных стационарах онкодиспансеров края; подготовлены и распространены методические рекомендации по ведению больных с ЗНО при проведении лекарственного лечения в амбулаторных условиях; регулярно



проводятся обучающие мероприятия как для врачей, так и для среднего медперсонала; осуществляются телемедицинские консультации. В каждой медицинской организации, где функционирует ЦАОП, разработаны памятки для пациентов с маршрутизацией их по территории учреждения, контактной информацией для обеспечения оперативной связи пациента и врача.

Принцип единого понимания и направленности включает неукоснительное соблюдение стандартов, порядков, клинических рекомендаций и согласованный подход врачей учреждений различных уровней к диагностике и лечению для формирования маршрута каждого онкологического пациента. Соблюдение принципа базируется на региональном приказе по маршрутизации онкологических больных, который ежегодно актуализируется. Для осуществления единого подхода разработаны и размещены в доступном для использования формате алгоритмы маршрутизации пациентов с подозрением на онкопатологию и ранней диагностики отдельных локализаций ЗНО в медицинские организации муниципальных образований, методические рекомендации по организации диспансерного наблюдения онкологических больных в соответствии с клиническими рекомендациями, а также методические рекомендации по практическим аспектам организации онкологической службы. Соблюдению принципа способствует проведение онкологического консилиума на уровне онкологического диспансера (в том числе с применением телемедицины), который является обязательным элементом лечебно-диагностического процесса [12], что напрямую влияет на прогноз онкологического заболевания и является определяющим для ведения пациента на всех уровнях. Для ЦАОП таким «руководством» к исполнению является заключение врачебного консилиума по определению лечебной тактики, в котором участвуют не менее трех специалистов КОПЛТ КОД № 1.

Перспективными для реализации и мониторинга соблюдения вышеуказанного принципа являются формирование и поддержание в актуальном состоянии единой информационной системы региональной онкологической службы («Цифрового контура»). Возрастающее значение этого принципа связано с тенденцией, которая прослеживается в мировой и российской практике, – к централизации оказания медицинской помощи, концентрации высококвалифицированных кадровых и высокотехнологичных материальных ресурсов. Такой подход может способствовать максимальной эффективности использования дорогостоящей ресурсной базы и обеспечить высокое качество медпомощи.

Необходимо отметить, что все перечисленные организационные принципы взаимосвязаны, их реализация осуществляется зачастую общими механизмами. Так, функционирование КОПЛТ обеспечивает взаимодействие между уровнями, доступность к мнению высококвалифицированных специалистов, понимание маршрута онкологического пациента. Проведение образовательных мероприятий в различных форматах для специалистов учреждений различных уровней

способствует повышению их профессионализма и повышению доступности для пациентов современных методов диагностики и лечения. Развитие телемедицинских технологий способствует междуровневой и внутриуровневой координации, приближению качественной специализированной помощи и формированию единых подходов к ведению пациента.

Заключение

Формирование региональной многоуровневой модели оказания онкологической помощи в Краснодарском крае позволило достичь за период 2019–2024 гг. целевых уровней для всех показателей РП БОЗ:

- ранняя выявляемость выросла с 58,8 (2018 г., базовый уровень) до 61,3% (2024 г.);
- доля лиц, живущих с онкологическим диагнозом пять лет и более, увеличилась с 54,6 (2018 г.) до 60,1% (2024 г.);
- охват диспансерным наблюдением онкологических больных достиг 90% (2024 г.);
- отмечено снижение одногодичной летальности с 21,2 (2018 г.) до 18,0% (2024 г.).

Целями национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», который действует в 2025–2030 гг., является повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2030 г., рост ожидаемой продолжительности здоровой жизни и устранение значительной дифференциации между городским и сельским населением. С учетом высоких показателей смертности, инвалидизации и снижения качества жизни онкологических больных, совершенствование онкологической помощи населению является одной из первоочередных задач для достижения этих целей. Дальнейшее развитие региональной многоуровневой модели оказания онкологической помощи, увеличение числа ЦАОП, создание «бесшовной» маршрутизации при диагностике и противоопухолевом лечении будут способствовать повышению доступности специализированной помощи, в том числе среди сельского населения. При открытии новых ЦАОП должны учитываться онкоэпидемиологические тренды, транспортная доступность, плотность населения на прикрепленной территории, прогноз кадрового обеспечения и особенности материально-технической базы медицинских организаций. Эффективное функционирование этой модели требует устойчивого адекватного ресурсного обеспечения, включая развитие информационных систем для мониторинга и контроля качества онкологической помощи. Также новым направлением дальнейшей оптимизации структуры онкологической помощи может стать формирование межрайонных (межучрежденческих) центров компетенций по определенным профилям [1]. Важным разделом работы ЦАОП, реализация которого требует дополнительного кадрового потенциала и междисциплинарного взаимодействия на учрежденческом и региональном уровнях, должна стать профилактическая работа с населением и методическая работа с медицинскими работниками по развитию компетенций по онкопрофилактике [13, 14]. 🌟



Литература

1. Аксенова И.А., Геворкян Т.Г., Гульшина В.А. и др. Методические рекомендации по структуре и наполнению разделов Порядка маршрутизации пациентов с подозрением на онкологические заболевания и пациентов с онкологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2023.
2. Улумбекова Г.Э., Альвианская Н.В., Петрачков И.В. Организация и финансирование онкологической помощи в РФ в 2018–2024 гг. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022; 8 (1): 33–74.
3. Приказ Минздрава РФ от 19.02.2021 г. № 116н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». Зарегистрирован в Минюсте России 01.04.2021 г. (ред. от 04.09.2025 г.).
4. Ледовских Ю.А., Тишкина С.Н. История нормативного регулирования организации онкологической службы в Российской Федерации. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2023; 4: 44–49.
5. Аксенова И.А., Камкин Е.Г., Каракулина Е.В. и др. Центр амбулаторной онкологической помощи – целевая организационная модель оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на амбулаторном этапе. Вестник Российской академии наук. 2025; 95 (7): 61–67.
6. Письмо Минздрава России от 17.08.2021 г. № 17-4/3549 «О направлении "Методических рекомендаций по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации"». Методические рекомендации по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации (утв. Министерством здравоохранения РФ 16.08.2021 г.).
7. Партс С.А., Решетов И.В., Кузьмина Е.С. и др. Организационные модели маршрутизации онкологических пациентов на региональном уровне. Consilium Medicum. 2023; 25 (6): 384–387.
8. Забелин М.В., Измайлов А.А., Аюпов Р.Т. и др. Организация онкологической службы Республики Башкортостан. Malignant Tumours. 2021; 11(3s1): 6–11.
9. Карпова С.С., Гамаюнов С.В., Тарасов Ю.И. и др. Актуальные вопросы организации онкологической помощи в Нижегородской области. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2025; 11 (3): 83–93.
10. Старцев В.Ю., Кондратьев Г.В., Тяпкин Н.И. и др. К вопросу организации центров амбулаторной онкологической помощи жителям Ленинградской области. Медицина и организация здравоохранения. 2023; 8 (4): 55–65.
11. Русских С.В., Москвичева Л.И., Тарасенко Е.А. и др. Меры по повышению удовлетворенности работой врачей-онкологов центров амбулаторной онкологической помощи. Здоровье населения и среда обитания. 2023; 31 (7): 15–25.
12. Гаджиева С.М. Создание центров компетенций (на примере организации центров амбулаторной онкологической помощи) в государственной системе здравоохранения: опыт Москвы. Национальное здравоохранение. 2024; 5 (3): 30–40.
13. Карайланов М.Г., Колпинский Г.И., Алехина О.В. и др. Выявление онкологических заболеваний при профилактических мероприятиях в центре амбулаторной онкологической помощи. Менеджер здравоохранения. 2025; 10: 63–71.
14. Михеев А.В., Ахминеева А.Х., Шагал М.А. Значение профилактической работы в деятельности центров амбулаторной онкологической помощи. Эпомен: медицинские науки. 2024; 15: 36–47.

Principles of Building an Effective Regional Multilevel Model of Oncological Care

M.Yu. Mostovoy^{1,2}, R.A. Murashko, PhD^{1, 2}, M.G. Leonov, PhD¹

¹ Clinical Oncological Dispensary No. 1, Krasnodar

² Kuban State Medical University, Krasnodar

³ Oncological Dispensary No. 3, Novorossiysk

Contact person: Maxim Yu. Mostovoy, kkod@kkod.ru

The implementation of the current medical care order required structural changes in the oncology service. The object of the study was medical organizations providing medical care in the oncology profile, operating in the Krasnodar Territory. Further development of a regional multi-level model for providing oncological care, an increase in the number of outpatient oncological care centers, and the creation of seamless routing for diagnostics and anti-tumor treatment will contribute to increased access to specialized care, including its closer availability to the rural population.

Keywords: oncology service, outpatient oncology care center, routing of cancer patients