

## Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации онкологической помощи населению»

# Доклад министра Татьяны ГОЛИКОВОЙ: «Комплексный подход к оказанию онкологической помощи населению Российской Федерации»

— Демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется следующими тенденциями: продолжается устойчивый рост рождаемости на фоне ощутимого снижения младенческой смертности.

При этом динамика показателей общей заболеваемости и смертности с 2006 г. является примером раскрывающихся ножиц, говорящих об эффективности реализуемых мероприятий в стране.

Несмотря на снижающийся показатель смертности, продолжительность жизни в России остается недостаточно высокой, за три последних года увеличение произошло на 2,3 года и за 2009 г. составила 68,9 лет. При этом продолжительность жизни у мужчин остается крайне низкой, несмотря на увеличение на 2,4 года.

**Справочно:** что касается продолжительности жизни россиян, то, по данным Росстата, по сравнению с 2006 г. в 2009 г. ожидаемая продолжительность жизни россиян увеличилась на 2,3 года и составила в 2009 г. 68,9 лет. У мужчин ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на 2,4 года (с 60,4 до 62,8 лет), а у женщин на 1,5 года (с 73,2 до 74,7 лет).

Если сравнить общую смертность населения в России и в странах Европы, то мы увидим, что уровень смертности в России остается выше среднеевропейских значений и соответствует общим тенденциям, наблюдаемым в странах Содружества Независимых Государств.

Однако, сравнивая показатели заболеваемости и смертности по злокачественным новообразованиям России и стран Европейского региона, мы не видим значительных отличий по сравнению с такими странами, как Франция, Ирландия, Великобритания. Например, в Дании, Греции, Венгрии, Нидерландах, Польше, Словении и странах Прибалтики уровень заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований намного выше, чем в России. Оценив место России в Европейском регионе по ситуации со злокачественными новообразованиями, нам надо приложить еще больше совместных усилий в целях совершенствования системного подхода в организации медицинской помощи по профилю онкология, улучшения качества подготовки медицинских кадров, использования отечественного научного потенциала для развития высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

В 2009 г. произошел переломный момент, по ряду показателей основных причин смертности наметилась стойкая тенденция к снижению. При этом по показателям смертности от злокачественных новообразований отмечается рост (рис. 1), это свидетельствует об:

- отсутствии онкологической настороженности у врачей первичного звена здравоохранения, отсюда больше заболеваний выявляется на поздних стадиях;
- отсутствии ответственного отношения к своему здоровью самих граждан, ответственного родительства в отношении детей;



## Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации онкологической помощи населению»

В 2009 г. на фоне снижения показателей смертности от основных социально-значимых заболеваний отмечался рост значений показателя смертности от новообразований.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

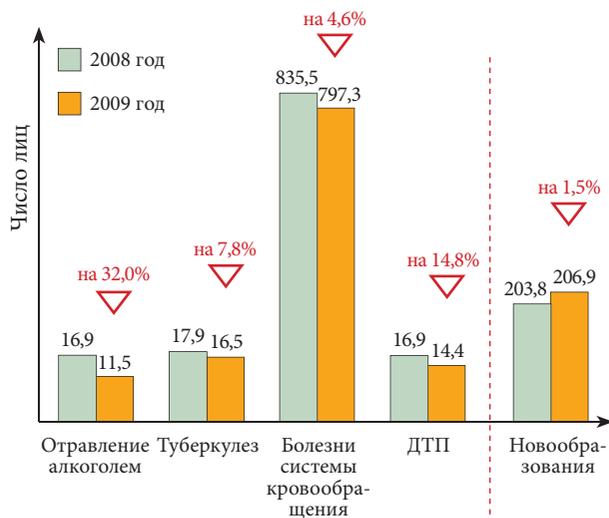


Рис. 1. Основные показатели смертности населения Российской Федерации по социально-значимым заболеваниям за 2008–2009 гг. (на 100 тыс. населения)

- низкой информированности населения о факторах риска, о созданных в регионах центрах здоровья, о возможности прохождения дополнительной диспансеризации;
- отсутствии должного внимания со стороны медицинских работников к лицам с выявленными факторами риска, что приводит к позднему выявлению заболевания, отсутствию ожидаемого эффекта от лечения и к преждевременной смерти больных. Проведя анализ ситуации по заболеваемости злокачественными новообразованиями за последние 20 лет, можно выделить два периода. Первый период – 1993 г., когда низкая заболеваемость сопровождалась высокой смертностью. Второй период – это наша действительность, когда наблюдается рост заболеваемости, но при этом снижения смертности не происходит (рис. 2). На это есть свои причины: так, в 1993 г. было снижено внимание к

профилактической деятельности учреждений первичного звена, резко упал уровень диспансерных и профилактических осмотров. С 2008 г. ситуация в целом поменялась, мы повысили роль профилактической направленности, диспансеризации и профилактических осмотров, что отразилось на росте онкологической заболеваемости. В силу географических особенностей (большой протяженности, низкой плотности населения) нашей страны, эндемичности территорий, низкого уровня материально-технического оснащения медицинских учреждений, все регионы условно можно разделить на 3 группы. Первая группа – регионы с неблагоприятной эпидситуацией:

- с низкой заболеваемостью и низкой смертностью, сложившейся в результате неудовлетворительной работы первичного звена здравоохранения, здесь с большой долей вероятности можно говорить о недорегистрации случаев, как заболеваний, так и смертности. Это 35 регионов: Республики Ингушетия, Дагестан, Тыва, Калмыкия, Саха, Кабардино-Балкария, Алтай, Бурятия, Марий Эл, Башкортостан, Чувашия, Карачаево-Черкесия, Северная Осетия, Хакасия, Коми, Удмуртия, Чечня, Татарстан; области Тюменская, Амурская, Мурманская, Магаданская, Астраханская, Калининградская, Кировская; края Забайкальский, Камчатский, Пермский, Хабаровский, Ставропольский; все автономные округа и Еврейская автономная область (*Справочно: это происходит за счет того, что случаи смерти от ЗНО попадают в другие причины смерти в результате неправильного кодирования.*);
- с низкой заболеваемостью и высокой смертностью (9 субъектов), здесь наиболее приоритетными становятся мероприятия по активизации деятельности первичного звена и своевременному выявлению больных со злокачественными новообразованиями. Это Ленинградская, Владимирская, Вологодская, Кемеровская, Московская, Свердлов-

ловская, Смоленская области, Красноярский, Приморский края. Всем регионам данной группы стоит обратить внимание на усиление работы по выявлению, лечению, диспансерному наблюдению и правильному кодированию причин смерти. Вторая группа – это регионы с высокой заболеваемостью злокачественными новообразованиями и высокой смертностью от новообразований. Сюда входят 33 региона. Мы понимаем, что выявление в данных регионах улучшилось, что сразу сказалось на заболеваемости, но внутри выявленных случаев преобладают запущенные формы заболеваний, в III и IV стадии, что не позволяет снизить показатель смертности населения.

Это такие субъекты, как Карелия, Костромская, Воронежская, Томская, Ростовская, Омская, Псковская, Оренбургская, Архангельская, Сахалинская, Тамбовская, Курганская, Челябинская, Нижегородская, Курская, Ивановская, Брянская, Калужская, Ульяновская, Орловская, Тульская, Пензенская, Волгоградская, Тверская, Новосибирская, Рязанская, Ярославская, Новгородская области, города Москва и Санкт-Петербург, Республика Мордовия, Алтайский и Краснодарский края. Я бы хотела обратить ваше внимание, что в данных регионах «золотой стандарт» онкологии – пятилетнее дожитие – остается низким. Третья группа – регионы с высокой заболеваемостью и низкой смертностью (5 субъектов), здесь можно отметить удовлетворительную работу первичного звена и онкологических учреждений. К данной группе регионов относятся Белгородская, Иркутская, Саратовская, Липецкая и Самарская области. Говоря о выявлении, лечении онкологических заболеваний, особо хочу отметить роль диспансерного наблюдения. В период с 1999 по 2007 г. отмечается следующая тенденция: увеличивалось число больных на ранних стадиях заболеваний и рост охвата больных диспансерным наблюдением (рис. 3).

## Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации онкологической помощи населению»

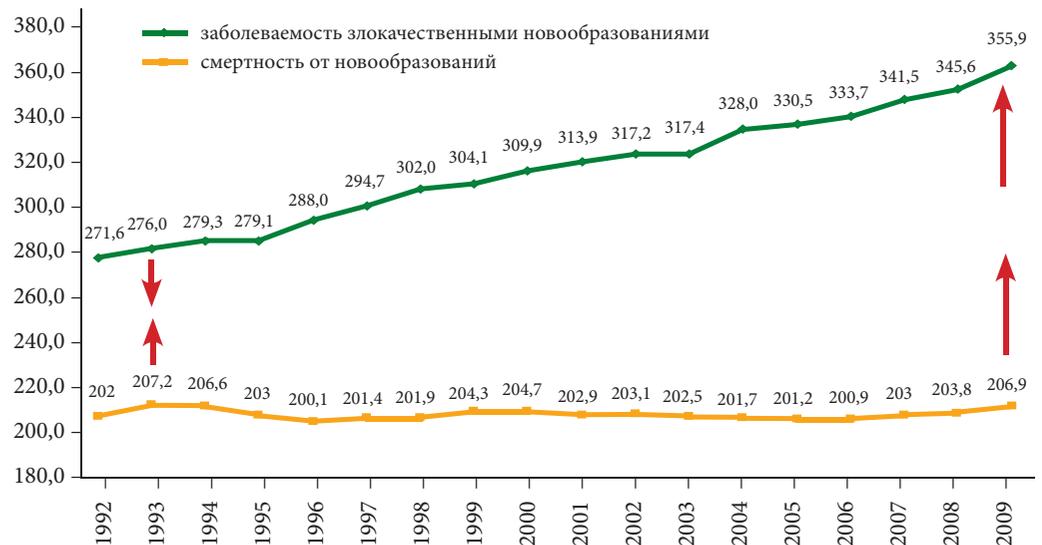
С 2007 г. ситуация стала меняться не в лучшую сторону, когда сформировалось так называемое «плато», то есть происходит увеличение числа заболеваний, при этом постановка на учет данной категории пациентов не меняется. Диспансерное наблюдение часть контингента не получает. Обращаю ваше внимание на недопустимость ситуации, именно для этих целей создаются в каждом регионе первичные онкологические кабинеты. Хотелось бы обратить ваше внимание на то, что кадрового ресурса в первичном звене достаточно и именно на нем лежит бремя выявления онкологических заболеваний на первой и второй стадиях, тем не менее выявление на ранних стадиях остается невысоким, что говорит о недостаточной онконастороженности врачей первичного звена.

Врачи-онкологи, несмотря на их недостаточную укомплектованность в регионах, должны справиться с поставленной задачей, так как целая армия терапевтов, стоматологов, дерматовенерологов, хирургов, урологов, гинекологов, оториноларингологов, окулистов, неврологов должны обеспечить значимую помощь врачам-онкологам, не позволяя им расплываться своей такой ценный в настоящее время ресурс.

В 2008 г. Правительством России принято решение о необходимости реализации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» нового направления по совершенствованию медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, а значит, на снижение заболеваемости, снижение смертности и увеличение продолжительности жизни, поэтому 2009 г. стал переломным не только для онкологов России, но и для всего российского здравоохранения (рис. 4). Начиная с 2009 г. в программные мероприятия включаются поэтапно регионы и федеральные учреждения, занимающиеся этой проблемой. Уже выделено на эти цели более 12 млрд рублей,

*К концу 2009 г. заболеваемость выросла, при этом смертность не начала снижаться. В 1993 г. на фоне низкой заболеваемости населения злокачественными новообразованиями отмечался самый высокий показатель смертности.*

*По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации*



**Рис. 2. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от новообразований, Российская Федерация, 1992–2009 гг.**

с 2011 по 2013 г. предусмотрено более 21 млрд рублей (*Справочник: в 2009 г. в мероприятия были включены учреждения 11 регионов и 2 федеральных государственных учреждений – 6805,0 млн рублей.*)

В 2010 г. включены в программу 10 регионов и 3 федеральных учреждения – 5706,6 млн рублей.

В 2011 г. планируется включить еще 14 регионов и 2 федеральных учреждения – 6916,3 млн рублей.

В 2012 г. в программу будут включены еще 15 регионов России – 7072,3 млн рублей.

В 2013 г. в программу будут включены 15 регионов России – 6918,2 млн рублей.

Выстраивая системный подход к организации онкологической помощи населению, министерство совместно с ведущими специалистами в этой области ставит своей целью качественно преобразовать систему оказания первичной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской

помощи; усилить роль первичного медико-санитарного звена для раннего выявления злокачественных новообразований; повысить профессионализм медицинских работников. Еще раз хочу обратить ваше внимание на целостный подход и широкомасштабные мероприятия в развитии онкологической службы. Регионы создают диагностическую, лечебно-реабилитационную базу в существующих онкологических диспансерах, выстраивают работу первичного звена здравоохранения. Не меньшая ответственность возложена и на федеральные учреждения, особенно онкологического профиля, основными функциями которых являются:

- качественная подготовка кадров;
- разработка и внедрение скрининговых программ, новых методов диагностики и лечения;
- разработка единых стандартов и протоколов лечения больных;
- тесное взаимодействие с регионами, их курирование.

## Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации онкологической помощи населению»

С 2007 г. наблюдается рост заболеваемости в I и II стадиях, но при этом не все больные ставятся на диспансерный учет.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

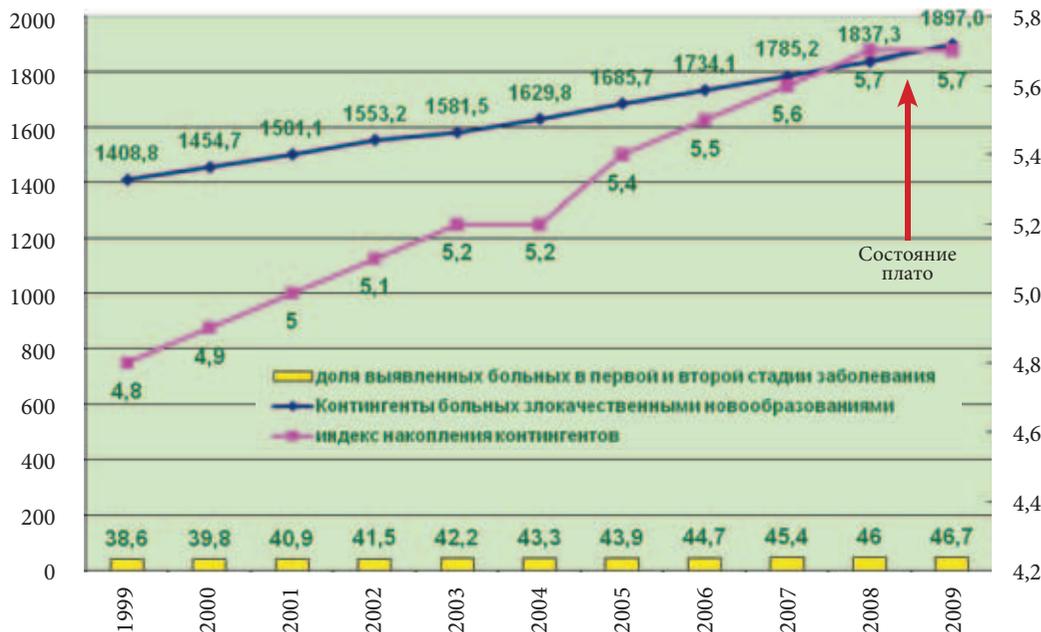


Рис. 3. Диспансерное наблюдение за больными злокачественными новообразованиями, 1999–2009 гг.

Министерством завершается процесс гармонизации существующего Национального онкологического регистра и Международного противоракового регистра, который позволит не только регистрировать существующую в онкологии ситуацию, но и даст возможность влиять на слабые звенья в системе противораковой борьбы.

Стартовавшие в 2009 г. в регионах мероприятия уже дали ощутимые результаты:

- отмечается значительный прирост (более чем на 22%) числа проведенных обследований в первичных онкологических кабинетах, что свидетельствует об увеличении обращаемости в первичные онкологические кабинеты и, косвенно, о повышении онконастороженности врачей первичного звена здравоохранения и эффективности мер по повышению информированности граждан;
- более 11% пациентов проходят через региональные и окружные

онкологические диспансеры, что свидетельствует о совершенствовании организации маршрутизации пациентов;

- в ходе реализации мероприятий увеличилось число диагностических исследований. Растет частота исследований на онкологические маркеры. Все чаще стали использоваться радиоизотопные методы исследования, которые до настоящего времени не получали широкого применения;
- впервые наблюдается замедление темпов роста показателя смертности от онкологических заболеваний в Российской Федерации, что в целом говорит об эффективности всего комплекса проводимых мероприятий, включая профилактику, своевременность выявления и повышение доступности к современным методам лечения.

Доступность современной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями

на всех этапах возможно только при четком соблюдении единого лечебно-диагностического процесса.

Именно поэтому министерством совместно с главными специалистами при участии медицинских сообществ разработаны и утверждены порядки оказания медицинской помощи по профилю онкология для детского и взрослого населения, новые стандарты медицинской помощи больным со злокачественными заболеваниями, учитывающие все необходимые современные технологии диагностики и лечения, для использования в работе изданы методические рекомендации.

Прошу вас в целях улучшения качества оказания медицинской помощи населению Российской Федерации руководствоваться принятыми нормативными правовыми актами и методическими рекомендациями.

### Справочно:

- приказ Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 г. № 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 20 апреля 2010 г. № 255н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями»;
- методические рекомендации «Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации»;
- методические рекомендации «Роль и задачи смотрового кабинета поликлиники как этапа в организации профилактических мероприятий, направленных на совершенствование онкологической помощи населению»;
- методические рекомендации «Организация работы и задачи первичного онкологического кабинета в системе онкологической помощи населению Российской Федерации».

Новый порядок маршрутировал принципы маршрутизации пациентов, организацию работы сети учреждений, оказывающих онкологическую помощь, установил реко-



## Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование организации онкологической помощи населению»

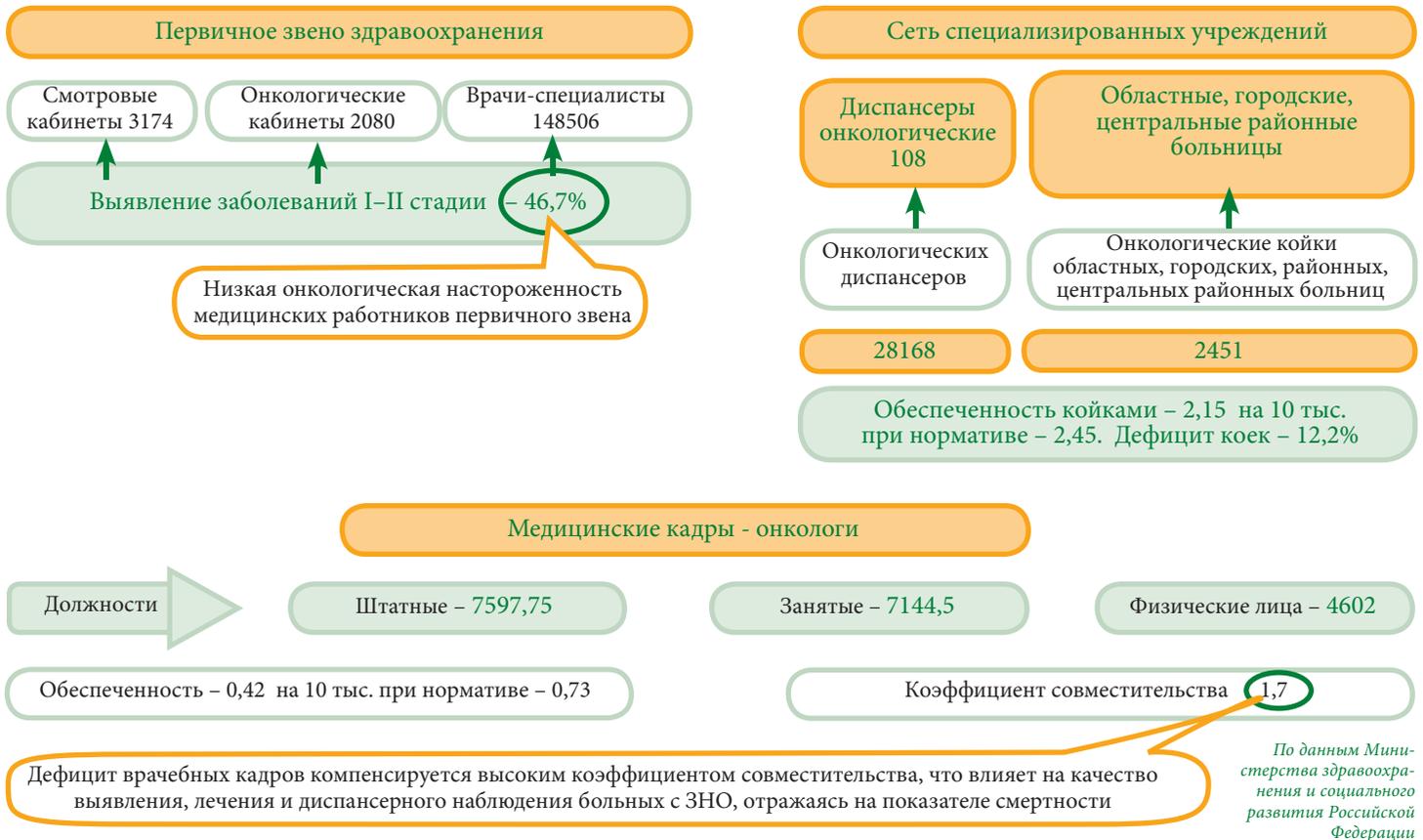


Рис. 4. Ресурсы, которыми обеспечена организация медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями, 2009 г.

### мендуемые штатные нормативы врачей и медицинского персонала.

Любые инициативы невозможны без поддержки со стороны науки. Пять лидирующих федеральных научных учреждений онкологического профиля работают по более чем 20 важнейшим направлениям. Все большее развитие получают исследования в части разработки новых методов диагностики и лечения больных. При этом совершенствуются и ныне существующие методы. Изменяются и организационные подходы к оказанию онкологической помощи.

В рамках реализации мероприятий федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)» подпрограммы «Онкология» в 2010 г. заключено 10 госу-

дарственных контрактов на выполнение научно-исследовательских работ на сумму 22 150,0 тыс. рублей. Результаты этих работ должны быть внедрены в практическое здравоохранение.

Улучшая материально-техническую базу, внедряя стандарты медицинской помощи, актуальными становятся следующие вопросы. Кто будет работать в отремонтированных учреждениях, на новом оборудовании? Где взять кадровые ресурсы при их дефиците? Одним из решений этой проблемы может стать профессиональная переподготовка врачей. Так, например, только за 2009 и 2010 учебные годы было направлено в интернатуру и ординатуру 472 специалиста, что снизит дефицит врачей-онкологов почти на 10%. Кроме того, в 2010 г.

прошли повышение квалификации 4396 врачей-онкологов, в том числе 344 специалиста, работающие в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности. В вопросе подготовки медицинских кадров особая роль отводится профессорско-преподавательскому составу образовательных учреждений. Впереди предстоит переход на новые образовательные и профессиональные стандарты. Попрошу всех активизировать работу в этом направлении.

Таким образом, для достижения основной цели в виде снижения смертности от онкологических заболеваний, выявления больных на ранних стадиях и развитие профилактической составляющей в стране имеются все возможности и ресурсы. ☺