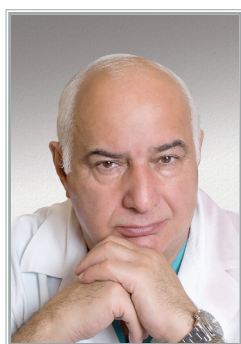


# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГЛАВНЫЙ ОНКОЛОГ  
МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Михаил Иванович Давыдов



Онкология – один из наиболее важных разделов медицины, и с каждым годом ее значимость только возрастает. Согласно статистике, среди граждан до 60 лет 9 из 10 смертей связано с неинфекционной патологией. И онкологические заболевания в этой печальной статистике прочно занимают второе место (рис. 1).

Высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями наблюдается в развитых странах, таких как США, Канада, страны ЕС и Япония. В Российской Федерации заболеваемость ниже, и связано это прежде всего с отсутствием программ скрининга (рис. 2). При анализе показателей смертности от онкологических заболеваний мы видим обратную картину (рис. 3). В связи с отсутствием государственных программ активного выявления заболеваний около 50% впервые установленных диагнозов приходится на запущенные формы. Эту ситуацию наглядно демонстрирует показатель летальности на первом году после установления диагноза, который в США равен 18,5%, а в России – 26,1%.

При анализе структуры смертности от злокачественных новообразований в 2012 году мы видим, что лидирующие позиции занимают рак легкого у мужчин и рак молочной железы у женщин (рис. 4). Второе по значимости заболевание – рак желудка (оба пола). На третьем месте у мужчин – рак предстательной железы, у женщин – рак ободочной кишки.

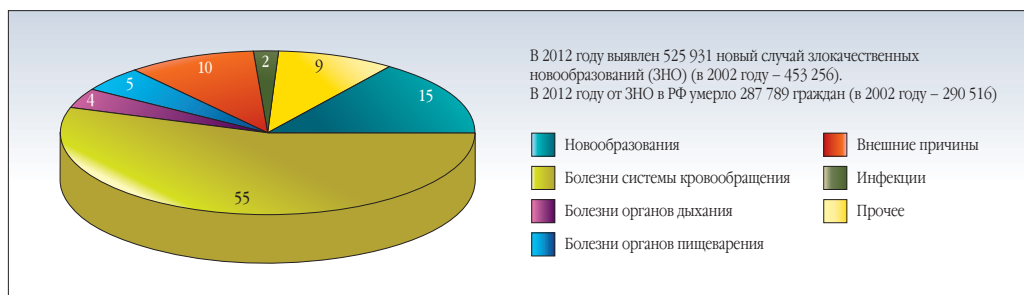
Отметим, что в развитых странах разработаны программы скрининга для ряда злокачественных новообразований: рака шейки матки, рака молочной железы, колоректального рака, рака легкого, рака предстательной железы. Однако эти программы не внедрены в широкую практику здравоохранения Российской Федерации и выполняются локально. В нашей стране существует программа диспансеризации населения, которая не соответствует мировым стандартам скрининга онкологических заболеваний.

Внесем несколько предложений, которые могут значительно улучшить качество оказания онкологической помощи в Российской Федерации.

Во-первых, основная задача, стоящая сегодня перед отечественным здравоохранением, – взять под контроль и сократить сверхсмертность в стране. Это возможно сделать только одним способом: создать при Минздраве России институт головных центров, ответственных за «профильную» патологию – онкологию, кардиологию, неврологию, нейрохирургию, педиатрию, сердечно-сосудистую хирургию, ревматологию и др. Этим центрам должны быть переданы функции контроля качества специализированной помощи в регионах, кадрового обеспечения этой помощи, контроля адекватности лекарственного обеспечения, внедрения новейших технологий в практику областных и краевых больниц, контроля адекватности последилового образования, и, главное, они должны нести ответственность за состояние каждого вида специализированной помощи в регионе.

Что мешает решению этих проблем? Ведомственная разобщенность, возникшая, с одной стороны, уже давно, а с другой – в результате недавней реформы научных академий, когда самые крупные научно-практические центры страны попали в ведение нового агентства – ФАНО России, находящегося на этапе формирования, и фактически выпали из общей системы здравоохранения РФ. В результате идет поиск «новых» моделей финансирования (науки), которые неадекватны. Учреждения попадают под двойное или тройное подчинение

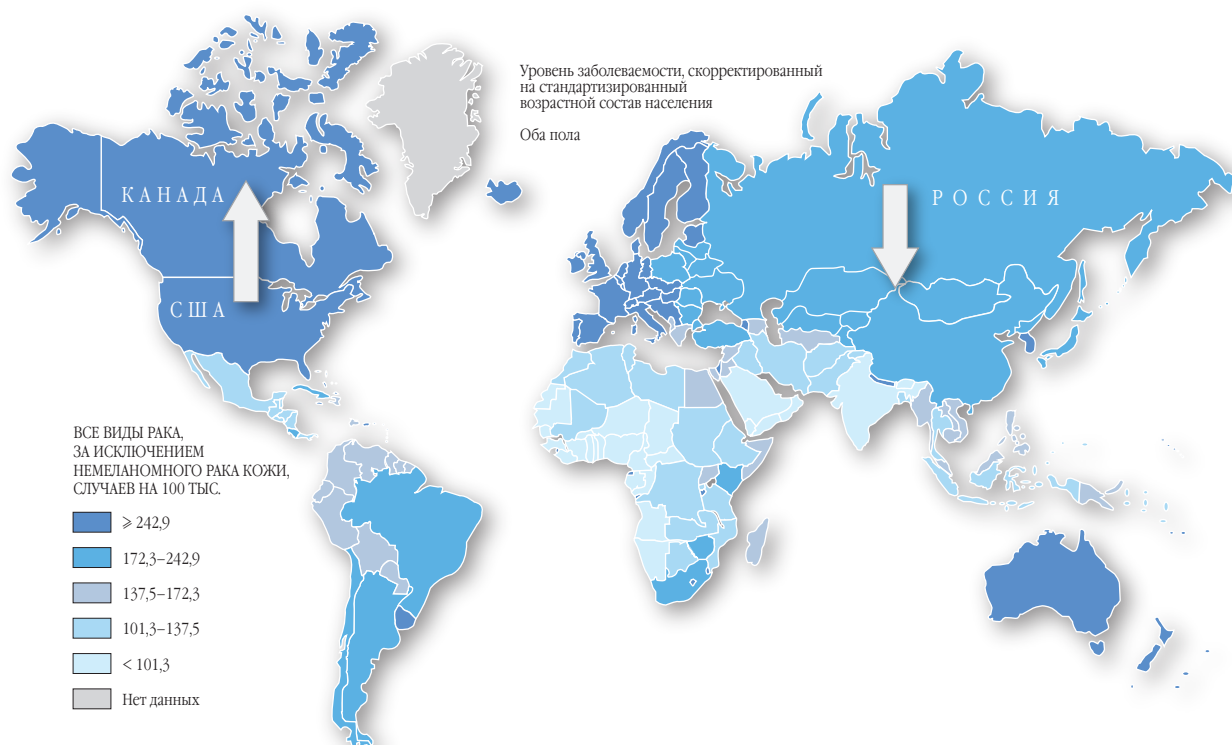
1



СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2012 ГОДУ, %

Источники: Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2013; Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2014.

2



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА В 2012 ГОДУ

Источники: www.globocan.iarc.fr.

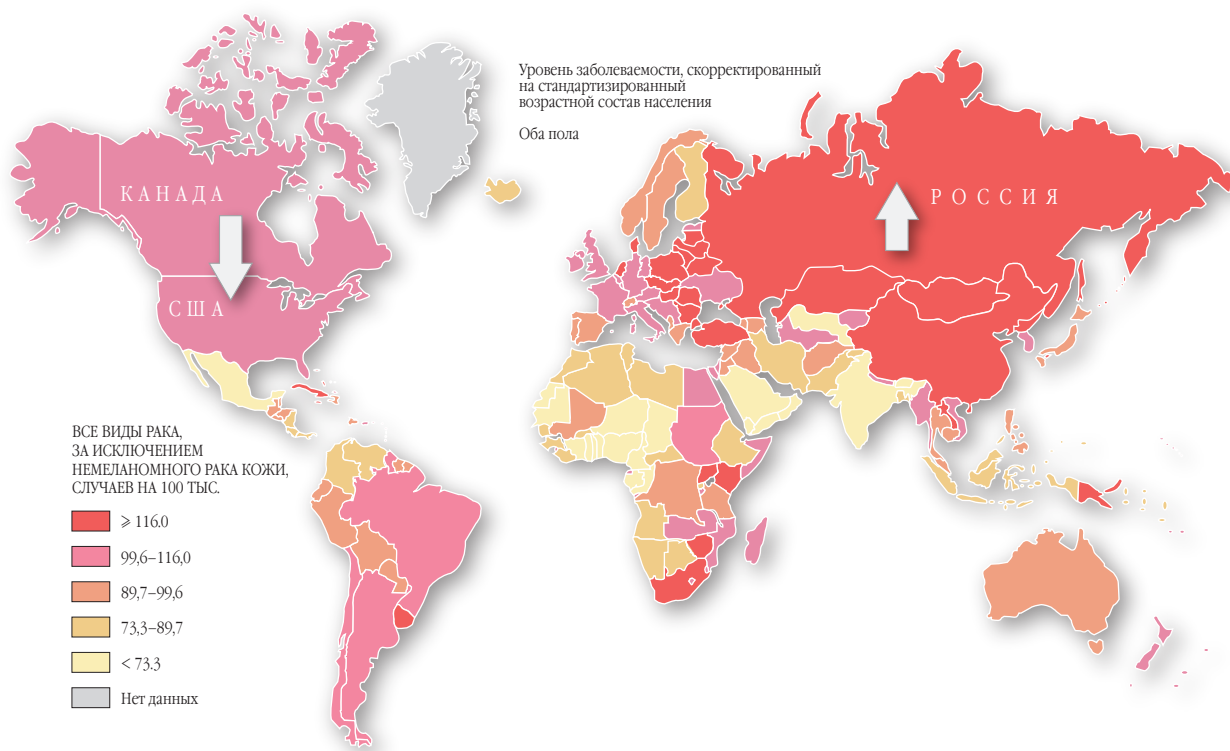
(Минздрав России, ФАНО России, Академия наук) и, по сути, работают, решая задачи здравоохранения, через посредников. Являясь фактически головными центрами страны, юридически они не могут получить функции таких центров, находясь в другом ведомстве. Похожая ситуация была и тогда, когда эти центры находились в ведении Российской академии медицинских наук, которая после выхода из Минздрава России в 1991 году потеряла функции органа исполнительной власти и субъекта бюджетного планирования.

Во-вторых, государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», в которой сформулированы основные приоритеты развития отрасли, содержит 11 подпрограмм, но имеет серьезный изъян – отсутствие подпрограммы «Онкология».

Напомним, что во всех передовых странах (США, Канада, Франция, Германия, Великобритания, Япония) онкологию курируют первые лица государства – президенты или премьер-министры. И неслучайно. Ибо это глобальный, многопрофильный, дорогостоящий, наукоемкий раздел, до конца не изученный, в отличие от остальных монопрофильных медицинских дисциплин, где все меры профилактики, диагностики и лечения хорошо известны и внедрены в практику здравоохранения, что позволило взять под контроль и существенно снизить смертность от этих видов патологии (кардиология, неврология и др.). Сегодня в 21 стране в мире, в том числе и в США, онкология занимает первое место в структуре смертности населения. В России же наблюдается некоторое недо-



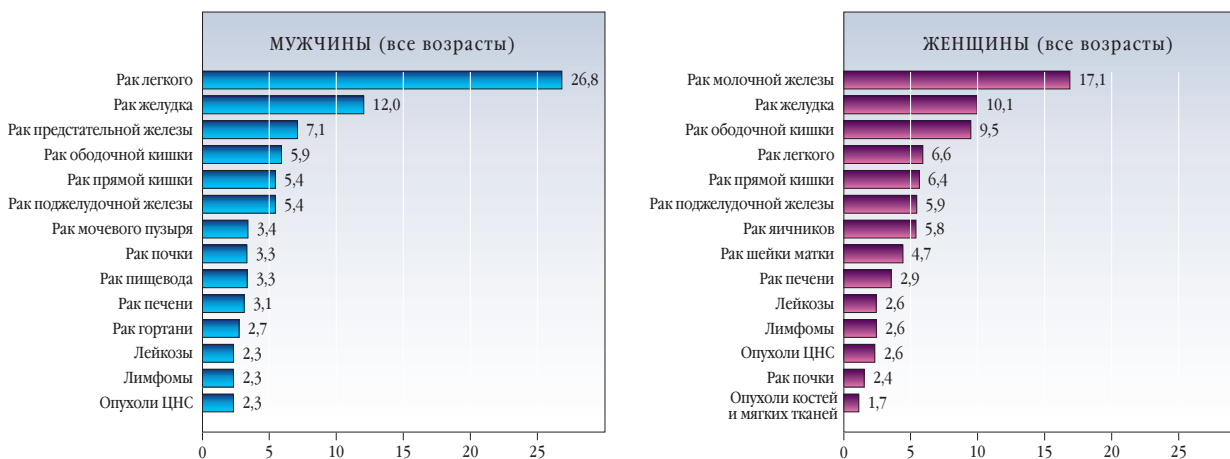
3



СМЕРТНОСТЬ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РАЗЛИЧНЫХ СТРАНАХ МИРА В 2012 ГОДУ

Источник: www.globocan.iarc.fr.

4



СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2012 ГОДУ, %

Источник: Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2014, неопубликованные данные.

понимание значения этого факта и системы организации профилактических мероприятий, ибо они рассматриваются тезисно, наряду с прочими.

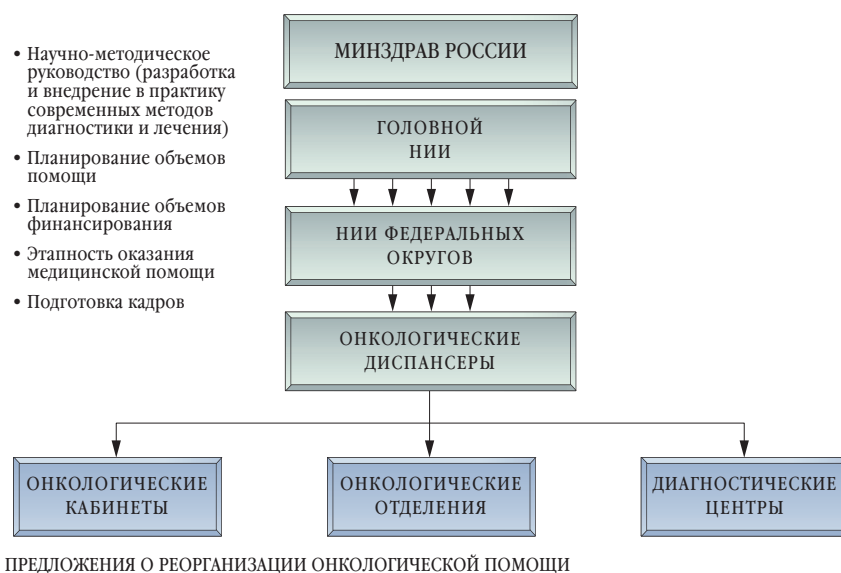
Крупным изъяном в организации специализированной помощи онкологическим больным, нуждающимся в ней, является острейшая нехватка современных аппаратов (линейных ускорителей) для проведения лучевой терапии: 0,77 на 1 млн населения в РФ, тогда как в США – 11,93, в Швеции – 6,47, в ФРГ – 6,21, в Японии – 6,67 (данные 2013 года).

Другой проблемой является дефицит лекарственного обеспечения современными противоопухолевыми препаратами последнего поколения, которые могли бы существенно изменить прогноз для 3 млн стоящих на учете онкологических больных.

В-третьих, бичом российского здравоохранения является постоянный дефицит финансовых средств, необходимых для реализации государственных программ. Государственная модель здравоохранения (самая передовая) не имеет государственного финансирования. Су-



5



ПРЕДЛОЖЕНИЯ О РЕОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

существующая же модель финансирования носит сенсационный характер, не имеющий аналогов в мире, так как разделена по видам оказания специализированной помощи – ВМП, СМП, ОМС, целевые субсидии – и, по сути, исходит из одного источника – государственного кармана, крайне запутанна, предельно бюрократизирована и срочно нуждается в пересмотре. Объяснение распределения финансирования по видам специализированной помощи нехваткой средств представляется неубедительным.

В-четвертых, здравоохранение России является обязательным и важнейшим компонентом государственной безопасности. В случае несвоевременного решения назревших в нем проблем силовые структуры могут не понадобиться. Каждодневная и повсеместная готовность к биологическим и военным катаклизмам в наше беспокойное время диктует необходимость построения структуры и организации функций Минздрава России по аналогии с силовыми ведомствами. Вместе с тем из подчинения Минздрава России выведен санитарно-эпидемиологический главк (он преобразован в Роспотребнадзор и подчинен непосредственно Правительству Российской Федерации), что вызывает большие сомнения в качестве профессионального контроля за его деятельностью, ибо

в составе правительства *нет* профессиональной коллегии, равной Минздраву России, а у министерства теперь *нет* инструмента контроля и управления эпидемиологической обстановкой в стране.

В-пятых, Минздраву России следует взять на себя в субординационном режиме организацию и контроль всей специализированной помощи в стране (рис. 5).

Инструментом Минздрава России и ответственными за организацию этого процесса должны стать головные профильные центры, которым надлежит находиться в его составе. Зоной ответственности Минздрава России должны быть учреждения, оказывающие специализированную помощь в регионах (республиканские, краевые и областные больницы и диспансеры), зоной ответственности муниципальных органов власти – учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь (районные и межрайонные, поселковые и городские), а также обеспечивающие своевременную эвакуацию пациентов до пунктов специализированной помощи. Препятствием к реализации подобной модели организации специализированной помощи является закон о разграничении полномочий центра и регионов, который нуждается в корректировке.