

## **НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО БОРЬБЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПЕРИОД ДО 2030 ГОДА**

### **I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

В Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года (далее – Национальная стратегия) определены приоритеты, цели и основные направления государственной политики в области борьбы с онкологическими заболеваниями, направленные на снижение общей смертности от онкологических заболеваний, в том числе преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста, а также на профилактику и снижение уровня инвалидизации при онкологических заболеваниях на основе обеспечения раннего выявления, повышения доступности и качества медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, высокотехнологичную специализированную помощь, медицинскую реабилитацию и паллиативную медицинскую помощь, с целью сохранения и укрепления национального человеческого капитала на долгосрочный период.

Национальная Стратегия основывается на положениях и нормах Конституции Российской Федерации, международных договоров Российской Федерации в области международного права; федеральных законов от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 28 июня 2014 года № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации», иных федеральных законов, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р, Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённой распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2580-р, Прогноза долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года и прогноза демографического развития Российской Федерации до 2035 года, Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации и других актов Президента и Правительства Российской Федерации.

#### **Основные принципы Национальной стратегии:**

- принцип преемственности означает, что разработка Национальной стратегии осуществляется с учетом результатов и этапов реализации

ранее принятого документа стратегического планирования – государственной программы «Развитие здравоохранения», утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294;

- принцип прозрачности (открытости) реализуется через широкое многостороннее обсуждение проекта документа;
- принцип реалистичности заключается в возможности достижения целей и решения задач в установленные сроки с учетом ресурсных ограничений и рисков;
- определение приоритетов и целей Национальной стратегии, взаимоувязанных по целям и срокам реализации с государственными программами Российской Федерации и государственными программами субъектов Российской Федерации, отражает программно-целевой принцип;
- в Национальную стратегию включены четыре принципа борьбы против рака Всемирной организации здравоохранения: профилактика, раннее выявление, диагностика и лечение, включая реабилитацию, и паллиативная медицинская помощь;
- Национальная стратегия опирается на основные принципы охраны здоровья в Российской Федерации: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; доступность и качество медицинской помощи, приоритет профилактики онкологических заболеваний и приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

## **II. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

За последнее десятилетие развитие онкологической помощи в Российской Федерации осуществлялось в рамках проектной деятельности или государственных программ. В 2009 году в 11 субъектах Российской Федерации началась реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье», направленного в числе прочего на совершенствование оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями. Всего в проекте в период 2009-2014 гг. приняли участие более 70 субъектов Российской Федерации. Условия для участия регионов в проекте были определены постановлением Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. №1164 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями» и включали следующее:

- наличие региональной программы по совершенствованию медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, содержащей целевые показатели реализации мероприятий;

- организация проведения в субъекте Российской Федерации профилактических мероприятий, направленных на предупреждение и снижение смертности от онкологических заболеваний;

- организация подготовки и переподготовки медицинских кадров;

- соответствие организации деятельности учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации Порядку оказания медицинской помощи онкологическим больным, включая закупку необходимого оборудования для оказания медицинской помощи.

Общая сумма субсидий федерального бюджета, предоставленных в 2009-2014 гг. в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, составила более 34,96 млрд рублей.

Общая сумма средств бюджетов субъектов Российской Федерации, выделенных в 2009-2014 гг. в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, составила более 12,79 млрд рублей.

Общая сумма средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации, выделенных в 2009-2014 годах в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» на реализацию мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, составила более 47,75 млрд рублей.

Программа модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2013 годы, направленная на улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи, также способствовала укреплению материально-технической базы медицинских учреждений, внедрению стандартов оказания медицинской помощи по профилю, развитию коечного фонда медицинских организаций путём создания реабилитационных и паллиативных коек для онкологических больных, внедрению электронного паспорта медицинского учреждения, электронного документооборота и записи к врачу в электронном виде.

Реализация мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в 2013-2016 годах осуществлялась в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» и региональных программ развития здравоохранения. Минздравом России с участием главных внештатных специалистов Минздрава России разрабатывались планы мероприятий по сокращению в 2015-2017 годах числа умерших по основным классам причин смерти, в том числе по классу «новообразования». Обобщенные планы

мероприятий по снижению смертности доводились до органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья с целью разработки соответствующих региональных планов, предусматривающих включение целевых значений показателей снижения смертности, рекомендованных Минздравом России для каждого субъекта Российской Федерации, с указанием числа сохраненных жизней по каждому мероприятию.

Планы мероприятий по снижению смертности от онкологических заболеваний предусматривают реализацию мер, направленных на повышение эффективности работы медицинских организаций по раннему выявлению онкологических заболеваний, в том числе с использованием скрининговых методов и выездных форм работ; тиражирование эффективных методов диагностики злокачественных новообразований (лучевая диагностика; иммунофенотипирование; молекулярные, цитогенетические исследования; дерматоскопия, жидкостная цитология и др.), в том числе на основе клинических рекомендаций (протоколов лечения); внедрение высокоэффективных радиологических, химиотерапевтических, комбинированных хирургических методов лечения с использованием иммунологических, в том числе инновационных методов таргетной терапии и таргетной иммунотерапии; внедрение современных средств и систем с направленной доставкой лекарственных веществ, антител и терапевтических наночастиц в заданную область организма, органа или клетки.

В рамках реализации Основного мероприятия 2.6. «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями» государственной программы по развитию здравоохранения на 2013-2020 годы в субъектах Российской Федерации сформирована система оказания онкологической помощи населению, ориентированная на раннее выявление онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения. По данным Минздрава России, отдельные цели основного мероприятия 2.6. «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями» в 2016 году достигнуты: удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, составил 53,3% (плановое значение 52,8%); показатель одногодичной летальности больных злокачественными новообразованиями уменьшился до 23,2% (плановое значение - 24,6%).

В 2015-2016 годах осуществлены важные шаги по развитию фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины (мероприятие 3.2 Подпрограммы 3 «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины»): федеральным законом от 8 марта 2015 года № 55-ФЗ внесены изменения в 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов

профилактики, определён механизм включения в клинические рекомендации (протоколы лечения) инновационных продуктов, а также методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации с целью их дальнейшего внедрения в практику здравоохранения, позволяющий проводить оценку прикладной значимости таких разработок. Появилась правовая основа для реализации принципов трансляционной медицины (активного переноса современных фундаментальных исследований в эффективную медицинскую практику) и упорядочения механизмов обновления клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 13 марта 2015 г. № 421-р об отнесении с 1 июля 2015 года федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» к ведению Минздрава России и создании на его базе национального научно-практического медицинского центра с возложением функции организационно-методического руководства организациями соответствующего профиля фактически заложило правовую основу структуры управления онкологической службой в Российской Федерации, в которой ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России является первым уровнем вертикали управления.

### **Состояние онкологической помощи взрослому и детскому населению Российской Федерации**

По данным государственной федеральной отчётности Минздрава России по онкологии, за 10 лет в период 2006-2016 годов произошел рост уровня первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями при сравнении «грубых» показателей на 22,7%: с 333,67 на 100 тыс. населения в 2006 году до 409,4 на 100 тыс. населения в 2016 году.

В 2016 году в стране впервые в жизни выявлено 599 348 случаев злокачественных новообразований, в том числе 273 585 случаев у мужчин и 325 763 случаев у женщин. На конец 2016 года в территориальных онкологических учреждениях Российской Федерации состояли на учете 3 518 842 пациента (2,4 % населения страны), в том числе дети до 18 лет - 0,7%; пациенты старше трудоспособного возраста - 63,1%; пациенты трудоспособного возраста (с 15 лет) - 36,3%. Совокупный показатель распространенности злокачественных новообразований в 2016 году составил 2 403,5 на 100 тыс. населения, что выше уровня 2006 года на 38,8% (1 730,9 на 100 тыс. населения). Рост данного показателя обусловлен как ростом заболеваемости и выявляемости, так и увеличением выживаемости онкологических больных. Диагноз злокачественного новообразования в 2016 году морфологически подтвержден в 91,3% случаев (в 2006 году - 81,8%).

Показатель активного выявления злокачественных новообразований составил в 2016 году 22,4%. Распределение впервые выявленных злокачественных новообразований по стадиям: I стадия - 28,6%, II стадия -

26,1%, III стадия - 19,1%, IV стадия - 20,5%; в 5,7% случаев стадия не установлена. Доля впервые выявленных злокачественных новообразований I-II стадии за 10 лет выросла на 22,4% (2006 г. - 44,7%, 2016 г. - 54,7%). Показатель позднего выявления или запущенности (IV стадия) 2016 года превышает аналогичный показатель 2015 года в 36 регионах Российской Федерации, в 6 регионах он не изменился. Несмотря на рост диагностических возможностей, оснащенности медицинских учреждений высокоэффективным диагностическим оборудованием, развитие новых диагностических методик, доля активно выявленных больных и доля больных, заболевание у которых выявлено на ранней стадии опухолевого процесса, остаются достаточно низкими, особенно при визуальных опухолях.

По данным Федеральной службы государственной статистики, в структуре смертности населения России 2016 года злокачественные новообразования занимают второе место (295 729 случаев или 15,6% от 1 888 729 случаев) после болезней системы кровообращения (904 055 случаев - 47,8%). Шесть локализаций (молочная железа, шейка матки, предстательная железа, толстая и прямая кишка, кожа с меланомой, рот и глотка) определяют в настоящее время 54% заболеваемости и 40% смертности от всех случаев злокачественных новообразований. Показатель смертности населения России от злокачественных новообразований за период 2006-2016 годов статистически значимо не изменился: 201,6 на 100 тыс. населения в 2016 году и 199,13 на 100 тыс. населения в 2006 году. Среди 435 851 случаев смерти в трудоспособном возрасте доля умерших от злокачественных новообразований составила в 2016 году 14,76% (64 342 случая) или 76,4 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста. Показатель одногодичной летальности от злокачественных новообразований за 10 лет снизился на 24,9%, составив в 2016 году 23,3% (2006 г. - 31,0%).

Данные Минтруда России (расчёт Росстата) свидетельствуют о росте в 2,5 раза доли лиц старше 18 лет, которым впервые установлена инвалидность по причине злокачественных новообразований в период 2006-2016 годов. Так, в 2016 году доля лиц старше 18 лет, которым инвалидность установлена впервые по причине злокачественного новообразования, составила 31,8% (212 тыс. человек от 666 тыс. человек с впервые установленной инвалидностью), а в 2006 году - 12,9% (191 тыс. от 1 474 тыс.). Если в 2005 году инвалидность по причине злокачественного новообразования среди лиц старше 18 лет впервые устанавливалась в каждом десятом случае, в 2007 году - в каждом седьмом случае, в 2009-2010 годах - в каждом пятом случае, в 2013 году - в каждом четвертом случае, то в 2016 году - уже в каждом третьем случае.

В период 2006-2016 годов показатель первичной инвалидности по всем причинам в Российской Федерации уменьшился в 2,8 раза (с 128,0 до 45,4 на 100 тыс. населения). При этом показатель первичной инвалидности по причине злокачественных новообразований снизился незначительно - с 16,6 до 14,5 на 100 тыс. населения. Сохраняющийся уровень первичной

инвалидизации по причине злокачественных новообразований отражает рост первичной заболеваемости онкологическими заболеваниями в целом в стране, а также является следствием увеличения контингента онкологических пациентов за счёт сохранённых жизней (снижение уровня одногодичной летальности при злокачественных новообразованиях).

В 2016 году у детей в возрасте до 15 лет впервые было выявлено 3 235 случаев злокачественных новообразований, что на 33,4% выше показателя 2006 года (2425 случаев), и 3 803 случая злокачественных новообразований выявлено у детей в возрасте до 18 лет. На диспансерный учёт взято впервые 3 220 детей с злокачественными новообразованиями в возрасте до 15 лет и 3 782 в возрасте до 18 лет. Доля злокачественных новообразований с морфологически подтвержденным диагнозом в 2016 году составила для группы детей до 15 лет 93,4% (в 2006 году – 89,6%), для детей до 18 лет – 94,0%.

Показатели распределения больных по стадиям опухолевого процесса в возрастных группах (0-14 лет) и (0-17 лет) составляют соответственно: I стадия – 8,6% и 10,3%, II стадия – 14,1% и 15,7%, III стадия – 9,7% и 9,7%, IV стадия – 9,7% и 9,8%. Высокий удельный вес больных с неустановленной стадией заболевания (58,0% для детей в возрасте до 15 лет и 54,4% для детей в возрасте до 18 лет) обусловлен тем, что около половины злокачественных новообразований составляют гемобласты.

Под наблюдением в онкологических учреждениях в 2016 году находились 19 136 пациентов в возрасте 0-14 лет (в 2006 году – 12 405, рост на 54%) и 24 207 пациентов в возрасте 0-17 лет. Показатель распространенности злокачественных новообразований в возрастной группе детей до 15 лет в 2016 году составил 77,5 на 100 тыс. детского населения, что на 31,6% выше показателя 2006 года (58,8 на 100 тыс. детского населения). Распространённость злокачественных новообразований в детской популяции (0-17 лет) составила в 2016 году 84,4 на 100 тыс. детского населения. Все дети с онкологическими заболеваниями наблюдаются у врачей-онкологов до 18 лет, после чего передаются под наблюдение во взрослую сеть.

Показатель одногодичной летальности у детей возрастной группы (0-14 лет) за период 2006-2016 годов уменьшился на 48,8%: с 17,2% в 2006 году до 8,8% в 2016 году; показатель одногодичной летальности в возрастной группе 0-17 лет составил в 2016 году 8,8%.

С накоплением контингента детей, больных злокачественными новообразованиями, отчасти связан и рост числа детей-инвалидов: по данным Минтруда России, число лиц до 18 лет, впервые признанных инвалидами по причине новообразований, выросло с 2892 человек в 2006 году (3,57% от числа всех детей, впервые признанных инвалидами) до 3505 человек в 2016 году (4,8% от числа всех детей, впервые признанных инвалидами).

Для борьбы с злокачественными заболеваниями у детей широко внедряются современные визуализирующие методы диагностики:

компьютерная и магнитно-резонансная томография с болюсным усилением; ангиография и компьютерная ангиография; радионуклидные методы; применяются новые направления морфологического анализа: иммуногистохимического и молекулярно-генетического; применяется предоперационное химиотерапевтическое лечение, используются методы детоксикации (гемодиализа) у больных в послеоперационном периоде. Хорошие результаты достигнуты в лечении онкогематологических заболеваний у детей, широко применяется аутологичная и аллогенная трансплантация периферических стволовых клеток, в том числе от неродственных доноров и с применением стволовых клеток пуповинной крови.

### **Комплексные проблемы на федеральном, окружном и региональном уровнях и пути их решения**

Специализированная онкологическая помощь населению Российской Федерации оказывается в 98 онкологических диспансерах и трёх специализированных онкологических больницах. По данным государственной федеральной отчётности Минздрава России по онкологии, в 2016 году в стране функционировало 33 236 онкологических коек для взрослых, включая 1 506 онкологических паллиативных коек (6,2 на 1000 умерших от злокачественных новообразований из числа учтённых); 2 020 онкологических коек для детей и 7 923 радиологических коек.

Обеспеченность населения онкологическими койками в 2016 году в России составила 2,4 на 10 тыс. населения (в 2011 году - 2,2 на 10 тыс. населения); обеспеченность радиологическими койками незначительно уменьшилась до 0,54 на 10 тыс. населения в 2016 году по сравнению с 0,6 на 10 тыс. населения в 2011 году.

По данным статистической отчётной формы № 30 за 2015 год в регионах выявлен значительный износ оборудования (срок эксплуатации более 10 лет): микроскопы электронные (52,6%), станции макроскопического исследования и вырезки (17,2%), гамма-терапевтические аппараты для дистанционно-конвенциональной лучевой терапией (48,2%), рентген-терапевтические аппараты (39,7%), аппараты для брахитерапии (30,5%), системы дозиметрического планирования (18,1%). Обновление (переоснащение) в соответствующих случаях лабораторного, диагностического оборудования и другого медицинского оснащения - задача, требующая взвешенного стратегического решения в условиях ограниченных ресурсов.

В 2016 году в Российской Федерации число штатных должностей врачей в онкологических учреждениях составило 14 780,75, физических лиц - 9 558 (укомплектованность врачебными кадрами - 64,67%). Онкологическую помощь в стране оказывали 7 271 онколог (в 2011 году - 6 594), 1 247 радиологов и 314 радиотерапевтов. В 2016 году на 1 врача-онколога приходилось 484 больных со злокачественными новообразованиями,

состоящих на учёте (в 2011 году – 439,9). Обеспеченность врачами-онкологами в Российской Федерации в 2016 году составила 0,5 на 10 тыс. населения (в 2011 г. – 0,46). Практически во всех учреждениях субъектов РФ наблюдается низкая укомплектованность врачами-онкологами. Решение кадрового вопроса – важнейшая задача Национальной стратегии.

В 2016 году на онкологических койках пролечено 1 128 411 пациентов (в 2011 г. - 853 998). Средняя продолжительность пребывания больного на койке снизилась с 12,0 дней в 2011 г. до 9,8 дней в 2016 г. Средняя занятость онкологической койки составила 334,2 дня (2011 г. - 346,4).

Доля пациентов с злокачественными новообразованиями, получивших высокотехнологическую медицинскую помощь в 2016 году всего в Российской Федерации, - 14,9% (13,5% в 2015 году).

На второй этап медицинской реабилитации после специализированного лечения в 2015 году было направлено всего по стране 17,1% пациентов с онкологическими заболеваниями. В ряде федеральных округов этот показатель значительно ниже: 2,5% - в Дальневосточном федеральном округе, 3,0% - в Северо-Кавказском федеральном округе и 3,2% - в Уральском федеральном округе. Данные факты свидетельствуют об ограничении доступности услуг медицинской реабилитации пациентам с онкологическими заболеваниями в этих округах. Создание развитой системы медицинской реабилитации 2-3 этапов для пациентов с злокачественными новообразованиями после оперативного (комбинированного) лечения – важнейшая задача для снижения уровня инвалидизации лиц трудоспособного возраста и улучшения качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями. Наилучшие показатели по доступности услуг медицинской реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями в Брянской области - 74,1% пациентов направлены на медицинскую реабилитацию, в Кемеровской области - 61,6% и в Тверской области - 55,2%.

По заключению Минздрава России, основные причины недостижения целевых медико-демографических показателей связаны с низкой активностью первичного звена здравоохранения по раннему выявлению онкологических заболеваний и профилактике; несвоевременной обращаемостью населения за медицинской помощью; недоработками в схемах маршрутизации пациентов и невыстроенностью трёхуровневой системы здравоохранения; недостаточным использованием эффективных методов диагностики и лечения пациентов, а также с дефицитом квалифицированных кадров. При этом также необходимо учитывать, что сложившаяся инфраструктура, штатные нормативы и укомплектованность кадрами онкологической службы, а также уровень финансового обеспечения онкологической помощи уже не в полной мере соответствуют росту первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями в стране, растущим потребностям в ранней диагностике и специализированной медицинской помощи (как высокотехнологичной, так и первичной

специализированной медицинской помощи). На решение этих задач будут направлены мероприятия Национальной стратегии.

Без активного взаимодействия врачей первичного звена (врачей общей практики/семейных врачей, участковых врачей-терапевтов) с онкологами не может быть конструктивного решения проблемы раннего выявления злокачественных новообразований.

Отсутствие развитой системы паллиативной медицинской помощи для больных с злокачественными новообразованиями – задача, требующая решения в рамках Национальной стратегии. По данным МНИОИ им. П.А. Герцена, около 50 тысяч онкологических больных (2,0% от общего числа больных с злокачественными новообразованиями) нуждаются в оказании паллиативной медицинской помощи в условиях соответствующих отделений или хосписов для проведения противоболевой и симптоматической терапии, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки пациента и его близких. Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» (приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 915н) регулирует вопросы оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным. Врачи-онкологи уполномочены направлять больных с злокачественными новообразованиями при наличии гистологически верифицированного диагноза в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь. Главной целью паллиативной медицинской помощи в соответствии с приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» является эффективное и своевременное избавление пациента от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц.

На совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в период 2017-2019 гг. в рамках реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» (основное мероприятие 2.6.) будет направлено 5 611 295,60 тыс. рублей, в том числе в 2017 году – 1747571,60 тыс. рублей, в 2018 году – 1892788,90 тыс. рублей и в 2019 году - 1970935,10 тыс. рублей.

### **III. ПОКАЗАТЕЛИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО БОРЬБЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПЕРИОД ДО 2030 ГОДА**

Национальная стратегия разработана в гармонизации с принятыми страной международными обязательствами (резолюция Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций A/RES/70/1 и резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA70.12 и WHA66.10). Целевые показатели Национальной стратегии определены с учётом глобальных и национальных трендов развитых стран Европейского региона Всемирной

организации здравоохранения (далее – ВОЗ) в области борьбы с раком, а также с учётом вариантов долгосрочного прогноза социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года и долгосрочного прогноза демографического развития Российской Федерации до 2035 года (в соответствии с требованиями 172-ФЗ от 28 июня 2014 года «О стратегическом планировании в Российской Федерации»).

### **Глобальные и национальные тренды развитых стран Европейского региона ВОЗ в области борьбы с раком и международные обязательства по снижению преждевременной смертности**

В 2012 году в мире установлено 14,1 миллиона случаев заболевания раком. Онкологические заболевания в настоящее время прочно занимают среди причин смертности второе место после сердечно-сосудистых заболеваний - 8,2 миллиона случаев и 17 миллионов случаев соответственно (ВОЗ/МАИР, 2012). В 2015 году от рака в мире умерло 8,8 миллиона человек. В ряде развитых стран, в том числе Европейского региона ВОЗ – Бельгии, Дании, Израиле, Испании, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Сан-Марино, Соединённом Королевстве и Франции - смертность от онкологических заболеваний вышла на первое место в связи с увеличением доли лиц пожилого возраста и эффективным лечением сердечно-сосудистых заболеваний.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в период 2012-2030 гг. в мире ожидается рост новых случаев заболевания раком с 14,1 миллиона в 2012 году до 21,6 миллиона в 2030 году. Онкологические заболевания по праву рассматриваются в качестве глобальной угрозы устойчивому развитию из-за постоянно растущей финансовой нагрузки на бюджеты стран и домохозяйств при лечении онкологических больных и невосполнимых потерь человеческих ресурсов, обусловленных ростом уровня преждевременной смертности от рака до 52,6% (4,32 млн случаев смерти в 2012 г.). Поэтому в 2013 году резолюцией Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA66.10) борьба с онкологическими заболеваниями в числе других неинфекционных заболеваний (серечно-сосудистых заболеваний, хронических обструктивных болезней лёгких и диабета) с приоритетным снижением на 25% уровня преждевременной смертности (от 30 лет до 70 лет) по их причине была закреплена в качестве добровольной глобальной цели к 2025 году.

Главы государств и правительств, включая Россию, в сентябре 2015 года в рамках 70-ой сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций утвердили новую Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года (резолюция A/RES/70/1), в которой подтвердили свою приверженность делу профилактики и лечения неинфекционных заболеваний путём обеспечения доступа к качественному медицинскому обслуживанию и всеобщего охвата медицинской помощью. Задачи, которые государства должны решить на национальном уровне к 2030

году в области борьбы с неинфекционными заболеваниями, включая рак, и соответствующие обязательства включают в себя (для достижения 3-ей Цели устойчивого развития):

- уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения;
- обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех;
- оказывать содействие исследованиям и разработкам лекарственных препаратов для лечения неинфекционных болезней, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств.

Резолюция «Профилактика рака и борьба с ним в контексте комплексного подхода», принятая 31 мая 2017 года на 70-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA70.12), подтвердила намерение государств-членов сократить к 2030 году преждевременную смертность от рака и других неинфекционных заболеваний на одну треть.

Таким образом, резолюциями Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA66.10 и WHA70.12) и Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций (A/PES/70/1) снижение именно преждевременной смертности от рака в числе других неинфекционных заболеваний заявлены как целевые показатели достижения третьей Цели устойчивого развития к 2030 году (снижение на треть) и Добровольной глобальной цели Комплексной глобальной системы мониторинга неинфекционных заболеваний Всемирной организации здравоохранения к 2025 году (снижение на 25%).

**Выбор показателей Национальной стратегии в соответствии с  
долгосрочным прогнозом социально-экономического развития  
Российской Федерации до 2030 года и прогнозом демографического  
развития Российской Федерации до 2035 года**

Долгосрочный прогноз социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года, разработанный Минэкономразвития России в 2013 году, относит предотвращение смертности от онкологических заболеваний к одной из трёх основных мер по снижению смертности в стране, наряду с организацией медицинской помощи и повышением ее доступности, а также профилактикой социально-значимых болезней.

В соответствии с 172-ФЗ от 28 июня 2014 года «О стратегическом планировании в Российской Федерации» показатели Национальной стратегии учитывают варианты долгосрочного прогноза социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 года и сценарии (низкий, средний и высокий) прогноза демографического развития Российской Федерации до

2035 года (прогноз Росстата от 27 июня 2017 года), указывающего на значительное снижение к 2030 году численности населения трудоспособного возраста (до 79,0 млн человек при среднем сценарии и до 77,6 млн человек при низком сценарии по сравнению с 86,6 млн человек в 2012 году). Также к 2030 году ожидается значительный рост демографической нагрузки на трудоспособное население: при среднем сценарии на 1000 трудоспособных будет приходиться 871 нетрудоспособных (в 2012 году - 654 нетрудоспособных). Ожидаемая продолжительность жизни на начало 2030 года соответственно низкому, среднему и высокому сценариям демографического прогноза Росстата до 2035 года будет равна 73,3, 75,1 и 77,4 годам.

Ожидаемые демографические тренды наряду с увеличением численности населения старше трудоспособного возраста (до 41,22 млн человек при среднем сценарии) могут стать существенным сдерживающим фактором социально-экономического развития страны на период до 2030 года, для преодоления которого важнейшей государственной задачей должно стать снижение уровня смертности лиц трудоспособного возраста, а в последующем и снижение уровня инвалидизации (общей и первичной) лиц трудоспособного возраста по причине онкологических заболеваний. На сбережение потенциальных трудовых ресурсов и укрепление человеческого капитала направлено и снижение детской смертности от онкологических заболеваний.

При среднем сценарии демографического прогноза ожидается, что тенденция демографического старения населения приведет к росту общего коэффициента смертности до 14,0 в 2030 году (13,3 в 2012 году). Более того, при всех сценариях демографического прогноза с значительным увеличением численности населения старше трудоспособного возраста (до 40,6 млн, 41,2 млн и 42,2 млн человек соответственно низкому, среднему и высокому сценариям при показателе 2012 года - 32,8 млн человек) число случаев смерти от онкологических заболеваний может расти по мере увеличения продолжительности жизни, что наблюдается в развитых странах Европейского региона и мира. Применение стандартизованных показателей смертности позволяет учитывать фактор возрастного распределения, что является в настоящее время международным стандартом мониторинга смертности от рака в мире. В рамках реализации Национальной стратегии предлагается ввести стандартизованные показатели смертности от новообразований (в том числе злокачественных) в систему государственной федеральной отчетности в среднесрочной перспективе.

Высокий сценарий демографического прогноза Росстата до 2035 года предполагает значительный рост к 2030 году численности населения младше трудоспособного возраста (0-15 лет) - до 28,95 млн человек по сравнению с 23,8 млн человек в 2012 году. Увеличение численности детского населения более чем на 5 млн человек неизбежно отразится на абсолютных показателях первичной заболеваемости и детской смертности, в том числе и по причине

рака, в связи с чем сравнение только абсолютных показателей заболеваемости и смертности детского населения с текущими данными при высоком сценарии демографического прогноза будет некорректным для оценки результативности мероприятий Национальной стратегии.

Таким образом, сценарии долгосрочного прогноза демографического развития Российской Федерации до 2035 года показывают разнонаправленность динамики структуры численности населения в трёх группах: увеличение численности населения в группе старше и группе младше трудоспособного возраста и уменьшение численности населения в группе трудоспособного возраста. Такая динамика возрастной структуры населения страны будет влиять на соответствующие показатели смертности и первичной заболеваемости. В связи с этим в Национальную стратегию включены целевые показатели смертности по классу «новообразований», в том числе злокачественных новообразований, увязанные с долгосрочной динамикой структуры населения и соответствующие системе государственного статистического наблюдения в Российской Федерации, по двум целевым группам отдельно:

- (1) смертность от новообразований, в том числе от злокачественных (ЗНО)\*, (целевая группа - всё население);
- (2) смертность от новообразований, в том числе от злокачественных, в трудоспособном возрасте\*\* (целевая группа - население трудоспособного возраста).

\*Показатель смертности от конкретной причины, в том числе от ЗНО, рассчитываемый на 100 тыс. населения, необходимо отличать от показателя общей смертности, рассчитываемого на тысячу населения (число умерших x 1000 / среднегодовая численность населения).

\*\*Показатель смертности от ЗНО в трудоспособном возрасте (по Трудовому кодексу Российской Федерации трудоспособный возраст установлен для мужчин в 16-59 лет, для женщин в 16-54 года; для расчёта показателя в соответствии с действующей в Российской Федерации системой статистического наблюдения используется трудовой возраст у мужчин в 15-59 лет и у женщин в 15-54 года) рассчитывается на 100 тыс. населения трудоспособного возраста. Его следует отличать от показателя «общей» смертности в трудоспособном возрасте, рассчитываемого на 1000 трудоспособного населения, и от показателя преждевременной смертности ВОЗ в возрастной группе от 30 до 70 лет. Показатель преждевременной смертности от 4-х групп неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, диабета и хронической обструктивной болезни лёгких) экспертами ВОЗ предложено использовать в качестве инструмента международного мониторинга выполнения национальных обязательств по достижению одной из задач (3.4) третьей Цели устойчивого развития Новой повестки дня Организации Объединённых Наций в области устойчивого развития на период до 2030 года.

Действующая в настоящее время в Российской Федерации система государственной федеральной отчётности не предусматривает мониторинг показателя преждевременной смертности, предложенного ВОЗ, а также стандартизованных показателей смертности от новообразований, в том числе злокачественных. В рамках реализации Национальной стратегии предлагается ввести данные показатели в систему государственной федеральной отчётности в среднесрочной перспективе.

## ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ

I группа	ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ*
показатель 1	<b>Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)</b>
показатель 2	<b>Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) в трудоспособном возрасте * (на 100 тыс. населения трудоспособного возраста)</b>
показатель 3	<b>Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями, % в том числе:</b>
	3.1 Одногодичная летальность при раке шейки матки, %**
	3.2 Одногодичная летальность при раке молочной железы, %**
	3.3 Одногодичная летальность при колоректальном раке (толстой и прямой кишки), % **
	3.4 Одногодичная летальность при раке предстательной железы, % **
	3.5 Одногодичная летальность при раке трахеи, бронхов, лёгкого % **
	3.6 Одногодичная летальность при раке кожи, в т.ч. меланоме, %**
	3.7 Одногодичная летальность при раке полости рта и глотки, %**
	3.8 Одногодичная летальность при лимфопролиферативных заболеваниях, %**
показатель 4	<b>Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % в том числе:</b>
	4.1 Удельный вес больных раком шейки матки, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более % **
	4.2 Удельный вес больных раком молочной железы, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **
	4.3 Удельный вес больных колоректальным раком (толстой и прямой кишки), состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **
	4.4 Удельный вес больных раком предстательной железы, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **
	4.5 Удельный вес больных раком трахеи, бронхов, лёгкого, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более %**
	4.6 Удельный вес больных раком кожи, в т.ч. меланомой, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **
	4.7 Удельный вес больных раком ротовой полости и глотки, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **
	4.8 Удельный вес больных лимфопролиферативными заболеваниями,

	состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **
<b>II группа</b>	<b>ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ</b>
показатель 5	<b>Выявление злокачественных новообразований (ЗНО) по стадиям (без лимфопролиферативных заболеваний) и выявление лимфопролиферативных заболеваний</b>
	5.1 Доля больных ЗНО (без лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на I стадии, %
	5.2 Доля больных ЗНО (без лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на II стадии, %
	5.3 Доля больных ЗНО (без лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на III стадии, %
	5.4 Доля больных ЗНО (без лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на IV стадии, %
	5.5 Доля больных с впервые выявленными лимфопролиферативными заболеваниями, %
показатель 6	<b>Эффективность скрининговых программ, проводимых в рамках диспансеризации определённых групп взрослого населения (ДОГВН) в отчётном году:**</b>
	<b>6.1 скрининг рака шейки матки (РШМ)</b>
	6.1.1 Доля пациентов с РШМ, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг РШМ в отчётном году, %
	6.1.2 Доля пациентов с I-II стадиями РШМ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РШМ, выявленных в отчётном году, %
	<b>6.2 скрининг рака молочной железы (РМЖ)</b>
	6.2.1 Доля пациентов с РМЖ, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг РМЖ в отчётном году, %
	6.2.2 Доля пациентов с I-II стадиями РМЖ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РМЖ, выявленных в отчётном году, %
	<b>6.3 скрининг колоректального рака (толстой и прямой кишки) (КРР)</b>
	6.3.1 Доля пациентов с КРР, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг КРР в отчётном году, %
	6.3.2 Доля пациентов с I-II стадиями КРР, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев КРР, выявленных в отчётном году, %
	<b>6.4 скрининг рака предстательной железы (РПЖ)</b>
	6.4.1 Доля пациентов с РПЖ, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг в отчётном году, %
	6.4.2 Доля пациентов с I-II стадиями РПЖ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РПЖ, выявленных в отчётном году, %
	<b>6.5 скрининг рака трахеи, бронхов, лёгкого (РТБЛ)</b>
	6.5.1 Доля пациентов с РТБЛ, выявленных при скрининге РТБЛ в группах риска в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг РТБЛ в отчётном году, %
	6.5.2 Доля пациентов с I-II стадиями РТБЛ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РТБЛ, выявленных в отчётном году, %
	<b>6.6 скрининг рака кожи (РК), в том числе меланомы</b>

	6.6.1 Доля пациентов с РК, в том числе с меланомой, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг РК в отчётном году, %
	6.6.2 Доля пациентов с I-II стадиями РК, в то числе меланомы, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РК, в том числе меланомы, выявленных в отчётном году, %

\*для расчёта показателя в соответствии с действующей в Российской Федерации системой статистического наблюдения используется трудовой возраст в 15-59 лет у мужчин и 15-54 года у женщин

\*\* по данным субъектов Российской Федерации, показатель вводится с 01.01.2024 года

#### **IV. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ**

Целью Национальной стратегии является разработка и реализация комплекса мер государственной политики в области борьбы с онкологическими заболеваниями, направленных на снижение общей смертности от онкологических заболеваний, в том числе преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста, а также профилактику и снижение уровня инвалидизации при онкологических заболеваниях на основе обеспечения ранней выявляемости, повышения доступности и качества медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, высокотехнологичную специализированную помощь, медицинскую реабилитацию и паллиативную медицинскую помощь, с целью сохранения трудовых и человеческих ресурсов, укрепления человеческого капитала на долгосрочный период.

Задачи Национальной стратегии структурированы в соответствии с основными направлениями государственной политики по охране здоровья граждан в Российской Федерации, увязаны (принцип преемственности) с соответствующими подпрограммами государственной программы «Развитие здравоохранения» до 2025 года, соответствуют задачам Стратегии развития здравоохранения и Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года.

Для достижения цели Национальной стратегии предстоит решить следующие задачи:

совершенствование нормативно-правового регулирования организации онкологической помощи и реализации прав граждан на охрану здоровья по вопросам профилактики, раннего выявления, доступности и качества медицинской помощи при онкологических заболеваниях;

внедрение скрининговых программ для раннего выявления онкологических заболеваний;

укрепление трёхуровневой системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, включая развитие инфраструктуры и модернизацию материально-технической базы;

обеспечение всеобщего охвата пациентов с онкологическими заболеваниями качественными и доступными лекарственными препаратами и

терапевтическими средствами и системами направленной доставки лекарственных веществ;

укрепление кадрового потенциала онкологической службы;

реализация мероприятий по полномасштабной информатизации онкологической службы и создание национальной системы мониторинга состояния онкологической помощи;

развитие систем медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, в том числе детям;

укрепление финансового обеспечения реализации Национальной стратегии, внедрение инновационных организационно-правовых и финансовых инструментов в работу профильных медицинских организаций;

совершенствование первичной профилактики онкологических заболеваний на популяционном уровне за счёт расширения взаимодействия с представителями средств массовой информации, гражданского общества и частного сектора;

реализация региональных программ и стратегий по борьбе с онкологическими заболеваниями и федеральных проектов, включая проект по разработке и внедрению инновационных технологий персонализированной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России и других профильных национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России и РАН.

## **Основные направления решения задач Национальной стратегии**

1. Совершенствование нормативно-правового регулирования организации онкологической помощи и реализации прав граждан на охрану здоровья по вопросам профилактики, раннего выявления, доступности и качества медицинской помощи при онкологических заболеваниях.

Масштабность проблематики онкологических заболеваний в стране, рост первичной заболеваемости и инвалидности по причине злокачественных новообразований, стойко удерживаемое второе место в структуре смертности населения, высокая финансовая нагрузка на внебюджетные фонды (обязательного медицинского страхования) в связи с увеличивающимися объёмами специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и растущими потребностями в лекарственном обеспечении больных с онкологическими заболеваниями, - всё это требует переоценки сложившегося нормативно-правового и организационного обеспечения онкологической помощи в стране и перехода от отраслевых рекомендаций и фрагментарных региональных решений к разработке и реализации комплекса государственных мер на федеральном и региональном уровнях по развитию онкологической службы Российской Федерации в

рамках настоящей Национальной Стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года. Совершенствование государственного регулирования отдельных вопросов организации оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях будет также осуществляться в рамках полномочий, установленных в части 3 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», позволяющих законодательно устанавливать особенности организации оказания медицинской помощи при отдельных социально значимых заболеваниях.

Своевременному и гарантированному обеспечению больных онкологическими заболеваниями (взрослых и детей) доступными и качественными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, включая терапевтические средства и системы направленной доставки лекарственных веществ, антител и наночастиц, будет способствовать формирование Государственного реестра лекарственных препаратов и медицинских изделий для больных с онкологическими заболеваниями (как отдельного функционала Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и функционала Информационно-аналитической системы мониторинга и контроля в сфере государственных и муниципальных закупок лекарственных препаратов); ведение с установленным периодом обновления Федерального реестра больных злокачественными новообразованиями, нуждающихся в лекарственных препаратах и медицинских изделиях (как отдельный функционал Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения). Необходимо повысить статус системы Федерального ракового регистра (популяционного и нозологического), для обеспечения работы по совершенствованию, сопровождению и администрированию которого требуется целевое финансирование на постоянной основе. На региональном и муниципальном уровнях необходимо повышать ответственность работодателей за предоставление возможности работающим сотрудникам своевременно проходить диспансеризацию, включая соответствующие скрининговые программы по раннему выявлению онкологических заболеваний, а также повышать ответственность граждан за своё здоровье.

Совершенствование нормативно-правового регулирования организации онкологической помощи взрослому и детскому населению Российской Федерации потребует обновления соответствующих Порядков, утверждённых приказами Минздрава России соответственно от 15 ноября 2012 г. № 915н и от 31 октября 2012 г. № 560н. На повышение качества медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями будут направлены меры по централизации онкологической помощи в профильных медицинских учреждениях и улучшению взаимодействия врачей-онкологов с врачами-специалистами других профилей, что также потребует внесения изменений в соответствующие Порядки, утверждённые приказами Минздрава России.

В рамках Национальной стратегии по отдельным приоритетным направлениям предстоит разработать пакет методических рекомендаций: по завершению формирования в регионах трехуровневой системы оказания онкологической помощи населению Российской Федерации и оптимальной маршрутизации пациентов; по раннему выявлению (внедрению стандартизированных скрининговых программ) онкологических заболеваний; диспансерному наблюдению пациентов с злокачественными новообразованиями, в том числе детей; по организации трёхэтапной системы медицинской реабилитации больных с онкологическими заболеваниями, в том числе детей; по организации оказания паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Профильной комиссии по специальности «онкология» Минздрава России и Ассоциации онкологов России предстоит актуализировать клинические рекомендации (протоколы лечения) онкологических заболеваний, а также разработать стандарты (клинические рекомендации) второго и третьего этапов медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения и паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, в том числе детям.

## 2. Внедрение скрининговых программ для раннего выявления онкологических заболеваний.

Сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний, - одна из задач государственной политики в сфере здравоохранения, провозглашённая в Указе Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года №1351 и Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.

До 2015 года скрининги рака молочной железы, шейки матки, предстательной железы и колоректального рака проводились в рамках первого этапа диспансеризации определённых групп взрослого населения (приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 года № 1006). Новый порядок диспансеризации, утверждённый приказом Минздрава России 3 февраля 2015 года № 36ан, исключил из 1-го этапа диспансеризации скрининг рака предстательной железы в группе мужчин старше 50 лет, перенеся его на второй этап, ограничив группу обследуемых рядом условий. Новый порядок диспансеризации также ввёл ряд возрастных ограничений для определённых групп взрослого населения, фактически уменьшив охват популяции скрининговыми программами. Так, в настоящее время скрининг колоректального рака проводится в группе граждан в возрасте от 48 до 75 лет (ранее проводился от 45 лет и старше); скрининги рака молочной железы и шейки матки проводились соответственно от 39 лет и от 21 года без установления верхней возрастной границы (в настоящее время введены ограничения в 75 лет и 69 лет соответственно).

Основу скрининговых программ будет составлять применение современных высокоточных методов первичной диагностики и уточняющих тестов. Так, в скрининге рака шейки матки в качестве первичного скрининг-теста будет применяться в соответствии с международными рекомендациями технология жидкостной цитологии с окрашиванием по Папаниколау и автоматизированный скрининг с выделением патологических участков и ранжированием препаратов по степени патологии на группы. Скрининг колоректального рака будет основываться на иммунохимическом тесте, скрининг рака молочной железы – на маммографии. При соответствующем клиническом назначении и с целью уточнения поставленного диагноза будет проводиться тест на выявление основных 14 типов высокого онкогенного риска (метод гибридного захвата и/или ПЦР) и иммуноцитохимическое исследование для прогноза развития заболевания и выбора оптимальной тактики ведения пациента. Для проведения исследований необходимо оснащение лабораторий соответствующим оборудованием для пробоподготовки, окрашивания и анализа. Применение всего комплекса диагностических средств обеспечит универсальное обследование с минимальными рисками пропуска патологии и индивидуальный подход при последующем назначении терапии.

Расширение спектра инновационных скрининговых программ будет основываться на молекулярной диагностике. Знание статуса мутации - предиктора конкретного онкологического заболевания позволит более эффективно проводить скрининг в группах с соответствующим наследственным риском.

На этапе верификации диагноза в лабораторную практику уже вошли диагностические тесты на мутации ключевых онкогенов: EGFR, ALK, ROS1, PD, PDL1 при раке легкого, KRAS и NRAS при колоректальном раке, BRAF6000 при меланоме, MGMT при глиобластомах, HER2neu, ER/PR и BRCA при раке молочной железы и яичников.

Для высокоточного и корректного анализа статуса мутаций молекулярно-генетические лаборатории должны быть оснащены оборудованием для проведения молекулярно-биологических, иммуногистохимических и гистологических исследований с использованием высокоточных методик (ПЦР, ИГХ, FISH, NGS). Список минимально необходимого оснащения для проведения ПЦР должен включать оборудование для проведения подготовительного этапа (выделения нуклеиновых кислот), ПЦР-амплификатор и секвенатор ДНК. Определение некоторых мутаций позволит не только оценивать наличие онкологической предрасположенности, но и корректировать лечение таких пациентов.

Имплементация стандартов скрининга в программу диспансеризации определённых групп взрослого населения и централизация исследований на базе референсных центров, использующих технологии дистанционной поддержки скрининга, являются приоритетными направлениями в решении задачи раннего выявления онкологических заболеваний. Для повышения

эффективности скрининговых программ (доля выявленных при скрининге случаев злокачественных новообразований) необходимо использовать только стандартизированные методы исследования, соблюдать установленную частоту обследования в конкретных целевых группах и добиваться увеличения охвата населения скрининговыми программами, в том числе с привлечением страховых компаний. Пример последовательной политики по развитию региональной системы раннего выявления онкологических заболеваний представляет Республика Татарстан, где впервые в России с 2010 года разработана и апробирована организационная модель скрининга колоректального рака (иммунохимический тест), а с 2011 года реализуется комплексная технология скрининга рака молочной железы, шейки матки, толстого кишечника, предстательной железы и кожи. Совершенствованию работы по раннему выявлению онкологических заболеваний в регионе способствовало принятие соответствующего приказа Минздрава Республики Татарстан от 24 июня 2013 года № 1123. Межведомственное взаимодействие было обеспечено работой Проектного офиса по данному направлению в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными распоряжением Министерства экономического развития Российской Федерации от 14 апреля 2014 года №26Р-АУ «Об утверждении методических рекомендаций по внедрению проектного управления в органах исполнительной власти» и постановлением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2016 года №1050 «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации». Таким образом, в Республике Татарстан отработан комплексный подход в масштабах региона к решению задачи раннего выявления злокачественных новообразований, что может быть рекомендовано для дальнейшего распространения данного опыта в масштабах Российской Федерации.

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения, на национальном уровне необходимо обеспечивать не менее 80%-ый охват скрининговыми программами соответствующих целевых групп. Эффективность программ скрининга при выявлении определенных типов рака обеспечивается использованием целесообразных тестов, их эффективным применением, увязкой с другими этапами процесса скрининга и контролем качества. Формирование доступной системы раннего выявления злокачественных новообразований, позволяющей использовать стандартизированные скрининговые программы, - важнейшая государственная задача, требующая повышения ответственности органов исполнительной власти регионов в достижении поставленных целевых показателей.

3. Укрепление трёхуровневой системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, включая развитие инфраструктуры и модернизацию материально-технической базы.

Завершение формирования трёхуровневой региональной системы здравоохранения с использованием геоинформационной системы наряду с внедрением передвижных форм оказания медицинской помощи, телемедицинских и других современных технологий медицинского обеспечения с целью повышения доступности медицинской помощи населению - относится к основным приоритетам в рамках основного направления стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение» на период до 2025 года (протокол заседания Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 21 марта 2017 г.).

Трёхуровневая система оказания медицинской помощи в Российской Федерации в соответствии с приказом Минздрава России от 29 декабря 2012 года № 1706н включает в себя: 1 уровень, обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью; 2 уровень - межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи; 3 уровень - региональный, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Для улучшения доступности медицинской помощи второго и третьего уровней формирование потоков пациентов должно осуществляться исходя из единых принципов маршрутизации, которые могут иметь региональные особенности в соответствии со сложившейся структурой региональных систем здравоохранения. На укрепление трёхуровневой системы оказания медицинской помощи онкологическим больным будут направлены мероприятия Национальной и региональных стратегий.

В рамках реализации Национальной стратегии окончательно сформируется структура четырёхуровневого функционального управления онкологической службой, возглавляемая ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России под руководством главного внештатного онколога Минздрава России (1 уровень вертикали управления - федеральный). Современные подходы к управлению здоровьем требуют наряду с перераспределением объёмов медицинской помощи пересмотра соответствующей инфраструктуры, которая должна удовлетворять потребности населения в онкологической помощи, обеспечивая её оказание в заданных объёмах по видам (первичная специализированная медико-санитарная, специализированная, в том числе высокотехнологичная, и паллиативная медицинская помощь). Укреплению вертикальной структуры управления онкологической службой в федеральных округах будет способствовать организация (создание или наделение полномочиями) в каждом федеральном округе межсубъектовых онкологических центров под руководством главных окружных онкологов (2 уровень структуры управления - окружной), на которые будут возложены функции организационно-методического руководства территориальными профильными медицинскими организациями. Главные специалисты-

онкологи субъектов Российской Федерации и ведущие региональные онкологические учреждения составят третий уровень структуры управления онкологической службой (региональный уровень). Субрегиональные территориальные медицинские организации со структурными подразделениями, оказывающими профильную медицинскую помощь (первичные онкологические кабинеты (отделения), в том числе детские; межрайонные (межмуниципальные) профильные центры; онкологические отделения многопрофильных медицинских учреждений и др.) формируют 4 уровень вертикальной структуры управления онкологической службой Российской Федерации.

Минздрав России рекомендует субъектам Российской Федерации в рамках структурных преобразований систем здравоохранения с целью достижения максимальной отдачи от имеющихся финансовых, материальных и кадровых ресурсов создавать межрайонные (муниципальные) консультативно-диагностические центры; многопрофильные медицинские центры специализированной медицинской помощи за счёт объединения маломощных больниц и поликлиник; в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, формировать службы маршрутизации, ответственные за организацию долечивания и реабилитацию выписывающихся больных; а также развивать системы оказания медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи.

В настоящее время в стране выстраивается трёхуровневая система оказания онкологической медицинской помощи населению, включая медицинскую реабилитацию и паллиативную медицинскую помощь. В рамках Национальной стратегии и соответствующих государственных стратегий (программ) субъектов Российской Федерации завершится её окончательное формирование. Оптимальное распределение медицинских мощностей (современной медицинской техники и лабораторного оборудования, медицинских кадров) сделает медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями доступнее. Повышению её качества будет способствовать создание межрайонных (межмуниципальных) онкологических центров второго уровня, где пациенты смогут получать специализированную помощь высоких квалификаций и качества. Для компактных регионов с хорошо развитым транспортным сообщением и небольшими расстояниями между региональным онкологическим диспансером и населенными пунктами, возможна консолидация 2-го и 3-го уровней оказания медицинской помощи онкологическим больным на базе региональных онкологических диспансеров. Улучшению качества и доступности специализированной медицинской помощи онкологическим больным будет также способствовать создание региональных референсных клиничко-диагностических центров на базе ведущих специализированных медицинских организаций (протокол заседания Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере от 10 июля 2017 г. № 5).

Увеличение доли высокотехнологичной медицинской помощи в общей структуре специализированной медицинской помощи заявлено Минздравом России в качестве стратегической задачи на долгосрочный период до 2030 года. По данным Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, в 2016 году высокотехнологичная медицинская помощь в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования по профилю «онкология» предоставлялась в 67 311 случаях, что составило 14,9% в общей структуре высокотехнологичной медицинской помощи. В рамках реализации Национальной стратегии предстоит обеспечить на всей территории Российской Федерации внедрение высокоэффективных хирургических, радиологических, химиотерапевтических, в том числе методов инновационной таргетной терапии и таргетной иммунотерапии, а также комбинированных методов лечения больных онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

В ведущих федеральных специализированных центрах и институтах - участниках научной платформы медицинской науки «Онкология» - продолжится разработка инновационных методов диагностики и лечения (иммуноцитохимические и иммуногистохимические исследования, персонализированная фармакотерапия, редактирование генома, регенеративная медицина и др.) с последующим внедрением в профильных организациях. Улучшить качество и доступность медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями станет возможным со строительством Научно-исследовательского института детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России в рамках инфраструктурного проекта, финансируемого за счёт средств федеральных целевых программ и средств Фонда национального благосостояния (распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 449-р и от 26 апреля 2017 г. № 793-р).

Модернизация материально-технической базы онкологической службы предусматривает расширение сети межрайонных (межмуниципальных) онкологических центров и кабинетов специализированной онкологической помощи, скрининговых цитологических лабораторий, лабораторий молекулярно-генетической диагностики опухолей; обеспечение оборудованием в соответствии с табелем оснащения действующих межрайонных онкологических центров и оборудованием для молекулярно-генетических и цитологических исследований; капитальный ремонт профильных медицинских организаций; обновление и ремонт дорогостоящего медицинского оборудования; приобретение и установка линейных ускорителей из расчёта 1 аппарат на 300 тысяч населения и ряд других мероприятий.

4. Обеспечение всеобщего охвата пациентов с онкологическими заболеваниями качественными и доступными лекарственными препаратами и

## терапевтическими средствами и системами направленной доставки лекарственных веществ

Совершенствование системы лекарственного обеспечения населения и обеспечения медицинскими изделиями, а также всего цикла обращения медицинской продукции, - одна из задач Стратегии развития системы здравоохранения Российской Федерации.

По данным Минздрава России, в 2016 году на химиотерапию для больных с онкологическими заболеваниями было выделено 33 млрд рублей. При этом, по экспертной оценке, объём финансирования в части лекарственного обеспечения больных с онкологическими заболеваниями составляет около трети от необходимого.

Для улучшения доступности и качества лекарственных препаратов, в том числе для лечения онкологических заболеваний, Минздрав России осуществляет меры по организации контроля рынка жизненно важных препаратов и пресечения фактов завышения цен на жизненно важные препараты при их закупках для больниц и поликлиник – таким образом увеличивая охват льготного лекарственного обеспечения пациентов. Для сокращения неэффективных расходов в регионах страны Минздравом России и государственной корпорацией «Ростех» разработана и начала внедряться информационно-аналитическая система мониторинга и контроля в сфере государственных и муниципальных закупок лекарственных препаратов, которая в полном объёме заработает с 1 января 2018 года. Созданная информационно-аналитическая система позволяет оперировать данными структурированного справочника-каталога лекарственных препаратов на основе государственных реестров, зарегистрированных лекарственных средств и предельных отпускных цен. В ближайшие годы цены контрактов будут основываться уже на средневзвешенной рыночной цене, что позволит сэкономить достаточные бюджетные средства для расширения охвата населения необходимыми лекарствами во всех субъектах Российской Федерации. Дальнейшее развитие информационно-аналитической системы, которая является одним из компонентов Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, позволит прослеживать весь процесс лекарственного обеспечения: от проверки адекватности назначения лекарств в соответствии с клиническими рекомендациями до оценки остатков лекарств в медицинских организациях, в аптеках и на складах.

Внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов на основе их маркировки позволит своевременно определять недоброкачественную продукцию, фальсификаты и контрафакты, выводить их с рынка и предупреждать повторный вброс дорогостоящих лекарств для льготного обеспечения.

Основные мероприятия для решения задачи всеобщего охвата пациентов с онкологическими заболеваниями качественными и доступными

лекарственными средствами включают формирование Государственного реестра лекарственных препаратов и медицинских изделий для больных с онкологическими заболеваниями, оценку потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях на основе соответствующего Федерального реестра больных злокачественными новообразованиями и гарантированное обеспечение пациентов противоопухолевыми лекарственными препаратами, в том числе инновационными таргетными препаратами и таргетными иммунопрепаратами, для лечения различных злокачественных новообразований, входящих в программу диспансеризации определенных групп взрослого населения (молочная железа, предстательная железа, ободочная и прямая кишка, кожа с меланомой, шейка матки, ротоглотка и рак трахеи, бронхов и легкого), и предназначенных для неoadъювантной, адъювантной терапии и терапии распространенных стадий. Расширение спектра эффективных противоопухолевых препаратов потребует от специалистов выработки чётких показаний к их применению, в том числе на основе молекулярной диагностики, востребованность в которой будет увеличиваться.

Широкое применение современных методов введения лекарственных веществ, включая устройства длительной центральной катетеризации и имплантируемые устройства; современных систем введения химиопрепаратов, снижающих риски инфицирования, позволит в большем объёме осуществлять лечение пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, что обеспечит улучшение доступности и эффективности лечения, сохранение качества жизни пациентов, а также даст значительный экономический эффект. Развитие терапевтических средств и систем направленной доставки лекарственных веществ, антител, генов и терапевтических наночастиц в заданную область организма, органа или клетки будет способствовать повышению эффективности и результативности лечения при онкологических заболеваниях.

Устойчивое финансирование по единым тарифам в рамках обязательного медицинского страхования, своевременное и доступное лекарственное обеспечение льготных категорий граждан из федерального и региональных бюджетов – залог улучшения качества и доступности медицинской помощи при онкологических заболеваниях.

## 5. Укрепление кадрового потенциала онкологической службы.

Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников. С 2016 года начался поэтапный переход на аккредитацию всех врачей и медицинских сестер на основе разрабатываемых профессиональных стандартов, критериев аккредитации, учитывающих современные клинические рекомендации (протоколы лечения). Важная роль при вынесении решения об аккредитации специалиста отводится профессиональным организациям и ассоциациям. Для обеспечения процесса

аккредитации врачей-онкологов в части оценки профессиональных компетенций будут созданы центры аккредитации специалистов (аккредитационно-симуляционные центры). Оценка профессионального портфолио будет также учитывать результаты национального профессионального тестирования.

В рамках Национальной стратегии ожидается интеграция врачей-онкологов в систему непрерывного медицинского образования, в том числе дистанционного. Для укрепления кадрового потенциала онкологической службы необходима 100% укомплектованность врачами-онкологами и средним медицинским персоналом первичных онкологических кабинетов (отделений) и детских онкологических кабинетов медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи (1 уровень), позволяющая осуществлять работу в соответствующих случаях в 2 смены; а также 100% укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом межрайонных онкологических центров (2 уровень) в соответствии с штатными нормативами. В связи с ростом первичной заболеваемости и увеличением диспансерной группы больных злокачественными новообразованиями, что ведёт к возрастанию нагрузки на первичные онкологические кабинеты (отделения) и межрайонные онкологические центры, необходимо пересмотреть штатные нормативы соответствующих структурных подразделений в сторону увеличения числа должностей.

В соответствии со Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации одним из основных механизмов устранения кадровых дисбалансов является адресная целевая подготовка специалистов по заявкам регионов. Её эффективность (доля возврата на подготовленные рабочие места) в целом по стране в 2016 году равнялась 86%, а к 2021 году должна стать 100%. Для укомплектования онкологической службы врачами-онкологами необходимо увеличить число целевых бюджетных мест для обучения в клинической ординатуре по специальностям «онкология» и «детская онкология» (по согласованию с Министерством образования Российской Федерации).

На устранение дисбаланса в распределении медицинских кадров по уровням и условиям оказания профильной медицинской помощи будет направлено дальнейшее развитие всероссийской базы вакансий в медицинских организациях.

#### 6. Полномасштабная информатизация онкологической службы и создание национальной системы мониторинга состояния онкологической помощи.

Одной из стратегических целей развития системы здравоохранения к 2030 году является её информатизация, включающая повсеместное внедрение в среднесрочном периоде Единой государственной информационной системы

в сфере здравоохранения (далее - ЕГИС), федеральный и региональный сегменты которой направлены на информационное обеспечение государственного регулирования в сфере здравоохранения, включая информационную поддержку принятия решений и управления ресурсами здравоохранения; информационную поддержку организации деятельности медицинских организаций, включая организацию оказания высокотехнологичной медицинской помощи; и на информирование населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи. ЕГИС призвана обеспечивать персонафицированный учёт в сфере здравоохранения, ведение законодательно установленных федеральных регистров, доступ к электронным информационным и обучающим ресурсам, а также использование телемедицинских технологий, электронных рецептов и электронного документооборота. Федеральный закон от 29 июля 2017 года № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» устанавливает с 1 января 2018 года возможность проведения консультаций и консилиумов с применением телемедицинских технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие врачей между собой, врача и пациента или его законного представителя, в том числе их идентификацию и обмен медицинской документацией в электронном виде, а также дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента. Оператором Единой государственной информационной системы выступает Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Полномасштабная информатизация онкологической службы предполагает внедрение информационно-телекоммуникационных технологий в работу профильных медицинских организаций: формирование системы телемедицинских консультаций между специалистами медицинских организаций разного уровня, включая внедрение технологий дистанционного скрининга; увеличение числа автоматизированных рабочих мест врача-онколога, работающих с единой электронной медицинской картой пациента и электронными рецептами, региональным компонентом канцер-регистра, архивом цифровых изображений, интеллектуальными программами автоматизированного чтения изображений, включёнными в ЕГИС; использование автоматизированной интегральной оценки качества медицинской помощи и автоматизированного выбора оптимального алгоритма медицинского сопровождения для каждого пациента с учётом телемедицинских консультаций, а также контроля маршрутизации пациента. Организация центров телекоммуникационной медицины на базе ведущих федеральных и региональных медицинских учреждений, осуществляющих научно-исследовательскую, образовательную и медицинскую деятельность, обеспечит не только возможность удалённого консультирования специалистов и пациентов, но и возможность проведения дистанционных

образовательных курсов по программам дополнительного профессионального образования. Расширение базы данных информационной системы онкологической службы будет связано с созданием единого Государственного реестра лекарственных препаратов и медицинских изделий для больных с онкологическими заболеваниями и единого Регистра диспансеризации (совместимого с канцер-регистром), обеспечивающих улучшение лекарственного обеспечения и качества медицинской помощи по профилю «онкология».

Дальнейшее развитие единой информационно-телекоммуникационной системы онкологической службы, как функционального сегмента ЕГИС, позволит создать национальную систему мониторинга распространения онкологических заболеваний; данных о факторах риска, мерах профилактики, скрининге (включая дистанционный скрининг); данных ракового регистра и регистра диспансеризации; а также мониторинга оказания онкологической помощи в Российской Федерации, включая персонафицированный учёт фактических затрат лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов в условиях стационаров; оценку нужд и потребностей ресурсов для онкологической службы страны.

#### 7. Развитие систем медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, в том числе детям.

В соответствии с федеральным законодательством в Российской Федерации различают медицинскую реабилитацию пациентов и реабилитацию (и абилитацию) инвалидов. Медицинская реабилитация направлена на восстановление нарушенных или компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, на предупреждение и снижение степени возможной инвалидности пациента, сохранение его работоспособности и социальной интеграции в общество, а также на улучшение качества жизни. После ратификации Россией в 2012 году Конвенции о правах инвалидов и принятия в 2014 году соответствующего 419-ФЗ в стране начала формироваться интегральная модель комплексной реабилитации. Приказом Минздрава России от 29 декабря 2012 года № 1705н установлено трёхэтапное оказание медицинских реабилитационных услуг в зависимости от периода течения заболевания и реабилитационного потенциала пациента: в остром периоде (1 этап) - в профильных отделениях медицинских организаций, оказывающих специализированную, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь; в раннем восстановительном периоде, позднем реабилитационном периоде и периоде остаточных явлений (2 этап, стационарные условия) - в центрах реабилитации или профильных реабилитационных отделениях (по классам заболеваний и нозологическим формам); в раннем и позднем реабилитационных периодах, периоде остаточных явлений (3 этап, амбулаторно) - в кабинетах (отделениях)

реабилитации медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи, в том числе на дому.

Первый этап медицинской реабилитации больные с впервые выявленным онкологическим заболеванием (при показаниях) проходят в профильных медицинских организациях в стационарных условиях при оказании врачами-онкологами и врачами-радиотерапевтами специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи.

Реабилитационные мероприятия второго этапа больным с злокачественными новообразованиями при наличии медицинских показаний и независимо от сроков, прошедших с момента лечения, проводятся в специализированных медицинских организациях, имеющих лицензию на данный вид деятельности.

Третий этап медицинской реабилитации больных с онкологическими заболеваниями, включая инвалидов по причине злокачественных новообразований, осуществляется амбулаторно в кабинетах реабилитации и (или) на дому медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на данный вид деятельности.

Санаторно-курортное лечение, являясь одним из этапов и ключевых направлений медицинской реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями, направлено на восстановление и (или) компенсацию нарушенных вследствие операций по поводу онкологического заболевания функций организма, предупреждение инвалидности и улучшение качества жизни пациента.

Паллиативная медицинская помощь направлена на обеспечение оптимального уровня жизни больных с злокачественными новообразованиями (IV клинической группы), включая избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний. Оказание паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, располагающих отделениями паллиативной медицинской помощи, осуществляется по решению консилиума с участием врача-онколога по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения. В предоставлении медико-социальных услуг паллиативной медицинской помощи также участвуют учреждения системы Министерства труда Российской Федерации.

В октябре 2013 года в России впервые введены нормативы на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и паллиативную медицинскую помощь. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по медицинской реабилитации составили 1293,8 рублей в 2014 году, 1539,3 рублей в 2015 году и 1623,4 рубля в 2016 году. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, для оплаты медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в 2016 году введена соответствующая клинико-статистическая группа. Отсутствие стандартов (клинических рекомендаций)

второго и третьего этапов медицинской реабилитации при онкологических заболеваниях является сдерживающим фактором развития реабилитационной помощи онкологическим больным, преодолеть который предстоит в рамках реализации Национальной стратегии.

Минздравом России взят курс на повышение эффективности круглосуточной стационарной медицинской помощи с перераспределением части ее объемов в реабилитационные и паллиативные медицинские подразделения. Планирование структурных преобразований системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации в соответствии со Стратегией развития здравоохранения рекомендовано осуществлять с учетом достигнутого ресурсного и кадрового состояния региональной системы здравоохранения, уровня и структуры заболеваемости населения, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций на территории субъекта Российской Федерации.

8. Укрепление финансового обеспечения реализации Национальной стратегии, внедрение инновационных организационно-правовых и финансовых инструментов в работу профильных медицинских организаций.

Финансовое обеспечение отечественного здравоохранения до начала 90-х годов осуществлялось на основе централизованной государственной модели по сметному принципу с использованием централизованного планирования и жесткой вертикали управления. С переходом к рыночной экономике и в результате административной реформы (разделение полномочий между федеральным уровнем власти и субъектами Российской Федерации) изменилась и система финансового обеспечения российского здравоохранения. При этом государство остаётся гарантом интересов граждан в сфере охраны здоровья, где каждый имеет право на медицинскую помощь, которая гражданам оказывается в государственных и муниципальных медицинских организациях бесплатно за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, страховых взносов и других поступлений. Применение Единой тарифной политики в системе обязательного медицинского страхования на основе единой национальной системы учета затрат позволяет определять оптимальные расходы на оказание профильной медицинской помощи и обеспечивать единообразие и достаточность тарифов на оплату медицинской помощи. Принципы софинансирования из федерального бюджета (субсидии и межбюджетные трансферты) наряду с финансированием из региональных бюджетов станут базовыми в финансовом обеспечении реализации Национальной стратегии и соответствующих государственных программ (стратегий) субъектов Российской Федерации.

Стратегия развития системы здравоохранения Российской Федерации для обеспечения доступности и качества медицинской помощи в рамках

единой Национальной пациентоориентированной системы здравоохранения предполагает участие медицинских организаций разных форм собственности и ведомственной принадлежности, функционирующей на основе единых правил и норм. Современная нормативная база определяет единые требования к инфраструктуре здравоохранения, логистике оказания медицинской помощи, ее качеству и доступности, квалификации медицинских работников. Открыта возможность привлечения внебюджетных инвестиций для реализации инфраструктурных проектов. По данным Минздрава России, интерес частных компаний к оказанию медицинских услуг в рамках государственной системы здравоохранения активно растет, чему способствует увеличение тарифов на медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий. За последние 5 лет количество негосударственных организаций, оказывающих медицинские услуги населению в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, в том числе по онкологии, увеличилось в несколько раз. В рамках Национальной стратегии профильной комиссией Минздрава совместно с Росздравнадзором и Ассоциацией онкологов России будет разработан и в последующем реализован на местах механизм канцер-аудита, позволяющий осуществлять контроль за деятельностью негосударственных медицинских организаций при оказании ими медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

К инновационной организационно-правовой форме функционирования медицинских организаций относятся проекты государственно-частного партнёрства, реализуемые, как правило, на основе концессионного соглашения. Рынок региональных проектов государственно-частного партнёрства в здравоохранении показывает их устойчивое развитие и уже превысил отметку в 50 млрд рублей. Законодательное закрепление возможности участия федеральных государственных учреждений на стороне концедента позволит сформировать дополнительные условия для развития механизмов государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения, расширить практику заключения концессионных соглашений в отношении объектов здравоохранения, привлечь новые инвестиции в здравоохранение.

В рамках реализации Национальной стратегии предполагается запуск пилотных инвестиционных проектов по развитию находящейся в федеральной собственности инфраструктуры здравоохранения с привлечением внебюджетных источников финансирования на принципах государственно-частного партнёрства. Данный механизм в обеспечении эффективного функционирования онкологической службы целесообразно использовать на таких ресурсоёмких и высокочатратных для бюджетов всех уровней направлениях, как раннее выявление онкологических заболеваний (оборудование для скрининга, включая передвижные установки), верификация диагноза злокачественного новообразования (лабораторное и другое техническое оборудование), медицинская реабилитация (закупка специального оборудования, открытие специализированных отделений для

больных с онкологическими заболеваниями) и паллиативная медицинская помощь.

Поддержка государственно-частного партнерства наряду с дополнительным медицинским страхованием относятся к основным направлениям развития Национальной системы здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период до 2030 года. Добровольное медицинское страхование (дополнительное к обязательному медицинскому) направлено на легализацию «теневых» соплатежей населения и предполагает предоставление при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг, не входящих в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Например, услуги дистанционного персонального мониторинга состояния здоровья пациентов.

Поэтапный рост объемов дополнительных страховых продуктов в долгосрочной перспективе позволит уменьшить долю платных медицинских услуг в медицинских организациях - участниках базовой программы обязательного медицинского страхования.

9. Совершенствование первичной профилактики онкологических заболеваний на популяционном уровне за счёт расширения взаимодействия с представителями средств массовой информации, гражданского общества и частного сектора.

По данным Всемирной организации здравоохранения, до 25% случаев онкологических заболеваний в ряде стран обусловлено такими инфекциями, как гепатит и вирус папилломы человека; примерно треть случаев связано с пятью основными факторами риска (высокий индекс массы тела, низкий уровень потребления фруктов и овощей, отсутствие физической активности, употребление табака и чрезмерное употребление алкоголя). Употребление табака является самым значительным фактором риска развития рака, на который приходится почти 22% глобальных случаев смерти от рака. Поэтому проведение профилактических мероприятий на популяционном уровне и в группах высокого риска позволяет, по оценке ВОЗ, предотвратить онкологические заболевания в 30-40% случаев. Обеспечение в рамках национальных программ и стратегий вакцинации против папилломавируса человека при условии её ценовой доступности – целевой показатель Глобального плана действий ВОЗ в профилактике неинфекционных заболеваний до 2020 года, позволяющий оценивать ответные меры национальных систем здравоохранения в борьбе с онкологическими заболеваниями.

Недоиспользуемый ресурс при первичной профилактике онкологических заболеваний – это работа со средствами массовой информации, представителями гражданского общества и частного сектора по широкомасштабному информированию населения, в том числе детей и молодежи, о факторах риска развития онкологических заболеваний,

важности ведения здорового образа жизни, необходимости повышения ответственности каждого человека за своё здоровье. Государственная поддержка и координация межсекторальной работы по созданию и трансляции социальной рекламы, направленной на борьбу с онкологическими заболеваниями и факторами риска их развития, станет важным шагом в решении данной задачи.

Просветительская работа будет направлена и на мотивирование граждан к участию в программах скрининга и других мероприятиях по раннему выявлению злокачественных новообразований, включая в соответствующих случаях обучению методам самообследования. Активная позиция врачей различных специальностей по просвещению и информированию прикрепленного населения, участие в организации и проведении информационных коммуникативных компаний и медиапроектов, - залог общего успеха профилактического компонента борьбы с онкологическими заболеваниями.

10. Реализация региональных программ и стратегий по борьбе с онкологическими заболеваниями и федеральных проектов, включая Проект по разработке и внедрению инновационных технологий персонализированной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России и других профильных национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России и РАН

31 мая 2017 года на 70 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, проходившей под председательством Российской Федерации, представителями всех стран принята резолюция (WHA70.12) «Профилактика рака и борьба с ним в контексте комплексного подхода». Предлагаемое ВОЗ комплексное ведение онкологических заболеваний направлено на расширение доступа к всеобъемлющим и затратоэффективным мероприятиям по профилактике, лечению и уходу, включая, среди прочего, улучшение доступа к приемлемым по стоимости, безопасным, эффективным и качественным лекарственным препаратам, средствам диагностики и другим технологиям.

Комплексный подход к решению задач Национальной стратегии будет представлен через реализацию соответствующих государственных стратегий и программ субъектов РФ по снижению смертности от злокачественных новообразований шести локализаций у лиц трудоспособного возраста. Выбор шести локализаций злокачественных новообразований (молочная железа, шейка матки, предстательная железа, толстая и прямая кишка, кожа с меланомой, рот и глотка), определяющих на настоящий момент 54% заболеваемости и более 40% смертности от всех случаев злокачественных новообразований, обусловлен наличием технологий, позволяющих активно влиять на повышение качества и доступности профильной медицинской

помощи, определять оптимальную маршрутизацию с соблюдением временного регламента каждого пациента на всех уровнях и этапах её оказания, начиная от раннего выявления (1-2 уровни), верификации и специализированного лечения (2-3 уровень) до медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи (1-3 уровни).

В рамках реализации региональных программ для улучшения качества и доступности профильной медицинской помощи, а также повышения результативности диспансеризации (раннего выявления злокачественных новообразований) на базе республиканских (краевых, областных) онкологических диспансеров или иных уполномоченных медицинских организаций будут созданы региональные референсные клиничко-диагностические центры, позволяющие в числе прочего повысить качество диагностики за счёт централизации интерпретации маммографических снимков и централизации проведения лабораторных тестов. На повышение качества интерпретации цитологических препаратов будет направлено внедрение систем автоматизированного контроля качества на базе централизованных цитологических лабораторий и федеральных референс-центров. Формирование региональных Регистров диспансеризации позволит улучшить анализ эффективности скрининговых программ, осуществлять учет не только выявленных злокачественных новообразований, но и предраковых форм, а также обеспечит контроль за реализацией скрининговых программ в части охвата населения и доступности медицинской помощи. Укрепление материально-технической базы, развитие системы межрайонных онкологических центров с отделениями медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи для больных с онкологическими заболеваниями, укомплектованность кадрами, использование информационных технологий, профилактическая работа, улучшение взаимодействия с врачами первичной медико-санитарной помощи - всё это призвано обеспечить повышение качества и доступности медицинской помощи при онкологических заболеваниях. И как ожидаемый результат реализации региональных программ - снижение смертности при шести локализациях злокачественных новообразований у лиц трудоспособного возраста.

Реализация Национальной стратегии предусматривает изучение качества жизни пациентов с онкологическими заболеваниями, взаимодействие с неправительственными (общественными) организациями, представляющими интересы больных раком и защищающими их права.

Стратегия развития здравоохранения до 2030 года нацелена на повышение роли федеральных научных учреждений в решении отраслевых задач инновационного развития, что требует создания системы национальных научно-практических медицинских центров. Разработка и внедрение новых медицинских технологий, включающих расширение перечня высокотехнологичных методов лечения заболеваний посредством внедрения новых технологий лечения на основе персонализированной

фармакотерапии, редактирования генома, создания национальной системы биобанков, коллекций биологических материалов; а также предоставления пациентам услуг персонализированной медицины, в том числе на основе генного тестирования, - относится к основным приоритетам в рамках основного направления стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение» на период до 2025 года (протокол заседания Совета при Президенте по стратегическому развитию и приоритетным проектам от 21 марта 2017 г.).

Федеральный Проект по разработке и внедрению инновационных технологий персонализированной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями будет реализован на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» и ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, а также на базе других профильных национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России и РАН. Проект позволит решить часть фундаментальных и прикладных задач научной платформы медицинской науки «Онкология» (приказ Минздрава России от 30 апреля 2013 года № 281). На базе ряда национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России будут созданы научно-практические медицинские кластеры по разработке и внедрению инновационных технологий персонализированной медицинской помощи по профилю «онкология» на всех этапах её оказания (профилактика - раннее выявление - диагностика - специализированное лечение - реабилитация), что позволит говорить о создании технологии «полного цикла» персонализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, включающей в соответствующих случаях методы регенеративной и персонализированной фармакотерапии, генотерапии, методы биофизики (робототехнику, киберпротезы) и другие методы. Доказанная эффективность инновационных методов лечения позволит тиражировать их в регионы, используя в качестве дополнительных источников финансирования механизмы государственно-частного партнёрства и добровольного медицинского страхования.

## **V. СРОКИ И ЭТАПЫ РЕАЛИЗАЦИИ**

### **Сроки реализации:**

Национальная Стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года будет реализована с 1 января 2019 года по 31 декабря 2029 года. Продолжительность реализации Национальной стратегии - 11 лет.

### **Этапы реализации:**

I этап: среднесрочный с 01.01.2019 по 31.12.2023 (5 лет)

II этап: долгосрочный с 01.01.2024 по 31.12.2029 (6 лет)

## **VI. ПОЭТАПНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Поэтапные целевые показатели и ожидаемые результаты реализации Национальной стратегии представлены в таблице «Сведения о целевых показателях (индикаторах) Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года» (приложение 1).

## **VII. ДОРОЖНАЯ КАРТА НА ДОЛГОСРОЧНЫЙ ПЕРИОД ДО 2030 ГОДА**

Дорожная карта реализации Национальной стратегии сформирована в соответствии с десятью задачами борьбы с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации, которые предстоит решить в долгосрочном периоде до 2030 года (приложение 2).

## **VIII. ФИНАНСОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ РЕАЛИЗАЦИИ**

Финансовое обеспечение мероприятий, необходимых для достижения целевых значений соответствующих показателей (индикаторов), должно быть определено в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации. Планируется, что ряд мероприятий Национальной стратегии и государственных стратегий (программ) субъектов Российской Федерации будет осуществляться в форме софинансирования государственных учреждений субъектов Российской Федерации (субсидий) из федерального бюджета в рамках соответствующих подпрограмм (проектов и мероприятий) государственной программы «Развитие здравоохранения» на новый долгосрочный период до 2025 года.

В рамках Национальной Стратегии планируется развивать и методически поддерживать внедрение инновационной организационно-правовой формы - государственно-частного партнёрства в форме концессионного соглашения - для привлечения дополнительных финансовых ресурсов.

С целью разделения финансовых рисков в случае онкологического заболевания и привлечения дополнительных средств планируется развивать инструменты добровольного страхования граждан (программы сопровождения, расширенного скрининга, консультативно-диагностические и др.). В соответствии со Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации в качестве дополнительного источника финансирования планируется развивать добровольное медицинское страхование (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг, не входящих в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской, - персонализированный мониторинг состояния здоровья; индивидуальные

программы сопровождения пациентов при оказании медицинской помощи, а также программы сопровождения здоровых лиц, направленных на активное долголетие и сохранение трудоспособности.

## **IX. МОНИТОРИНГ И КОНТРОЛЬ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ**

Мониторинг и контроль реализации Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года на федеральном уровне в соответствии с федеральным законом от 28 июня 2014 года № 172-ФЗ «О стратегическом планировании в Российской Федерации» будет осуществляться Министерством здравоохранения Российской Федерации. Контроль реализации соответствующих региональных программ (стратегий) будет определяться законодательством субъектов Российской Федерации.

Целью мониторинга станет повышение эффективности деятельности всех участников реализации Национальной стратегии по достижению в установленные сроки запланированных целевых показателей (приложение 1). Мониторинг и контроль реализации Национальной стратегии будет включать сбор, систематизацию и обобщение соответствующей информации на федеральном и региональном уровнях; оценку степени достижения запланированных результатов и влияние социально-экономических факторов на плановый и фактический уровни достижения целей; выявление возможных рисков и принятие мер по их предотвращению.

С целью осуществления мониторинга и контроля, а также эффективного взаимодействия и координации деятельности участников реализации Национальной стратегии в рамках профильной комиссии по специальности «онкология» Минздрава России будет создан Совет по реализации Национальной стратегии.

**Сведения о целевых показателях (индикаторах) Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на  
долгосрочный период до 2030 года**

Наименование показателя	Индикативное значение показателя										
	I этап среднесрочный					II этап долгосрочный					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
<b>ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ</b>											
<b>1. Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных) (на 100 тыс. населения)</b>	191,7	190,6	189,5	188,4	187,3	186,2	185,0	184,7	184,5	184,3	184,0
<b>2. Смертность от новообразований (в том числе злокачественных) в трудоспособном возрасте* (на 100 тыс. трудоспособного населения)</b>	72,6	72,2	71,8	71,4	71,0	70,6	70,0	69,8	69,5	69,3	69,0
<b>3. Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями %</b>	21,70	21,0	20,80	20,6	20,4	20,2	20,0	19,8	19,7	19,6	19,5
3.1 Одногодичная летальность при раке шейки матки, % **						13,0	12,6	12,2	11,8	11,4	11,0
3.2 Одногодичная летальность при раке молочной железы, % **						5,8	5,7	5,6	5,5	5,4	5,3
3.3 Одногодичная летальность при колоректальном раке (толстой и прямой кишки), %**						23,0	22,6	22,2	21,8	21,4	21,0

3.4 Одногодичная летальность при раке предстательной железы, % **						6,2	6,0	5,8	5,6	5,4	5,2
3.5 Одногодичная летальность при раке трахеи, бронхов, лёгкого, % **						48,0	47,6	47,2	46,8	46,4	46,0
3.6 Одногодичная летальность при раке кожи, в т.ч. меланоме, % **						9,0	8,8	8,6	8,4	8,2	8,0
3.7 Одногодичная летальность при раке полости рта и глотки, % **						38,0	37,6	37,2	36,8	36,4	35,0
3.8 Одногодичная летальность при лимфопролиферативных заболеваниях, %						20,2	20,0	19,8	19,6	19,4	19,2
<b>4. Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более %</b>	54,1	54,5	54,6	54,7	54,8	54,9	55,0	55,2	55,4	55,6	55,8
4.1 Удельный вес больных раком шейки матки, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более % **						67,0	68,0	68,5	69,0	69,5	70,0
4.2 Удельный вес больных раком молочной железы, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **						65,0	65,5	66,0	66,5	67,0	67,5
4.3 Удельный вес больных колоректальным раком (толстой и прямой кишки), состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **						54,0	54,4	54,8	55,2	55,6	56,0
4.4 Удельный вес больных раком предстательной железы, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **						63,5	64,0	64,5	65,0	65,5	66,0

4.5 Удельный вес больных раком трахеи, бронхов, лёгкого, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более %**						46,2	46,8	47,2	47,8	48,2	48,8
4.6 Удельный вес больных раком кожи, в т.ч. меланомой, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **						64,0	64,8	65,6	66,4	67,2	68,0
4.7 Удельный вес больных раком ротовой полости и глотки, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % ***						42,5	42,8	43,1	43,4	43,7	44,0
4.8 Удельный вес больных лимфопролиферативными заболеваниями, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более, % **						70,5	70,7	70,9	71,1	71,3	71,5
<b>5. Выявление злокачественных новообразований (ЗНО) по стадиям</b> (без лимфопролиферативных заболеваний) и выявление лимфопролиферативных заболеваний											
5.1 Доля больных ЗНО (без лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на I стадии, %	31,3	32,2	33,1	34,1	35,0	35,9	36,8	37,2	37,7	38,1	38,5
5.2 Доля больных ЗНО (без лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на II стадии, %	27,7	27,8	27,9	27,9	28,0	28,1	28,2	28,3	28,3	28,4	28,5
5.3 Доля больных ЗНО (без лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на III стадии, %	17,9	17,3	16,6	16,0	15,4	14,8	14,2	14,1	13,8	13,6	13,4
5.4 Доля больных ЗНО (без	19,8	19,6	19,4	19,2	19,0	18,8	18,6	18,4	18,3	18,1	17,9

лимфопролиферативных заболеваний), выявленных на IV стадии, %											
5.5 Доля больных с впервые выявленными лимфопролиферативными заболеваниями, %	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
<b>6. Эффективность скрининговых программ, проводимых в рамках диспансеризации определённых групп взрослого населения (ДОГВН) в отчётном году **</b>											
<b>6.1 скрининг рака шейки матки (РШМ)</b>											
6.1.1 Доля пациентов с РШМ, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
6.1.2 Доля пациентов с I-II стадиями РШМ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РШМ, выявленных в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
<b>6.2 скрининг рака молочной железы (РМЖ)</b>											
6.2.1 Доля пациентов с РМЖ, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг в отчётном году (%)		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
6.2.2 Доля пациентов с I-II стадиями РМЖ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РМЖ, выявленных в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
<b>6.3 скрининг колоректального рака (толстой и прямой кишки) (КРР)</b>											
6.3.1 Доля пациентов с КРР, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа		?	?	?	?	?	?	?	?	?	?

прошедших скрининг в отчётном году, %							
6.3.2 Доля пациентов с I-II стадиями КРР, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев КРР, выявленных в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?
<b>6.4 скрининг рака предстательной железы (РПЖ)</b>							
6.4.1 Доля пациентов с РПЖ, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?
6.4.2 Доля пациентов с I-II стадиями РПЖ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РПЖ, выявленных в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?
<b>6.5 скрининг рака трахеи, бронхов, лёгкого (РТБЛ)</b>							
6.5.1 Доля пациентов с РТБЛ, выявленных при скрининге РТБЛ в группах риска в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг РТБЛ в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?
6.5.2 Доля пациентов с I-II стадиями РТБЛ, выявленных при ДОГВН, от числа всех случаев РТБЛ, выявленных в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?
<b>6.6 скрининг рака кожи (РК), в том числе меланомы</b>							
6.6.1 Доля пациентов с РК, в том числе меланомой, выявленных при скрининге в рамках ДОГВН, от числа прошедших скрининг РК в отчётном году, %		?	?	?	?	?	?
6.6.2 Доля пациентов с I-II стадиями РК, в том числе меланомы, выявленных при		?	?	?	?	?	?

ДОГВН, от числа всех случаев РК, в том числе меланомы, выявленных в отчётном году, %							
--	--	--	--	--	--	--	--

\* для расчёта показателя в соответствии с действующей в Российской Федерации системой статистического наблюдения используется трудовой возраст в 15-59 лет у мужчин и 15-54 года у женщин;

\*\*по данным субъектов Российской Федерации, показатель вводится с 01.01.2024 года

Приложение 2  
к Национальной стратегии по борьбе  
с онкологическими заболеваниями на  
долгосрочный период до 2030 г.

**Дорожная карта реализации Национальной стратегии по борьбе с онкологическими  
заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года**

	Задача, основные мероприятия	Срок реализации	Ответственные исполнители	Ожидаемый результат
1	Совершенствование нормативно-правового регулирования организации онкологической помощи и реализации прав граждан на охрану здоровья по вопросам профилактики, раннего выявления, доступности и качества медицинской помощи при онкологических заболеваниях	2019-2029	Минздрав России  Профильная комиссия  Ассоциация онкологов России	Улучшение качества и доступности профильной медицинской помощи
2	Внедрение скрининговых программ для раннего выявления онкологических заболеваний	2019-2029	Минздрав России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов РФ	Улучшение активного выявления ЗНО: увеличение доли больных ЗНО, выявленных на I - II ст. и снижение доли больных, выявленных на III – IV ст.  Повышение эффективности скрининговых программ
3	Укрепление трёхуровневой системы оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, включая развитие инфраструктуры и модернизацию материально-технической базы	2019-2029	Минздрав России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов РФ	Улучшение качества и доступности профильной медицинской помощи, включая высокотехнологичную.  Достижение целевых показателей нацстратегии, включая снижение

				смертности и одногодичной летальности
4	Обеспечение всеобщего охвата пациентов с онкологическими заболеваниями качественными и доступными лекарственными препаратами и терапевтическими средствами и системами направленной доставки лекарственных веществ	2019-2029	Минздрав России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов РФ	Улучшение доступности лекарственного обеспечения больных с онкологическим и заболеваниями
5	Укрепление кадрового потенциала онкологической службы	2019-2029	Минздрав России  Минобрнауки России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов РФ  Ассоциация онкологов России	Улучшение качества профильной медицинской помощи на всех уровнях  Улучшение доступности профильной медицинской помощи населению, включая высокотехноло- гичную
6	Полномасштабная информатизация онкологической службы и создание национальной системы мониторинга состояния онкологической помощи	2019-2029	Минздрав России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов	Улучшение качества и доступности профильной медицинской помощи
7	Развитие систем медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, в том числе детям	2019-2029	Минздрав России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов  Ассоциация онкологов России	Рост удельного веса больных злокачествен- ными новообразова- ниями, состоящих на учёте с момента установления диагноза 5 лет и более  Снижение уровня инвалидизации по причине ЗНО

				Улучшение качества жизни больных ЗНО
8	Укрепление финансового обеспечения реализации Национальной стратегии, внедрение инновационных организационно-правовых и финансовых инструментов в работу профильных медицинских организаций	2019-2029	Минздрав России Минэкономразвития России Минфин России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов	Улучшение качества и доступности профильной медицинской помощи  Достижение целевых показателей нацстратегии
9	Совершенствование первичной профилактики онкологических заболеваний на популяционном уровне за счёт расширения взаимодействия с представителями средств массовой информации, гражданского общества и частного сектора	2019-2029	Минздрав России Минкомсвязь России Минобрнауки России Минспорт России Росмолодёжь  Ассоциация онкологов России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов	Снижение заболеваемости и смертности от ЗНО ( в долгосрочной перспективе) за счёт межсекторальной борьбы с факторами риска и поддержки здорового образа жизни (формирование единой профилактической среды в регионах и стране в целом)
10	Реализация региональных программ и стратегий по борьбе с онкологическими заболеваниями и федеральных проектов, включая проект по разработке и внедрению инновационных технологий персонализированной медицинской помощи пациентам с ЗНО на базе ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» и других профильных национальных медицинских исследовательских центров Минздрава России и РАН	2019-2029	Минздрав России  Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов	Достижение целевых показателей Национальной стратегии, включая снижение смертности от ЗНО (общей и в трудоспособном возрасте)