

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ПАТРУШЕВ

Михаил Андреевич

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СКРИНИНГА РАКА
КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

Диссертация

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

д.м.н., профессор

Нелли Борисовна Найговзина

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ | 4 |
| ВВЕДЕНИЕ | 5 |
| ГЛАВА I. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА В ЦЕЛЯХ ДИАГНОСТИКИ РАКА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ | 14 |
| 1.1. Отечественный опыт организации профилактических осмотров и диспансеризации, статистического учета злокачественных новообразований, показателей их диагностики | 14 |
| 1.2. Зарубежный опыт проведения программ скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, а также оценки его эффективности | 25 |
| ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | 34 |
| ГЛАВА III. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ | 50 |
| 3.1 Анализ заболеваемости населения злокачественными новообразованиями колоректальной локализации и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации | 50 |
| 3.2 Анализ нормативного правового регулирования организации проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации | 78 |
| 3.3 Анализ планируемых и фактических объемов посещений с профилактическими и иными целями, профилактических осмотров и диспансеризации в рамках Программы и соответствующих финансовых затрат в Российской Федерации и в г. Москве в 2016-2020 гг. | 82 |
| ГЛАВА IV. РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УЧАСТИЯ И ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ | 97 |
| ГЛАВА V. АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ОЦЕНКА МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ | |

| | |
|---|------------|
| ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ | 112 |
| 5.1 Анализ выявляемости злокачественных новообразований колоректальной локализации по данным первичной медицинской документации | 112 |
| 5.2. Анализ затрат на выявление случая подозрения на ЗНО колоректальной локализации в рамках программы скрининга | 124 |
| 5.3 Анализ себестоимости исследования кала на скрытую кровь и тарифа на его оплату в г. Москве | 132 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 135 |
| ВЫВОДЫ | 143 |
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | 147 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ФОРМА ВЫКОПИРОВКИ ДАННЫХ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО | 165 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АНКЕТА ИЗУЧЕНИЯ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ | 167 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 3. АКТЫ О ВНЕДРЕНИИ МАТЕРИАЛОВ ИССЛЕДОВАНИЯ | 172 |

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

| | | |
|--------------------|---|--|
| ВОЗ | - | Всемирная организация здравоохранения |
| ЗНО | - | злокачественное новообразование |
| КРР | - | рак колоректальной локализации |
| Минздрав России | - | Министерство здравоохранения Российской Федерации |
| Минюст России | - | Министерство юстиции Российской Федерации |
| МКБ | - | Международная классификация болезней |
| НПА | - | нормативный правовой акт |
| ОКС | - | общий коэффициент смертности населения |
| ПГГ | - | Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи |
| п.п. | - | процентный пункт |
| РФ | - | Российская Федерация |
| СКС | - | стандартизованный коэффициент смертности |
| ФСН | - | федеральное статистическое наблюдение |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254, к числу угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан отнесен высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний - сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, нейродегенеративных и других. Основной задачей здравоохранения является сохранение здоровья населения и снижение смертности населения, в том числе от злокачественных новообразований (ЗНО). Настоящее исследование посвящено изучению вклада профилактических осмотров и диспансеризации в раннюю диагностику ЗНО колоректальной локализации. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, проводимые в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – основной инструмент ранней диагностики ЗНО.

В Российской Федерации, как и в зарубежных странах отмечается рост заболеваемости населения ЗНО, поэтому приоритетными задачами являются повышение эффективности профилактики и лечения ЗНО, снижение смертности населения от этих заболеваний. Поэтому приоритетной задачей является повышение эффективности профилактики и лечения ЗНО. Анализ структуры первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями колоректальной локализации по данным Росстата за 2019 г. выявил, что в Российской Федерации их доля составила 12,6%, в структуре смертности населения от ЗНО – 20,5%, в г. Москве – 11,9% и 14,2% соответственно.

Среди приоритетных направлений организации оказания медицинской помощи – повышение медико-экономической эффективности предпринимаемых мер, в том числе профилактических, в целях снижения бремени неинфекционных заболеваний. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – это основной механизм государственного

регулирования доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающий соблюдение равных конституционных прав граждан на медицинскую помощь за счет государственных источников финансирования.

При этом, исследователями доказана медицинская и экономическая эффективность скрининга на выявление ЗНО колоректальной локализации 1 раз в 2 года в возрастной группе 50-74 года методом тестирования кала на скрытую кровь, в том числе вклад в снижение смертности населения [101, 108]. В Российской Федерации в настоящее время скрининг проводится у лиц в возрасте 40-64 года 1 раз в 2 года и у лиц в возрасте 65-75 лет ежегодно в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Вместе с тем, по данным зарубежных исследователей, уровень участия населения Австралии, Великобритании и Германии в скрининге на злокачественные новообразования колоректальной локализации остается не более 60%, что составляет значительный резерв дальнейшего повышения результативности соответствующего скрининга. Доля новых случаев ЗНО колоректальной локализации, выявленных в рамках программы скрининга составила 10% в Англии и Уэльсе (Великобритания) в 2019 г. При этом, в указанных странах систематически проводится аудит проводимого скрининга, а также исследования, посвященные анализу медицинской эффективности скрининговых мероприятий, а также их вклада в снижение смертности населения и повышения качества их жизни [96, 102].

Программа скрининга на выявление ЗНО колоректальной локализации в период 2016-2018 гг. проводилась в рамках профилактических осмотров и диспансеризации, с 2019 г. – в рамках диспансеризации в соответствии с порядками проведения профилактических осмотров и диспансеризации, утверждаемыми Минздравом России. Финансовое обеспечение соответствующих мероприятий осуществлялось в рамках Программы государственных гарантий за счет средств обязательного медицинского страхования.

При этом в научной литературе отсутствуют данные об отношении населения Российской Федерации к программе скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, а также об участии населения в указанной программе скрининга.

Кроме того, анализ показателей заболеваемости и смертности населения, в том числе установление соответствующих целевых показателей, проводится с использованием общих коэффициентов. Это не позволяет учитывать особенности половозрастной структуры населения и уровень заболеваемости и смертности населения в различных субъектах Российской Федерации при планировании профилактических мероприятий [28, 30, 31, 32].

В связи с изложенным, научное обоснование совершенствования медико-экономической эффективности скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации представляется актуальной научной задачей.

Степень разработанности темы исследования

Анализ международного опыта оценки эффективности скрининга на выявление ЗНО колоректальной локализации выявил, что в развитых зарубежных странах проводится систематическая оценка вклада мероприятий скрининга в снижение смертности населения от соответствующей причины смерти и повышение продолжительности здоровой жизни в рамках соответствующих программ аудита.

Отечественными исследователями с использованием расчетной проспективной модели реализации скрининга ЗНО колоректальной локализации показано, что на горизонте 15 лет после старта программы расходы на диагностику и лечение ЗНО колоректальной локализации сократятся на 16,1% по сравнению со стратегией отсутствия скрининга [35].

Анализ научной литературы, источников официальной статистической информации выявил, что отсутствуют данные об участии пациентов с диагнозом ЗНО колоректальной локализации в программе скрининга на выявление ЗНО

колоректальной локализации в период, предшествующий установлению диагноза, что и предопределило цель и задачи выполненного исследования.

Цель исследования: научное обоснование повышения медико-экономической эффективности профилактических осмотров и диспансеризации в ранней диагностике рака колоректальной локализации.

Задачи исследования:

1. Изучить организацию проведения профилактических осмотров и диспансеризации в целях выявления злокачественных новообразований колоректальной локализации в период 2016-2021 гг.

2. Провести анализ показателей заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации, в том числе в 5-летних возрастных группах.

3. Провести анализ выявляемости злокачественных новообразований колоректальной локализации в период 2018-2020 гг. на основе данных первичной медицинской документации в рамках профилактических осмотров и диспансеризации, самостоятельного обращения граждан по поводу жалоб, при госпитализации.

4. Провести медико-социологическое исследование участия и отношения населения к профилактическим осмотрам и диспансеризации.

5. Разработать экономическую модель затраты-эффективность для выявленного случая подозрения на злокачественное новообразование колоректальной локализации в рамках программы скрининга и провести с ее использованием расчет затрат.

Научная новизна исследования

В рамках исследования представлены результаты расчета показателей заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации с использованием показателей в разрезе 5-летних возрастных групп и стандартизованных по возрасту коэффициентов заболеваемости и смертности населения, что позволяет объективно оценивать

уровень заболеваемости и смертности населения из-за нивелирования влияния возрастной структуры населения.

На основе анализа первичной медицинской документации получены новые данные о вкладе профилактических осмотров и диспансеризации, самостоятельного обращения, госпитализации по экстренным показаниям в диагностику впервые выявленных случаев злокачественных новообразований колоректальной локализации.

Установлена низкая приверженность населения к участию в программах профилактических осмотров и диспансеризации, недостаточный охват скринингом на рак колоректальной локализации, недостаточная информированность населения об особенностях проведения и ценности данных профилактических осмотров и диспансеризации.

Научно обоснованы и разработаны предложения по повышению медико-экономической эффективности программы скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации в рамках диспансеризации.

Теоретическая и практическая значимость исследования

В рамках настоящего научного исследования обоснована целесообразность применения стандартизованных по возрасту показателей заболеваемости и смертности населения для выработки мер, что позволяет достоверно учитывать различия в половозрастной структуре населения при анализе заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации.

В рамках настоящего исследования изучен вклад профилактических осмотров и диспансеризации в раннюю диагностику злокачественных новообразований колоректальной локализации.

Обоснована необходимость проведения регулярного аудита диагностики и лечения злокачественных новообразований колоректальной локализации, в том числе с использованием специально разработанной карты аудита для выработки целевых мер.

Результаты исследования легли в основу разработки предложений по совершенствованию медико-экономической эффективности скрининга колоректального рака, включая повышение охвата населения мероприятиями скрининга, информированности населения о соответствующих программах, проведение регулярного аудита программы скрининга.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Применение комплексного анализа заболеваемости и смертности с использованием показателей в 5-летних возрастных группах и стандартизованных по возрасту позволяет более достоверно оценивать уровень заболеваемости и смертности населения, а также разрабатывать адресные меры для совершенствования программы скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации.

2. Низкая выявляемость злокачественных новообразований колоректальной локализации в рамках профилактических осмотров и диспансеризации обусловлена низким охватом населения скринингом.

3. Включение исследования кала на скрытую кровь как обязательного условия оплаты комплексной услуги диспансеризации наряду с эндоскопическим скринингом позволит увеличить показатель активного выявления злокачественных новообразований колоректальной локализации и повысить медико-экономическую эффективность скрининга.

Методология и методы исследования. Программа исследования предусматривала решение поставленных в рамках диссертации задач с использованием аналитического, социологического, статистического, математического, экономического, эпидемиологического методов исследований, адекватных поставленным в исследовании задачам. Исследование включало пять этапов.

Объектом исследования являлась организация профилактической помощи, направленная на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации.

Предметом исследования явились мероприятия скрининга, направленные на

выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, проводимые в рамках профилактических осмотров и диспансеризации.

Этические аспекты. Легитимность исследования подтверждена решением Межвузовского комитета по этике при МГМСУ им. А.И.Евдокимова (выписка из протокола от 25 апреля 2021 г. № 4).

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Достоверность результатов диссертационного исследования достигнута применением адекватных цели и задачам методов сбора материала, репрезентативным количеством единиц наблюдения, использованием современных инструментов для анализа и интерпретации полученных данных. Фактические данные, представленные в работе, в том числе графически и в сводных таблицах, удостоверяют научные положения, выводы и рекомендации.

Основные положения и результаты исследования были представлены, доложены и обсуждены на XLII (42) Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ имени А.И. Евдокимова (Москва, 21 марта 2020 г.), XLIII Итоговой научной конференции Общества молодых ученых МГМСУ им. А.И. Евдокимова (Москва, 21 апреля 2022 г.), VII Национальном научно-образовательном конгрессе с международным участием «Онкологические проблемы от менархе до постменопаузы» (Москва, 15 февраля 2023 г.).

Личный вклад автора в получение научных результатов, изложенных в диссертации

Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, анализ нормативной правовой базы, разработаны анкета для опроса населения по вопросам участия в профилактических осмотрах и диспансеризации, 2 варианта карты выкопировки данных из первичной медицинской документации. Автором проведен опрос респондентов, выкопировка данных, математико-статистическая обработка материала. Автор провел анализ полученных результатов, сформулировал выводы и практические рекомендации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза: Медико-социальное исследование демографических процессов и определение роли демографических показателей для анализа и планирования деятельности органов и учреждений здравоохранения (п.3), Исследование и анализ мнения различных профессиональных и возрастно-половых групп населения о здоровье и болезни, о влиянии социально-экономических факторов на здоровье населения, о социальных моделях сохранения и укрепления здоровья (п.9), Изучение механизмов, источников и объемов финансирования медицинской помощи и здравоохранения и разработка мероприятий по совершенствованию финансового обеспечения органов и учреждений здравоохранения (п.17).

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 5 научных работ, из них 2 в изданиях, входящих в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, 1 в издании, входящем в международную базу данных SCOPUS.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 164 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы описания используемых материалов и методов, глав, отражающих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 108 источников, из них 88 отечественных и 20 зарубежных, и 3 приложений. Работа иллюстрирована 42 рисунками, 37 таблицами.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в образовательный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени

А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (акт о внедрении от 3 октября 2023 г.), факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова (акт о внедрении от 5 октября 2023 г. № 467-23/110-03), применяются для анализа медико-демографических показателей, проводимых государственным бюджетным учреждением города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы» (акт о внедрении от 5 декабря 2023 г.).

ГЛАВА I. ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА В ЦЕЛЯХ ДИАГНОСТИКИ РАКА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

В настоящее время наблюдается тенденция увеличения бремени заболеваний населения на экономику стран (Всемирный банк, 2013) [12]. Этот процесс обусловлен многими причинами: увеличением продолжительности жизни населения, увеличением интенсивности действия экологических факторов риска, малоподвижным сидячим образом жизни, неправильным питанием и др.

Злокачественные новообразования являются одной из ведущих причин смерти в мире, которые только в 2020 г., по данным Всемирной организации здравоохранения, унесли жизни почти 10 млн. человек, или почти каждого шестого умершего. Наиболее распространенными видами рака являются рак молочной железы, легких, толстой и прямой кишки и предстательной железы [12]. По данным Всемирной организации здравоохранения, в Европе колоректальный рак (англ. Colorectal cancer) является второй наиболее распространенной формой рака у женщин после рака молочной железы, и третьей наиболее распространенной формой рака у мужчин после рака легких и предстательной железы. Ежегодно в мире выявляется около 1,36 млн. случаев колоректального рака, что составляет 10% всех впервые диагностированных злокачественных новообразований. Около 65% всех новых случаев регистрируются в странах с высоким уровнем доходов. Причиной большой доли случаев злокачественных новообразований являются поведенческие факторы риска, такие как неправильное питание, злоупотребление алкоголем и отсутствие физической активности [**Error! Reference source not found.**, 9]. Вместе с тем пандемия COVID-19 вновь показала значимость инфекционных заболеваний [5, 75].

1.1. Отечественный опыт организации профилактических осмотров и диспансеризации, статистического учета злокачественных новообразований, показателей их диагностики

Профилактика была одним из приоритетов организации медицинской помощи населению в СССР. В частности, успешно были реализованы в период с 1917 по 1960-1970 гг. мероприятия по борьбе с инфекционными заболеваниями, были внедрены программы вакцинации, санитарного обучения населения [87, 71].

Профилактические мероприятия – один из инструментов управления заболеваемостью и смертностью населения. Ещё первый нарком здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко писал: «Профилактика – это путь, которым мы идем, диспансеризация - метод решения профилактических задач» [78].

По данным исследователей, в первичном звене здравоохранения применялся «диспансерный метод работы», который представлял собой активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов (здоровых и больных) населения с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет и комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, по предупреждению возникновения и распространения заболеваний, формированию здорового образа жизни (Лисицын Ю.П., 2010) [25].

В 1985 году в СССР было принято решение о проведении всеобщей ежегодной диспансеризации населения, в рамках которой для взрослых был предусмотрен обязательный сбор анамнестических данных по специально разработанной анкете, антропометрические измерения (рост, масса тела), измерение артериального давления, гинекологический осмотр женщин со взятием мазка для цитологического исследования (с 18 лет), у девушек с 15 лет - пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям), определение остроты зрения, определение остроты слуха, туберкулиновые пробы подросткам (15-17 лет), анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов; сахара - по показаниям), исследование мочи на белок, ЭКГ (с 15 лет - 1 раз в 3 года, с 40 лет - ежегодно), измерение внутриглазного давления (после 40 лет), флюорография (рентгенография) органов грудной клетки – ежегодно, женщинам - маммография (с 35 лет - 1 раз в 2 года), пальцевое исследование прямой кишки - с 30 лет, пневмотахометрия, осмотр врачом-терапевтом, осмотр врачами-специалистами

других специальностей по показаниям. Для обеспечения проведения всеобщей диспансеризации были образованы отделения и кабинеты профилактики, на которые были возложены организация диспансеризации, контроль ее проведения, учет и анализ ее результатов [88]. Из числа проводимых исследований, только осмотр, маммография молочных желез, флюорография и пальцевое исследование прямой кишки могут быть применены для выявления злокачественных новообразований и отнесены к исследованиям скринингового характера.

Этот вывод подтверждается и анализом, выполненным отечественными исследователями (Шейман И.М. и др., 2019), что во всеобщей диспансеризации в СССР по модели 1986 г. был сделан акцент на выявлении и диспансерном наблюдении за больными хроническими неинфекционными заболеваниями с целью улучшения их состояния, которые увязывались с их последующим лечением [88].

При этом, эффективная ранняя диагностика злокачественных новообразований, по данным Всемирной организации здравоохранения, должна сопровождаться своевременным началом лечения [73].

Для достижения задачи снижения бремени онкологических заболеваний необходима эффективная работа как этапа ранней диагностики, так и этапа лечения. По данным исследований, разрыв между профилактическими и лечебными мероприятиями является очевидным [88]. По данным Бойцова С.А., 2018, только 50% пациентов с заболеваниями системы кровообращения взяты на диспансерное наблюдение, 30,5% – по эндокринным заболеваниям, 42,5% – по болезням органов дыхания, 31,7% – по заболеваниям органов пищеварения [5].

Активный поиск предраковых заболеваний толстой кишки (аденоматозные полипы и хронические воспалительные заболевания) у лиц без отягощенного семейного онкологического анамнеза требует больших затрат ввиду необходимости широкого охвата населения. Несмотря на широкое внедрение эндоскопического исследования органов желудочно-кишечного тракта с лечебно-диагностической целью, кратная пяти или десяти годам, массовая колоноскопия, начиная с возраста 45 – 50 лет, остается непосильным скрининговым мероприятием

даже для стран с высоким уровнем экономического развития. При этом необходимо учитывать, что риск перфорации толстой кишки колеблется около 0,1 – 0,2% и увеличивается при применении внутривенной анестезии [77].

По данным исследований, оценки экономической эффективности профилактических осмотров и диспансеризации в ранней диагностике колоректального рака (Шейман И.М. и др., 2019) разделяются на следующие группы. Первая касается вопроса об обоснованности конкретных профилактических услуг. При этом некоторые исследования, например, О.Ю. Ребровой с соавторами, оспаривают включение в Программу ряда профилактических обследований (Реброва О.Ю. и др. 2017). Вторая группа работ сконцентрирована на оценке предотвращенных экономических потерь, связанных с заболеваниями (затраты на их лечение, потери от утраты трудоспособности и преждевременной смертности). Эти исследования почти всегда демонстрируют позитивные результаты: например, в работе А.В. Концевой с соавторами сравниваются затраты на проведение профилактических мероприятий с дополнительным вкладом каждого гражданина в ВВП (Концевая и др. 2014); делается вывод о том, что каждый рубль вложений в профилактику дает экономический эффект в размере от 6 до 11 руб. В третьей группе работ анализируется опыт практики реализации Программы: планирование, организация и финансирование профилактической работы, охват населения и число выявленных заболеваний (например, Яровая С.К. и др. 2013, Козлова С.А. 2019). Особенностью большинства работ этой группы является безоговорочное признание правильности выбранной модели диспансеризации. На материалах конкретного региона или медицинской организации оцениваются формы реализации принятых нормативных актов. По существу, эти работы служат обоснованием принятой модели диспансеризации [88].

Следует отметить, что в настоящее время работы, посвященные анализу экономической эффективности программы диспансеризации и программы скрининга на рак колоректальной локализации как ее составляющей, в Российской Федерации практически отсутствуют. По данным П.В. Нестерова и соавт.

исследование показывает высокую медико-экономическую эффективность программы скрининга рака колоректальной локализации. Это позволит повысить продолжительность жизни пациентов с раком колоректальной локализации и снизить соотношение затраты/эффективность на 57,9%. При этом реализация программы скрининга потребует увеличения затрат на диагностику и лечение рака колоректальной локализации на 6,9% в год в Ярославской области. Однако, модель позволила выявить, что в долгосрочной перспективе скрининг позволит снизить заболеваемость на 12% от исходного уровня к 15-му году реализации программы и сократить расходы на диагностику и лечение рака колоректальной локализации на 16,1% [Error! Reference source not found.].

Кроме того, мы проанализировали развитие применения понятий «диспансеризация» и «профилактический осмотр» в отечественной системе здравоохранения. Большая советская энциклопедия (1972 г.)¹ в словарной статье «диспансеризация» дано определение диспансеризации – «система работы лечебно-профилактических учреждений в СССР, направленная на предупреждение заболеваний, активное выявление и лечение (особенно в ранних и начальных стадиях) больных, главным образом хроническими заболеваниями (туберкулез, онкологические, сердечно-сосудистые и др.)». Таким образом, в СССР было принято к диспансеризации относить профилактические медицинские осмотры, а также лечение и диспансерное наблюдение.

Также мы проанализировали применение терминов «профилактический медицинский осмотр» и «диспансеризация» в рамках Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с указанным Федеральным законом, медицинский осмотр - это комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. При этом профилактический медицинский осмотр является одним из видов медицинских

¹ Большая советская энциклопедия (1972 г.)

осмотров и проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов (ст.46).

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансерное наблюдение – это проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном Минздравом России.

Таким образом, в настоящее время, по сравнению с дефинициями, представленными в Большой советской энциклопедии от 1972 г., профилактические медицинские осмотры были выделены из понятия «диспансеризация», наделив последнюю самостоятельным статусом, исключив из нее лечебные и реабилитационные мероприятия.

В организации медицинской помощи сформирован теоретический и практический подход на основе принципов предикции, превентивности, персонализации и партисипативности (4П) [94]. Минздравом России утверждена Концепция предиктивной, превентивной и персонализированной медицины [58]. Кроме того, различные отечественные и зарубежные исследователи предлагают дополнение указанного подхода 4П и другими принципами - 7П (И.Хаяшизаки) или 10П (Б.М.Тайц) [84].

Исследователи здоровье человека рассматривают как составляющую человеческого капитала, а одним из механизмов его сохранения и укрепления

являются профилактические мероприятия [105]. При этом бремя онкологических заболеваний можно снизить за счет раннего выявления рака [6], перевода заболевания из острой формы в хроническую.

Правительством Российской Федерации злокачественные новообразования включены в Перечень социально значимых заболеваний, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 [59]. В Российской Федерации предпринимаются системные меры по совершенствованию медицинской помощи, включая раннюю диагностику и лечение злокачественных новообразований [72, 85, 31, 34].

За последние 15 лет в Российской Федерации реализовывались в рамках мероприятий по развитию диагностики и лечения злокачественных новообразований следующие масштабные государственные программы: ПНП «Здоровье» - включал специальный проект в 2009-2012 гг.; государственная программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации» - включала специальную подпрограмму в 2013-2018 гг.; национальный проект «Здравоохранение» с 2018 и по н.в. [34, 74].

В рамках указанных государственных проектов и программ были предусмотрены целевые показатели, связанные с оказанием медицинской помощи и снижением смертности населения.

В 2008 г. в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» была поставлена задача по развитию медицинской помощи при злокачественных новообразованиях заболеваниях, в т.ч. с 2009 по 2012 год:

повысить долю пациентов со злокачественными новообразованиями, у которых соответствующие заболевание выявлено на I-II стадиях до 75% с 46,0% в 2008 г.;

снизить общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований до 190,0 на 100 тыс. человек населения с 201,9 в 2008 г. [31, 34].

Государственной программой «Развитие здравоохранения Российской Федерации», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р, был предусмотрен целевой показатель по

снижению смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до 190 на 100 тыс. человек населения к 2020 г. Указанная программа включала достижение целевого показателя, установленного Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» до 192,8 на 100 тыс. человек населения к 2018 г. [57, 49].

В 2018 г. Президентом Российской Федерации была поставлена задача Правительству Российской Федерации при разработке национального проекта в сфере здравоохранения исходить из того, что в 2025 г. необходимо обеспечить снижение смертности населения от новообразований, в том числе от злокачественных до 185 случаев на 100 тыс. населения [30, 34, 39]. Правительством Российской Федерации в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение» (ред. от 2019 г.) соответствующие целевые показатели были установлены для каждого субъекта Российской Федерации [66, 67]. Впоследствии в 2021 г. этот показатель был исключен как целевой. Таким образом, в Российской Федерации целевые показатели по снижению смертности населения от злокачественных новообразований в период 2008-2021 гг. устанавливались в виде общих коэффициентов смертности.

В настоящее время целевыми показателями федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» «Борьба с онкологическими заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение»:

1. Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %. Плановый показатель на 2022 г. – 70,0 %, фактический показатель на декабрь 2022 г. – 75,0 %, что на 18,1 % выше, чем фактическое значение 2021 года (63,5 %).

2. Доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, %. Плановый показатель на 2022 г. – 57,9 %, фактический показатель на декабрь 2022 г. – 59,3 %, что на 1,4 п.п. выше, чем фактический показатель 2021 года (57,9 %).

3. Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями (умерли в течение первого года с момента установления диагноза из числа больных, впервые взятых под диспансерное наблюдение в предыдущем году), %. Плановый показатель на 2022 г. – 20,2 %, фактический показатель на декабрь 2022 г. – 19,2 %, или на 0,1 п.п. ниже, чем фактический показатель 2021 года (20,3 %).

4. Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете 5 лет и более из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением, %. Плановый показатель на 2022 г. – 56,7 %, фактический показатель на декабрь 2022 г. – 58,0 % (102,3 % от планового значения 2022 года), что на 0,6 п.п. выше, чем фактический показатель 2021 года (57,4 %).

Вместе с тем, по данным исследователей, динамика общих коэффициентов заболеваемости и смертности населения на длительных временных трендах зависит в том числе от возрастной структуры населения и анализ смертности требует соответствующего учета возрастной структуры населения [2]. К числу таких показателей могут быть отнесены стандартизованные по возрасту коэффициенты заболеваемости и смертности, ожидаемая продолжительность жизни при постановке диагноза [93].

В Российской Федерации для анализа уровня смертности населения от злокачественных новообразований рассчитываются следующие показатели: общий коэффициент, стандартизованный коэффициент, в 5-летних возрастных группах, 5-летняя выживаемость [80, 81, 82, 83, 16, **Error! Reference source not found.**, 19, 20, 21, 22, 23].

По данным исследователей, официальная статистическая отчетность является основой для разработки и оценки результатов реализации государственных противораковых программ, используется при сравнительном анализе показателей медицинской помощи при онкологических заболеваниях при проведении международных сопоставлений и межрегиональных сопоставлений в Российской Федерации, в научных исследованиях [26]. Источниками данных для

расчета указанных показателей являются годовые статистические формы: С51 «Распределение умерших по полу, отдельным возрастным группам и причинам смерти», С52 «Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти в расчете на 100 тыс. населения в год», форма № 7 ФСН "Сведения о злокачественных новообразованиях" [26]. Кроме того, в Российской Федерации функционирует Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния, в который в электронной форме вносятся сведения о государственной регистрации актов гражданского состояния и совершения органами записи актов гражданского состояния иных юридически значимых действий. Оператором Реестра в соответствии с Федеральным законом от 15.11.1997 № 143-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об актах гражданского состояния" (статья 13.1) является Федеральная налоговая служба [55].

В соответствии с приказом Минздрава России от 23.12.1996 № 420 «О создании Государственного ракового регистра», в настоящее время, по данным исследователей, почти во всех субъектах России созданы базы данных, обо всех обратившихся за медицинской помощью в связи с онкологическим заболеванием. Однако проблема обновления баз данных в очень многих регионах еще далека от своего решения. В статистических изданиях МНИОИ им. П.А. Герцена (Петрова, Каприн, Грецова 2015; Каприн, Старинский, Петрова 2017; 2018) сведения о числе умерших от ЗНО приводятся по данным Росстата. Данные о численность больных с ЗНО приводятся в общем виде, на 100 тыс. населения, без разбивки по возрастным группам (Каприн, Старинский, Петрова 2018). По оценкам В.М. Мерабишвили (2018), численность состоящих на учете больных ЗНО завышена, поскольку с 2011 г. во многих регионах работники, ответственные за обновление данных в соответствующих регистрах, не имеют доступа к данным об умерших и не могут обновлять данные [28].

Для оценки динамики численности лиц, состоящих на учете по поводу ЗНО, в Регистр включаются данные о новых случаях ЗНО и числе умерших из числа состоявших на учете. Следует отметить, что, по данным исследователей, сбор данных о смертности не входит в задачу указанного регистра. Без этих сведений

невозможно оценить реальное число состоящих на учете. Единственный возможный источник достоверной информации об умерших – это актовые записи о смерти, дополненные медицинскими свидетельствами о смерти. Эти же данные – источник сведений об умерших от рака, не состоявших на учете. Такие умершие, если они относятся к постоянному населению региона, включаются в Регистр после смерти [3].

Следует отметить, что при анализе заболеваемости и смертности населения наиболее достоверными являются показатели, которые характеризуют интенсивность явления в популяции. Для простого анализа может быть достаточно общего числа событий (заболеваний и смертей) в популяции, однако такой подход не дает знаний об интенсивности событий в популяции в зависимости от возраста.

По данным Всемирной организации здравоохранения, вероятность возникновения и развития злокачественного новообразования у человека повышается с течением жизни (в каждый очередной прожитый год вероятность выше, чем в предыдущий), что характеризуется более высокими показателями первичной заболеваемости [11]. Это требует анализа повозрастных показателей, в том числе в разрезе 5-летних возрастных групп.

При этом, население различных регионов имеет разную половозрастную структуру, влияние которой возможно нивелировать при расчете стандартизованных по возрасту показателей заболеваемости и смертности населения. Давно известен и широко применяется метод стандартизации показателей смертности с использованием стандартной половозрастной структуры населения. Разработаны различные стандарты половозрастной структуры населения. В частности, Росстатом для расчета стандартизованных показателей смертности населения применяется Европейский стандарт половозрастной структуры населения.

Метод стандартизации показателей смертности населения применяется, в частности, Всемирной организацией здравоохранения при формировании международной базы данных о смертности населения по причинам смерти, в том числе от злокачественных новообразований – WHO Mortality Database (доступна в

сети «Интернет» по ссылке: <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>) [103].

Вместе с тем анализ выживаемости населения при заболевании злокачественным новообразованием требует расчета специальных показателей. Традиционно, в Российской Федерации применяются показатели о состоянии пациента на учете по поводу онкологического заболевания в течении 1 года, 5 лет и 10 лет после установления диагноза. Однако, на эти показатели влияет, в первую очередь, качество и сроки ранней диагностики и лечения и характеризуют они состояние диагностики и лечения, соответственно в период 1 год, 5 лет и 10 лет назад и до настоящего времени.

1.2. Зарубежный опыт проведения программ скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, а также оценки его эффективности

В целях анализа зарубежного опыта организации профилактических мероприятий в отношении колоректального рака нами проведен анализ соответствующих скрининговых программ, которые реализуются в Австралии, Великобритании, Германии.

В Великобритании программы профилактики реализуются Национальной службой здравоохранения. Населению страны гарантированы профилактические осмотры 1 раз в 5 лет в возрасте 40-74 лет с целью выявления факторов риска возникновения и развития заболевания. Программа проведения названных профосмотров включает в себя медицинские услуги, которые предоставляются средним и младшим медицинским персоналом. Профилактический осмотр проводится при самостоятельном обращении человека. Длительность проведения профосмотра составляет 20-30 минут.

Программа профосмотра включает:

1. Опрос с целью выявления жалоб и факторов риска
2. Измерение роста и веса, расчет индекса массы тела
3. Измерение артериального давления

4. Определение уровня холестерина и глюкозы в крови
5. Для лиц старше 65 лет – определение ранних симптомов деменции.

По результатам профосмотра пациент получает типовые рекомендации по поводу выявленных факторов риска, включая рекомендации по здоровому питанию, уровню физической активности. Результаты проведенных исследований направляются врачу общей практики.

Наравне с указанными профилактическими осмотрами для взрослых предусмотрены государственные программы скрининга. В 2022 году были предусмотрены следующие программы скрининга: скрининг на диабетическую ретинопатию. Каждый пациент с диагнозом диабет в возрасте 12 лет и старше ежегодно имеет возможность пройти обследование, поскольку диабетическая ретинопатия – ведущая причина потери зрения в трудоспособном возрасте; скрининг на аневризму брюшной аорты – проводится в отношении мужчин в возрасте 65 лет; скрининг на колоректальный рак (англ. bowel cancer); скрининг на рак груди; скрининг на рак шейки матки; скрининг в период беременности (включает следующие программы: на отдельные инфекционные болезни, на аномалии плода, на серповидно-клеточную анемию и талассемию)

Для участия в таких программах пациент получает персональное приглашение. Программа скрининга колоректального рака проводится за счет средств бюджета. К участию в программе скрининга приглашаются лица в возрасте 60-74 года 1 раз в 2 года. Лица в возрасте 75 лет и старше также имеют право на скрининг, но после самостоятельного обращения и записи.

В Программе, которая реализуется с 2006 г., возраст участвующих был сначала ограничен 60-69 лет, с 2010 г. в программу дополнительно включаются лица в возрасте 70-74 года. В период 2021-2025 гг. проводится постепенное расширение программы скрининга за счет дополнительного включения в нее лиц в возрасте 50-59 лет. Для участия в программе скрининга в 2018/2019 гг. подлежали 4,5 млн. человек в Англии, уровень участия составил 58%. Стоимость программы

скрининга в указанный период² составила 211 млн. фунтов стерлингов или 22,0 млрд. рублей³.

В настоящее время скрининг на рак колоректальной локализации включает следующие основные методы: обнаружение скрытой крови в кале и визуальный осмотр стенки толстой кишки посредством эндоскопии [36, 77].

На скрининг активного приглашаются лица, подходящих по критериям включения. Списки для приглашения на скрининг формируются из числа лиц, прикрепленных к врачам общей практики. Лица, согласившиеся на участие в скрининге, по почте получают тест и отправляют обратно образец биоматериал. Лица, у которых по результатам скрининга был выявлен повышенный риск, направляются для проведения консультации и колоноскопии по показаниям. Также в 2015 г. был изменен метод скрининга – до 2015 г. проводилась гваяковая проба на скрытую кровь в кале, с 2015 г. – исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом.

Иммунохимический вариант лишен недостатков старых, менее специфичных химических методов (гваяковая, бензидиновая пробы). Эти химические пробы на гемоглобин давали положительную реакцию не только на гемоглобин человека, но и на гемоглобин и миоглобин животного происхождения, поступающий с пищей, а также на некоторые химические вещества, содержащиеся в пищевых продуктах, витаминах, поэтому требовали строгой преаналитической подготовки к исследованию в течение нескольких дней перед исследованием.

По данным зарубежных исследователей, доля лиц, участвующих в Англии в программе скрининга колоректального рака, от числа приглашенных к участию в 2010-2015 гг. составила 49-53%. В скрининге более высокая доля участвующих женщин (56%) по сравнению с мужчинами (44%), лиц, с более высоким доходом по сравнению с более низким.

² Финансовый год в Великобритании с 1 марта по 1 марта

³ По официальному курсу Банка России фунта стерлингов Великобритании к рублю 104,1 рубля на 1 февраля 2022 г.

Ежегодно проводится независимый аудит скрининга с обязательной оценкой как медицинской, так и экономической его составляющей для скрининга на злокачественные новообразования каждой локализации [101].

В Федеративной Республике Германия скрининг на рак колоректальной локализации для лиц в возрасте 50 лет и старше проводится следующими методами: тест кала на скрытую кровь иммунохимическим методом или колоноскопия [97]. Программа скрининга включает проведение колоноскопии 1 раз в 10 лет в возрасте 50 лет и старше (первое исследование до 65 лет) или тест кала на скрытую кровь иммунохимическим методом: ежегодно в возрасте 50-54 года, в возрасте 55 лет и старше – 1 раз в 2 года.

В Австралии программа скрининга злокачественных новообразований колоректальной локализации включает тест кала на скрытую кровь 1 раз в 2 года для лиц в возрасте 50-74 года. По данным за период 1 января 2018 г. – 31 декабря 2019 г., в программе скрининга в Австралии участвовали 43,5% от общего числа лиц целевой возрастной группы для данного скрининга, приглашенных к участию в программе. Доля лиц, повторно участвующих в программе была, в среднем выше, и составила 75,7%. Доля лиц, у которых был положительный скрининговый тест кала на скрытую кровь, в 2019 г. составила 7% от числа обследованных [89, 106].

В Великобритании группой экспертов с периодичностью один раз в два года проводится программы скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации и их лечения и включает анализ путей маршрутизации пациентов при диагностике злокачественных новообразований, в том числе при скрининге, самостоятельном обращении по поводу жалоб и при экстренной госпитализации. Источником информации являются данные специальной информационной системы. Аналогичные исследования проводятся в Германии и в Австралии, что подтверждает его эффективность как инструмента принятия управленческих решений.

При этом в рамках аналитического исследования собираются, структурируются и анализируются данные о методе диагностики, поле и возрасте пациента, стадии течения заболевания, назначенном лечении, и его эффективности,

степени утраты трудоспособности в целях формирования рекомендаций по совершенствованию программы диагностики злокачественных новообразований колоректальной локализации, включая мероприятия скрининга. Аудит проводится на основе сплошной выборки новых случаев злокачественных новообразований колоректальной локализации. Целесообразно проведение аналогичного исследования один раз в два года с использованием специально разработанной информационной системы.

Таким образом, на основании проведенного обзора литературных источников, целесообразно научное изучение структуры маршрутизации пациента при диагностике впервые в жизни злокачественного новообразования колоректальной локализации, а также медико-социологическое исследование отношения населения и участия в профилактических осмотрах и диспансеризации, в том числе в программе скрининга на злокачественные новообразования колоректальной локализации.

Кроме того, целесообразно изучение приверженности населения участию профилактическим осмотрам и диспансеризации и изучение мнение населения по вопросам участия в программе скрининга на злокачественные новообразования колоректальной локализации, в том числе мотивации к участию.

По данным исследований, своевременная диагностика злокачественных новообразований колоректальной локализации позволяет обеспечить высокую эффективность их лечения – пятилетняя выживаемость при диагностике на I–III стадиях достигает 50–60%, в то время как для IV стадии этот показатель составляет менее 10%. Для раннего выявления колоректального рака существует несколько вариантов скрининга. Среди них исследование кала на скрытую кровь (далее – АКСК), гибкая сигмоидоскопия, колоноскопия и компьютерная томографическая колонография [6].

Европейский союз рекомендует проведение АКСК в рамках скрининга на выявление рака колоректальной локализации для мужчин и женщин в возрасте от 50 до 74 лет. Поскольку риск возникновения рака колоректальной локализации в разрезе возрастных групп в различных странах Европы имеет свои особенности, по

оценкам исследователей, следовательно эффективность скрининга также неодинакова. Тем не менее, при использовании высококачественной программы скрининга и при достаточно активном участии населения можно ожидать раннее выявление заболеваний и снижение смертности [77].

В Англии и Шотландии в конце 1990-х-начале 2000-х гг. проводились пилотные проекты по скринингу на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, в который включались лица в различных возрастных группах, применялись различные методы и схемы тестирования, применялся тест кала на скрытую кровь. По результатам пилотных проектов было принято решение о реализации в Англии программы скрининга колоректального рака с 2006 г., полный охват населения начался с 2009 г. В программу скрининга включались лица в возрасте 60-69 лет, исследование кала на скрытую кровь проводилось 1 раз в 2 года [99].

В этих странах ежегодно проводится Аудит программы скрининга рака колоректальной локализации. Согласно его данным в 2019 г. [102]:

1) 10% всех случаев колоректального рака были выявлены в рамках программы скрининга, 55% случаев было выявлено при самостоятельном обращении пациента к врачу общей практики, около 18% случаев – при оказании экстренной помощи в больницах (A&E departments);

2) доля лиц, принявших участие в скрининге, от числа получивших набор для скрининга составила 58% в Англии и 56% в Уэльсе.

Директивой Европейского Совета от 2 декабря 2003 г. № 2003/878/ЕС по проведению скрининга для выявления рака рекомендовано разработать и внедрить национальную программу скрининга отдельных видов рака, установив, что скрининг – это проведение исследований на заболевания у людей, у которых не проявляются специфические симптомы [91, 92].

В соответствии с указанным документом странам рекомендуется предусмотреть скрининг на злокачественные новообразования:

1. На злокачественные новообразования шейки матки для женщин в возрастной период не ранее 20 лет и не позднее 30 лет (мазок).

2. На злокачественные новообразования молочной железы в возрастной группе 50-69 лет.
3. На злокачественные новообразования колоректальной локализации в возрастной группе 50-74 года.

При этом возрастные группы, в соответствии с указанными рекомендациями Европейского совета могут быть уточнены в отдельных странах-участницах Европейского союза с учетом особенностей уровня и структуры заболеваемости.

Ключевыми индикаторами клинической и экономической эффективности проводимых скрининговых программ является повышение продолжительности и качества жизни людей, что может оцениваться с применением различных медико-демографических и медико-экономических показателей. Отечественные и зарубежные исследователи, как правило, используют QALY – годы качественной жизни (англ. Quality Adjusted Life Years), DALY – годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (англ. Disability Adjusted Life Year), LYG – добавленный год жизни (англ. Life Year Gained).

Вместе с тем исследователями анализ медико-экономической эффективности скрининговых программ на злокачественные новообразования проводится на основе анализа долгосрочных трендов заболеваемости и смертности населения: 10 лет и более. По данным авторов, внедрение скрининговых программ совпало с активным развитием онкологической помощи, что затрудняет анализ вклада скрининговых мероприятий в снижение смертности населения от злокачественных новообразований соответствующих локализаций [98].

Ключевым фактором, который позволил разрабатывать и внедрять скрининговые программы на злокачественные новообразования стала возможность проведения в 40-50-х гг. XX века инструментальных и (или) лабораторных исследований для обнаружения опухолей малых размеров, а также появление понятия «предрак» в морфологии и общей патологии [77].

Первым скрининговым тестом, который широко использовался для выявления рака, стал мазок Папаниколау. Тест был разработан Джорджем Папаниколау как метод исследования менструального цикла. Автор впоследствии

предложил применять это исследование в целях раннего выявления рака шейки матки и в 1923 году опубликовал полученные результаты. Сначала большинство врачей отнеслись к этому скептически. Американское онкологическое общество (англ. American Cancer Society) рекомендовало этот тест для применения как скрининговый только с начала 1960-х годов. С тех пор заболеваемость и смертность от рака шейки матки снизились более чем на 50%, в том числе благодаря скринингу, который позволяет выявить как предраковые состояния, так и рак шейки матки на ранней стадии. Современные методы маммографии были разработаны в конце 1960-х годов и впервые официально рекомендованы Американским онкологическим обществом в 1976 году. Маммография по-прежнему остается наиболее надежным методом скрининга рака молочной железы [1].

По данным исследователей, ученые-онкологи независимо от ученых-демографов также пришли к идее условного поколения. Такие методы развиты в серии работ Г. Бреннера и соавт. с середины 1990-х годов (Brenner, Gefeller 1996; Brenner, Gefeller, Nakulinen 2004). Конечно, при наличии качественного учета можно в течение 5 лет проследить жизнь пациентов, у которых 5 лет назад был диагностирован рак. Но полученные показатели смертности на первом году болезни отразят успешность лечения проведенного именно пять лет назад, на втором – четыре года и т.д. Метод условного поколения даже при анализе пятилетнего дожития позволяет учесть успехи, достигнутые за последнее пятилетие [3].

Показателем выживаемости населения в расчетах для условного или гипотетического поколения принято считать ожидаемую продолжительность жизни после установления диагноза злокачественного новообразования. Однако для расчета этих показателей требуется учет одногодичной смертности населения со злокачественными новообразованиями. В настоящее время по форме №7 федерального статистического наблюдения предусмотрен сведений об умерших с ЗНО, однако не предусмотрено распределение умерших по возрастным группам и причинам смерти.

Следует отметить, что показатели смертности населения от злокачественных новообразований на условное поколения рассчитываются уполномоченными организациями – в Германии Институтом Роберта Коха, в Великобритании – Институтом изучения рака.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения цели исследования и решения поставленных задач разработана программа исследования. Диссертация выполнена на кафедре общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (зав. кафедрой – Заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор Н.Б. Найговзина).

В работе использовались следующие методы исследования: аналитический, социологический, статистический, математический, экономический, эпидемиологический. Исследование было разделено на пять этапов (Таблица 1).

Объектом исследования являлись организация профилактической помощи, направленной на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, население Российской Федерации и г. Москвы.

Предметом исследования стали мероприятия скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, проводимые в рамках профилактических осмотров и диспансеризации.

На первом этапе исследования был проведен анализ источников научной литературы отечественных и зарубежных авторов, нормативных правовых актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, иных федеральных органов государственной власти по теме диссертационного исследования, сформулированы цели и задачи исследования, проанализированы данные об отечественном и зарубежном опыте организации и проведения профилактических осмотров в целях выявления злокачественных новообразований колоректальной локализации, изучены вопросы нормативного правового регулирования проведения профилактических осмотров и диспансеризации в Российской Федерации (Таблица 1).

Анализ источников литературы проводился с использованием отечественных (elibrary) и зарубежных баз (Web of Science, Scopus) научных статей, размещенных в сети «Интернет», библиотеки ФГБОУ ВО МГМСУ им.А.И. Евдокимова Минздрава России. Для целей настоящего исследования преимущественно использованы литературные источники за период 2017-2022 гг.

Анализ нормативной правовой базы федерального уровня и г. Москвы проводился с использованием нормативно-справочной информационной системы «Консультант.Плюс», официальных сайтов органов государственной власти Российской Федерации и г. Москвы.

Данные о фактических объемах медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы, выкопированы из формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» за 2016-2020 гг., уровни анализа данных – Российская Федерация и г. Москва. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием персонального компьютера и пакета программ MS Excel, SPSS.

На втором этапе исследования была разработана программа, методика и инструментарий исследования, проведен сбор первичного материала на основе карт выкопировки данных из медицинской документации пациента, анализ данных о заболеваемости и смертности населения в разрезе 5-летних возрастных групп, систематизация и обобщение полученных данных проводилось с использованием аналитического метода на основании обзора литературы и консультаций с экспертами в сфере общественного здоровья и здравоохранения.

В рамках этого этапа были специально разработаны формы для выкопировки данных медицинских карт стационарных больных и карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Таблица 1 - Этапы исследования

| Этап | Единица наблюдения | Методы исследования | Источники информации | Объемы наблюдения |
|--|--|---|--|-------------------|
| 1. Анализ источников литературы отечественных и зарубежных авторов, форм федерального статистического наблюдения, нормативных правовых актов по теме диссертационного исследования | Официальный источник, источник литературы, источник нормативно-справочной информации | Аналитический, статистический, математический, эпидемиологический | Источники отечественной и зарубежной литературы, в т.ч.: | 216 |
| | | | Научная литература, монографии, диссертации, авторефераты, научные статьи | 113 |
| | | | Нормативные правовые акты Российской Федерации, г. Москвы, регулирующие порядок проведения профилактических мероприятий для раннего выявления колоректального рака | 69 |
| | | | Источники официальной статистической информации, в т.ч. Росстата, Минздрава России | 15 |
| | | | Данные форм федерального статистического наблюдения № 7, № 30, № 47, № 62 за период 2016 – 2020 гг. | 19 |
| 2. Разработка программы, методики и инструментария исследования, сбор первичного материала на основе карт выкопировки | Карты стационарного больного пациентов, у которых в 2018-2020, 2022 гг. выявлен колоректальный рак – ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» | Аналитический, социологический, статистический, математический | Карта выкопировки данных из медицинских карт стационарного больного | 391 |

| | | | | |
|--|---|--|--|-----|
| данных из медицинской документации пациента, систематизация и обобщение полученных данных | Карты амбулаторного больного пациентов, у которых в 2018-2020 гг. выявлен колоректальный рак – амбулаторно-поликлинические организации г. Москвы, к которым прикреплены пациенты с раком колоректальной локализации | | Карта выкопировки данных из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях | 222 |
| 3. Сравнительный анализ планируемых нормативов и фактических объемов профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также их стоимости в рамках Программы государственных гарантий, оценка экономической эффективности | Официальный источник, источник литературы | Математический, статистический, аналитический, экономический | Нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации | 35 |
| | | | Данные официальной статистики (Росстат: среднегодовая численность населения по полу и возрасту, форм федерального статистического наблюдения № 62 за период 2016 – 2020 гг.) | 10 |
| | | | | |
| 4. Медико-социологический опрос населения по вопросу профилактических медицинских осмотров | Мнение населения, результаты опроса | Социологический, математический, аналитический | Анкета | 385 |
| 5. Разработка и внедрение предложений | Публикации, научно-информационные материалы, данные проведенных исследований | Аналитический | | |

Исследование включало: анализ данных медицинских карт стационарных больных и амбулаторных карт пациентов, получающих амбулаторную онкологическую помощь, у которых впервые в 2018-2020 гг. установлен диагноз злокачественного новообразования колоректальной локализации (коды С18, С19, С20, С21 по МКБ X); анализ в территориальных поликлиниках данных медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, указанных в п.1 дизайна исследования, в целях изучения данных об их участии в профилактических осмотрах и диспансеризации в период с 2015 года по 2021 год, в том числе в части исследований, направленных на раннее выявление злокачественного новообразования колоректальной области (тест кала на скрытую кровь); анализ данных медицинских карт стационарных больных, у которых впервые в 2022 гг. установлен диагноз злокачественного новообразования колоректальной локализации (коды С18, С19, С20, С21 по МКБ X).

Были сформулированы критерии включения в исследование:

1. Пациент с установленным диагнозом злокачественного новообразования колоректальной области (кода С18, С19, С20, С21 по МКБ X).

2. Пациент, указанный в п.1 критериев, является жителем г. Москвы.

Критерии невключения в исследование:

1. Пациент с установленным диагнозом злокачественного новообразования иной локализации, который получал медицинскую помощь, в том числе по поводу злокачественного новообразования колоректальной локализации при его прорастании в толстый кишечник.

Критерии исключения из исследования:

1. Пациент, житель другого субъекта Российской Федерации, госпитализированный в стационар г. Москвы для получения медицинской помощи.

Анализ первичной медицинской документации выполнен в государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ»). На этом этапе исследования были отобраны методом сплошной выборки 247 медицинских карт стационарных больных, госпитализированных для проведения хирургического лечения, и амбулаторные карты пациентов, получавших амбулаторную онкологическую медицинскую помощь, у которых впервые в 2018 г., 2019 г., 2020 г. установлен диагноз злокачественного новообразования колоректальной локализации (коды С18, С19, С20, С21 по МКБ X), в том числе: за 2018 г. – 65 медицинских карт, включены в исследование 58; за 2019 г. – 68 медицинских карт, включены в исследование 59; за 2020 г. – 114 медицинских карт, включены в исследование 106 (Таблица 2).

Таблица 2 - Сведения о числе проанализированных и отобранных для включения в исследование медицинских карт стационарных больных

| № | Год | Проанализировано карт | Отобрано пациентов для включения в исследование |
|----------|--------------|------------------------------|--|
| 1. | 2018 | 65 | 58 |
| 2. | 2019 | 68 | 59 |
| 3. | 2020 | 114 | 105 |
| 4. | Всего | 247 | 222 |

Для оценки показателей ранней диагностики злокачественных новообразований колоректальной локализации нами проведен анализ маршрутизации пациентов при их диагностике в 2022 г. Для этого методом сплошной выборки в государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКОБ

№ 1 ДЗМ) были проанализированы 169 карт стационарных больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака колоректальной локализации.

Данные медицинских карт стационарных больных выкопированы с использованием специально разработанной формы (приложение 1).

Таким образом, в рамках исследований выборка карт пациентов, получавших онкологическую помощь в стационарных или амбулаторных условиях, составила 391, амбулаторных карт пациентов в территориальной поликлинике составило 222, общее число единиц наблюдения первичной медицинской документации в рамках диссертационного исследования составило 613.

За период 2018-2020 гг. в исследование включены 222 пациента в возрасте от 27 до 89 лет, в том числе мужчин – 110 (49,3%), женщин – 112 (50,7%) (Таблица 3).

Таблица 3 - Распределение пациентов, включенных в исследование за период 2018-2020 гг., по полу

| № | Пол | Абс. | Доля, % |
|----|---------|------|---------|
| 1. | Мужчины | 110 | 49,3 |
| 2. | Женщины | 112 | 50,7 |
| 3. | Всего | 222 | 100,0 |

В исследование включены 169 пациентов в 2022 г. в возрасте от 28 до 92 лет, в том числе мужчин – 77 (45,6%), женщин – 92 (50,7%) (Таблица 4).

Анализ данных медицинских карт пациентов проводился в обезличенном виде. Для этого нами был специально разработан алгоритм обезличивания (кодирования) карт выкопировки данных, в соответствии с которым участнику исследования присваивался уникальный код, состоящий из 3 компонентов.

Таблица 4 - Распределение пациентов, включенных в исследование за период 2022 г., по полу

| № | Пол | Абс. | Доля, % |
|----|---------|------|---------|
| 1. | Мужчины | 77 | 49,3 |
| 2. | Женщины | 92 | 54,4 |
| 3. | Всего | 169 | 100,0 |

Код пациента имел вид: 1-2-3 (пример), где

первая цифра (1 в примере кода) – год, в котором у человека было выявлено злокачественное новообразование: 2020 – 1, 2019 – 2, 2018 – 3;

вторая цифра (2 в примере кода) – порядковый номер участника исследования. Использовались цифры в порядке возрастания начиная с 1;

третья цифра (3 в примере кода) – вид медицинской документации: карта стационарного больного – 1, карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 2.

Данные о заболеваемости населения Российской Федерации злокачественными новообразованиями и смертности населения Российской Федерации от злокачественных новообразований выкопированы из сборников МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России «Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность)» за соответствующий год.

Данные о заболеваемости населения г. Москвы злокачественными новообразованиями рассчитаны на основании данных формы федерального статистического наблюдения «Сведения о злокачественных новообразованиях (форма № 7)» за соответствующий год. Данные о смертности населения г. Москвы от злокачественных новообразований рассчитаны на основании данных формы С51 «Распределение умерших по полу, возрасту. и причинам смерти» за соответствующий год. Уровень агрегирования данных – г. Москва.

Для расчетов показателей на основании данных указанных выше форм использованы данные Росстата о среднегодовой численности населения, в том числе в разрезе 5-летних возрастных групп – официальные публикации-бюллетени «Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту» за соответствующий год.

Рассчитывали следующие показатели:

1) общий коэффициент заболеваемости населения:

(число лиц с заболеванием на конец года/ среднегодовая численность населения)*100 000;

2) общий коэффициент заболеваемости населения в 5-летней возрастной группе:

(число лиц с заболеванием на конец года в 5-летней возрастной группе/ среднегодовая численность населения в соответствующей в 5-летней возрастной группе)*100 000;

3) общий коэффициент смертности населения:

(число умерших/ среднегодовая численность населения)*100 000;

4) общий коэффициент смертности населения в 5-летней возрастной группе:

(число умерших в 5-летней возрастной группе / среднегодовая численность населения в соответствующей в 5-летней возрастной группе)*100 000;

5) стандартизованные по возрасту показатели заболеваемости и смертности населения, полученные методом прямой стандартизации. За стандарт возрастной структуры населения по 5-летним возрастным группам приняли Европейский стандарт возрастной структуры населения, применяемый в расчетах Федеральной службой государственной статистики (Росстат) [79]:

| Возраст, лет | 0 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85 и более | Всего |
|--------------|--|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|
| | Удельный вес населения соответствующей возрастной группы в общей численности населения, процентов, % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1,6 | 6,4 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 7,0 | 6,0 | 5,0 | 4,0 | 3,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 100 |

Прямой метод стандартизации был выбран поскольку число изучаемых явлений (случаев новых заболеваний и смертей) было достаточным для расчета показателя для каждой из 5-летних возрастных групп. Расчет проводили по методике расчета стандартизованного показателя [79].

Данные о смертности населения Федеративной Республики Германия и г. Берлин выкопированы из онлайн-хранилища данных Федеральной системы мониторинга здоровья и здравоохранения – нем. Gesundheit Statistik Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Онлайн-хранилище данных расположено в сети «Интернет» по адресу: gbe-bund.de.

Сведения об оказании онкологической помощи населению Российской Федерации выкопированы из сборников МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России «Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации» за соответствующий год, в том числе показатели:

1. Доля больных (далее – пациентов), состоявших на учете в онкологических учреждениях (далее – медицинских организациях) Российской Федерации 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования колоректальной локализации, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад.
2. Средний возраст установления диагноза.
3. Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования.

В расчетах 2019 г. выбран как базовый, поскольку в 2020 г. в связи с пандемией COVID-19 произошло значительное изменение структуры заболеваемости населения, показателей объемов плановой медицинской помощи, а также смертности населения по причинам смерти.

По тексту настоящей работы под термином «злокачественное новообразование (рак) колоректальной локализации» будет пониматься

заболевание и причина смерти, кодируемые по МКБ-Х С18-С20 на основании данных литературы.

Следует отметить, что российские источники статистической информации и основной из них – форма 7 федерального статистического наблюдения не выделяют коды С18-С20 в качестве отдельной группы заболеваний. Используется отдельно код С18 и группа кодов С19-С21. В Германии и Австралии, как правило, к колоректальному раку относят коды С18-С20, в США - С18-С21.

По тексту настоящей работы приводятся коды заболеваний по МКБ Х, при этом не представляется возможным из показателей заболеваемости и смертности населения из С18-С21 исключить С21. По данным исследований, доля рака анального канала (код С21 по МКБ Х) составляет менее 1% в структуре заболеваемости и смертности населения от рака колоректальной области.

Анализ заболеваемости населения коронавирусной инфекцией, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, проведен на основании данных Интернет-портала Правительства Российской Федерации «Стопкоронавирус.рф». Были выкопированы данные о числе новых случаев COVID-19 в Российской Федерации и в г. Москве за каждый день в период 12 марта – 31 декабря 2020 г., затем были рассчитаны ежедневные показатели первичной заболеваемости населения на 100 тыс. человек населения. В расчетах использованы данные Росстата о среднегодовой численности населения Российской Федерации в 2020 г. – 146 459 803 человека, г. Москвы – 12 468 082 человека. Показатель рассчитывался как общий коэффициент заболеваемости.

На третьем этапе исследования было проведено изучение мнения населения с использованием специально разработанной анкеты населения по вопросу прохождения ими профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также отношения к соответствующим программам (приложение 2). Медико-социологическое исследование проводилось в

период 2021-2022 гг. в отношении жителей г. Москвы. Отбор для участия в исследовании был случайным для населения в возрасте 40 лет и старше, поскольку действующим порядком проведения профилактического осмотра и диспансеризации, утвержденным приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н, скрининг на злокачественные новообразования колоректальной локализации, проводится в отношении лиц в возрасте 40-74 года.

Анкета содержала паспортную часть, закрытые, полузакрытые и открытые вопросы, вопросы фильтры. Анкета составлены в соответствии с принципами, принятыми в медико-социологических исследованиях (А.В. Решетников, 2003, 2013, 2014). Содержательная валидность анкеты была обеспечена проведением опроса работников кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, которые выступили в роли экспертов. Внешняя валидность анкеты обеспечена «пилотным» опросом 30 человек.

Репрезентативность выборки респондентов из числа опрошенных определялась по формуле А.М. Меркова, Л.Е. Полякова (1974) [25]:

$$n = \frac{t^2 x q x P}{\Delta^2}$$

где n – объем выборочной совокупности;

t – доверительный коэффициент, равный 1,96, при достоверности выводов с вероятностью 95,4%;

P – величина показателя в процентах;

q = 1 - P (или в процентах: 100 - P);

Δ – требуемая точность показателя.

Расчет количества респондентов проводился исходя из объема выборочной совокупности для исследования повышенной точности. Предельная ошибка выборки составила Δ=0,014 (1,4%), доверительный коэффициент t=2,5, P=0,95. В расчетах использованы данные о населении г. Москвы в возрасте 40 лет и старше на 1 января 2021 г. – 6 908 787 человек.

$$n = \frac{2,5^2 \times (1 - 0,95) \times 0,95}{0,014^2} = 385$$

Выборочная совокупность составила 385 анкет.

Проверка принадлежности выборки, полученной в рамках настоящего диссертационного исследования, генеральной совокупности проводилась методом расчета критерия Колмогорова-Смирнова.

В опросе приняли участие 385 человек, в том числе мужчин 120 (31,6%), женщин – 265 (68,4%) (Таблица 5).

Таблица 5 - Распределение участников медико-социологического исследования по полу

| № | Пол | Абс. | Доля, % |
|----|---------|------|---------|
| 1. | Мужской | 120 | 31,6 |
| 2. | Женский | 265 | 68,4 |
| 3. | Всего | 385 | 100,0 |

Из общего числа участников опроса, в возрастной группе 40-44 года были 3 человека (0,9%), 45-49 лет – 93 человека (24,3%), 50-54 года – 75 человек (19,6%), 55-59 лет – 69 человек (13,6%), 60-64 года – 52 человек (13,6%), 65-69 лет – 49 человек (12,8%), 70-74 года – 29 человек (7,7%), 75-79 лет – 10 человек (2,6%), 80-84 года – 3 человека (0,9%) (Таблица 6). Таким образом, наибольшее число участников опроса (24,3%) были в возрастной группе 45-49 лет.

Таблица 6 - Распределение участников медико-социологического исследования по возрасту

| № | Возрастная группа, лет | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 |
|----|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. | Абс. | 3 | 93 | 75 | 69 | 52 | 49 | 29 | 10 | 3 |
| 2. | Доля, % | 0,9 | 24,3 | 19,6 | 17,9 | 13,6 | 12,8 | 7,7 | 2,6 | 0,9 |

На этом этапе выборка, полученная в рамках настоящего исследования, была проверена на принадлежность генеральной совокупности методом

расчета критерия Колмогорова-Смирнова в пакете программ для статистической обработки данных SPSS. Расчет показал значение критерия 1,01, что ниже табличного 1,328 для достоверности 0,05. Это свидетельствует о репрезентативности выборки при проверке распределения респондентов по возрастным группам генеральной совокупности – населению г. Москвы.

Полное среднее образование имели 102 участника опроса (26,4%), среднее профессиональное – 5 (1,3%), высшее (одно) – 247 (64,3%), несколько высших образований (два и более) – 23 (6,0%), ученую степень – 8 (2,1%) (Таблица 7). Таким образом, наибольшее число участников опроса (64,3%) имели высшее образование.

Таблица 7 - Распределение участников медико-социологического исследования по образованию

| № | Уровень образования | Полное среднее | Среднее профессиональное | Высшее | Несколько высших | Ученая степень |
|----|---------------------|----------------|--------------------------|--------|------------------|----------------|
| 1. | Абс. | 102 | 5 | 247 | 23 | 8 |
| 2. | Доля, % | 26,4 | 1,3 | 64,3 | 6,0 | 2,1 |

Участники опроса в зависимости от семейного положения распределились следующим образом: число холостых (не замужем) – 54 человека (14,0%), женатых (замужем) – 203 (52,8%), разведенных – 82 (21,3%), вдов – 41 (10,6%) (Таблица 8). Таким образом, наибольшее число участников опроса (52,8%) были в браке.

Таблица 8 - Распределение участников медико-социологического исследования в зависимости от семейного положения

| № | Семейное положение | Холост (не замужем) | Женат (замужем) | Разведен (разведена) | Вдовец (вдова) | Не указали |
|----|--------------------|---------------------|-----------------|----------------------|----------------|------------|
| 1. | Абс. | 54 | 203 | 82 | 41 | 5 |
| 2. | Доля, % | 14,0 | 52,8 | 21,3 | 10,6 | 1,3 |

Из общего участников опроса, безработных было 18 человек (4,7%), работающих – 213 (55,3%), служащих – 66 (17,0%), пенсионеров – 88 (23,0%)

(Таблица 9). Таким образом, наибольшее число участников опроса (55,3%) были работающими.

Таблица 9 - Распределение участников медико-социологического исследования в зависимости от социального статуса

| № | Социальный статус | Безработный | Работающий | Служащий | Пенсионер | Не указали |
|----|-------------------|-------------|------------|----------|-----------|------------|
| 1. | Абс. | 18 | 213 | 66 | 88 | 5 |
| 2. | Доля, % | 4,7 | 55,3 | 17,0 | 23,0 | 1,3 |

По уровню дохода на члена домохозяйства в месяц участники опроса распределились следующим образом: менее 15 тыс. рублей – 10 человек (2,6%), 15,0-30,0 тыс. рублей – 126 (32,8%), 30,0-45,0 тыс. рублей – 105 (27,2%), 45,0-60,0 тыс. рублей – 75 (19,6%), 60,0-75,0 тыс. рублей – 34 (8,9%), более 75,0 тыс. рублей – 34 (8,9%) (Таблица 10). Таким образом, наибольшее число участников опроса имели ежемесячный доход на 1 члена домохозяйства (32,8%) от 15 до 30 тыс. рублей.

Таблица 10 - Распределение участников медико-социологического исследования в зависимости от ежемесячного дохода на 1 члена домохозяйства, тыс. рублей

| № | Уровень дохода | Менее 15,0 | 15,0-30,0 | 30,0-45,0 | 45,0-60,0 | 60,0-75,0 | Более 75,0 |
|----|----------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1. | Абс. | 10 | 126 | 105 | 75 | 34 | 34 |
| 2. | Доля, % | 2,6 | 32,8 | 27,2 | 19,6 | 8,9 | 8,9 |

Для анализа медико-экономической эффективности профилактической программы использованы данные о фактических затратах на лабораторные исследования клинико-диагностической лаборатории ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.И. Ворохобова» в 2021 г., а также данные тарифного соглашения на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования г. Москвы на 2022 г., утвержденным протоколом заседания Комиссии по разработке

территориальной программе обязательного медицинского страхования г. Москвы от 30.12.2021 № 1/22.

Для построения моделей использованы данные о численности населения г. Москвы по полу и возрасту на конец 2019 г., который был выбран как базовый.

ГЛАВА III. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ

3.1 Анализ заболеваемости населения злокачественными новообразованиями колоректальной локализации и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации

Анализ показателей заболеваемости населения ЗНО колоректальной локализации и смертности населения от ЗНО колоректальной локализации выявил, что число лиц, состоящих на учете в медицинских организациях по поводу злокачественных новообразований, в Российской Федерации в 2016-2020 гг. увеличилось на 12,9%, с 3518,8 до 3973,3 тыс. человек (Рисунок 1).

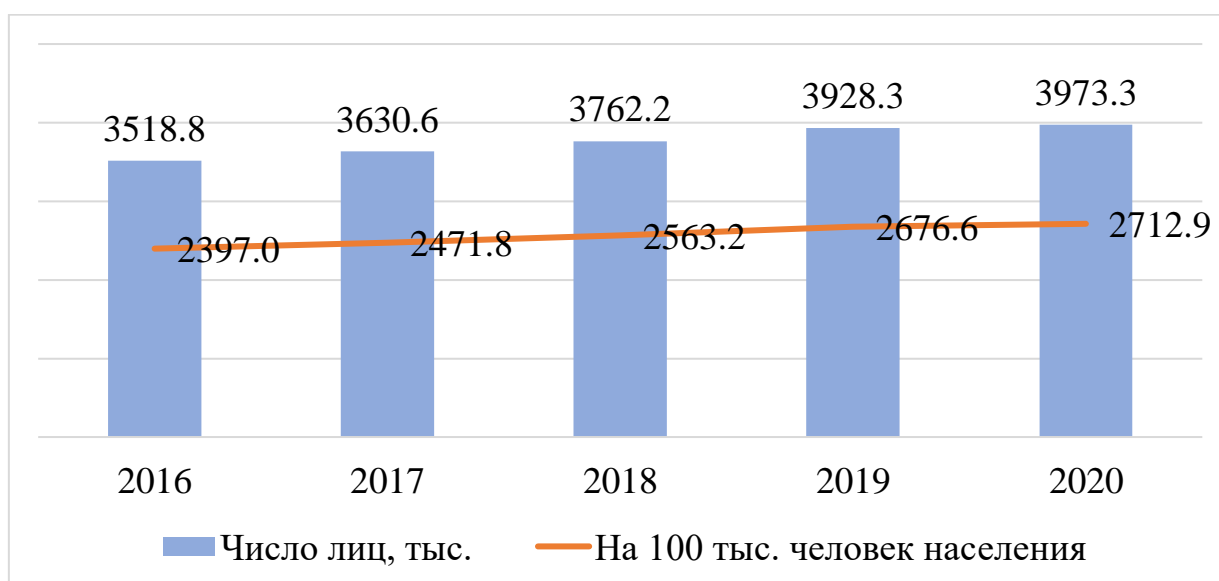


Рисунок 1 - Число лиц, состоящих на учете в медицинских организациях по поводу злокачественных новообразований, в Российской Федерации в 2016-2020 гг. по данным Росстата

В расчете на 100 тыс. человек населения этот показатель увеличился на 13,2%, с 2397,0 в 2016 году до 2712,9 в 2020 году.

Число случаев злокачественных новообразований у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, в период в период 2016-2020 гг. снизилось на 7,2%, с 599,3 до 556,0 тыс. в год.

В период 2016-2019 гг. число новых случаев злокачественных новообразований увеличилось на 6,8%, с 599,3 до 640,4 тыс. в год. В расчете на 100 тыс. человек населения этот показатель увеличился на 6,9%, с 408,6 до 436,3. Следует отметить, что многолетняя тенденция увеличения числа впервые выявленных случаев злокачественных новообразований прервалась в 2020 г. – было зафиксировано снижение числа впервые выявленных случаев злокачественных новообразований по отношению к 2019 г. на 84,4 тыс. или на 13,2%, при этом в расчете на 100 тыс. человек населения показатель снизился на 56,6 единиц, с 436,3 до 379,7 или на 13,0% (Рисунок 2).



Рисунок 2 - Зарегистрировано заболеваний ЗНО у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни в Российской Федерации в 2016-2020 гг. по данным Росстата

По данным Росстата, число лиц, состоящих на учете в медицинских организациях по поводу злокачественных новообразований, в г. Москве в 2014-2020 гг. увеличилось на 24,5%, с 267,5 до 333,0 тыс. В расчете на 100 тыс.

человек населения этот показатель увеличился на 19,8%, с 2193,0 до 2627,0 (Рисунок 3).

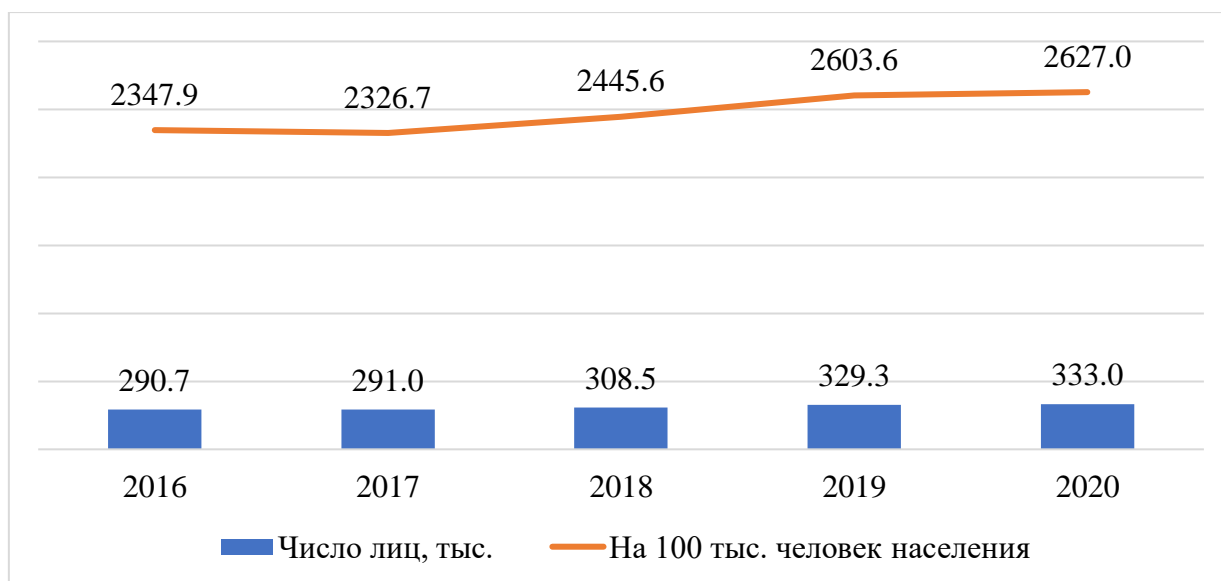


Рисунок 3 - Число лиц, состоящих на учете в медицинских организациях по поводу злокачественных новообразований, в г. Москве в 2016-2020 гг. по данным Росстата

Число злокачественных новообразований у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, в г. Москве в период 2016-2020 гг. увеличилось на 9,6% с 44 333 до 48 603 человек. При этом в период 2014-2019 гг. это число увеличилось на 21,1% с 40 142 до 48 603 человек. В расчете на 100 тыс. человек населения этот показатель увеличился на 49,9 единиц или на 14,9%, с 334,2 до 384,1 (Рисунок 4).

Следует отметить, что в г. Москве как и в целом в Российской Федерации число выявленных новых случаев злокачественных новообразований в 2020 г. уменьшилось.

По отношению к уровню 2019 г. число новых случаев снизилось на 11 778 или на 24,2%, с 48 603 до 36 825, в расчете на 100 тыс. человек населения показатель снизился на 24,3%, с 384,1 до 290,7.



Рисунок 4 - Зарегистрировано заболеваний ЗНО у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни в г. Москве в 2016-2020 гг. по данным МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Таким образом, в период 2016-2020 гг.:

число лиц, состоящих на учете в медицинских организациях по поводу злокачественных новообразований, в расчете на 100 тыс. человек населения в г. Москве ниже, чем среднероссийский показатель;

уровень первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями в г. Москве ниже, чем среднероссийский показатель.

Следует отметить, что в г. Москве снижение числа случаев злокачественных новообразований, установленных впервые в жизни в 2020 г. было более интенсивным, чем в среднем в Российской Федерации. В г. Москве показатель снизился более интенсивно, чем в целом в Российской Федерации.

В целях изучения возможных причин различий в темпе снижения указанного показателя нами проведен анализ первичной заболеваемости населения COVID-19 за период 12 марта – 31 декабря 2020 г. в целом по Российской Федерации и в г. Москве (Рисунок 5).

Анализ показал, что число случаев COVID-19 в Российской Федерации в указанный период составило 3 159 297 или 2157,1 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве – 809 769 или 6494,4 на 100 тыс. человек населения. Таким образом, общее число новых случаев COVID-19 в расчете

на 100 тыс. человек населения в г. Москве было выше показателя в целом по Российской Федерации в 3,0 раза, что могло внести вклад в снижение доступности методов скрининга злокачественных новообразований.

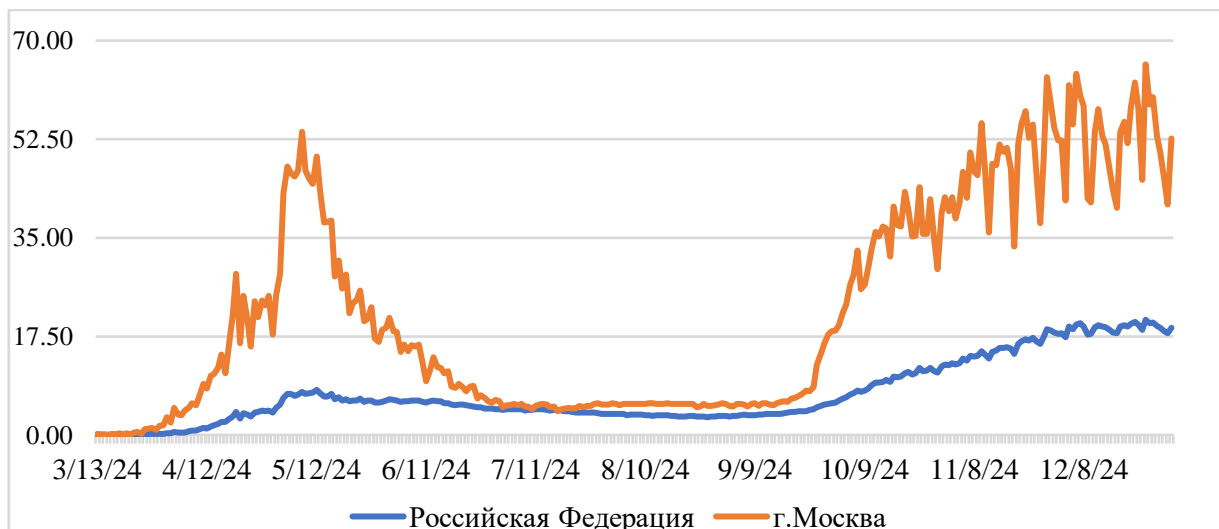


Рисунок 5 - Ежедневные показатели первичной заболеваемости населения COVID-19 в Российской Федерации и в г. Москве в каждый день в период 12 марта – 31 декабря 2020 г. на 100 тыс. человек населения. Собственный расчет по данным Интернет-портала Правительства Российской Федерации «Стопкоронавирус.рф»

По данным Минздрава России, доля пациентов, состоявших на учете в онкологических учреждениях Российской Федерации 5 лет и более от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад, за период 2011-2020 гг. с момента установления диагноза злокачественных новообразований увеличилась:

в среднем по всем локализациям – на 4,9 п.п., с 64,7 до 69,6%;

ободочной кишки – на 4,3 п.п., с 62,6 до 66,9%;

прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса – на 4,5 п.п., с 59,8 до 64,3% (Рисунок б).

При этом, длительность наблюдения за пациентами со злокачественным новообразованием колоректальной локализации, в целом по Российской Федерации в среднем несколько ниже, чем за пациентами со злокачественными новообразованиями всех локализаций. В том числе в

2020 г. показатели длительности состояния на учете по поводу злокачественного новообразования колоректальной области были ниже, чем в среднем по всем злокачественным новообразованиям. Кроме того, за анализируемый период 10 лет, темп прироста выживаемости был ниже, чем в среднем по всем злокачественным новообразованиям.

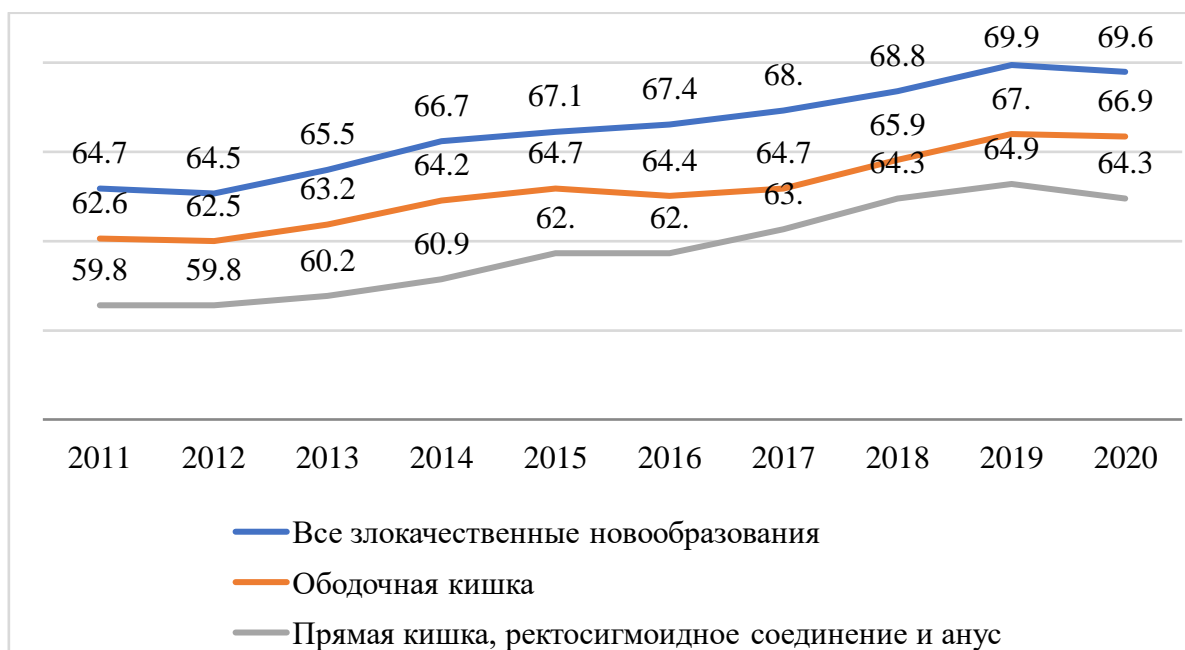


Рисунок 6 - Доля пациентов, состоявших на учете в медицинских организациях Российской Федерации по поводу ЗНО 5 лет и более с момента установления диагноза ЗНО, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад, в 2011-2020 гг., %

В г. Москве доля пациентов, состоявших на учете в медицинских организациях по поводу ЗНО 5 лет и более с момента установления диагноза, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад, в 2016-2020 гг. увеличилась:

в среднем по всем локализациям – на 4,9 п.п., с 51,7 до 56,3%;

ободочной кишки – на 7,0 п.п., с 50,5 до 57,5%;

прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса на 5,9 п.п., с 50,8 до 56,7% (Рисунок 7).



Рисунок 7 - Доля пациентов, состоявших на учете в медицинских организациях г. Москвы по поводу ЗНО 5 лет и более с момента установления диагноза ЗНО, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад, в 2011-2020 гг., %

Таким образом, в г. Москве доля пациентов, состоявших на учете в медицинских организациях по поводу ЗНО 5 лет и более с момента установления диагноза, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад, ниже среднероссийского показателя: в среднем по всем локализациям – на 13,3 п.п., ободочной кишки – на 9,4 п.п., прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса на 7,6 п.п. (Таблица 11).

По данным Минздрава России, удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в Российской Федерации в 2011-2020 гг. увеличился в среднем по всем локализациям – на 9,5 п.п., с 14,9 до 24,4%, ободочной кишки – на 9,9 п.п., с 9,6 до 18,5%, прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса на 9,5 п.п., с 4,7 до 14,2% (Рисунок 8).

Таким образом, показатели активного выявления рака колоректальной локализации в среднем по Российской Федерации в среднем несколько ниже, чем в среднем для всех злокачественных новообразований.

Таблица 11 - Доля пациентов, состоявших на учете в медицинских организациях Российской Федерации и г. Москвы по поводу ЗНО 5 лет и более с момента установления диагноза ЗНО, от числа состоявших на учете на конец отчетного года 5 лет назад, в 2011-2020 гг., %

| № | Локализация | Показатель, % | | Разница г. Москвы и среднероссийского показателя, п.п. |
|----|---|----------------------|-----------|--|
| | | Российская Федерация | г. Москва | |
| 1. | Все локализации | 69,6 | 56,3 | -13,3 |
| 2. | Ободочная кишка | 66,9 | 57,5 | -9,4 |
| 3. | Прямая кишка, ректосигмоидное соединение и анус | 64,3 | 56,7 | -7,6 |

При этом темп прироста эффективности профилактических мероприятий в диагностике колоректального рака в 2011-2020 гг. в г. Москве в целом соответствуют среднероссийским показателям.



Рисунок 8 - Средний возраст пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в Российской Федерации в 2016-2020 гг., лет

Удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в Российской Федерации в

период 2011-2020 гг. повысился для злокачественных новообразований всех локализаций на 9,5 п.п., с 14,9% до 24,4%, для злокачественных новообразований ободочной кишки – на 8,9 п.п., с 9,6% до 18,5%, для злокачественных новообразований прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса – на 9,5 п.п., с 4,7% до 14,2% (

Рисунок 9).

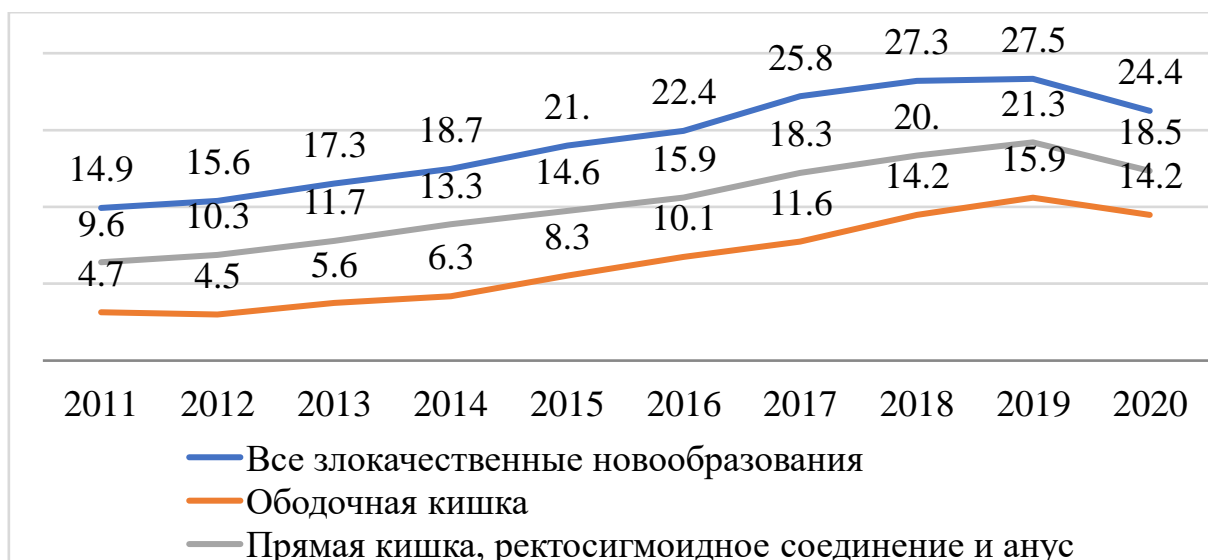


Рисунок 9 - Удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в Российской Федерации в 2011-2020 гг., %

Удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в г. Москве в период 2016-2020 гг. снизился в среднем по всем локализациям – на 9,8 п.п., с 28,3 до 18,5%, ободочной кишки – на 7,6 п.п., с 14,6 до 6,0%, прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса на 5,1 п.п., с 12,3 до 7,2% (Рисунок 10) [30].



Рисунок 10 - Удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в г. Москве в 2016-2020 гг., %

Следует отметить, что удельный вес пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в г. Москве по сравнению со среднероссийским показателем, в 2020 г. был ниже в среднем по всем локализациям – на 5,5 п.п., ободочной кишки – на 11,3 п.п., прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса на 7,2 п.п. (Таблица 12).

Таблица 12 - Сравнение удельного веса пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, от числа пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в г. Москве по сравнению со среднероссийским показателем, в 2020 г.

| № | Локализация | Показатель, % | | Разница г. Москвы и среднероссийского показателя, п.п. |
|----|---|----------------------|-----------|--|
| | | Российская Федерация | г. Москва | |
| 1. | Все локализации | 24,4 | 18,5 | -5,9 |
| 2. | Ободочная кишка | 18,5 | 7,2 | -11,3 |
| 3. | Прямая кишка, ректосигмоидное соединение и анус | 14,2 | 6,0 | -7,2 |

Средний возраст установления диагноза злокачественного новообразования в Российской Федерации в период 2016-2020 гг. снизился на 2,9 года, с 71,2 до 68,3 лет. За этот же период средний возраст установления диагноза рака ободочной кишки снизился 3,3 года, с 69,7 до 66,4 лет, рака прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса – на 2,5 года, с 66,9 до 64,3 лет.

Таким образом, тенденция снижения возраста пациента при установлении диагноза злокачественного новообразования проявляется более интенсивно в отношении злокачественных новообразований колоректальной локализации – ободочной кишки, прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса.

В целях наиболее детального изучения заболеваемости населения злокачественными новообразованиями колоректальной локализации и смертности населения от ЗНО указанных локализаций нами был проведен анализ в разрезе 5-летних возрастных групп.

Первичная заболеваемость населения злокачественными новообразованиями в 2019 г. в Российской Федерации составила 436,3 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве – 385,3 на 100 тыс. человек населения. В г. Москве этот показатель ниже среднероссийского на 51 случай на 100 тыс. человек населения или на 13,2%. Во всех 5-летних возрастных группах показатели заболеваемости населения в г. Москве также были ниже среднероссийских (Рисунок 11).

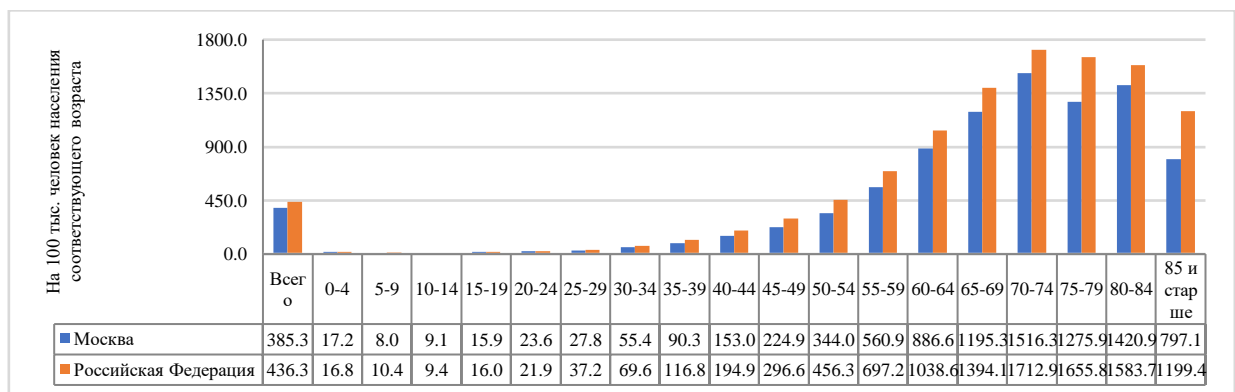


Рисунок 11 - Первичная заболеваемость населения злокачественными новообразованиями в 2019 г. в Российской Федерации и в г. Москве (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Проведенный расчет стандартизованного показателя первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями в Российской Федерации составил 349,2 на 100 тыс. человек населения, в г.Москве – 287,0, что ниже показателя Российской Федерации на 17,8%.

При этом, в 2019 г. показатель первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями ободочной кишки (код С18 по МКБ X) в Российской Федерации составил 30,9 на 100 тыс. человек населения и был выше, в г. Москве – 29,7 на 100 тыс. человек населения. В г. Москве первичная заболеваемость населения злокачественными новообразованиями ободочной кишки была на 1,2 случая на 100 тыс. человек населения ниже среднероссийской или на 4,0% (Рисунок 12).

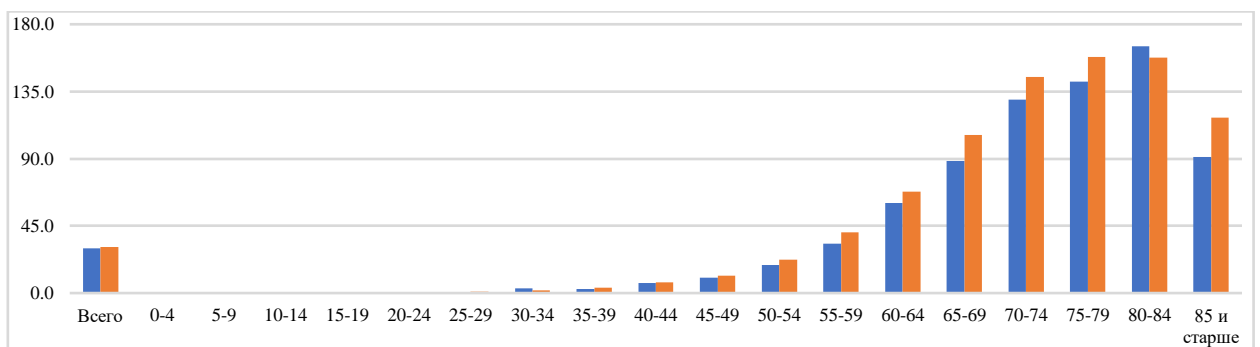


Рисунок 12 - Первичная заболеваемость населения злокачественными новообразованиями ободочной кишки (С18) в 2019 г. в Российской Федерации и в г. Москве (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

При этом, стандартизованный показатель первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями ободочной кишки в Российской Федерации составил 23,7 на 100 тыс. человек населения, в г.Москве – 20,8, что ниже показателя Российской Федерации на 12,2%.

В 2019 г. первичная заболеваемость населения злокачественными новообразованиями прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (коды С19-С21 по МКБ X) в Российской Федерации составила 21,7 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве – 16,1 на 100 тыс.человек населения. В г. Москве первичная заболеваемость населения злокачественными

новообразованиями ободочной кишки была на 5,6 случая на 100 тыс. человек населения ниже среднероссийской или на 34,9% (Рисунок 13).

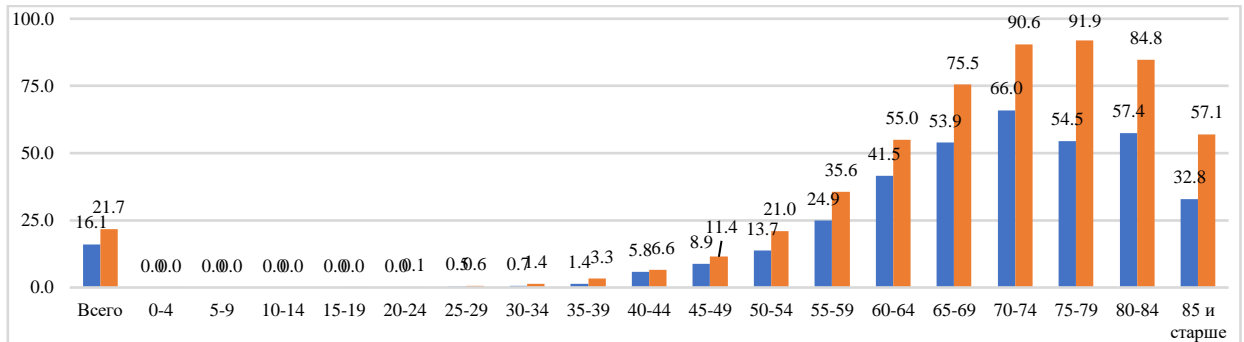


Рисунок 13 - Первичная заболеваемость населения злокачественными новообразованиями прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (С19-С21) в 2019 г. в Российской Федерации и в г. Москве (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Следует отметить, что стандартизованный показатель первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса в Российской Федерации составил 17,0 на 100 тыс. человек населения, в г.Москве – 11,9, что ниже показателя Российской Федерации на 30,1%.

Общий коэффициент первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями колоректальной локализации составил в Российской Федерации – 52,5 на 100 тыс. человек, в г. Москве – 45,9, что ниже на 12,6%. Стандартизованный показатель составил в Российской Федерации – 40,7 на 100 тыс. человек, в г. Москве – 32,6, что ниже на 24,8%.

В 2019 г. общий коэффициент смертности населения от всех причин в Российской Федерации составил 12,5 на 1000 человек населения, в г. Москве – 9,7 на 100 тыс. человек населения. Таким образом, в г. Москве общий коэффициент смертности населения от всех причин в расчете на 1000 жителей был ниже среднероссийского на 2,8 случая на 1000 человек населения ниже среднероссийской или на 22,4% (Рисунок 14) [70, **Error! Reference source not found.**].

Следует отметить, что анализ смертности населения от всех причин в 5-летних возрастных группах в среднем по Российской Федерации и в г. Москве выявил, что среди населения в 5-летних возрастных группах 20 лет и старше во всех возрастных группах смертность населения в г. Москве ниже среднероссийских показателей за исключением возрастной группы 25-29 лет, в которой смертность населения г. Москвы выше на 0,1 на 1000 жителей (Рисунок 14).

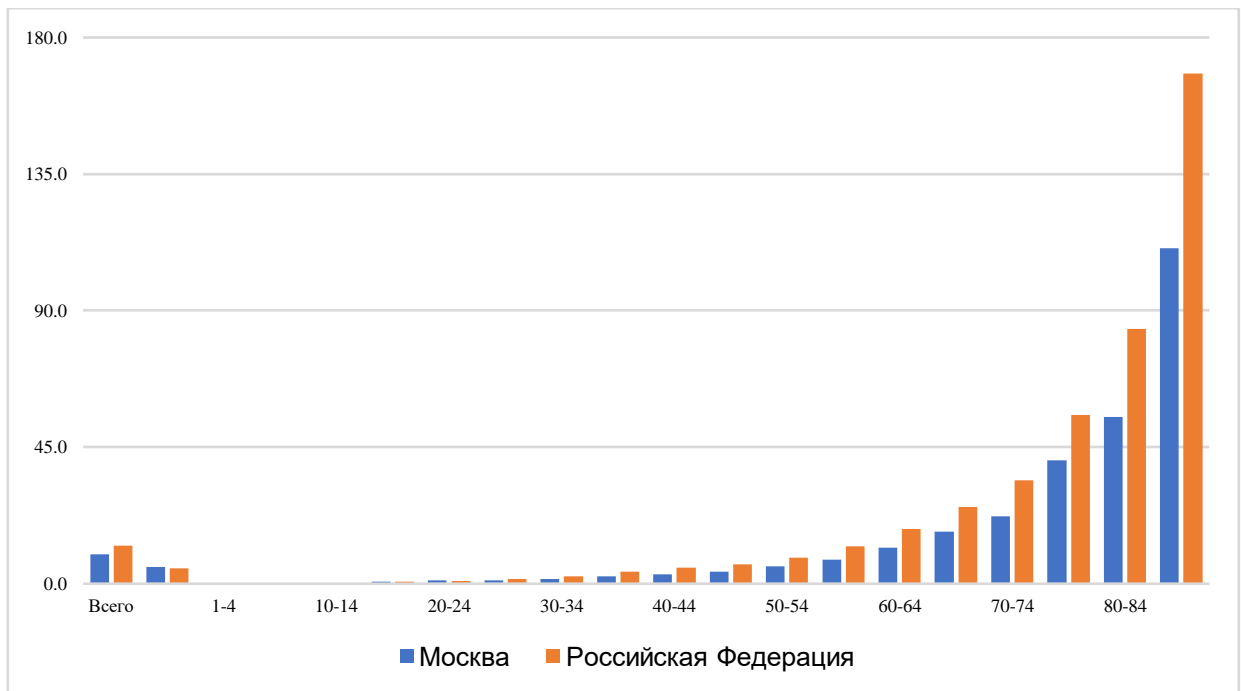


Рисунок 14 - Смертность населения от всех причин в 5-летних возрастных группах в Российской Федерации и в г. Москве в 2019 г. (на 1000 человек населения соответствующего возраста)

Общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований по данным Росстата в 2019 г. в Российской Федерации составил 200,6 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве 215,8 на 100 тыс. человек населения, что выше среднероссийского показателя на 7,6% (Рисунок 15).

Анализ показателей смертности населения от злокачественных новообразований в среднем в Российской Федерации и в г. Москве в разрезе 5-летних возрастных групп в расчете на 100 тыс. человек населения выявил, что в возрастных группах 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 70-74, 80-84, 85

и старше лет показатель смертности населения на 100 тыс. человек населения в г. Москве выше среднероссийского на 2,8-56,4%; 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 75-79 лет показатель смертности населения на 100 тыс. человек населения в г. Москве ниже среднероссийского на 4,0-25,0% (Таблица 13).

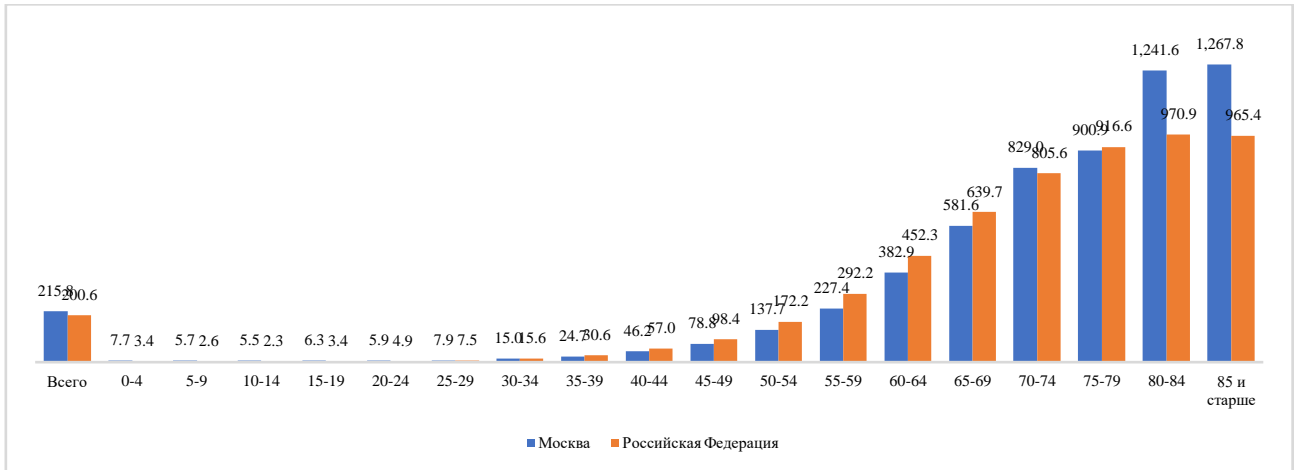


Рисунок 15 - Смертность населения от злокачественных новообразований всех локализаций (С00-С97) в 2019 г. в Российской Федерации и в г. Москве (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Вместе с тем стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований всех локализаций в Российской Федерации составил 155,5 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве – 148,0, что ниже показателя Российской Федерации на 4,8%.

Общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований ободочной кишки (С18) в 2019 г. в Российской Федерации составил 30,9 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве 20,4 на 100 тыс. человек населения, что ниже общероссийского показателя на 34,9% (Рисунок 16).

Анализ смертности населения от злокачественных новообразований ободочной кишки Российской Федерации и г. Москвы в разрезе 5-летних возрастных групп в расчете на 100 тыс. человек населения выявил, что в возрастных группах:

0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29 лет отмечается небольшое число смертей и поэтому сравнение показателей неинформативно;

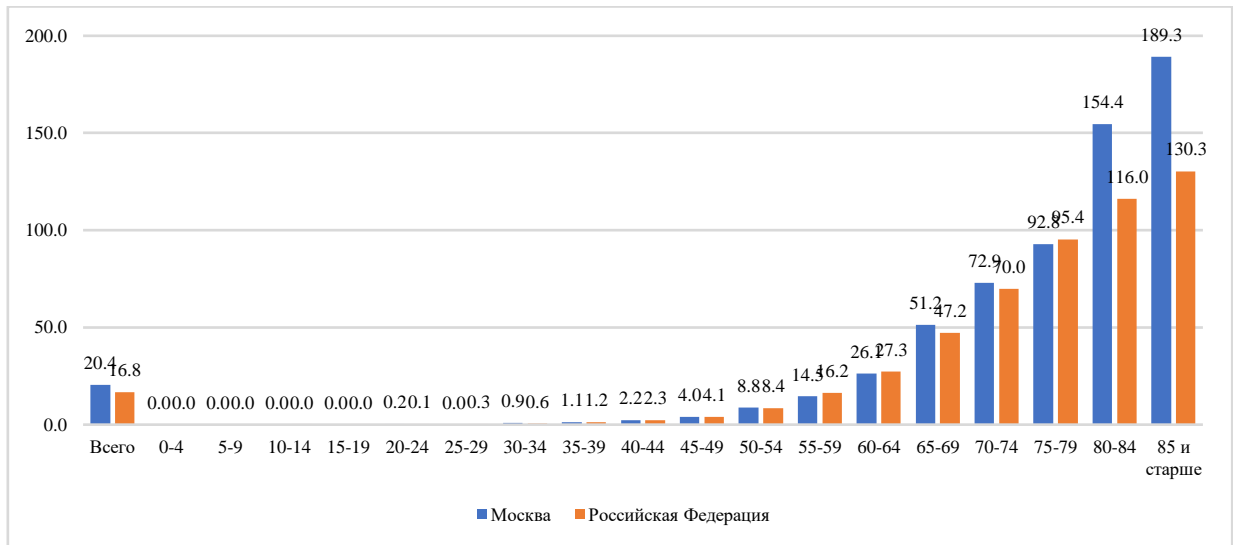


Рисунок 16 - Смертность населения от злокачественных новообразований ободочной кишки (С18) в 2019 г. в Российской Федерации и в г. Москве (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

30-34, 50-54, 65-69, 70-74, 80-84, 85 и старше лет показатель смертности населения на 100 тыс. человек населения в г. Москве выше среднероссийского на 3,7-50,8%;

35-39, 40-44, 45-49, 55-59, 60-64, 75-79 лет показатель смертности населения на 100 тыс. человек населения в г. Москве ниже среднероссийского на 1,9-11,9% (Таблица 13).

Стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований ободочной кишки в Российской Федерации составил 12,9 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве – 11,9, что ниже показателя Российской Федерации на 8,4%.

Общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (С19-С21) в 2019 г. в Российской Федерации составил 11,2 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве 10,3 на 100 тыс. человек населения, что ниже общероссийского на 8,4% (Рисунок 17).

Таблица 13 – Показатели смертности населения от ЗНО отдельных локализаций в разрезе 5-летних возрастных групп в Российской Федерации и в г. Москве в 2019 г, на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста

| № | Показатель | Все возраст а | Возрастная группа, лет | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------|------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------------|
| | | | 0-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85 и старше |
| Все локализации: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Российская Федерация | 200,6 | 3,4 | 2,6 | 2,3 | 3,4 | 4,9 | 7,5 | 15,6 | 30,6 | 57,0 | 98,4 | 172,2 | 292,2 | 452,3 | 639,7 | 805,6 | 916,6 | 970,9 | 965,4 |
| | г. Москва | 215,8 | 7,7 | 5,7 | 5,5 | 6,3 | 5,9 | 7,9 | 15,0 | 24,7 | 46,2 | 78,8 | 137,7 | 227,4 | 382,9 | 581,6 | 829,0 | 900,9 | 1241,6 | 1267,8 |
| | Разница г. Москвы в сравнении с РФ, % | 7,1 | 56,4 | 55,2 | 58,2 | 46,8 | 16,9 | 4,6 | -4,0 | -23,6 | -23,4 | -24,9 | -25,0 | -28,5 | -18,1 | -10,0 | 2,8 | -1,7 | 21,8 | 23,8 |
| Ободочная кишка | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Российская Федерация | 16,8 | 0,0 | 0,0 | 0,01 | 0,04 | 0,14 | 0,25 | 0,6 | 1,2 | 2,3 | 4,1 | 8,4 | 16,2 | 27,3 | 47,2 | 70,0 | 95,4 | 116,0 | 130,3 |
| | г. Москва | 20,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,9 | 1,1 | 2,2 | 4,0 | 8,8 | 14,5 | 26,1 | 51,2 | 72,9 | 92,8 | 154,4 | 189,3 |
| | Разница г. Москвы в сравнении с РФ, % | 17,6 | - | - | - | - | 30,7 | - | 50,8 | -6,6 | -2,7 | -1,9 | 3,7 | -11,9 | -4,5 | 7,7 | 4,0 | -2,8 | 24,9 | 31,2 |
| Прямая кишка, ректосигмоидное соединение и анус | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Российская Федерация | 11,2 | 0,0 | 0,0 | 0,01 | 0,01 | 0,03 | 0,2 | 0,6 | 1,2 | 2,4 | 3,9 | 7,4 | 14,2 | 22,9 | 35,4 | 45,6 | 62,3 | 68,7 | 62,1 |
| | г. Москва | 10,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,8 | 1,4 | 1,1 | 3,7 | 7,1 | 8,0 | 16,0 | 31,4 | 44,0 | 43,3 | 59,6 | 65,2 |
| | Разница г. Москвы в сравнении с РФ, % | -8,4 | - | - | - | - | - | 58,1 | 30,0 | 15,5 | -2,1р. | -6,7 | -4,9 | -77,8 | -43,1 | -13,0 | -3,4 | -44,1 | -15,3 | 4,8 |

При этом стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса в Российской Федерации составил 8,4 на 100 тыс. человек населения, в г. Москве – 7,0, что ниже показателя Российской Федерации на 20,1%.

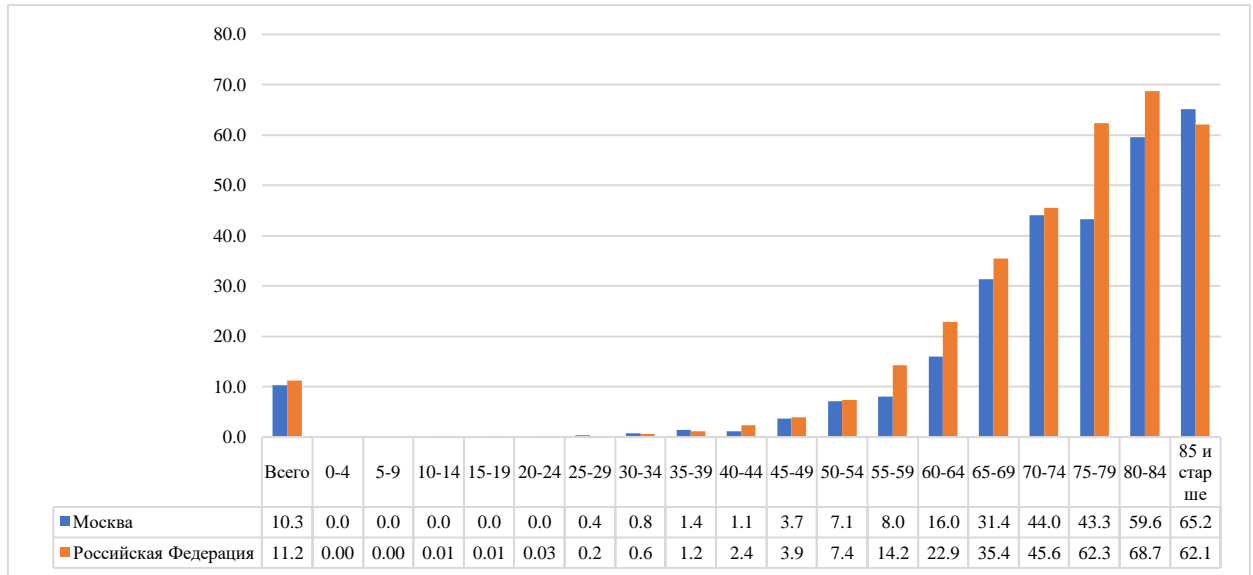


Рисунок 17 - Смертность населения от злокачественных новообразований прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (C19-C21) в 2019 г. в Российской Федерации и в г. Москве (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Анализ показателей смертности населения от злокачественных новообразований Российской Федерации и г. Москвы в разрезе 5-летних возрастных групп в расчете на 100 тыс. человек населения выявил, что в возрастных группах:

0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24 года отмечается небольшое число смертей и поэтому сравнение показателей неинформативно;

25-29, 30-34, 35-39, 85 и старше лет показатель смертности населения на 100 тыс. человек населения в г. Москве выше среднероссийского на 4,8-15,1%;

40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 года показатель смертности населения на 100 тыс. человек населения в г. Москве ниже среднероссийского на 3,4-110,9% (2,1 раза) (Таблица 17).

Общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации составил в Российской Федерации – 28,0 на 100 тыс. человек, в г. Москве – 30,7, что выше на 9,6%. Стандартизованный коэффициент составил в Российской Федерации – 19,9 на 100 тыс. человек, в г. Москве – 20,3, что ниже на 2,0%.

Более высокое значение общего коэффициента смертности населения от злокачественных новообразований в г. Москве по сравнению с Российской Федерацией может объясняться увеличением смертности населения от других причин смерти в старших возрастных группах.

Следует отметить, что значение общего коэффициента смертности населения от злокачественных новообразований всех локализаций определяется смертностью населения от злокачественных новообразований толстой кишки, прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса в целом по Российской Федерации на 14,0%, в г. Москве – на 14,2%.

Вероятность смерти человека повышается с увеличением его возраста (закон Гомпертца-Мейкхема), и поэтому значение общего коэффициента смертности населения зависит от уровня смертности в старших возрастных группах, в которых отмечается наибольшее число умерших. Число умерших от всех причин в возрасте 80 лет и старше в общем числе умерших в Российской Федерации составило в 2016 г. 29,7%, в 2017 г. – 32,8%, в 2018 г. – 33,8%, в 2019 г. – 34,8%, в 2020 г. – 35,8%.

По оценкам исследователей, в Российской Федерации в структуре смертности населения по причинам смерти значительную долю занимают неточно обозначенные причины смерти – R 54 Старость, R 99 Причина смерти неизвестна, I 46.1 Внезапная сердечная смерть, так описанная, смерти от повреждений с неопределёнными намерениями и другие.

Нами был проведен анализ практики использования причины смерти R 54 Старость в качестве первоначальной причины смерти в Российской Федерации и в г. Москве в 2016-2020 гг.

В 2014 г. в соответствии с разъяснениями Минздрава России, критериями использования кода МКБ-10 R 54 Старость в качестве первоначальной причины смерти являются: возраст старше 80 лет, отсутствие в медицинской документации указаний на хронические заболевания, травмы и их последствия, способные вызвать смерть, отсутствие подозрений на насильственную смерть. Указанные критерии вновь были разъяснены Минздравом России субъектам Российской Федерации в 2015 г. [48, 49].

В Российской Федерации число умерших от всех причин составило в 2016 г. 1 891 015 человек, в 2017 г. – 1 826 125, в 2018 г. – 1 826 125, в 2019 г. – 1 826 125, в 2020 г. – 1 826 125. Число умерших от старости составило в 2016 г. 108 744 человек, в 2017 г. – 95 890, в 2018 г. – 90 675, в 2019 г. – 86 006, в 2020 г. – 103 211. Доля умерших от старости в общем числе умерших составила в 2016 г. 5,8%, в 2017 г. – 5,3%, в 2018 г. – 5,0%, в 2019 г. – 4,8%, в 2020 г. – 4,8%. Таким образом, доля умерших от старости в общем числе умерших в период 2016-2020 гг. в Российской Федерации снизилась на 1,0 п.п., с 5,8% до 4,8%.

Число умерших в возрасте 80 лет и старше от всех причин составило в 2016 г. 560 723 человек, в 2017 г. – 599 844, в 2018 г. – 618 207, в 2019 г. – 625 978, в 2020 г. – 765 576. Доля умерших от старости в общем числе умерших составила в 2016 г. 19,4%, в 2017 г. – 16,0%, в 2018 г. – 14,7%, в 2019 г. – 13,7%, в 2020 г. – 13,5%. Таким образом, доля умерших от старости в общем числе умерших в возрасте 80 лет и старше от всех причин в период 2016-2020 гг. в Российской Федерации снизилась на 4,9 п.п., с 19,4% до 13,5% (Таблица 14).

В г. Москве число умерших от всех причин составило в 2016 г. 123 778 человек, в 2017 г. – 118 869, в 2018 г. – 122 144, в 2019 г. – 120 421, в 2020 г. – 150 204. Число умерших от старости составило в 2016 г., 2017 г. 0, в 2018 г. – 1 человек, в 2019 г. – 0, в 2020 г. – 101 человек. Доля умерших от старости в общем числе умерших составила в 2016 – 2019 гг. составила 0,0%, в 2020 г. – 0,1% (Таблица 15).

Таблица 14 - Сведения о числе умерших от всех причин и от старости в Российской Федерации в 2016-2020 гг., абс.

| № | Число умерших | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. | Всего | 1 891 015 | 1 826 125 | 1 828 910 | 1 798 307 | 2 138 586 |
| 2. | Из них в возрасте 80 лет и старше | 560 723 | 599 844 | 618 207 | 625 978 | 765 576 |
| 3. | из них от старости | 108 744 | 95 890 | 90 675 | 86 006 | 103 211 |
| 4. | Доля умерших от старости, в общем числе умерших % | 5,8 | 5,3 | 5,0 | 4,8 | 4,8 |
| 5. | Доля умерших от старости среди умерших в возрасте 80 лет и старше, % | 19,4 | 16,0 | 14,7 | 13,7 | 13,5 |

Число умерших в возрасте 80 лет и старше от всех причин составило в 2016 г. 45 755 человек, в 2017 г. – 45 150, в 2018 г. – 47 607, в 2019 г. – 47 834, в 2020 г. – 61 823. Доля умерших от старости в общем числе умерших составила в 2016 – 2019 гг. 0,0%, в 2020 г. – 0,2%. Таким образом, доля умерших от старости в общем числе умерших в возрасте 80 лет и старше от всех причин в период 2016-2020 гг. в г. Москве повысилась на 0,2 п.п. до 0,2%. Следует отметить, что низкая доля указанной неточно обозначенной причины смерти в структуре смертности населения по причинам смерти свидетельствует о более достоверном значении общего коэффициента смертности населения по другим причинам смерти.

Таблица 15 - Сведения о числе умерших от всех причин и от старости в г. Москве в 2016-2020 гг., абс.

| № | Число умерших | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. | Всего | 123 778 | 118 869 | 122 144 | 120 421 | 150 204 |
| 2. | Из них в возрасте 80 лет и старше | 45 755 | 45 150 | 47 607 | 47 834 | 61 823 |
| 3. | из них от старости | 0 | 0 | 1 | 0 | 101 |
| 4. | Доля умерших от старости, в общем числе умерших % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| 5. | Доля умерших от старости среди умерших в возрасте 80 лет и старше, % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |

Таким образом, разница в доле умерших от старости в общем числе умерших в г. Москве по сравнению со среднероссийским показателем составила в 2016 г. 5,8 п.п., в 2017 г. – 5,3 п.п., в 2018 г. – 5,0 п.п., в 2019 г. – 4,8 п.п., в 2020 г. – 4,8 п.п.

Разница в доле умерших от старости в общем числе умерших в возрасте 80 и старше в г. Москве по сравнению со среднероссийским показателем составила в 2016 г. 19,4 п.п., в 2017 г. – 16,0 п.п., в 2018 г. – 14,7 п.п., в 2019 г. – 13,7 п.п., в 2020 г. – 13,3 п.п. (Таблица 16).

Таблица 16 - Сравнение доли умерших от старости в общем числе умерших в г. Москве по сравнению со среднероссийским показателем в 2016-2020 гг., %

| № | Доля умерших от старости | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| В общем числе умерших в: | | | | | | |
| 1. | Российской Федерации, % | 5,8 | 5,3 | 5,0 | 4,8 | 4,8 |
| 2. | г. Москве, % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| 3. | Разница г. Москвы в сравнении с Российской Федерацией, п.п. | -5,8 | -5,3 | -5,0 | -4,8 | -4,8 |
| В общем числе умерших в возрасте 80 лет и старше в: | | | | | | |
| 4. | Российской Федерации, % | 19,4 | 16,0 | 14,7 | 13,7 | 13,5 |
| 5. | г. Москве, % | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 |
| 6. | Разница г. Москвы в сравнении с Российской Федерацией, п.п. | -19,4 | -16,0 | -14,7 | -13,7 | -13,3 |

Таким образом, в г. Москве отмечается более достоверное значение показателей смертности по причинам смерти в связи с более точной верификацией диагноза, что вносит вклад в более высокое значение общих коэффициентов смертности населения по причинам смерти от других классов причин смерти, в том числе от болезней системы кровообращения и новообразований.

В целях проведения международных сопоставлений уровня заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации проведен анализ первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями колоректальной локализации в 2019 г. в Российской Федерации и в Германии. Выявлено, что общий коэффициент первичной заболеваемости составляет в Российской Федерации 52,5 на 100 тыс. человек населения, в Германии – 73,0 на 100 тыс. человек населения, т.е. показатель Российской Федерации ниже показателя Германии на 39,0%.

Анализ первичной заболеваемости мужчин злокачественными новообразованиями колоректальной области в 5-летних возрастных группах в Российской Федерации превышает показатели Германии от 23,1 до 93,5% (Рисунок 18).

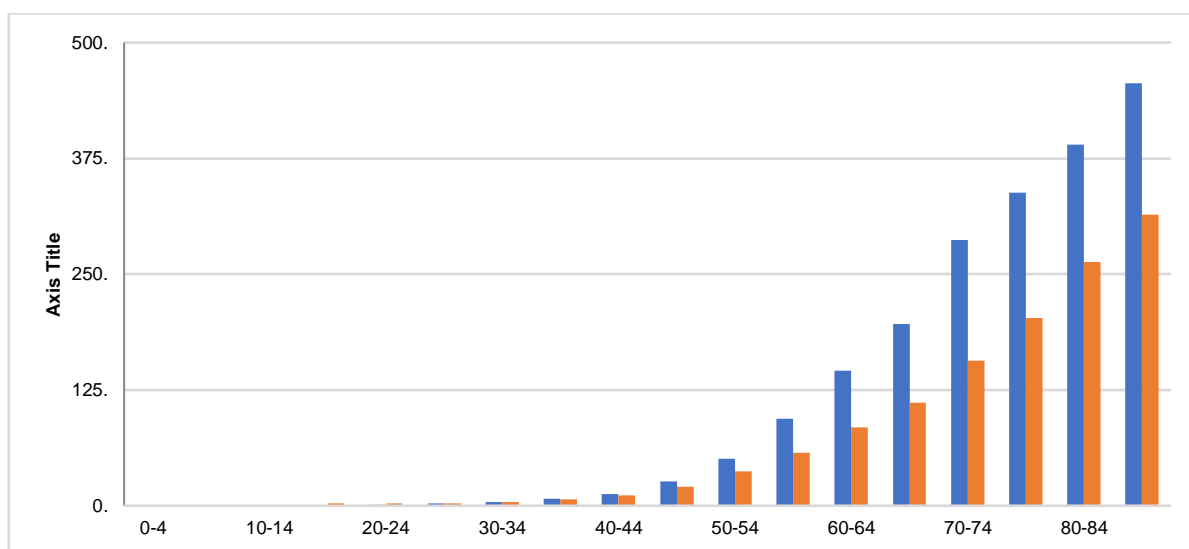


Рисунок 18 - Первичная заболеваемость мужчин злокачественными новообразованиями колоректальной локализации в 2019 г. в г. Российской Федерации и в Германии (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Стандартизованный показатель первичной заболеваемости мужчин злокачественными новообразованиями в Российской Федерации составил 52,1 на 100 тыс. человек населения, в Германии – 32,8, что ниже показателя Российской Федерации на 36,5%.

Анализ первичной заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями колоректальной локализации у женщин в 5-летних

возрастных группах в Российской Федерации и в Германии выявил, что показатели Российской Федерации превышают показатели Германии в 5-летних возрастных группах: 40-44 года, 45-49 лет, 50-54 года, 55-59 лет, 60-64 года, 65-69 лет, 70-74 года, 75-79 лет показатель Российской Федерации превышает показатель Германии на 3,5-30,5%, наибольшее превышение - в возрастной группе 60-64 года (30,5%) (Рисунок 19).

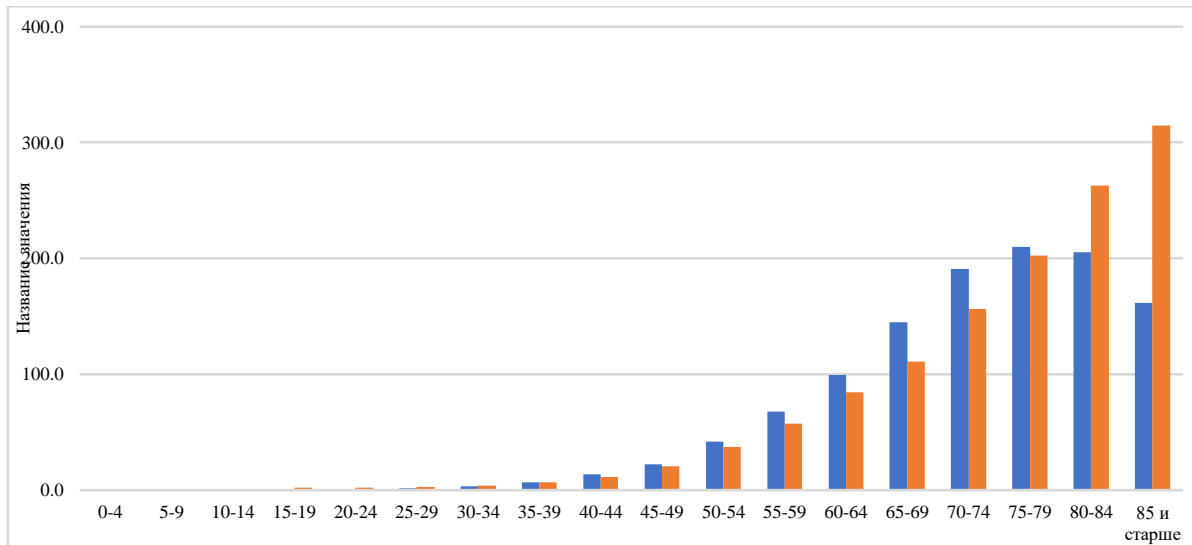


Рисунок 19 - Первичная заболеваемость женщин злокачественными новообразованиями колоректальной локализации в 2019 г. в г. Российской Федерации и в Германии (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Стандартизованный показатель первичной заболеваемости женщин злокачественными новообразованиями в Российской Федерации составил 34,8 на 100 тыс. человек населения, в Германии – 32,7, что ниже показателя Российской Федерации на 6,0%.

Анализ смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной области в 2019 г. в Российской Федерации и в Германии выявил, что общий коэффициент смертности в Российской Федерации составил 28,0 на 100 тыс. человек населения, в Германии – 10,7 на 100 тыс. человек населения. Показатель Российской Федерации был выше показателя Германии в 2,6 раза.

Анализ смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной области в 5-летних возрастных группах в Российской Федерации и в Германии выявил, что показатели Российской Федерации превышают показатели Германии во всех 5-летних возрастных группах, от 20,2% в возрастной группе 80-84 года до 60,7% в возрастной группе 35-39 лет (Рисунок 20).

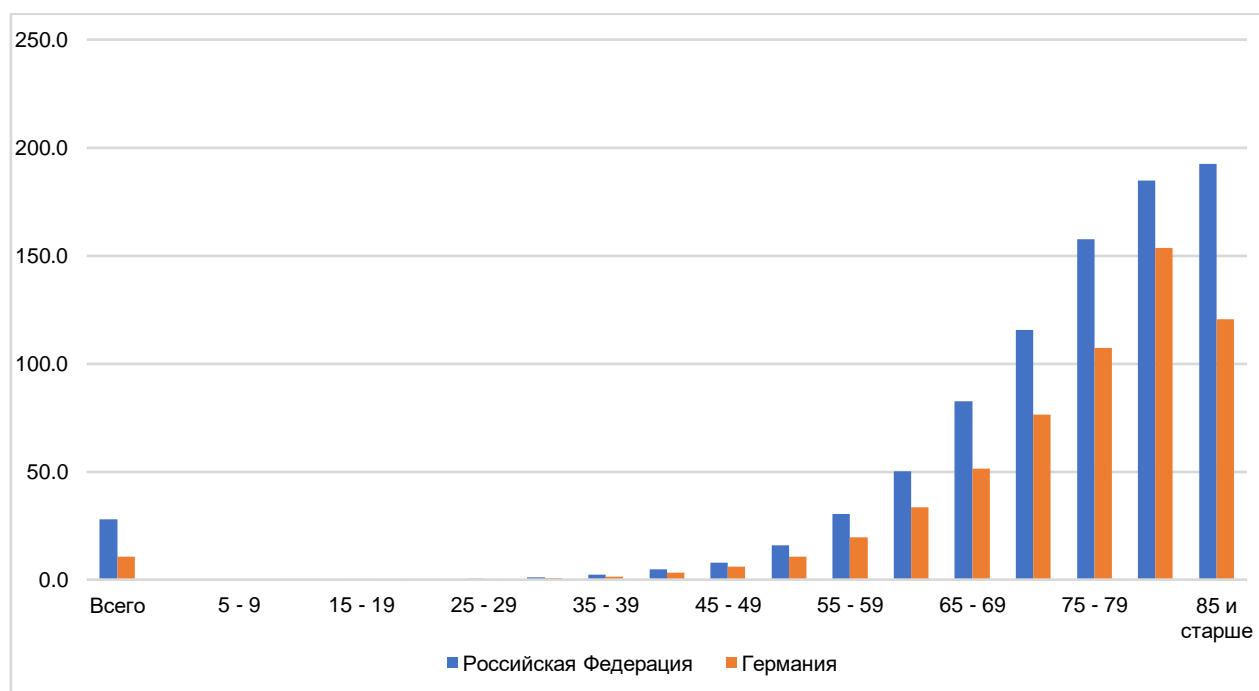


Рисунок 20 - Смертность населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2019 г. в Российской Федерации и в Германии (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2019 г. в Российской Федерации составил 20,3 на 100 тыс. человек населения, в Германии – 13,6, что ниже показателя Российской Федерации на 47,8%.

Анализ смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2019 г. в г. Москве и в г. Берлине выявил, что общий коэффициент смертности в г. Москве составил 30,7 на 100 тыс. человек населения, в г. Берлине – 8,7 на 100 тыс. человек населения. Указанный показатель г. Москвы был выше г. Берлина в 3,5 раза.

Анализ смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 5-летних возрастных группах в г. Москве и в г. Берлине выявил, что показатели г. Москвы превышают показатели г. Берлина во всех 5-летних возрастных группах от 9,7% в возрастной группе 85 лет и старше до 91,5% в возрастной группе 65-69 лет (Рисунок 21).

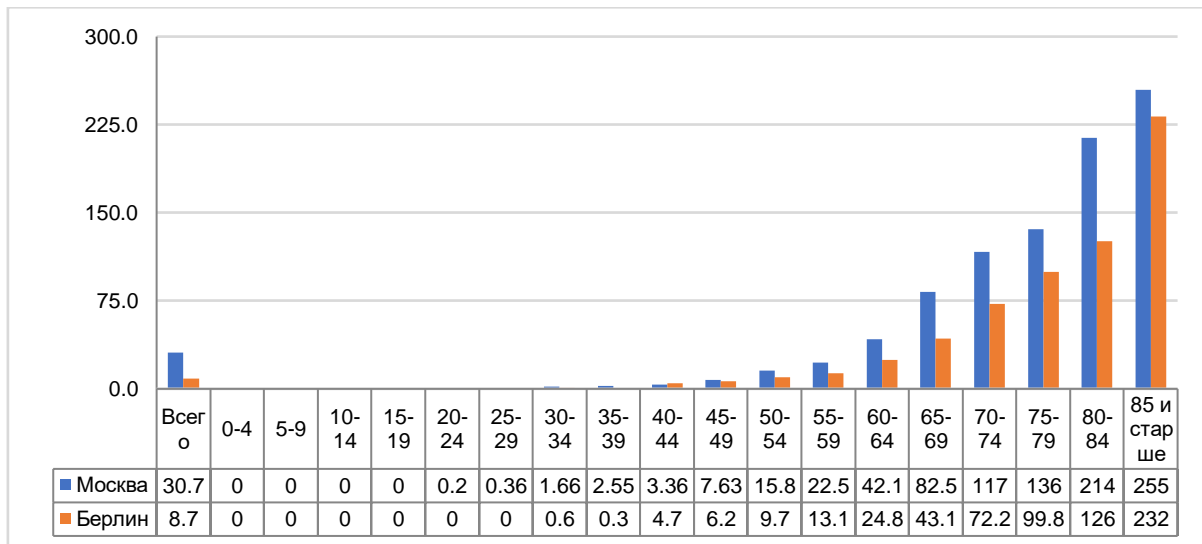


Рисунок 21 - Смертность населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2019 г. в г. Москве и в г. Берлин (ФРГ) (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста)

Стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2019 г. в г. Москве составил 19,9 на 100 тыс. человек населения, в г. Берлине – 13,0, что ниже показателя г. Москвы на 34,7%.

Таким образом, при более низких показателях первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями в Российской Федерации по сравнению с показателями Германии, общий коэффициент смертности населения:

1) показатель в целом по Российской Федерации превышает показатель Германии – в 2,6 раза, показатель г. Москвы превышает показатель г. Берлина – в 3,5 раза.

2) стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2019 г. в

Российской Федерации составил 20,3 на 100 тыс. человек населения, в Германии – 13,6, что ниже показателя Российской Федерации на 47,8%.

Вместе с тем анализ только общих коэффициентов заболеваемости и смертности населения, особенно при проведении международных сопоставлений и анализе долгосрочных трендов медико-демографического развития не дает достоверного представления об изменении интенсивности заболеваемости и смертности населения, поскольку половозрастной состав населения в различных странах мира может отличаться значительно. Также половозрастной состав населения изменяется и на отдельной территории страны, что также может создавать риски получения недостоверных выводов при изучении длительных трендов. Стандартизованный показатель смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2019 г. в г. Москве составил 19,9 на 100 тыс. человек населения, в г. Берлине – 13,0, что ниже показателя г. Москвы на 34,7%.

Указанная ситуация может складываться в силу следующих причин: поздняя (несвоевременная) диагностика (на III и IV стадии заболевания) – в период манифестации симптомов заболевания или недостаточно эффективное лечение заболевания на поздних стадиях заболевания.

Таким образом, общий и стандартизованный по возрасту коэффициенты первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями колоректальной локализации г. Москве ниже, чем в Российской Федерации, а общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в г. Москве выше среднероссийского. При этом, стандартизованный по возрасту коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в г. Москве ниже среднероссийского показателя за счет исключения влияния возрастной структуры населения.

3.2 Анализ нормативного правового регулирования организации проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации

Нормативное правовое регулирование организации оказания медицинской помощи в Российской Федерации осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и включает федеральные законы, акты Президента Российской Федерации, акты Правительства Российской Федерации, приказы федеральных органов исполнительной власти, акты законодательства органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, тарифные соглашения в сфере ОМС.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из принципов охраны здоровья является приоритет профилактики. При этом, основной инструмент профилактики – профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, финансируемые за счет средств ОМС в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии с частью 1 статьи 46 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

При этом профилактический медицинский осмотр является одним из видов медицинских осмотров и проводится в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Законодатель установил, что диспансеризация – это комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Следует отметить, что до 2019 г. регулятор утверждал приказом отдельные порядки проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, что могло приводить к избыточным расходам при доведении государственного задания. В 2019 г. приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н (зарегистрирован Минюстом России 24.04.2019) утвержден порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в рамках одного приказа, который был обновлен в 2021 г. (Таблица 17) [60, 62, 63, 61, 64].

Нами проанализированы возрастные периоды, в которые в соответствии с приказами Минздрава России проводилось исследование кала на скрытую кровь, в рамках профилактического осмотра и диспансеризации в период 2016-2020 гг. В период 2016-2019 гг. в рамках профилактического осмотра исследование проводилось у лиц в возрасте 45 лет и старше 1 раз в 2 года в соответствии с приказом Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н.

Таблица 17 - Нормативное правовое регулирование порядка и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации

| № | Вид осмотра | Приказ Минздрава России | | | |
|----|-----------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|--|
| | | 1. | Профилактический осмотр | от 06.12.2012 № 1011н | |
| 2. | Диспансеризация | от 03.02.2015 № 36н | от 26.10.2017 № 869н | от 13.03.2019 № 124н | |

В рамках диспансеризации в период 2016-2017 гг. исследование проводилось у лиц в возрасте от 48 до 75 лет 1 раз в 3 года в соответствии с приказом Минздрава России от 03.02.2015 № 36н, в период 2018-2019 гг. исследование проводилось у лиц в возрасте от 49 до 73 лет 1 раз в 2 года у лиц в соответствии с приказом Минздрава России от 26.10.2017 № 869н. В рамках диспансеризации с 2019 г. по настоящее время исследование проводится у лиц в возрасте 40-64 года 1 раз в 2 года и у лиц в возрасте 65-75 лет ежегодно в соответствии с приказами Минздрава России от 13.03.2019 № 124н и от 27.04.2021 № 404н.

Таким образом, до 2019 г. приказами Минздрава России был предусмотрен скрининг на рак колоректальной локализации как в рамках программы профилактических осмотров населения, так и в рамках программы диспансеризации населения.

В соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н и по настоящее время скрининг на рак колоректальной локализации проводится только в рамках программы диспансеризации населения.

С 2019 г. исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, проводимое в рамках диспансеризации, является обязательным для того, чтобы указанное посещение (норматив объема медицинской помощи) было завершенным (п. 26 приказа Минздрава России от 13.03.2019 № 124н). Следует отметить, что до 2019 г. обязательным было только выполнение в рамках первого этапа диспансеризации не менее 85% от объема исследований, проводимых 1 раз в 3 года. При этом обязательными услугами являлись анкетирование и прием (осмотр) врача-терапевта.

Таким образом, Минздравом России предпринимаются системные последовательные меры по повышению доступности скрининга на рак колоректальной локализации, проводимого в рамках программы диспансеризации населения. В г. Москве профилактический медицинский осмотр и диспансеризация проводятся в соответствии с порядком проведения

профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, утвержденным приказом Минздрава России [64].

При этом в Республике Беларусь, в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения от 30 августа 2023 г. № 125 (п.18 приложения 1), скрининговое исследование кала на скрытую кровь предусмотрено при проведении диспансеризации взрослого населения в возрасте 50, 57, 64 года. В Республике Казахстан, в соответствии с приказом и.о. Министра здравоохранения от 30 октября 2020 г. № ҚР ДСМ-174/2020, скрининговое исследование кала на скрытую кровь для взрослых без отягощенного анамнеза предусмотрено в возрасте 50-70 лет 1 раз в 2 года.

Нами были проведены международные сопоставления охвата населения скринингом на злокачественные новообразования колоректальной локализации в Российской Федерации, в Германии и в Англии. Необходимо подчеркнуть, что в Российской Федерации скрининг включает охват лиц, начиная с 40 лет, в то время как в Германии и Англии диагностические исследования проводятся в более поздние временные периоды (Таблица 18).

Таблица 18 – Международные сопоставления программ скрининга на злокачественные новообразования колоректальной локализации

| № | Признак | Страна | | |
|----|-------------------------|---|--|------------------|
| | | Российская Федерация | Германия | Великобритания |
| 1. | Возраст участников, лет | 40-75 | 50 лет и старше | 60-74 |
| 2. | Частота проведения | 40-64 года: 1 раз в 2 года 65-75 лет: ежегодно | Колоноскопия 1 раз в 10 лет в возрасте 50 лет и старше (первое исследование до 65 лет) или тест кала на скрытую кровь: ежегодно в возрасте 50-54 года, в возрасте 55 лет и старше – 1 раз в 2 года | 1 раз в 2 года |
| 3. | Метод исследования | Иммунохимический | Иммунохимический | Иммунохимический |

Таким образом, скрининг на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации в Российской Федерации предполагает более широкий охват населения по возрасту и частоте проводимых исследований, чем соответствующие программы Республики Беларусь, Германии, Великобритании и Республики Казахстан.

3.3 Анализ планируемых и фактических объемов посещений с профилактическими и иными целями, профилактических осмотров и диспансеризации в рамках Программы и соответствующих финансовых затрат в Российской Федерации и в г. Москве в 2016-2020 гг.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи профилактические осмотры и диспансеризация включены в базовую программу обязательного медицинского страхования и оплачиваются за счет средств ОМС.

Нами был проведен анализ нормативов объема медицинской помощи в связи профилактическими осмотрами и диспансеризацией и соответствующих нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. В 2016-2018 гг. профилактические осмотры и диспансеризация были включены в норматив объема «медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая с профилактическими и иными целями» (постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382, от 19.12.2016 № 1403, от 08.12.2017 № 1492) [45, 47, 48]. Норматив объема составлял 2,35 посещения на 1 застрахованного. Норматив финансовых затрат составлял в 2016 г. – 358 рублей, в 2017 г. – 376,2 рублей, в 2018 г. – 452,5 рубля, рост составил 26,3%.

Начиная с 2019 г. для профилактических осмотров и диспансеризации предусмотрены отдельные нормативы объема медицинской помощи и соответствующие нормативы финансовых затрат – «посещение в связи с профилактическим медицинским осмотром, включающее диспансеризацию»

и «диспансеризация» (постановления Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 и от 07.12.2019 № 1610) [44, 46].

Следует отметить, что Программой на 2019 г. было предусмотрено, что норматив объема посещений в связи с профилактическим медицинским осмотром включал диспансеризацию. Программой на 2020 г. было предусмотрено разделение указанных нормативов объема медицинской помощи (Таблица 19).

Нами был проведен анализ государственных гарантий на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москвы (далее – ТПГГ г. Москвы) за период 2016-2020 г.

Таблица 19 - Нормативы объема медицинской помощи в связи профилактическими осмотрами и диспансеризацией и соответствующие нормативы финансовых затрат в рамках Программы в 2016-2020 гг.* на 1 застрахованного

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------------------------|--|-------|-------|-------|--------|--------|
| 1. | Посещение с профилактическими и иными целями | 2,35 | 2,35 | 2,35 | - | - |
| 2. | Норматив финансовых затрат, рублей | 358,0 | 376,2 | 452,5 | - | - |
| 3. | Профилактический осмотр, включая диспансеризацию, в том числе: | - | - | - | 0,79** | - |
| 4. | Профилактический осмотр | | | | 0,63 | 0,2535 |
| 5. | Диспансеризация | - | - | - | 0,16 | 0,181 |
| Нормативы финансовых затрат, рублей | | | | | | |
| 6. | Профилактический осмотр | - | - | - | 1021,5 | 1782,2 |
| 7. | Диспансеризация | - | - | - | 1185,6 | 2048,7 |

* Данные на очередной год постановлений Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382, от 19.12.2016 № 1403, от 08.12.2017 № 1492, от 10.12.2018 № 1506 и от 07.12.2019 № 1610

** включая диспансеризацию

ТППГ г. Москвы утверждается ежегодно постановлением Правительства г. Москвы на очередной год и на плановый двухлетний период [50, 51, 52, 53, 54] (Таблица 20).

Таким образом анализ планируемых в рамках Программы объемов медицинской помощи в среднем в Российской Федерации и в г. Москве позволил выявить, что в 2016 г. норматив объема медицинской помощи с профилактическими и иными целями, посещения на 1 застрахованного в г. Москве составил 2,205 посещения, что было ниже среднероссийского норматива на 6,2% (2,35 посещения).

Таблица 20 - Нормативы объема медицинской помощи в связи профилактическими осмотрами и диспансеризацией и соответствующие нормативы финансовых затрат в рамках ТППГ г. Москвы в 2016-2020 гг.* на 1 застрахованного

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-------------------------------------|--|--------|--------|--------|----------|---------|
| | Посещение профилактическими иными целями | 2,205 | 2,35 | 2,35** | - | - |
| | Норматив финансовых затрат, рублей | 615,67 | 631,15 | 760,77 | - | - |
| | Профилактический осмотр | - | - | - | 0,664*** | 0,2335 |
| | Диспансеризация | - | - | - | 0,130 | 0,147 |
| Нормативы финансовых затрат, рублей | | | | | | |
| | Профилактический осмотр | - | - | - | 2011,22 | 2011,22 |
| | Диспансеризация | - | - | - | 2334,32 | 3384,74 |

* Данные на очередной год постановлений Правительства г. Москвы от 24.12.2015 № 949-ПП, от 23.12.2016 № 935-ПП, от 14.12.2017 № 1011-ПП, от 27.12.2018 № 1703-ПП и от 24.12.2019 № 1822-ПП

** Дополнительно предусмотрен сверхбазовый объем 0,02468 посещения в медицинских организациях 3 уровня, норматив финансовых затрат – 903,97 рубля

*** включая диспансеризацию

В 2017-2018 гг. норматив объема медицинской помощи с профилактическими и иными целями на 1 застрахованного в г. Москве (2,35 посещения) соответствовал среднероссийскому нормативу. В 2019 г. норматив объема медицинской помощи в связи с профилактическим осмотром в среднем в Российской Федерации был предусмотрен – 0,79 посещения, в г. Москве – 0,664 посещения. Норматив объема ТППГ г. Москвы был ниже среднероссийского норматива на 15,9%.

В 2019 г. был предусмотрен норматив объема медицинской помощи в связи с диспансеризацией в среднем в Российской Федерации – 0,16 посещения, в г. Москве – 0,130 посещения. Норматив объема ТППГ г. Москвы был ниже среднероссийского норматива на 18,8%. В 2020 г. норматив объема медицинской помощи в связи с профилактическим осмотром в среднем в Российской Федерации был предусмотрен – 0,2535 посещения, в г. Москве – 0,2335 посещения. Норматив объема ТППГ г. Москвы был ниже среднероссийского норматива на 7,9%. В 2020 г. норматив объема медицинской помощи в связи с диспансеризацией в среднем в Российской Федерации был предусмотрен – 0,181 посещения, в г. Москве – 0,147 посещения. Норматив объема ТППГ г. Москвы был ниже среднероссийского норматива на 18,8% (Таблица 21).

Сравнение нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи выявило, что норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в связи с посещением с профилактическими и иными целями в 2016-2018 гг. в г. Москве был выше среднероссийского норматива в 2016 г. – на 72,0%, в 2017 г. – на 67,8%, в 2018 г. – на 68,1%.

Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в связи с профилактическим осмотром в 2019-2020 гг. в г. Москве был выше среднероссийского норматива в 2019 г. – на 96,9%, в 2020 г. – на 12,9%.

Таблица 21 - Нормативы объема медицинской помощи в связи с посещениями с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами и диспансеризацией в рамках Программы в целом по Российской Федерации и г.Москве в 2016-2020 гг.* на 1 застрахованного

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|----------------------|-------|------|------|-------|--------|
| Посещение с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Российская Федерация | 2,35 | 2,35 | 2,35 | - | - |
| 2. | г. Москва | 2,205 | 2,35 | 2,35 | - | - |
| 3. | Разница, % | -6,2 | 0,0 | 0,0 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 4. | Российская Федерация | - | - | - | 0,79 | 0,2535 |
| 5. | г. Москва | - | - | - | 0,664 | 0,2335 |
| 6. | Разница, % | - | - | - | -15,9 | -7,9 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 7. | Российская Федерация | - | - | - | 0,16 | 0,181 |
| 8. | г. Москва | - | - | - | 0,130 | 0,147 |
| 9. | Разница, % | | | | -18,8 | -18,8 |

Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в связи с диспансеризацией в 2019-2020 гг. в г. Москве был выше среднероссийского норматива в 2019 г. – на 96,9%, в 2020 г. – на 65,2% (Таблица 22).

Таким образом, норматив финансовых затрат для диспансеризации и профилактических осмотров в 2019 г. в г. Москве превышал среднероссийский показатель на 96,9%.

Анализ фактических объемов профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в рамках Программы государственных гарантий по Российской Федерации и г. Москве за 2016-2020 гг. выявил следующее.

Таблица 22 - Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в связи с посещениями с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами и диспансеризацией в рамках Программы в целом по Российской Федерации и г.Москве в 2016-2020 гг.*, рублей

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|----------------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Посещение с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Российская Федерация | 358,0 | 376,2 | 452,5 | - | - |
| 2. | г. Москва | 615,67 | 631,15 | 760,77 | - | - |
| 3. | Разница, % | 72,0 | 67,8 | 68,1 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 4. | Российская Федерация | - | - | - | 1021,5 | 1782,2 |
| 5. | г. Москва | - | - | - | 2011,22 | 2011,22 |
| 6. | Разница, % | - | - | - | 96,9 | 12,9 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 7. | Российская Федерация | - | - | - | 1185,6 | 2048,7 |
| 8. | г. Москва | - | - | - | 2334,32 | 3384,74 |
| 9. | Разница, % | | | | 96,9 | 65,2 |

В 2016 г. фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями за счет средств ОМС составил в среднем в Российской Федерации 2,970 посещения на 1 застрахованного, что выше планируемого объема на 26,4% (Таблица 23).

В 2017 г. фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями за счет средств ОМС составил в среднем в Российской Федерации 2,863 посещения на 1 застрахованного, что выше планируемого объема на 21,8%.

В 2018 г. фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями за счет средств ОМС составил в среднем в Российской Федерации 2,948 посещения на 1 застрахованного, что выше планируемого объема на 25,4%.

В 2019 г. фактический объем комплексных посещений для проведения профилактического осмотра за счет средств ОМС составил в среднем в Российской Федерации 0,54 посещения на 1 застрахованного, что ниже планируемого объема на 31,6%. Фактический объем комплексных посещений для проведения диспансеризации за счет средств ОМС составил в среднем в Российской Федерации 0,170 посещения на 1 застрахованного, что ниже планируемого объема на 16,3%.

В 2020 г. фактический объем комплексных посещений для проведения профилактического осмотра за счет средств ОМС составил в среднем по Российской Федерации 0,134 посещения на 1 застрахованного, что ниже планируемого объема на 47,1%. Фактический объем комплексных посещений для проведения диспансеризации за счет средств ОМС составил в среднем в Российской Федерации 0,073 посещения на 1 застрахованного, что ниже планируемого объема в 2 раза.

В 2016 г. фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями за счет средств ОМС составил в г. Москве – 2,220 на 1 застрахованного, что выше планируемого объема на 5,5% (Таблица 24). В 2017 г. фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями за счет средств ОМС составил в г. Москве – 2,014 на 1 застрахованного, что выше планируемого объема на 14,3%. В 2018 г. фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями за счет средств ОМС составил в г. Москве – 2,077 на 1 застрахованного, что выше планируемого объема на 11,6%.

В 2019 г. фактический объем комплексных посещений для проведения профилактического осмотра за счет средств ОМС составил в г. Москве – 0,578 на 1 застрахованного, что ниже планируемого объема на 13,0%. Фактический объем комплексных посещений для проведения диспансеризации за счет средств ОМС составил в г. Москве – 0,144 на 1 застрахованного, что выше планируемого объема на 10,8%.

Таблица 23 - Планируемые и фактические объемы медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами, диспансеризацией в целом по Российской Федерации в 2016-2020 гг.

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| Медицинская помощь с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Планируемый объем, посещений на 1 застрахованного | 2,35 | 2,35 | 2,35 | - | - |
| 2. | Фактический объем, посещений на 1 застрахованного | 2,970 | 2,863 | 2,948 | - | - |
| 3. | Сравнение фактических и планируемых объемов, % | 26,4 | 21,8 | 25,4 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 4. | Планируемый объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,664 | 0,2335 |
| 5. | Фактический объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,54 | 0,134 |
| 6. | Сравнение фактических и планируемых объемов, % | - | - | - | -18,7 | -42,6 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 7. | Планируемый объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,160 | 0,181 |
| 8. | Фактический объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,170 | 0,073 |
| 9. | Сравнение фактических и планируемых объемов, % | - | - | - | 6,3 | -59,7 |

В 2020 г. фактический объем комплексных посещений для проведения профилактического осмотра за счет средств ОМС составил в г. Москве – 0,03 на 1 застрахованного, что ниже планируемого объема в 49 раз. Фактический объем комплексных посещений для проведения диспансеризации за счет средств ОМС составил в среднем в Российской Федерации 0,073 посещения на 1 застрахованного, в г. Москве – 0,014 на 1 застрахованного, что выше среднероссийского показателя в 10,5 раз (Таблица 24).

Таблица 24 - Планируемые и фактические объемы медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами, диспансеризацией в г. Москве в 2016-2020 гг.

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|---|-------|-------|-------|-------|--------|
| Медицинская помощь с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Планируемый объем, посещений на 1 застрахованного | 2,205 | 2,35 | 2,35 | - | - |
| 2. | Фактический объем, посещений на 1 застрахованного | 2,220 | 2,014 | 2,077 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 3. | Планируемый объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,664 | 0,2335 |
| 4. | Фактический объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,578 | 0,03 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 5. | Планируемый объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,130 | 0,147 |
| 6. | Фактический объем, посещений на 1 застрахованного | - | - | - | 0,144 | 0,014 |

Фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями за счет средств ОМС был ниже среднероссийского показателя в 2016 г. на 25,3%, в 2017 г. – на 29,7%, в 2018 г. – на 29,5% (Таблица 25).

Фактический объем комплексных посещений для проведения профилактического осмотра за счет средств ОМС был выше среднероссийского показателя в 2019 г. на 7,0%, в 2020 г. – ниже 4,4 раза. Фактический объем комплексных посещений для проведения диспансеризации за счет средств ОМС был выше среднероссийского показателя в 2019 г. на 15,3%, в 2020 г. – 5,2 раза.

Таблица 25 - Сравнение фактических объемов медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами, диспансеризацией г. Москве и в Российской Федерации в 2016-2020 гг.

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Медицинская помощь с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Российская Федерация | 2,970 | 2,863 | 2,948 | - | - |
| 2. | г. Москва | 2,220 | 2,014 | 2,077 | - | - |
| 3. | Разница, % | -25,3 | -29,7 | -29,5 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 4. | Российская Федерация | - | - | - | 0,54 | 0,134 |
| 5. | г. Москва | - | - | - | 0,578 | 0,03 |
| 6. | Разница, % | - | - | - | 7,0 | -77,6 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 7. | Российская Федерация | - | - | - | 0,170 | 0,073 |
| 8. | г. Москва | - | - | - | 0,144 | 0,014 |
| 9. | Разница, % | - | - | - | -15,3 | -80,8 |

Анализ фактических расходов на оплату профилактических осмотров и диспансеризации в рамках Программы государственных гарантий выявил следующее.

В целом по Российской Федерации фактические расходы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями в 2016-2018 гг. составили: в 2016 г. 495,6 рубля, что выше планируемых на 38,1%; в 2017 г. 527,9 рубля, что выше планируемых на 40,3%; в 2018 г. 596,5 рубля, что выше планируемых на 31,8% (Таблица 26).

Фактические расходы на оплату комплексного посещения в связи с проведением профилактического осмотра в 2019-2020 гг. составили в 2019 г. 730,2 рубля, что ниже планируемых на 28,5%, в 2020 г. 1796,9 рубля, что выше планируемых на 0,8%.

Фактические расходы на оплату комплексного посещения в связи с проведением диспансеризацией в 2019-2020 гг. составили в 2019 г. 1303,3 рубля, что выше планируемых на 9,9%, в 2020 г. 2320,6 рубля, что выше планируемых на 13,3%.

Таблица 26 - Фактические расходы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами, диспансеризацией в целом по Российской Федерации в 2016-2020 гг., рублей

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|-----------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Медицинская помощь с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Планируемые расходы, рублей | 358,7 | 376,2 | 452,5 | - | - |
| 2. | Фактические расходы, рублей | 495,6 | 527,9 | 596,5 | - | - |
| 3. | Разница, % | 38,2 | 43,8 | 31,8 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 4. | Планируемые расходы, рублей | - | - | - | 1021,5 | 1782,2 |
| 5. | Фактические расходы, рублей | - | - | - | 730,2 | 1796,9 |
| 6. | Разница, % | - | - | - | -28,5 | 0,8 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 7. | Планируемые расходы, рублей | - | - | - | 1185,6 | 2048,7 |
| 8. | Фактические расходы, рублей | - | - | - | 1303,3 | 2320,6 |
| 9. | Разница, % | - | - | - | 9,9 | 13,3 |

В г. Москве фактические расходы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями в 2016-2018 гг. составили в 2016 г. 549,8 рубля, что ниже планируемых расходов на 10,7%, в 2017 г. 669,3 рубля, что выше планируемых расходов на 6,0%, в 2018 г. 833,5 рубля, что выше планируемых расходов на 9,6% (Таблица 27).

Фактические расходы на оплату комплексного посещения в связи с проведением профилактического осмотра в 2019-2020 гг. составили в 2019 г.

775,2 рубля, что ниже планируемых расходов на 61,5%, в 2020 г. 1490,2 рубля, что ниже планируемых расходов на 25,9%.

Фактические расходы на оплату комплексного посещения в связи с проведением диспансеризацией в 2019-2020 гг. составили в 2019 г. 1571,7 рубля, что ниже планируемых расходов на 32,7%, в 2020 г. 2306,2 рубля, что ниже планируемых расходов на 31,9%.

Таблица 27 - Фактические расходы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами, диспансеризацией в г. Москве в 2016-2020 гг., рублей

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|-----------------------------|--------|--------|--------|---------|---------|
| Медицинская помощь с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Планируемые расходы, рублей | 615,67 | 631,15 | 760,77 | - | - |
| 2. | Фактические расходы, рублей | 549,8 | 669,3 | 833,5 | - | - |
| 3. | Разница, % | -10,7 | 6,0 | 9,6 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 4. | Планируемые расходы, рублей | - | - | - | 2011,22 | 2011,22 |
| 5. | Фактические расходы, рублей | - | - | - | 775,2 | 1490,2 |
| 6. | Разница, % | - | - | - | -61,5 | -25,9 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 6. | Планируемые расходы, рублей | - | - | - | 2334,32 | 3384,74 |
| 7. | Фактические расходы, рублей | - | - | - | 1571,7 | 2306,2 |
| 8. | Разница, % | - | - | - | -32,7 | -31,9 |

Сравнительный анализ фактических расходов на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями в целом по Российской Федерации и г. Москве в 2016-2018 гг. выявил, что в г. Москве указанные расходы превышают среднероссийские в 2016 г. на 53,3%, в 2017 г. – на 77,9%, в 2018 г. – на 84,2% (Таблица 28).

Сравнительный анализ фактических расходов на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с проведением профилактических осмотров в целом по Российской Федерации и г. Москве в 2019-2020 гг. выявил, что в г. Москве указанные расходы в 2019 г. превышают среднероссийские на 6,2%, в 2020 г. – ниже среднероссийских на 17,1%.

Сравнительный анализ фактических расходов на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с проведением диспансеризации в целом по Российской Федерации и г. Москве в 2019-2020 гг. выявил, что в г. Москве указанные расходы превышают среднероссийские в 2019 г. на 32,6%, в 2020 г. – на 12,6% (Таблица 28).

Следует отметить, что в 2019 г. Правительством Российской Федерации было принято решение провести Всероссийскую диспансеризацию взрослого населения Российской Федерации (распоряжение от 27.06.2019 № 1391-р). Для этого высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации было поручено организовать проведение в установленном порядке профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [42].

Вместе с тем с 21 марта 2020 г. в целях обеспечения охраны здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Российской Федерации проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и программы Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации было приостановлено до особого распоряжения Правительства Российской Федерации (распоряжение от 21.03.2020 № 710-р).

Таблица 28 - Сравнение фактических расходов на оплату единицы объема медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий в связи с профилактическими и иными целями, профилактическими осмотрами, диспансеризацией в г. Москве в 2016-2020 гг., рублей

| № | Параметр | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|----------------------|-------|-------|-------|--------|---------|
| Медицинская помощь с профилактическими и иными целями | | | | | | |
| 1. | Российская Федерация | 358,7 | 376,2 | 452,5 | - | - |
| 2. | г. Москва | 549,8 | 669,3 | 833,5 | - | - |
| 3. | Разница, % | 53,3 | 77,9 | 84,2 | - | - |
| Профилактический осмотр | | | | | | |
| 4. | Российская Федерация | - | - | - | 730,2 | 1 796,9 |
| 5. | г. Москва | - | - | - | 775,2 | 1490,2 |
| 6. | Разница, % | - | - | - | 6,2 | -17,1 |
| Диспансеризация | | | | | | |
| 7. | Российская Федерация | - | - | - | 1185,6 | 2048,7 |
| 8. | г. Москва | - | - | - | 1571,7 | 2306,2 |
| 9. | Разница, % | - | - | - | 32,7 | 12,6 |

Следует отметить, что 10 июля 2020 г. Правительством Российской Федерации принято решение о наделении высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) полномочиями по возобновлению профилактических осмотров с учетом эпидемиологической ситуации [41].

В г. Москве проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации было возобновлено в соответствии с приказом департамента здравоохранения г. Москвы от 29.04.2021 № 402 [37]. Таким образом, сравнение объемов профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в г. Москве по сравнению со среднероссийским показателем неинформативно за 2020 г., поскольку профилактические медицинские

осмотры и диспансеризация в г. Москве не проводилась в период 21 марта-31 декабря соответствующего года.

Таким образом, выделение специальной единицы объема посещений в связи с диспансеризацией позволило более эффективно управлять этой программой и более точно обеспечивать потребность населения в ее проведении, а также учитывать выполняемые объемы.

ГЛАВА IV. РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УЧАСТИЯ И ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Для изучения мнения населения о профилактических осмотрах и диспансеризации и участия в соответствующих программах мы провели медико-социологическое исследование.

На вопрос о ценности здоровья все 100% (385 человек) опрошенных вне зависимости от пола, возраста, уровня образования, дохода и социального статуса ответили, что здоровье для них представляет ценность.

При этом о государственных гарантиях обеспечения прав человека по сохранению и укреплению здоровья, в т.ч. о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи знают более половины опрошенных – 226 человек (58,7%; ДИ95% 56,7% – 60,2%). Из числа респондентов не знают о Программе – 64 человека (16,6%), а затруднились с ответом – 95 человек (24,7%) (Рисунок 22) [69].

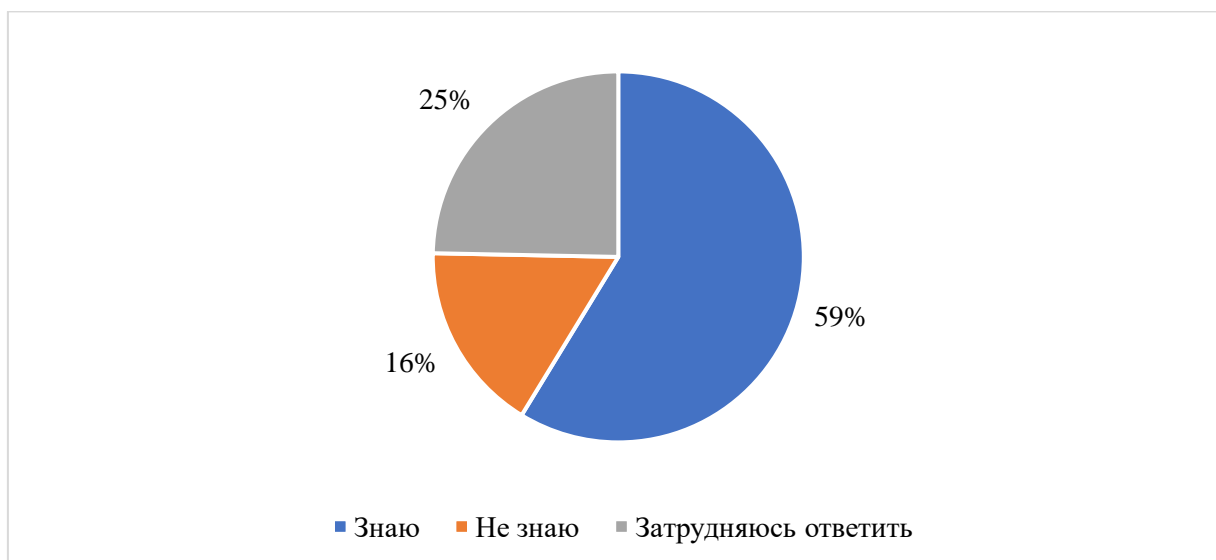


Рисунок 22 - Распределение участников опроса в зависимости от информированности о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, %

Несмотря на то, что доступность медицинской помощи обеспечивается посредством Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с 1998 г., исследование выявило, что 41,3% опрошенных не знают о Программе или затруднились с ответом. Таким образом, население в целом хуже знакомо с Программой – механизмом финансирования здравоохранения, а не обеспечения реализации прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь.

Следует отметить, что осведомленность населения о Программе повысилась на 26,8 п.п. по сравнению с данными, полученными в ходе исследования в 2015 г. – осведомленность населения о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи составила 31,9% (опрос в рамках исследования проводился в Калужской области, Свердловской области и Тюменской области в период 2013-2014 гг.) [33].

Поскольку для всех опрошенных здоровье представляет ценность, мы изучили информированность населения об основных инструментах государственной программы профилактики – программе профилактических осмотров населения и программе диспансеризации, проводимых в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Из общего числа опрошенных в рамках настоящего исследования 285 человек (74,0%; ДИ95% 73,2% – 75,1%) знают о программе профилактических осмотров, а 100 человек (26,0%) не знают (Рисунок 23). Следует отметить, что информированность населения о программе профилактических осмотров выше на 15 п.п., чем информированность о Программе в целом, в рамках которой осуществляется финансовое обеспечение соответствующих профилактических мероприятий.



Рисунок 23 - Информированность населения о программе профилактических осмотров, %

Из числа принявших участие в опросе в рамках настоящего исследования 324 человека (84,3%; ДИ95% 83,2% – 85,4%) знают о программе диспансеризации. Таким образом, информированность населения о программе диспансеризации выше на 10,3 п.п., чем о программе профилактических осмотров (Рисунок 24). Также информированность населения о программе диспансеризации выше, чем информированность о Программе в целом на 25 п.п.

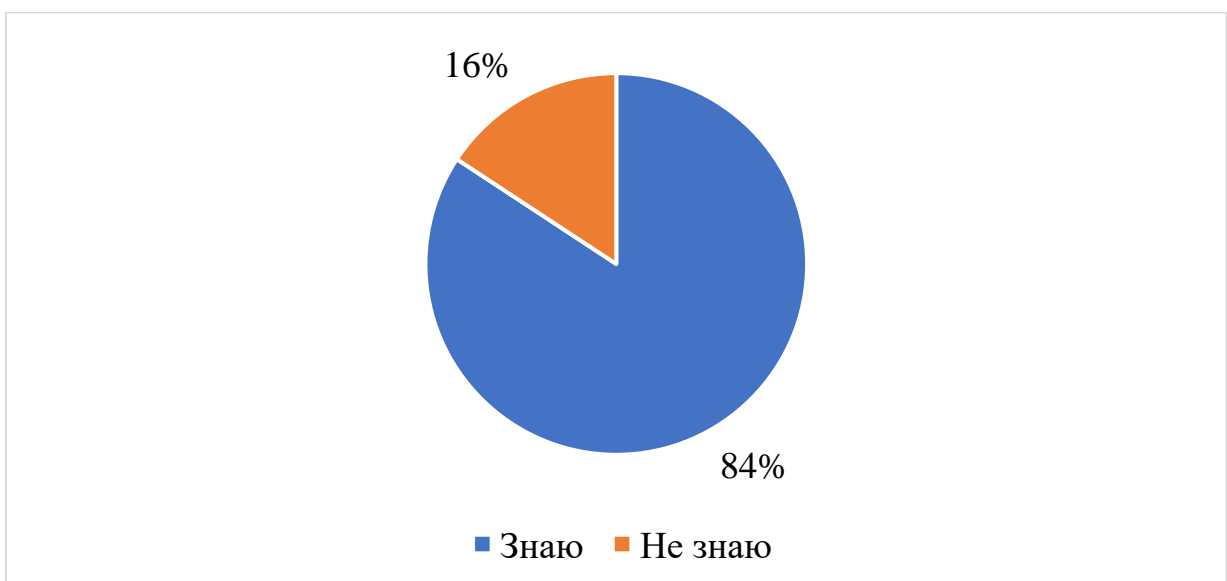


Рисунок 24 - Информированность населения о программе диспансеризации, человек, %

Ведущим источником информации о бесплатном профилактическом осмотре (диспансеризации) респонденты отметили участкового врача (105 человек, 27%; ДИ95% 26,0% – 28,1%) (Рисунок 25).

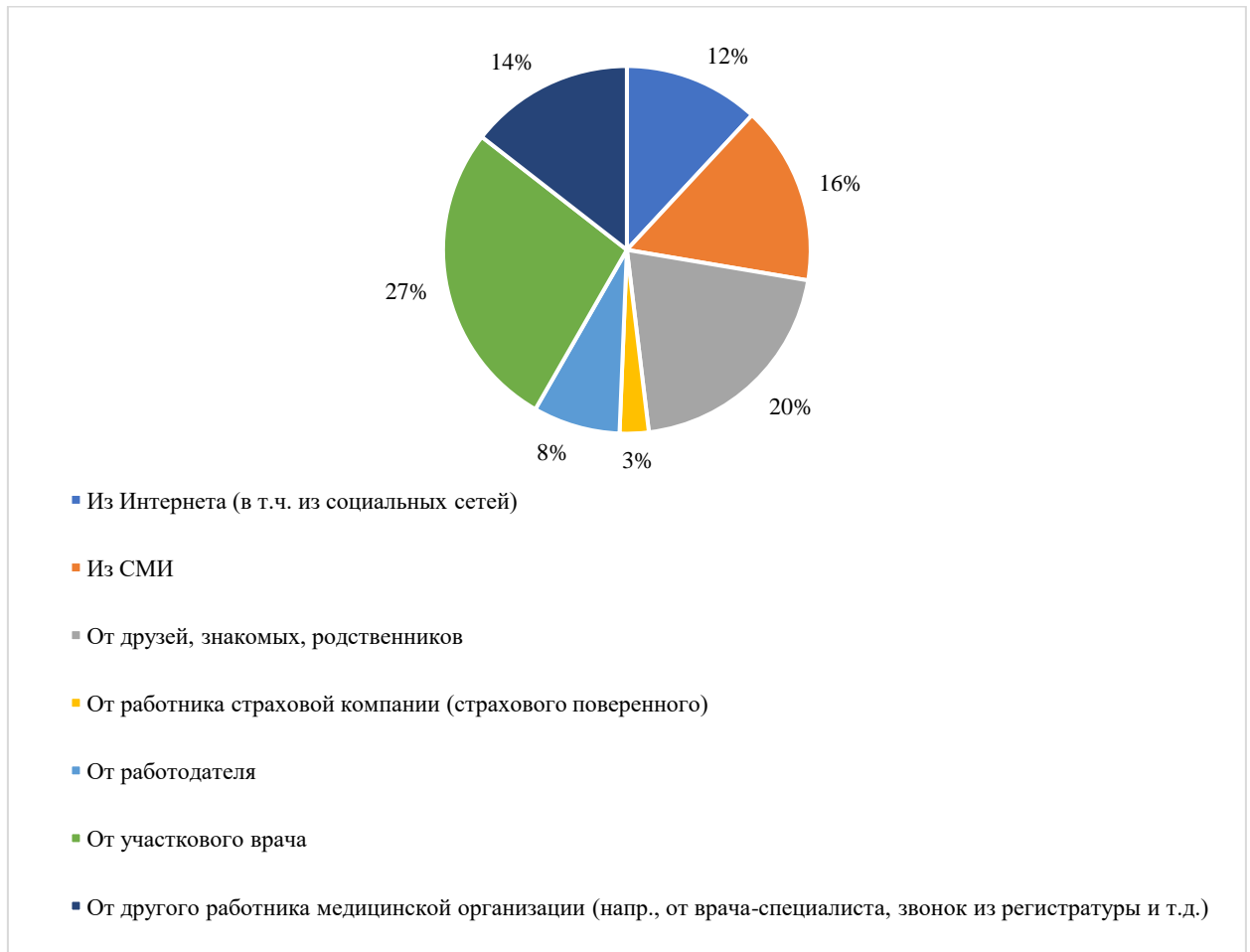


Рисунок 25 - Результаты опроса об источнике информации о бесплатном профилактическом осмотре (диспансеризации), %

В этих условиях подавляющее большинство опрошенных (308 человек, 80%) при возникновении вопросов по порядку участия в профилактических осмотрах (диспансеризации) обратились бы в медицинскую организацию, что свидетельствует о высоком уровне доверия к системе здравоохранения г. Москвы. При этом 33 опрошенных (9%) обратились бы в Интернет, 28 (7%) – к родственникам, друзьям (знакомым), 16 (4%) – к страховому поверенному (Рисунок 26).

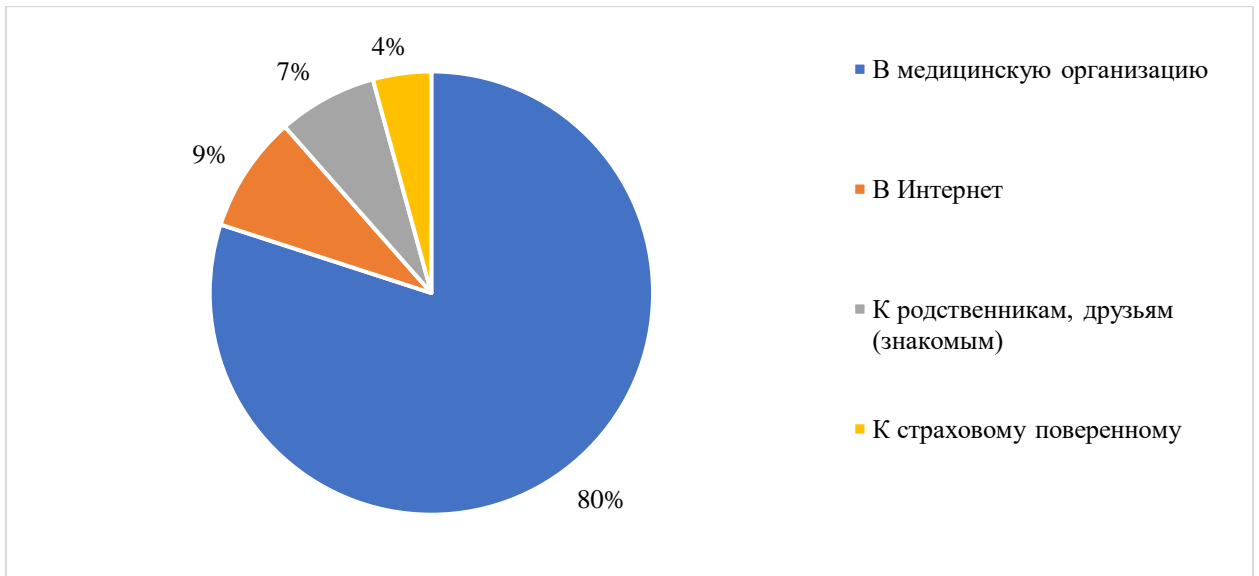


Рисунок 26 - Результаты опроса об источнике информации, к которому бы обратился человек при возникновении вопросов по порядку участия в профилактических осмотрах (диспансеризации), %

С 2016 г. в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 мая 2016 г. № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» реализуется институт страховых представителей страховых медицинских организаций, в задачи которых входит информирование и сопровождение застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий [65].

В ходе исследования только 18 участников опроса (4,7%) ответили на вопрос об участии страхового поверенного при проведении профилактического осмотра и диспансеризации. Из числа ответивших на этот вопрос 18 отметили помощь с записью на прием, 2 – с записью к другим специалистам, 1 – с записью на лабораторные исследования.

Затем нами изучено участие населения в программе профилактических осмотров и в программе диспансеризации. 298 опрошенных (77,4%; ДИ95%

77,0% – 79,5%) указали, что хотя бы раз в жизни проходили профилактический осмотр, из них за последние 5 лет хотя бы однократно его проходили 215 человек (55,8%) (Рисунок 27).

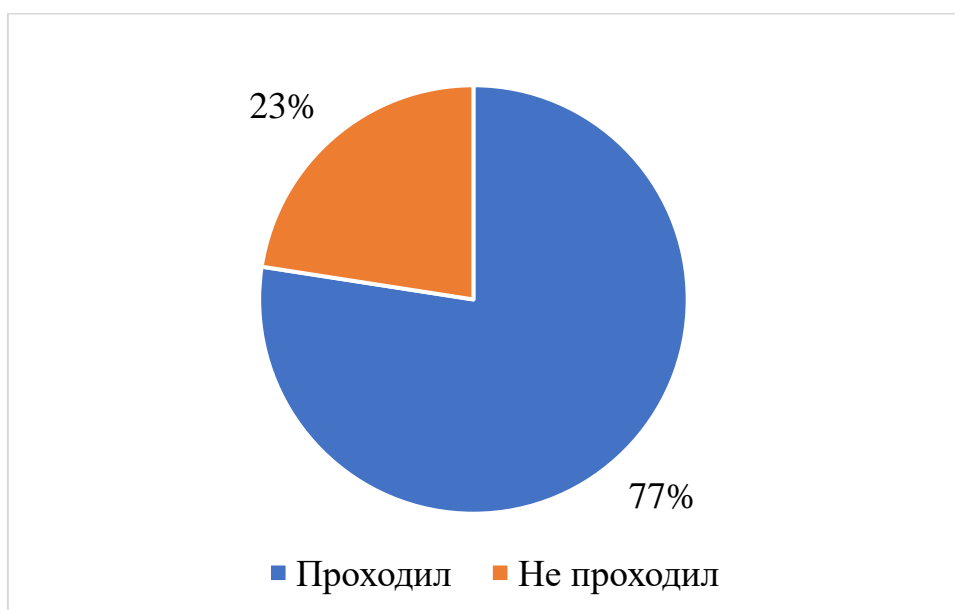


Рисунок 27 - Участие населения о программе профилактических осмотров, %

Более половины опрошенных отметили, что проходили последний профилактический осмотр за один день – 51,4%; ДИ95% 48,0% – 55,4%, за два дня – 17,9%; ДИ95% 14,0% – 19,4%, за три дня – 12,3%; ДИ95% 11,0% – 15,4%), четыре и более дней – 18,4%; ДИ95% 16,0% – 19,4%. Таким образом, профилактические медицинские осмотры проводятся в более чем половине случаев за один день (Таблица 29).

Таблица 29 – Длительность прохождения последнего профилактического осмотра, дней

| № | Число дней | Один | Два | Три | Четыре и более |
|----|--------------------|------|------|------|----------------|
| 1. | Число респондентов | 111 | 38 | 26 | 40 |
| 2. | Доля, % | 51,4 | 17,9 | 12,3 | 18,4 |

Подавляющее большинство участников опроса проходили профилактический осмотр в одной медицинской организации – 187 человек

или 87,2%; ДИ95% 86,0% – 88,3%), в нескольких медицинских организациях – 28 человек или 12,8% (Таблица 30).

Таблица 30 - Количество медицинских организаций, в которых респонденты проходили последний профилактический осмотр

| № | Одна | Несколько |
|----|------|-----------|
| 1. | 187 | 28 |
| 2. | 87,2 | 12,8 |

При этом только 121 человек (31,4%) указал, что в рамках профилактического осмотра был проведен тест кала на скрытую кровь. Большинство (68,6%) отметили, что соответствующее исследование не проводилось (Рисунок 28). При этом за последние 5 лет от числа прошедших профилактический медицинский осмотр хотя бы раз в жизни указанная доля составляет 56,4%.



Рисунок 28 - Участие в тестировании кала на скрытую кровь в рамках профилактических осмотров, %

Число опрошенных, указавших, что хотя бы раз в жизни проходили диспансеризацию составило 315 человек 81,8%; ДИ95% 76,0%-85,1%, при

этом 18,2% опрошенных отметили, что ни разу в жизни не проходили диспансеризацию (Рисунок 29). Таким образом, доля проходивших хотя бы раз в жизни диспансеризацию превышает долю хотя бы раз в жизни прошедших профилактический осмотр на 4,4 п.п.

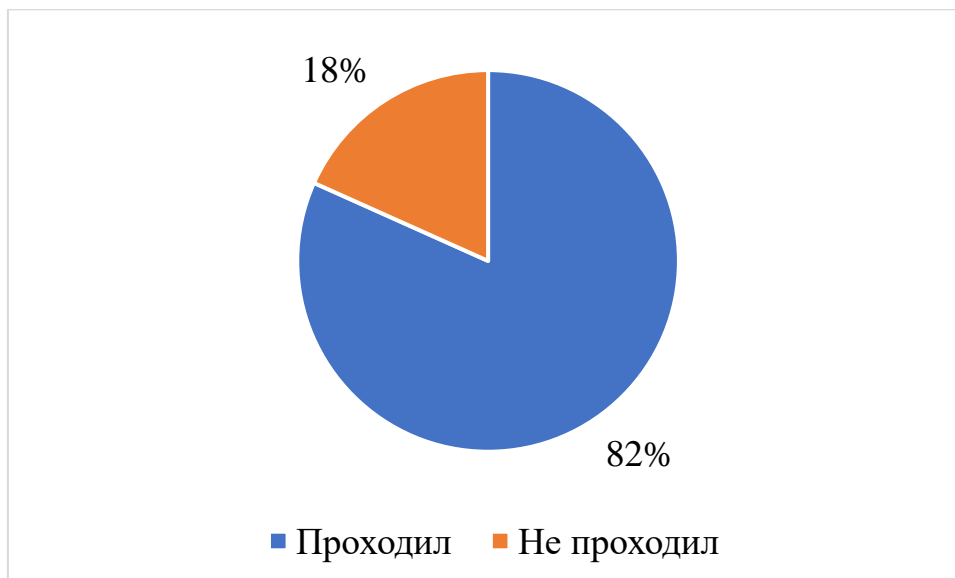


Рисунок 29 - Участие населения о программе диспансеризации, %

Следует отметить, что 21,3% опрошенных (82 человека) при заполнении анкеты отметили, что проходили и профилактический осмотр, и диспансеризацию, при этом указав одинаковый возраст участия в них. Это может свидетельствовать о том, что эти респонденты не различают соответствующих понятий. Такое смешение в отношении к программе профилактических осмотров и программе диспансеризации может свидетельствовать об отсутствии достаточной информации о различиях в этих программах для населения.

Число прошедших диспансеризацию в последние 5 лет хотя бы однократно составило 208 человек (54,0%; ДИ95% 52,0%-55,1%), что ниже аналогичного показателя участия в программе профилактических осмотров на 1,8 п.п. (Рисунок 30, Таблица 31).

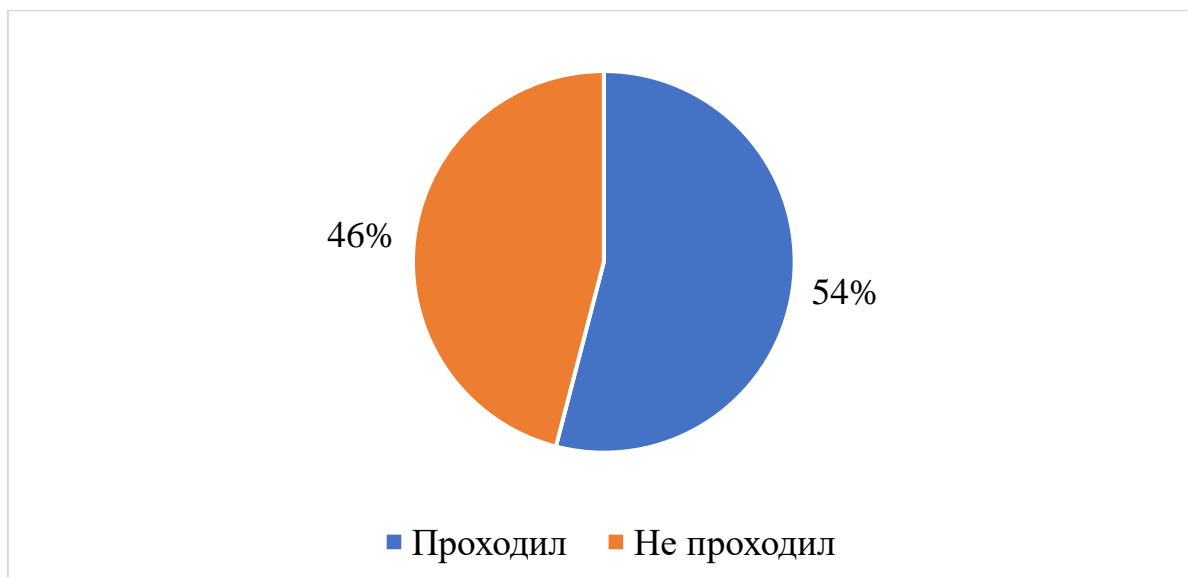


Рисунок 30 - Участие населения в последние 5 лет в диспансеризации, %

Таблица 31 - Сравнение участия населения в программе профилактических осмотров и диспансеризации хотя бы раз в жизни и за последние 5 лет

| № | Мероприятие | Участвовал хотя бы раз в жизни, % | в т.ч. участвовал в последние 5 лет, % |
|----|--|-----------------------------------|--|
| 1. | Профилактический осмотр | 77,4 | 55,8 |
| 2. | Диспансеризация | 81,8 | 54,0 |
| 3. | Разница, диспансеризация в сравнении с профилактическим осмотром | 4,4 | -1,8 |

При этом только 129 человек (33,5%) от общего числа участников опроса, что в рамках диспансеризации был проведен тест кала на скрытую кровь. Большинство (66,5%) отметили, что соответствующее исследование не проводилось (Рисунок 31). Доля участников опроса, которым был проведен тест кала на скрытую кровь от числа прошедших диспансеризацию за последние 5 лет составила 62,2%.



Рисунок 31 - Проведение тестирования кала на скрытую кровь в рамках диспансеризации, %

Практически половина опрошенных отметили, что проходили последний раз диспансеризацию за один день – 48,4%, за два дня – 21,5%, за три дня – 11,3%, четыре и более дней – 18,8%. Таким образом, диспансеризация практически в половине случаев проводится за один день, что не позволяет учесть в рамках ее проведения некоторые лабораторные исследования, в т.ч. тест кала на скрытую кровь (Таблица 32).

Таблица 32 - Длительность прохождения последней диспансеризации, дней

| № | Число дней | Один | Два | Три | Четыре и более |
|----|--------------------|------|------|------|----------------|
| 1. | Число респондентов | 101 | 45 | 23 | 39 |
| 2. | Доля, % | 48,4 | 21,5 | 11,3 | 18,8 |

Подавляющее большинство участников опроса проходили последнюю диспансеризацию в одной медицинской организации – 183 человека или 88,2%, в нескольких медицинских организациях – 25 человек или 11,8% (Таблица 33).

Таблица 33 - Количество медицинских организаций, в которых респонденты проходили последнюю диспансеризацию

| № | Одна | Несколько |
|----|-------|-----------|
| 1. | 187 | 28 |
| 2. | 87,2% | 12,8% |

Таким образом, население в целом одинаково оценивает программу профилактических медицинских осмотров и диспансеризации по признаку участия в них как в целом, так и за последние 5 лет.

Активность участия населения в программе профилактических медицинских осмотров и программе диспансеризации сопоставима как по признаку участия в них хотя бы раз в жизни, так и за последние 5 лет.

Результаты опроса об участии в программе скрининга на рак колоректальной локализации оказались также сравнимыми:

56,4% от числа прошедших профилактический медицинский осмотр за последние 5 лет отметили, что им был проведен тест кала на скрытую кровь;

62,2% от числа прошедших диспансеризацию за последние 5 лет отметили, что им был проведен тест кала на скрытую кровь. Полученная разница незначительна, статистически незначима и может быть объяснена отсутствием понимания различий программ профилактики и диспансеризации.

Участие населения в программах скрининга на злокачественные новообразования различных локализаций в рамках диспансеризации различно – охват составляет скринингом на рак шейки матки – 83,5% женщин было проведено соответствующее исследование (мазок по Папаниколау), охват маммографическим скринингом составил 75,3% женщин, охват тестированием кала на скрытую кровь составил 62,2%, осмотр кожных и слизистых покровов для выявления рака визуальных локализаций – 56,8%, эндоскопическим исследованием для выявления рака пищевода и желудка –

34,2%. Таким образом, наибольший охват скрининговыми исследованиями в рамках диспансеризации – скрининг на рак шейки матки (Таблица 34).

Таблица 34 - Участие в скрининге на рак различной локализации

| № | Шейка матки | Грудь у женщин | Рак колоректальной локализации | ПСА | Рак визуальных локализаций | Эндоскопия |
|----|-------------|----------------|--------------------------------|-------|----------------------------|------------|
| 1. | 83,5% | 75,3% | 62,2% | 61,3% | 56,8% | 34,2% |

При этом, удовлетворенность результатами профилактических осмотров среди населения является низкой – 108 человека или 50,2% опрошенных от числа прошедших профилактический осмотр за последние 5 лет выбрали вариант ответа «не получил(а) новых рекомендаций» и 51 человек или 23,7% - «никакой ценности для меня не обнаруживаю». 157 человек или 73,0% опрошенных отметили, что по результатам профилактического осмотра получили рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа жизни), у 15 человек или 7,0% было выявлено новое заболевание, 47 человек или 21,9% получили направление для дальнейшего обследования (Рисунок 32).

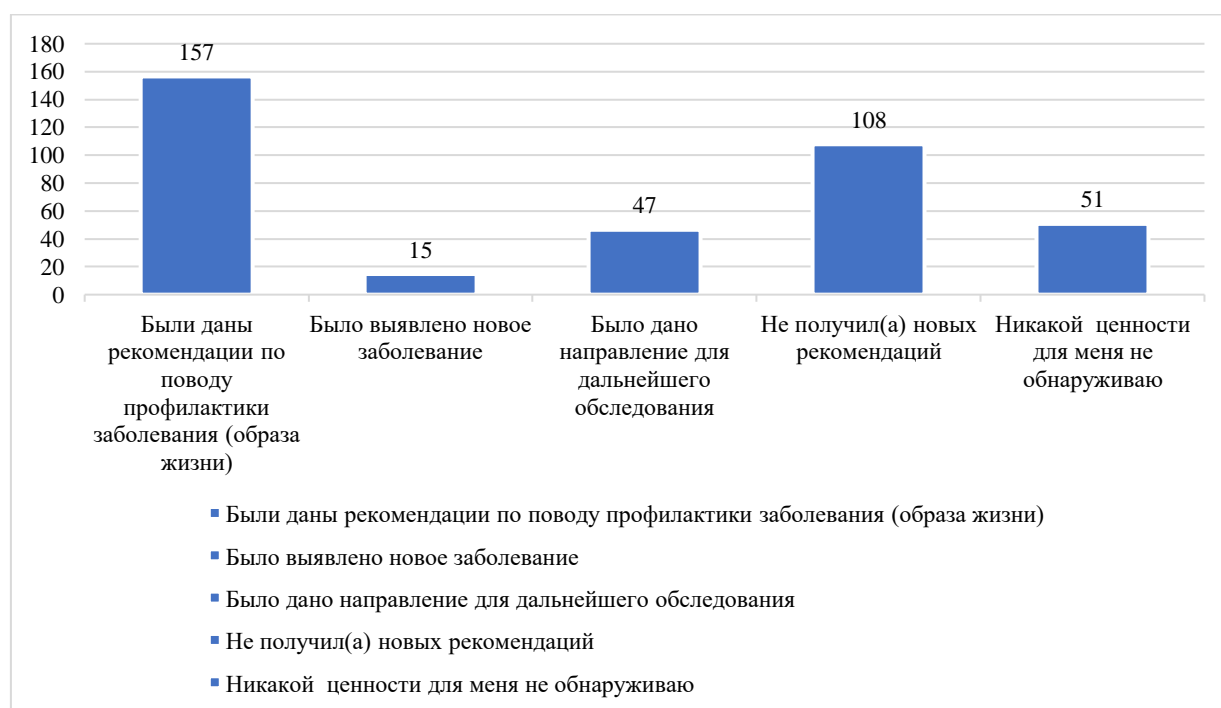


Рисунок 32 - Мнение населения о результатах профилактических осмотров, число ответов (возможен выбор нескольких вариантов ответа)

Следует отметить, что в целом отношение населения к результатам диспансеризации совпадает с их отношением к профилактическим осмотрам: 132 человека или 63,5% опрошенных от числа прошедших диспансеризацию за последние 5 лет выбрали вариант ответа «не получил(а) новых рекомендаций» и 54 человека или 26,0% - «никакой ценности для меня не обнаруживаю». 130 человек или 62,5% опрошенных отметили, что по результатам диспансеризации получили рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа жизни), у 22 человек или 10,6% было выявлено новое заболевание, 46 человек или 22,1% получили направление для дальнейшего обследования (Рисунок 33).



Рисунок 33 - Мнение населения о результатах диспансеризации, число ответов (возможен выбор нескольких вариантов ответа)

Следует отметить, что удовлетворенность населения результатами профилактических осмотров и диспансеризации практически не различается. Наибольшие различия респонденты отметили в отношении варианта ответа «Получил рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа

жизни)» - их опрошенные отметили на 10,5 п.п. чаще в отношении профилактического осмотра по сравнению с диспансеризацией (Таблица 35).

Таблица 35 - Сравнение удовлетворенности населения результатами профилактических осмотров и диспансеризации

| № | Вариант ответа | Профилактический осмотр, % | Диспансеризация, % | Разница, диспансеризация в сравнении с профилактическим осмотром, п.п. |
|----|--|----------------------------|--------------------|--|
| 1. | Получил рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа жизни) | 73,0 | 62,5 | -10,5 |
| 2. | Выявлено новое заболевание | 7,0 | 10,6 | 3,6 |
| 3. | Получил направление для дальнейшего обследования | 21,9 | 22,1 | 0,2 |
| 4. | Не получил(а) новых рекомендаций | 50,2 | 63,5 | 13,3 |
| 5. | Никакой ценности для меня не обнаруживаю | 23,7 | 26,0 | -1,7 |

Резюмируя, следует отметить, что возрастает информированность населения о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе 74% опрошенных знают о программе профилактических осмотров населения и 84,3% - о программе диспансеризации населения.

При этом проходили профилактический осмотр и диспансеризацию хотя бы раз в жизни 77,4% и 81,8% опрошенных соответственно, в том числе за последние 5 лет – 55,8% и 54,0% соответственно. Тест кала на скрытую кровь был проведен за последние 5 лет 56,4% от числа прошедших профилактический осмотр 62,2% - диспансеризацию.

Следует отметить, что участие в скрининге на рак колоректальной локализации ниже, чем в скрининге на рак шейки матки – на 20,3 п.п., рак груди у женщин – на 13,1 п.п., однако незначительно превышает участие в

скрининге на рак предстательной железы на 0,9 п.п. и значительно превышает эндоскопический скрининг (на 18,0 п.п.), однако последний был введен только с 2019 г.

Обращает на себя внимание крайне низкая оценка практически половиной опрошенных (48%) ценности результатов профилактических осмотров и диспансеризации: 34% опрошенных отметили, что по результатам «не получил (а) новых рекомендаций» и 14% - «никакой ценности для меня не обнаруживаю».

Такое отношение к программам профилактических осмотров и диспансеризации пациент может сообщать своим родственникам и близким, что также формирует негативные селективные социальные стимулы к участию в государственных программах профилактики. Также, когда человек не знает различий между программой профилактических осмотров и программой диспансеризации, это снижает стимулы к участию в них.

ГЛАВА V. АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПО ДАННЫМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ОЦЕНКА МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

5.1 Анализ выявляемости злокачественных новообразований колоректальной локализации по данным первичной медицинской документации

Для анализа возможных причин высокой смертности населения при низкой заболеваемости проведен следующий этап исследования – анализ первичной медицинской документации пациентов с впервые в жизни выявленными злокачественными новообразованиями колоректальной области. В исследование были включены пациенты, у которых по данным медицинских карт стационарного больного или медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в центре амбулаторной онкологической помощи, в 2018-2020 гг. выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации. На следующем этапе проведен ретроспективный анализ участия этих пациентов в программе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации на основании данных медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

На основании раздела медицинской карты стационарного больного «развитие настоящего заболевания» заполнялись графы 17-27 Формы выкопировки данных из медицинской карты стационарного больного, в том числе информация о прохождении профилактических осмотров и диспансеризации.

Всего в исследование включены 222 человек, в том числе мужчин – 110 (49,3%), женщин – 112 (50,7%). Пациенты, включенные в исследование, были распределены по 5-летним возрастным группам, при этом наибольшее число

участников исследования были в возрасте 65-69 лет (22,7%) (Рисунок 34) [68, 29].

Возраст пациента определялся на период поступления в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ. Математические характеристики возрастов участников исследования: средний возраст – $65,5 \pm 11,8$ года, медиана – 66 лет, мода – 65 лет.

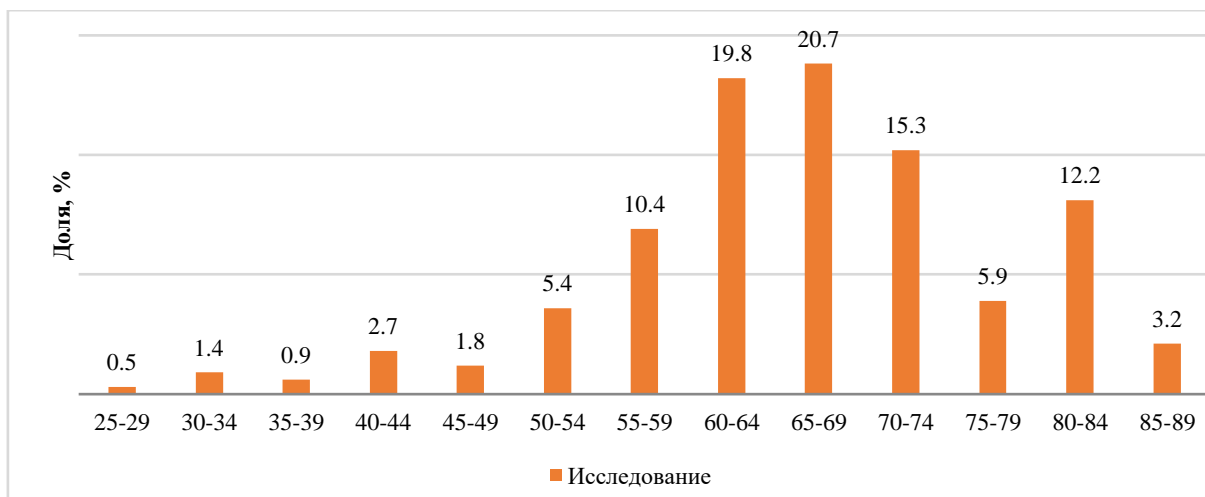


Рисунок 34 - Распределение пациентов, включенных в исследование, по 5-летним возрастным группам, %

В исследование включены пациенты в возрастных группах:

25-29 лет – 1 мужчина;

30-34 года – 3 женщины;

35-39 лет – 2 человека, в том числе 1 мужчина и 1 женщина;

40-44 года – 6 человек (3,2%), в том числе мужчин – 4, женщин – 2;

45-49 лет – 4 мужчин (1,8%);

50-54 года – 12 человек (5,4%), в том числе мужчин – 7 (58,3%), женщин – 5 (41,7%);

55-59 лет – 23 человека (10,4%), в том числе мужчин – 9 (39,1%), женщин – 14 (60,9%);

60-64 года – 44 человека (20,3%), в том числе мужчин – 22 (50,0%), женщин – 22 (50,0%);

65-69 лет – 46 человек (21,2%), в том числе мужчин – 15 (32,6%),
женщин – 31 (67,4%);

70-74 года – 34 человека (15,3%), в том числе мужчин – 14 (41,2%),
женщин – 20 (58,8%);

75-79 лет – 13 человек (5,9%), в том числе мужчин – 3, женщин – 10;

80-84 года – 27 человек (12,2%), в том числе мужчин – 10 (37,0%),
женщин – 17 (63,0%);

85-89 лет – 7 человек (3,2%), в том числе мужчин – 2, женщин – 5.

Число участников исследования в возрасте до 45 лет составило 6 или 2,8% в выборке.

В целях анализа возрастной структуры заболеваемости ЗНО колоректальной локализации в исследовании и в среднем по г. Москве рассчитали показатели возрастной структуры участников исследования (Рисунок 35).

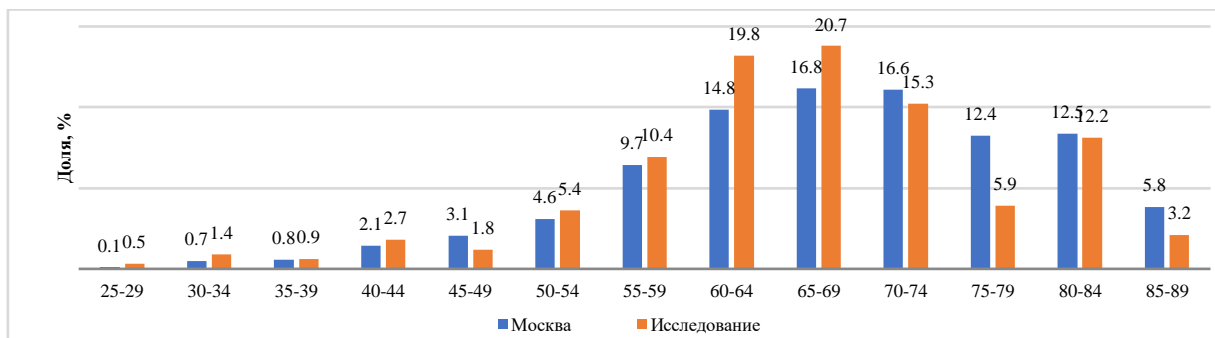


Рисунок 35 - Возрастная структура участников исследования и лиц, у которых в 2019 г. в г. Москве было выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации, %

Также полученная выборка была проверена на принадлежность генеральной совокупности методом расчета критерия Колмогорова-Смирнова. Расчет показал значение критерия 1,07, что ниже табличного 1,328 для достоверности 0,05. Это свидетельствует о репрезентативности выборки при проверке распределения респондентов по возрастным группам генеральной совокупности – жителям г. Москвы, у которых впервые в жизни был

установлен диагноз злокачественного новообразования колоректальной локализации.

Таким образом, возрастная структура участников исследования в целом соответствует возрастной структуре лиц, у которых в 2019 году в г. Москве было выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации. Исключение составляет возрастная группа 75-79 лет, доля участников исследования в этой возрастной группе на 6,6 процентных пункта ниже, чем в среднем по г. Москве.

Следует отметить, что средний возраст пациента (среднее за 2018-2020 гг.), включенного в исследование, с установленным диагнозом:

злокачественное новообразование ободочной кишки (код С18 по МКБ X) составил 66,8 года, что меньше показателя Российской Федерации на 1,5 года;

злокачественное новообразование прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (С19-С21 по МКБ X) – 65,9 лет, что меньше показателя Российской Федерации на 0,4 года.

Пациенты, включенные в исследование, распределились в зависимости от первичной локализации злокачественного новообразования следующим образом:

ободочная кишка (код С18 по МКБ X) – 118 человек (52,3%), в том числе 45 мужчин (38,1%) и 73 женщины (61,9%);

ректосигмоидное соединение (код С19 по МКБ X) – 20 человек (9,0%), в том числе 9 мужчин (45,0%) и 11 женщин (55,0%);

прямая кишка (код С20 по МКБ X) – 66 человек (29,7%), в том числе 33 мужчины (50,0%) и 33 женщины (50,0%);

задний проход и анальный канал (код С21 по МКБ X) – 5 человек (2,2%), в том числе 1 мужчина и 4 женщины;

первично-множественная локализация (код С97 по МКБ X) т.ч. в колоректальной области – 13 человек (5,8%) (Рисунок 36).

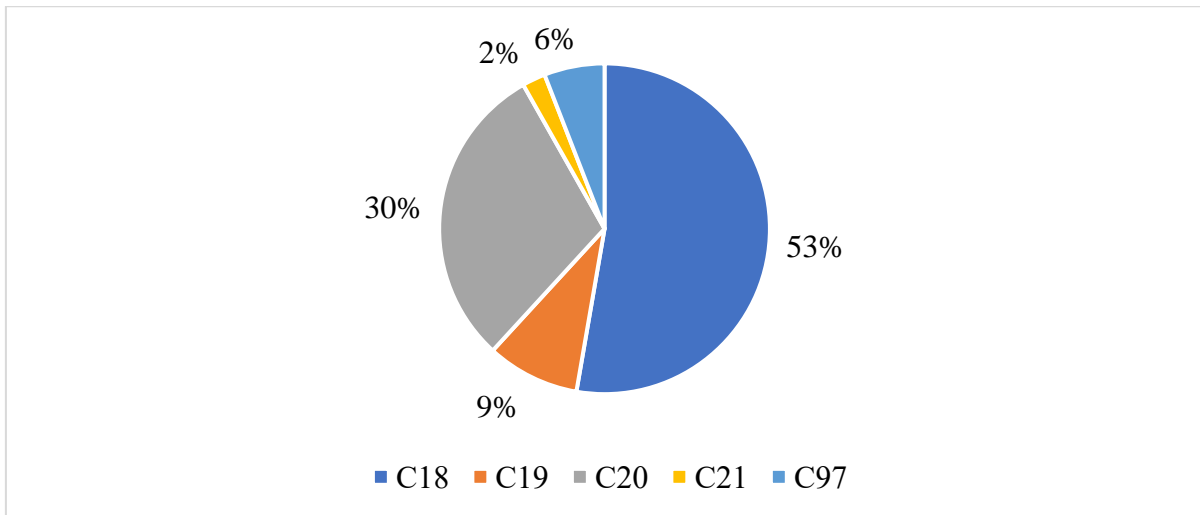


Рисунок 36 - Распределение пациентов, включенных в исследование, в зависимости от первичной локализации злокачественного новообразования, %

Ретроспективный анализ амбулаторных карт выявил, что из 222 участников исследования только у 21 пациента (9,5%) в медицинской документации имеется указание о прохождении профилактического осмотра или диспансеризации с 2016 г. до даты госпитализации. В том числе: 20 – проходили профилактический осмотр, 1 – диспансеризацию:

а) в 2018 г. – со слов пациента 1 случай по результатам профилактического осмотра. Однако в медицинской документации отсутствуют указания о прохождении профилактического осмотра в поликлинике;

б) в 2019 г. – 1 случай по результатам профилактического осмотра, который был проведен в поликлинике, документально подтвержден по данным медицинской карты в территориальной поликлинике;

в) в 2020 г. – 4 случая, из них по результатам профилактического осмотра – 2 (пройдены в территориальной поликлинике в октябре и декабре 2019 г.), диспансеризации – 2 случая, из них 1 – пройдена в декретированном возрасте, у другого пациента не имеется подтверждения в амбулаторной медицинской карте о ее прохождении в поликлинике).

Из 222 пациентов, у которых в 2018-2020 гг. было выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации, у 21 человека (9,5%) в первичной медицинской документации имеется указание о

прохождении профилактического осмотра или диспансеризации с 2016 г. до даты установления диагноза, в т.ч. у 20 – профилактического осмотра, у 1 – диспансеризации. Из числа прошедших профилактический осмотр только у 3 пациентов (15%) имеется подтверждение о проведении теста кала на скрытую кровь, у 2 пациентов (10%) из них было выявлено злокачественное новообразование:

Большинство пациентов (157 человек, 70,7%) самостоятельно обращались в амбулаторное медицинское учреждение по поводу жалоб, позволивших впоследствии провести диагностику злокачественного новообразования колоректальной области. Наиболее типичные жалобы – слабость, примесь крови в кале, похудение, анемия.

Практически у каждого десятого участника исследования (25 пациентов, 11,3%) диагноз колоректального рака был установлен по результатам госпитализации по экстренным показаниям службой скорой помощи (симптомы острого кишечного кровотечения и острой кишечной непроходимости) (Рисунок 37).

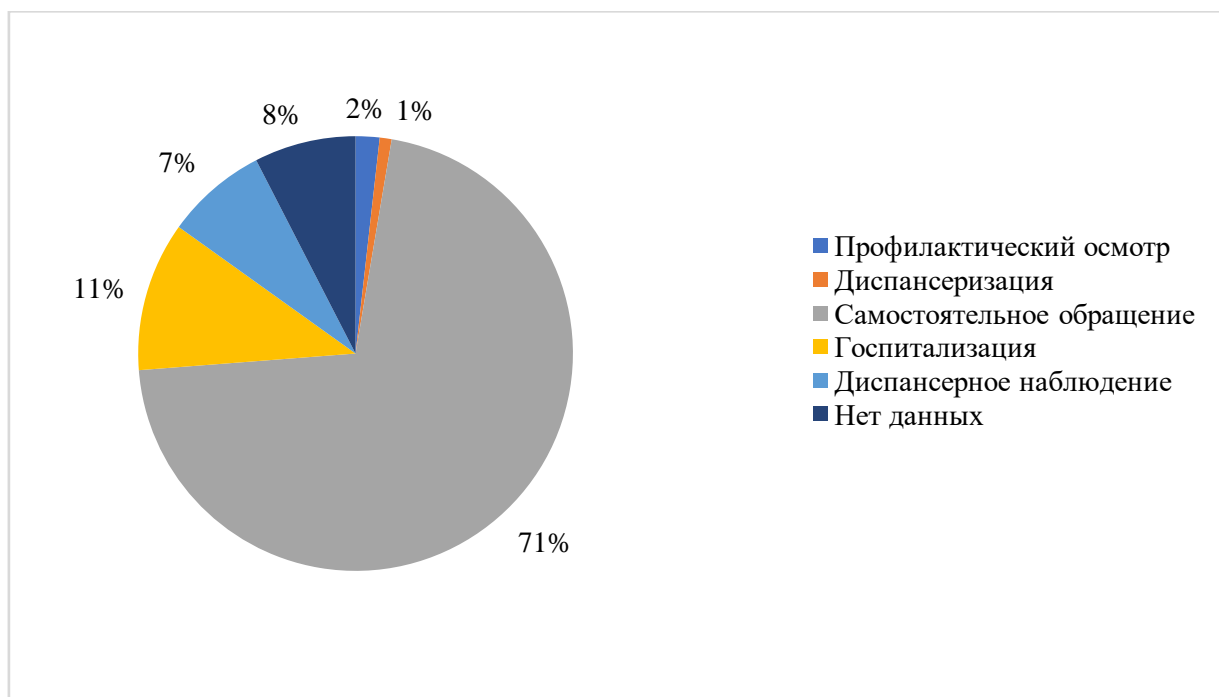


Рисунок 37 - Распределение пациентов, включенных в исследование, в зависимости от способа выявления колоректального рака, %

Нами проведен анализ возрастного состава пациентов, самостоятельно обратившихся в медицинскую организацию по поводу жалоб, которые впоследствии позволили провести диагностику рака колоректальной локализации. Для этого участники исследования были распределены по 5-летним возрастным группам (Рисунок 38).

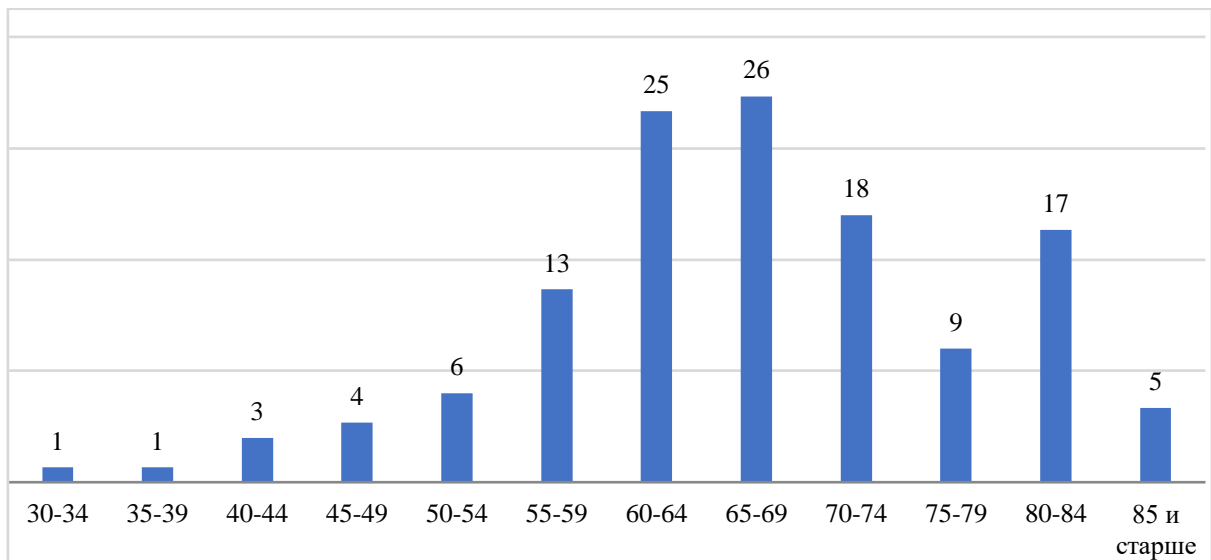


Рисунок 38 - Распределение пациентов, самостоятельно обратившихся в медицинскую организацию по поводу жалоб, которые впоследствии позволили провести диагностику колоректального рака, по 5-летним возрастным группам, человек

Распределение пациентов, самостоятельно обратившихся в амбулаторную медицинскую организацию, по 5-летним возрастным группам:

30-34 года – 1 женщина;

35-39 лет – 1 человек, в том числе мужчин – 1, женщин – 1;

40-44 года – 3 человека, в том числе мужчин – 2, женщин – 1;

45-49 лет – 4 человека, в том числе мужчин – 1, женщин – 3;

50-54 года – 7 человек, в том числе мужчин – 4, женщин – 3;

55-59 лет – 16 человек, в том числе мужчин – 4, женщин – 12;

60-64 года – 37 человек, в том числе мужчин – 19, женщин – 18;

65-69 лет – 29 человек, в том числе мужчин – 10, женщин – 19;

70-74 года – 24 человека, в том числе мужчин – 12, женщин – 12;

75-79 лет – 12 человек, в том числе мужчин – 3, женщин – 9;

80-84 года – 18 человек, в том числе мужчин – 4, женщин – 14;

85-89 лет – 5 человек, в том числе мужчин – 1, женщин – 4.

Приказами Минздрава России, определяющими порядок проведения профилактического осмотра и диспансеризации установлены следующие возрастные периоды, в которые проводится тест кала на скрытую кровь, в рамках:

1) профилактического осмотра (от 06.12.2012 № 1011н) – 45 лет и старше;

2) диспансеризации, в соответствии с приказами:

от 03.02.2015 № 36н – исследование кала на скрытую кровь

иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) (1 раз в 3 года в возрасте от 48 до 75 лет);

от 26.10.2017 № 869н – исследование кала на скрытую кровь (1 раз в 2 года в возрасте от 49 до 73 лет);

профилактического осмотра и диспансеризации (с 2019 г. по настоящее время): 1 раз в 2 года в возрасте 40-64 года, ежегодно в возрасте 65-75 лет.

Действующим порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н, установлено, что скрининг проводится методом исследования кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным в целях выявления злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки, что включает код С18 по МКБ X целиком (абз. 2, пп. г, п. 1 приложения № 2).

Вместе с тем по данным исследований, тест кала на скрытую кровь малоинформативен в диагностике злокачественных новообразований слепой кишки, восходящей ободочной и поперечной ободочной кишки (коды С18.0-

C18.4 по МКБ X). В целях выявления различий мы провели анализ маршрутизации пациентов при диагностике ЗНО указанных локализаций.

Из 222 пациентов, включенных в исследование, диагнозы с кодами C18.0, C18.1, C18.2, C18.3 МКБ X имели 29 человек, в том числе ЗНО:

1) слепой кишки (C18.0) – 29 человек. Способы выявления – самостоятельное обращение – 25 человек, госпитализация – 3 человека, нет данных в медицинской документации по экстренным показаниям – 1 человек;

2) червеобразного отростка (C18.1) – 1 человек, диагноз установлен при госпитализации;

3) восходящей ободочной кишки (C18.2) – 7 человек, диагноз установлен при самостоятельном обращении в территориальную поликлинику по месту жительства у 5 человек, при госпитализации – у 2;

4) печеночного изгиба ободочной кишки (C18.3) – 8 человек, диагноз установлен при диспансеризации – 1, диагноз установлен при самостоятельном обращении в территориальную поликлинику по месту жительства у 4 человек, при госпитализации – у 2, при диспансерном наблюдении – у 1.

Второй этап исследования выполнен в амбулаторных медицинских учреждениях г. Москвы. Идентификация карты амбулаторного больного проводилась на основании Ф.И.О., года рождения, номера полиса обязательного медицинского страхования.

Из 222 пациентов, 21 имеют указание о прохождении профилактического осмотра или диспансеризации с 2016 г. до даты госпитализации. В том числе: 20 – проходили профилактический осмотр, 1 – диспансеризацию.

Из числа прошедших профилактический осмотр только у 3 пациентов (14,3%) имеются указания в медицинской документации о прохождении теста кала на скрытую кровь, у 2 из которых была выявлено злокачественное новообразование.

Все прошедшие профилактический осмотр или диспансеризацию проходили ее однократно в период с 2016 г.

Для оценки эффективности ранней диагностики злокачественных новообразований колоректальной локализации нами проведен анализ способов диагностики в 2022 г. Для этого методом сплошной выборки в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» были проанализированы 169 карт стационарных больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака колоректальной локализации. Указанная группа пациентов была распределена по 5-летним возрастным группам: 25-29 лет – 1 женщина; 30-34 года – 1 женщина; 35-39 лет – 1 женщина; 40-44 года – 2 человека, в том числе мужчин – 1, женщин – 1; 45-49 лет – 6 человек, в том числе мужчин – 1, женщин – 3; 50-54 года – 9 человек, в том числе мужчин – 4, женщин – 3; 55-59 лет – 21 человек, в том числе мужчин – 4, женщин – 12; 60-64 года – 24 человека, в том числе мужчин – 19, женщин – 18; 65-69 лет – 33 человека, в том числе мужчин – 10, женщин – 19; 70-74 года – 27 человек, в том числе мужчин – 12, женщин – 12; 75-79 лет – 15 человек, в том числе мужчин – 3, женщин – 9; 80-84 года – 15 человек, в том числе мужчин – 4, женщин – 14; 85-89 лет – 9 человек, в том числе мужчин – 1, женщин – 4 (Рисунок 39).

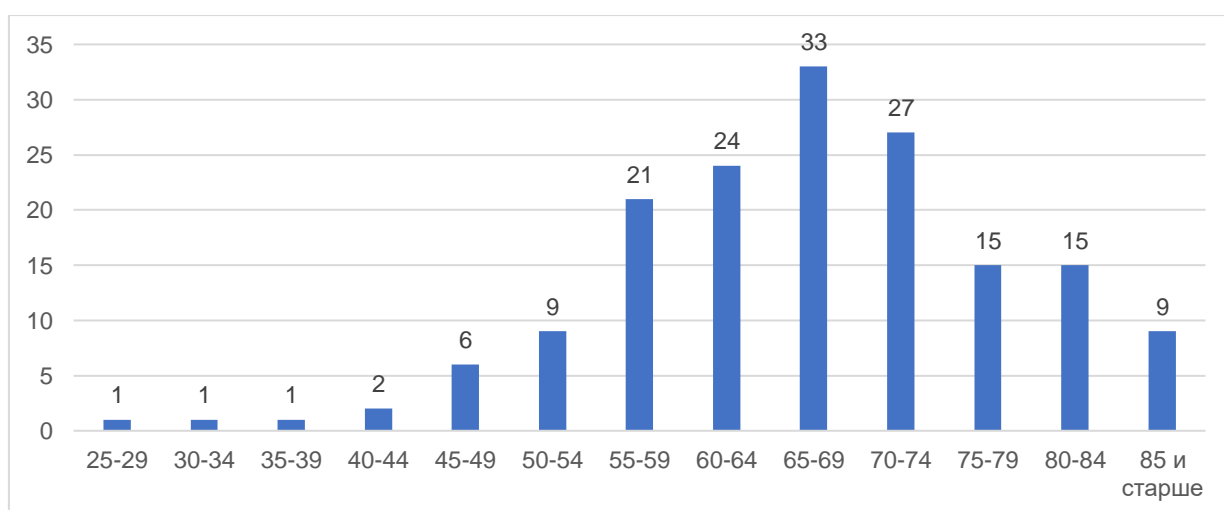


Рисунок 39 - Распределение пациентов, у которых в 2022 г. выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации по 5-летним возрастным группам, человек

Затем пациенты были распределены в зависимости от локализации злокачественного новообразования: ободочная кишка – 93 человека (55%), сигмовидная кишка, ректосигмоидное соединение – 18 человек (11%), прямая кишка – 53 человека (32%), анус – 4 человека (2%) (Рисунок 40).

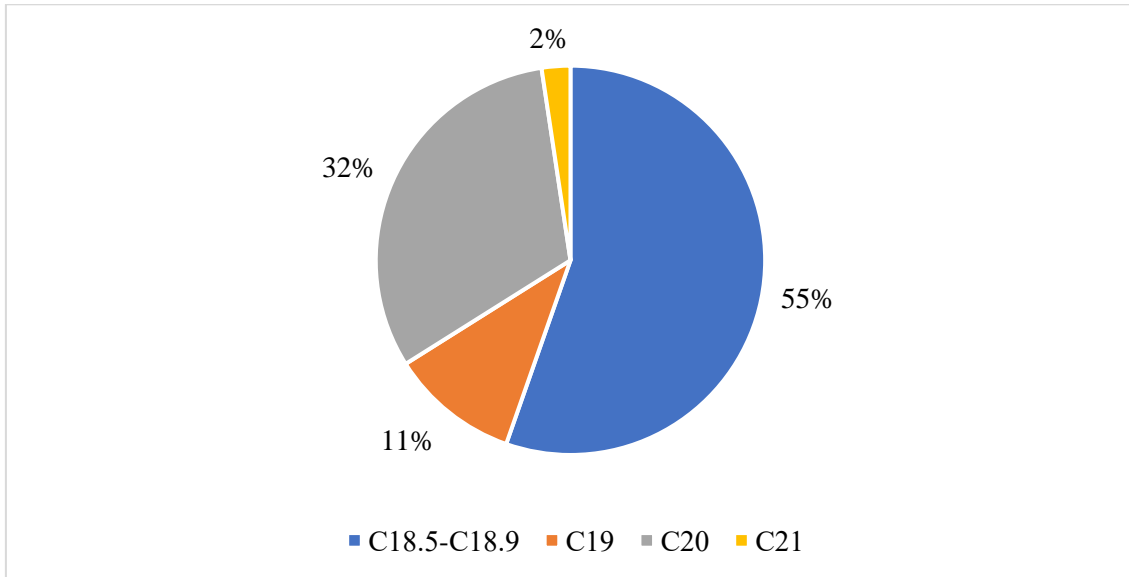


Рисунок 40 - Распределение пациентов, у которых в 2022 г. было выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации по отдельным диагнозам, %

На следующем этапе пациенты, у которых в 2022 г. было выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации распределены в зависимости от маршрутизации пациента при его диагностике:

активное выявление в рамках диспансеризации – 21 человек (12%);

самостоятельное обращение в амбулаторное учреждение – 125 человек (74%);

другое – 23 человека (14%) (Рисунок 41).

Следует отметить, что за период проведения исследования с 2018-2020 гг. и по 2022 г. доля активного выявленных случаев злокачественных новообразований колоректальной локализации повысилась на 9 п.п., с 3% в 2018-2020 гг. до 12% в 2022 г.

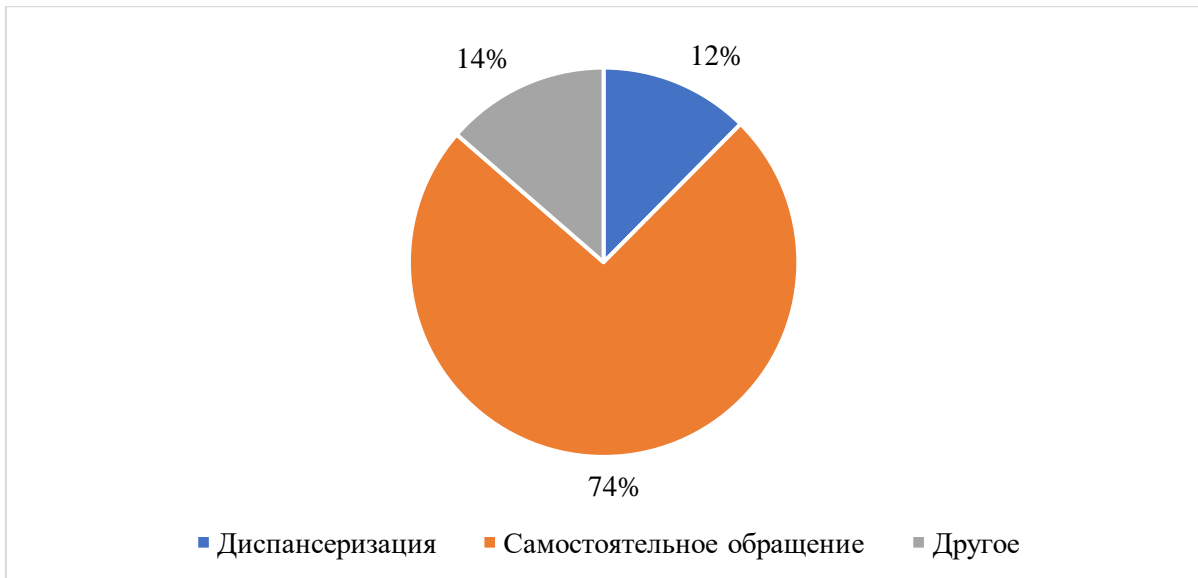


Рисунок 41 - Распределение пациентов, у которых в 2022 г. было выявлено злокачественное новообразование колоректальной локализации по способу диагностики, %

По данным анализа маршрутизации пациентов при диагностике злокачественных новообразований колоректальной локализации в 2022 г., доля активного выявленных случаев составила 12%. Таким образом, этот показатель повысился на 9 п.п., с 3% (данные получены в ходе настоящего исследования за период 2018-2020 гг.) до 12%.

Анализ данных о самостоятельных обращениях в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, выявил, что этот способ остается ведущим в диагностике злокачественных новообразований колоректальной локализации – доля составила 74%. Таким образом, по сравнению с данными, полученными в ходе исследования в период 2018-2020 гг., этот показатель повысился (на 3 п.п.) до 74%.

Увеличение доли активного выявления злокачественных новообразований колоректальной локализации может быть связано с системной последовательной работой по профилактике онкологических заболеваний в г. Москве, открытием эндоскопических центров в г. Москве, а также работой по активному приглашению пациентов к проведению скрининговых обследований, в том числе на злокачественные новообразования колоректальной локализации.

В соответствии с приказом департамента здравоохранения г. Москвы от 20 июля 2021 г. № 687 проводится пилотный проект по организации эндоскопических исследований и оперативных вмешательств с использованием эндоскопических методов исследований в условиях дневных стационаров на базе государственных бюджетных учреждений здравоохранения г. Москвы [43]. В рамках пилотного проекта проводились эндоскопические исследования у пациентов, имеющих в анамнезе один из указанных диагнозов, в том числе случаи ЗНО желудочно-кишечного тракта в семейном анамнезе, синдром раздраженного кишечника, злокачественное новообразование ободочной кишки и ректосигмоидного отдела, прямой кишки и заднего прохода (ануса) и анального канала.

5.2. Анализ затрат на выявление случая подозрения на ЗНО колоректальной локализации в рамках программы скрининга

В целях повышения результативности профилактических осмотров и диспансеризации проведена оценка их медико-экономической эффективности, в том числе с учетом уровня заболеваемости и смертности населения, в том числе по возрастной. Такая оценка позволяет разрабатывать адресные профилактические мероприятия профилактических осмотров и диспансеризации.

Нами проанализированы по данным 2019 г. затраты на один случай выявленного впервые в жизни заболевания в рамках диспансеризации в Российской Федерации. Для указанного анализа была построена экономическая модель на основании следующих допущений:

1. Диспансеризация проводилась в отношении лиц, возраст которых соответствовал возрасту, установленному порядком проведения диспансеризации взрослого населения - 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно, ежегодно в возрасте 40 лет и старше (приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124 н).

2. Средние фактические затраты на проведение диспансеризации составили 1303,3 рубля за счет средств ОМС по данным отчета о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Объем посещений в связи с диспансеризацией на 1 застрахованного составил 0,144.

3. Число заболеваний, выявленных по результатам диспансеризации, составило 2 415 037 по данным формы федерального статистического наблюдения № 12.

По данным Росстата, среднегодовая численность населения Российской Федерации в 2019 г. составила 146 764 655 человек, в том числе в возрасте 18 лет и старше – 116 471 749 человек. Расчетное число прошедших диспансеризацию составило 21 134 110 человек (произведение среднего объема диспансеризации на 1 застрахованного и их численности) (Таблица 36).

Таблица 36 - Затраты на выявленное заболевание в рамках диспансеризации в Российской Федерации в 2019 г.

| № | Показатель | Источник данных | Значение |
|----|---|-----------------|-------------|
| 1. | Численность населения, человек | Росстат | 146 764 655 |
| 2. | Объем диспансеризации, на 1 застрахованного, посещений | Форма № 62 | 0,144 |
| 3. | Фактические затраты на 1 диспансеризацию, рублей | Форма № 62 | 1303,3 |
| 4. | Общие затраты на проведение диспансеризации, млрд. рублей | Расчет | 27,5 |
| 5. | Выявлено заболеваний, ед. | Форма № 30 | 2 415 037 |
| 6. | Средние затраты на выявленное заболевание, тыс. рублей | Расчет | 11,4 |

Расчетный объем финансовых средств на оплату соответствующего объема медицинской помощи составил 27,5 млрд. рублей (произведение числа прошедших диспансеризацию и фактических затрат на единицу объема диспансеризации). Таким образом, средние затраты на каждое выявленное

заболевание составили 11,4 тыс. рублей (частное от объема финансовых средств и числа выявленных заболеваний в рамках диспансеризации).

При диспансеризации в целях выявления подозрения на злокачественные новообразования в рамках комплексной медицинской услуги проводится скрининг на злокачественные новообразования колоректальной локализации методом тестирования кала на скрытую кровь. Поэтому нами были проведены расчеты затрат на выявленный случай при подозрении на ЗНО колоректальной локализации в рамках диспансеризации. Для этого была построена экономическая модель на основании следующих допущений:

1. Скрининг на ЗНО колоректальной локализации (тест кала на скрытую кровь) в рамках диспансеризации проводился в отношении лиц, возраст которых соответствовал возрасту, установленному порядком проведения диспансеризации взрослого населения, действовавшим в 2019 г. – 1 раз в 2 года в возрасте 40-64 года, ежегодно в возрасте 65-75 лет (приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124 н).

2. Участие в скрининге на ЗНО колоректальной локализации соответствует фактическому объему медицинской помощи в связи с диспансеризацией во всех возрастных группах и составляет для Российской Федерации 0,144 посещения на 1 застрахованного и 0,17 посещений для населения г. Москвы, поскольку проведение соответствующего исследования – необходимое условие для оплаты комплексной услуги.

В официальной статистической информации отсутствуют данные об участии населения в программе диспансеризации, в том числе в отдельных программах скрининга в разрезе возрастных групп, показатель участия по возрастным группам в расчетах принят равным среднему.

3. Средние затраты на проведение диспансеризации одинаковы для всех возрастных групп, соответствуют средним и составили для Российской Федерации 1303,3 рубля и 1571,6 рубля для г. Москвы по данным отчета о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за 2019 г.

В официальной статистической информации отсутствуют данные о фактической стоимости единицы объема медицинской помощи в зависимости от возраста участия в диспансеризации, показатель фактических затрат на единицу объема медицинской помощи в расчетах принят равным среднему.

4. Доля активно выявленных случаев ЗНО колоректальной локализации была одинаковой для всех возрастных групп и соответствовала данным официальной статистической информации для Российской Федерации – 15,9% для ЗНО ободочной кишки и 21,3% для прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса, для г. Москвы – 9,3% для ЗНО ободочной кишки и 13,6% для прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса.

В официальной статистической информации отсутствуют данные о показателях активного выявления злокачественных новообразований в разрезе возрастных групп, предусматривающих разные программы обследования, показатель активного выявления в расчетах принят равным среднему.

По данным формы № 7 ФСН за 2019 г., в Российской Федерации число новых случаев ЗНО ободочной кишки у лиц в возрасте 40-74 лет составило 31 154, в том числе в возрасте 40-44 года – 767, 45-49 лет – 1120, 50-54 года – 1982, 55-59 лет – 4340, 60-64 года – 6816, 65-69 лет – 8756, 70-74 года – 7373; число новых случаев ЗНО прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса у лиц в возрасте 40-74 лет составило 23 861, в том числе в возрасте 40-44 года – 701, 45-49 лет – 1118, 50-54 года – 1872, 55-59 лет – 3786, 60-64 года – 5538, 65-69 лет – 6233, 70-74 года – 4613. Общее число ЗНО колоректальной локализации у лиц в возрасте 40-74 лет – 55 015.

В г. Москве число новых случаев ЗНО ободочной кишки у лиц в возрасте 40-74 лет составило 2381, в том числе у лиц в возрасте 40-44 года – 66, 45-49 лет – 94, 50-54 года – 155, 55-59 лет – 320, 60-64 года – 506, 65-69 лет – 602, 70-74 года – 638; число новых случаев ЗНО прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса у лиц в возрасте 40-74 лет составило 1533, в том числе

среди населения в возрасте 40-44 года – 57, 45-49 лет – 83, 50-54 года – 113, 55-59 лет – 239, 60-64 года – 348, 65-69 лет – 368, 70-74 года – 325. Общее число ЗНО колоректальной локализации у лиц в возрасте 40-74 лет – 3914.

Из числа новых случаев ЗНО колоректальной локализации, число активно выявленных случаев ЗНО ободочной кишки в Российской Федерации у лиц в возрасте 40-74 лет составило 4953, в том числе в возрастной группе 40-44 года – 122, 45-49 лет – 178, 50-54 года – 315, 55-59 лет – 690, 60-64 года – 1084, 65-69 лет – 1392, 70-74 года – 1172.

Число активно выявленных новых случаев ЗНО прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса у лиц в возрасте 40-74 лет составило 5082, в том числе среди населения в возрасте 40-44 года – 149, 45-49 лет – 238, 50-54 года – 399, 55-59 лет – 806, 60-64 года – 1180, 65-69 лет – 1328, 70-74 года – 983. Общее число активно выявленных случаев ЗНО колоректальной локализации в Российской Федерации у лиц в возрасте 40-74 лет составило 10 036, средняя доля случаев, выявленных активно – 18,2%.

Из числа новых случаев ЗНО колоректальной локализации, число активно выявленных случаев ЗНО ободочной кишки в г. Москве у лиц в возрасте 40-74 лет составило 324, в том числе в возрастной группе 40-44 года – 9, 45-49 лет – 13, 50-54 года – 21, 55-59 лет – 44, 60-64 года – 69, 65-69 лет – 82, 70-74 года – 87.

Число активно выявленных новых случаев ЗНО прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса у лиц в возрасте 40-74 лет составило 143, в том числе у лиц в возрасте 40-44 года – 5, 45-49 лет – 8, 50-54 года – 11, 55-59 лет – 22, 60-64 года – 32, 65-69 лет – 34, 70-74 года – 30. Общее число активно выявленных случаев ЗНО колоректальной локализации у лиц в г. Москве в возрасте 40-74 лет составило 466, средняя доля случаев, выявленных активно – 11,9% (Таблица 37).

Таблица 37 – Затраты на 1 случай выявления при подозрении на злокачественное новообразование колоректальной локализации в рамках диспансеризации в Российской Федерации и в г. Москве в 2019 г.

| № | Показатель | Код по МКБ | Всего в возрасте 40-74 года | Возрастная группа, лет | | | | | | |
|----|--|------------|-----------------------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| | | | | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 |
| 1. | Число новых случаев ЗНО в Российской Федерации | C18 | 31 154 | 767 | 1120 | 1982 | 4340 | 6816 | 8756 | 7373 |
| | | C19-C21 | 23 861 | 701 | 1118 | 1872 | 3786 | 5538 | 6233 | 4613 |
| | | Всего | 55 015 | 1468 | 2238 | 3854 | 8126 | 12 354 | 14 989 | 11 986 |
| | | Доля, % | 100 | 2,7 | 4,1 | 7,0 | 14,8 | 22,5 | 27,2 | 21,8 |
| 2. | Число новых случаев ЗНО в г. Москве | C18 | 2381 | 66 | 94 | 155 | 320 | 506 | 602 | 638 |
| | | C19-C21 | 1533 | 57 | 83 | 113 | 239 | 348 | 368 | 325 |
| | | Всего | 3914 | 123 | 177 | 268 | 559 | 854 | 970 | 963 |
| | | Доля, % | 100 | 3,1 | 4,5 | 6,8 | 14,3 | 21,8 | 24,8 | 24,6 |
| 3. | Численность населения в Российской Федерации | - | 63 415 442 | 10 650 846 | 9 784 931 | 8 933 057 | 10 626 817 | 10 066 642 | 8 258 766 | 5 094 383 |
| 4. | Численность населения в г. Москве | - | 5 829 576 | 1 003 313 | 950 445 | 819 055 | 947 456 | 857 786 | 696 549 | 554 972 |
| 5. | Число прошедших диспансеризацию в Российской Федерации | - | 9131824 | 1533722 | 1 409 030 | 1 286 360 | 1530262 | 1449596 | 1189262 | 733 591 |
| 6. | Число прошедших диспансеризацию в г. Москве | - | 991028 | 170563 | 161 576 | 139 239 | 161 068 | 145 824 | 118 413 | 94 345 |
| 7. | Фактические расходы на диспансеризацию в | - | 11 901 505,8 | 1 998 899,7 | 1 836 388,9 | 1 676 513,3 | 1 994 390,0 | 1 889 259,1 | 1 549 965,6 | 956 089,3 |

| | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|-------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Российской Федерации, тыс. рублей | | | | | | | | | |
| 8. | Фактические расходы на диспансеризацию в г. Москве, тыс. рублей | - | 1 557 598,6 | 268 074,2 | 253 948,4 | 218 842,5 | 253 149,8 | 229 191,0 | 186 110,2 | 148 282,4 |
| 9. | Число активно выявленных случаев ЗНО в Российской Федерации | - | 10 036 | 271 | 416 | 714 | 1496 | 2263 | 2720 | 2155 |
| 10. | Число активно выявленных случаев ЗНО в г. Москве | - | 466 | 14 | 21 | 32 | 66 | 101 | 116 | 117 |
| 11. | Стоимость 1 ЗНО колоректальной локализации, выявленного активно в Российской Федерации, рублей | - | - | 7 368 781 | 4 412 127 | 2 348 472 | 1 332 723 | 834 722 | 569 875 | 443 686 |
| 12. | Стоимость 1 ЗНО колоректальной локализации, выявленного активно в г. Москве, рублей | - | - | 18 776 648 | 12 385 917 | 6 927 807 | 3 850 363 | 2 265 181 | 1 603 072 | 1 267 447 |

Таким образом, средние затраты на 1 случай выявления при подозрении на злокачественное новообразование колоректальной локализации в рамках диспансеризации составили для лиц в возрастной группе 40-44 года: в среднем по Российской Федерации – 7,4 млн.рублей, в г. Москве – 18,8 млн. рублей (разница 2,5 раза), 45-49 лет – 4,4 млн.рублей и 12,4 млн.рублей соответственно (разница 2,8 раза), 50-54 года – 2,3 млн. рублей и 6,9 млн. рублей (разница 3 раза), 55-59 лет – 1,3 млн. рублей и 3,9 млн. рублей (разница 3 раза), 60-64 года – 0,8 млн. рублей и 2,3 млн. рублей (разница 2,9 раза), 65-69 лет – 0,6 млн. рублей и 1,6 млн. рублей (разница 2,5 раза), 70-74 года – 0,4 млн. рублей и 1,3 млн. рублей (разница 3,3 раза) (Рисунок 42).

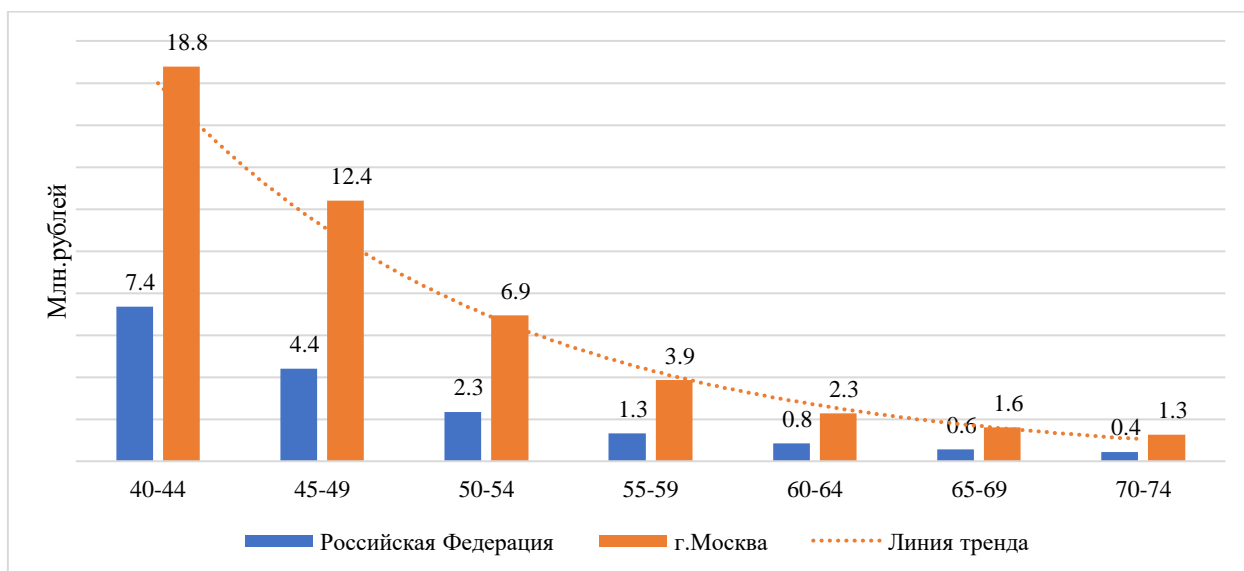


Рисунок 42 - Затраты на 1 случай выявления при подозрении на злокачественное новообразование колоректальной локализации в рамках диспансеризации в Российской Федерации и в г. Москве в 2019 г., млн.рублей

Таким образом, в рамках разработанной модели с использованием средних показателей (в связи с отсутствием в официальной статистической информации) с увеличением возраста участвующих в программе скрининга снижаются затраты на 1 случай диагностики при подозрении на злокачественное новообразование колоректальной локализации.

Указанный вывод подтверждается увеличением первичной заболеваемости населения с возрастом, а также большим охватом населения мероприятиями скрининга. Вместе с тем наибольшая экономическая

эффективность достигается при ранней диагностике и эффективном лечении ЗНО среди населения трудоспособного возраста, в особенности среди наиболее молодых возрастных групп, участвующих в скрининге – 40-44 года.

Выполненный анализ медико-экономической эффективности скрининга на злокачественные новообразования колоректальной локализации позволяет оценивать соотношение затраты/полезность и при дальнейшем исследовании планировать экономически обоснованные меры.

5.3 Анализ себестоимости исследования кала на скрытую кровь и тарифа на его оплату в г. Москве

Для оценки эффективности финансового обеспечения проведения скрининга на злокачественные новообразования колоректальной локализации мы проанализировали затраты, возникающие у медицинских лабораторий при проведении тестирования кала на скрытую кровь, и стоимость соответствующей услуги.

В соответствии с тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования г. Москвы на 2022 г., утвержденным протоколом заседания Комиссии по разработке территориальной программе обязательного медицинского страхования г. Москвы от 30.12.2021 № 1/22, приложение № 3, тариф на оплату исследования кала на скрытую кровь в рамках комплексной услуги составляет 29,32 рублей.

Анализ затрат на проведение исследования кала на скрытую кровь выявил, что затраты на оплату труда основных работников составляют 1,338 рубля на исследование, в том числе на оплату труда врача клинико-диагностической лаборатории – 0,447 рубля на исследование при норме времени на исследование 0,008 ч., медицинского техника – 0,892 рубля при норме времени на исследование 0,017 ч.

Затраты на приобретение расходных материалов составляют 41,62 рубля, в том числе контейнер для кала. 75x23.5мм, PS, стерильный – 16,02

рубля (при закупке упаковки 50 шт.), набор реагентов для клинического анализа кала («Диахим-Набор реагентов для клинического анализа кала») – 13,7 рубля, пробирка круглодонная – 6,49 рублей, пипетка для переноса жидкости (Пастера) 1 мл.стерильная, Гритмед – 5,3 рубля, ярлык штрих-кода (2 на 1 пациента) – 0,09 рубля, пакет полиэтиленовый одноразовый для сбора, хранения и утилизации медицинских отходов – 0,02 рубля.

Амортизация центрифуги СМ-6МТ с ротором 24x12 мл пробирка СМ-6МТ составляет 1,43 рубля при годовой норме амортизации 14,29%, и балансовой стоимости оборудования 653 415,51 рубля.

Кроме того, затраты на иные расходы, связанные с оказанием услуги, в том числе на оплату труда административно-управленческого персонала, оплату общехозяйственных затрат, пошлин и иных обязательные платежи составляют 0,72 рубля.

Таким образом, себестоимость услуги в клинико-диагностической лаборатории составила в 2021 г. 45,11 рублей, что превышает тариф на оплату исследования кала на скрытую кровь (29,32 рублей) на 53,9% и указанное исследование финансируется за счет перекрестного финансирования.

Изучение медико-экономической эффективности программы скрининга ЗНО колоректальной локализации, зарубежного опыта оценки эффективности программ скрининга, а также себестоимости и тарифов оплаты на проведение соответствующих исследований позволяет сделать вывод о целесообразности поведения аудита программы скрининга и лечения для разработки адресных мер по повышению доступности и качества медицинской помощи.

В Российской Федерации ежегодно проводится Аудит пренатальной диагностики заболеваний плода, в том числе хромосомных. Указанный аудит проводится с использованием специального аналитического сервиса, применяемого в целях скрининга информационной системы, что позволяет ежегодно анализировать ключевые медико-статистические показатели деятельности служб пренатальной диагностики некоторых врожденных и наследственных заболеваний плода. По результатам Аудита публикуются

научные статьи, ежегодно направляется в субъекты Российской Федерации аналитический отчет.

Кроме того, законодательством Российской Федерации предусмотрены обязательные формы аудита – например, аудит бухгалтерской отчетности, проводимый независимыми компаниями-аудиторами в соответствии с требованиями Федерального закона от 6 декабря 2011 г. № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете».

Как было показано в главе настоящего диссертационного исследования, посвященной обзору литературных источников, в зарубежных странах группой экспертов с периодичностью один раз в два года проводится аудит программы скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации и их лечения, который включает анализ маршрутизации пациентов при диагностике ЗНО, в том числе при скрининге, самостоятельном обращении и при экстренной госпитализации. Источником информации являются данные специальной информационной системы.

Таким образом, на основании исследования целесообразно проведение аудита программы скрининга ЗНО колоректальной локализации и их лечения, включая сбор, структурирование и анализ данных о маршрутизации пациентов при диагностике ЗНО, поле и возрасте пациентов, стадии течения заболевания, назначенном лечении, и его эффективности, степени утраты трудоспособности в целях формирования рекомендаций по совершенствованию программы диагностики злокачественных новообразований колоректальной локализации, включая мероприятия скрининга. Аудит целесообразно проводить на основании сплошной выборки новых случаев злокачественных новообразований колоректальной локализации с использованием специально разработанной информационной системы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254, к числу угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан отнесен высокий уровень распространенности неинфекционных заболеваний - сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, нейродегенеративных и других. Основной задачей здравоохранения является сохранение здоровья населения и снижение смертности населения, в том числе от злокачественных новообразований. Настоящее исследование посвящено изучению вклада профилактических осмотров и диспансеризации в раннюю диагностику злокачественных новообразований колоректальной локализации. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, проводимые в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – основной инструмент ранней диагностики злокачественных новообразований. Также проведен медико-экономический анализ программ скрининга на основании данных Российской Федерации и г. Москвы.

Злокачественные новообразования колоректальной локализации в структуре первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями в Российской Федерации в 2019 г. составляли 12,6%, в структуре смертности населения от злокачественных новообразований – 20,5%, в г. Москве – 11,9% и 14,2% соответственно.

Скрининг на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации, проводимый в Российской Федерации, предполагает более широкий охват населения по возрасту и частоте проводимых исследований, чем соответствующие программы Республики Беларусь, Германии, Великобритании и Республики Казахстан.

В Республике Беларусь скрининговое исследование кала на скрытую кровь предусмотрено при проведении диспансеризации взрослого населения в

возрасте 50, 57, 64 года. В Республике Казахстан скрининговое исследование кала на скрытую кровь для взрослых без отягощенного анамнеза предусмотрено в возрасте 50-70 лет 1 раз в 2 года.

В Германии программа скрининга включает проведение колоноскопии 1 раз в 10 лет в возрасте 50 лет и старше (первое исследование до 65 лет) или тест кала на скрытую кровь иммунохимическим методом: ежегодно в возрасте 50-54 года, в возрасте 55 лет и старше – 1 раз в 2 года, в Великобритании – тест кала на скрытую кровь иммунохимическим методом в возрасте 50-74 года 1 раз в 2 года. Вместе с тем расширение возраста лиц, подлежащих скринингу на злокачественные новообразования колоректальной локализации, за счет возрастной группы 40-49 лет требует дополнительного анализа результатов выявления заболеваний в динамике за период 5-10 лет, для оценки вклада в снижение инвалидизации и смертности населения.

Для изучения заболеваемости и смертности населения нами проведен анализ динамики показателей заболеваемости и смертности населения за период 2016-2020 гг. с использованием общих, стандартизованных показателей заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации, а также в 5-летних возрастных группах. Кроме того, проведены соответствующие международные сопоставления.

Нами изучены результаты маршрутизации пациентов при диагностике злокачественных новообразований колоректальной локализации в рамках самостоятельного обращения в амбулаторное учреждение, при госпитализации, в т.ч. по скорой медицинской помощи. Следует отметить, что в настоящее время не учитываются данные о числе выполненных скрининговых исследований кала на скрытую кровь в разрезе возрастных групп, а также колоноскопий с биопсией при диагностике злокачественных новообразований колоректальной локализации на основании данных первичной медицинской документации. В анализе маршрутизации пациентов 2019 г. был выбран в качестве базового.

Анализ численности пациентов, состоящих на учете в медицинских организациях по поводу злокачественного новообразования в расчете на 100 тыс. человек населения, в г. Москве (2603,6) ниже среднероссийского (2676,6) показателя на 2,7%. При этом общий коэффициент первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями г. Москвы (385,3 на 100 тыс. человек населения) ниже среднероссийского (436,3) показателя на 13,2%. Во всех 5-летних возрастных группах показатели первичной заболеваемости населения в г. Москве были ниже соответствующих среднероссийских.

Общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований всех локализаций г. Москвы (215,8 на 100 тыс. человек населения) был выше среднероссийского показателя (200,6) на 7,6%. При этом стандартизованный коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований в г. Москвы (148,0 на 100 тыс. человек населения) был ниже среднероссийского показателя (155,5) на 4,8%.

Другая ситуация складывается с заболеваемостью населения злокачественными новообразованиями ободочной кишки (код С18 по МКБ X): общий коэффициент первичной заболеваемости показатель г. Москвы (29,7 на 100 тыс. человек населения) ниже среднероссийского (30,9) на 4,0%. Стандартизованный по возрасту показатель первичной заболеваемости г. Москвы (23,7 на 100 тыс. человек населения) ниже среднероссийского (20,8) на 12,2%. Общий коэффициент смертности населения этой причины смерти в г. Москве (20,4 на 100 тыс. человек населения) ниже среднероссийского (30,9) на 34,9%, как и стандартизованный по возрасту коэффициент смертности населения в г. Москвы (11,9 на 100 тыс. человек населения) ниже среднероссийского показателя (12,9) на 8,4%.

Первичная заболеваемость населения злокачественными новообразованиями прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (коды С19-С21 по МКБ X) г. Москвы (16,1 на 100 тыс. человек населения) была ниже среднероссийской (21,7) на 34,8%. Стандартизованный показатель

первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса г. Москвы (11,9 на 100 тыс. человек населения) был ниже среднероссийского (17,0) на 30,1%. Общий коэффициент смертности населения от этой причины смерти г. Москвы (10,3 на 100 тыс. человек населения) был ниже среднероссийского (11,2) на 8,4%. Стандартизованный коэффициент смертности населения от ЗНО этих локализаций г. Москвы (7,0 на 100 тыс. человек населения) был ниже среднероссийского (8,4) на 20,1%.

Проведенные международные сопоставления выявили, что при более низких показателях первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями в Российской Федерации по сравнению с показателями Германии стандартизованный коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации Российской Федерации (20,3 на 100 тыс. человек населения) превышает показатель Германии (13,6) на 47,8%. При этом показатели смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной области в 5-летних возрастных группах в Российской Федерации превышают показатели Германии во всех 5-летних возрастных группах, от 20,2% в возрастной группе 80-84 года до 60,7% в возрастной группе 35-39 лет. Следует отметить, что стандартизованный коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований этой локализации г. Москвы (19,9 на 100 тыс. человек населения) превышает показатель г. Берлина (13,0) на 34,7%.

Значение общего коэффициента смертности населения по причинам смерти зависит от уровня смертности населения и установления причин смерти. Число умерших от всех причин в возрасте 80 лет и старше в общем числе умерших в Российской Федерации составило в 2020 г. – 35,8%, в г. Москве – 41,1%. Доля умерших от старости в общем числе умерших от всех причин в возрасте 80 лет и старше составила в целом по Российской Федерации составило в 2020 г. – 13,5%, в г. Москве – 0,2%, что вносит вклад в более высокое значение общих коэффициентов смертности населения по

причинам смерти от других классов причин смерти, в том числе от новообразований.

Анализ Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выявил, что финансовое обеспечение программ скрининга на злокачественные новообразования различных локализаций осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках комплексной услуги в виде специальной единицы объема медицинской помощи – посещения в связи профилактическим осмотром, посещения в связи с диспансеризацией.

На следующем этапе исследования мы изучали эффективность программы скрининга злокачественных новообразований колоректальной локализации. Для достижения цели исследования мы провели анализ 613 единиц наблюдения первичной медицинской документации пациентов, в том числе 222 карты стационарных пациентов с впервые в жизни выявленными ЗНО колоректальной локализации в период 2018-2020 гг. и 222 амбулаторные карты этих же пациентов, наблюдавшихся в поликлинике по месту прикрепления с 2016 г. Также проанализировали данные 169 медицинских карт с впервые в жизни выявленными ЗНО колоректальной локализации в период январь-сентябрь 2022 г. На основании этих первичных данных изучена маршрутизация пациентов при диагностике ЗНО колоректальной локализации.

По данным стационарных карт 2,7% пациентов (6 человек) отметили, что подозрение на злокачественное новообразование колоректальной локализации было выявлено при проведении профилактического осмотра или диспансеризации. Анализ амбулаторных карт 222 участников исследования выявил, что у 21 (9,5%) в медицинской документации имеется указание о прохождении профилактического осмотра или диспансеризации с 2016 г. до даты госпитализации. В том числе: 20 – проходили профилактический осмотр, 1 – диспансеризацию.

Из числа прошедших профилактический осмотр только у 3 пациентов (1,4%) имеются указания в медицинской документации о прохождении теста кала на скрытую кровь, у 2 из них было выявлено злокачественное новообразование.

В 2022 г. анализ первичной медицинской документации выявил, что в 12,4% случаев злокачественное новообразование колоректальной локализации было выявлено активно, в том числе в рамках диспансеризации и проведения пилотного проекта по эндоскопическому скринингу. Таким образом, показатель г. Москвы превысил соответствующий показатель в Англии и Уэльсе на 2 п.п.

Вместе с тем наибольшая доля случаев рака колоректальной локализации выявляется в связи с жалобами пациента при самостоятельном обращении в амбулаторное учреждение: этот показатель составил по данным медицинской документации 72,1% (160 человек) и в 2022 г. – 74,0% (145 человек).

Фактический объем комплексных посещений с профилактическими и иными целями в г. Москве был ниже среднероссийского показателя в 2016 г. на 25,3%, в 2017 г. – на 29,7%, в 2018 г. – на 29,5%. В связи с выделением отдельных нормативов объема профилактических осмотров и диспансеризации, начиная с 2019 г., фактический объем посещений для проведения профилактических осмотров в г. Москве стал выше среднероссийского показателя на 7,0%, а диспансеризации – на 15,3%. В 2020 г. профилактические осмотры и диспансеризация не проводились в связи с пандемией COVID-19.

Фактические расходы на оплату единицы объема посещений в связи с профилактическими и иными целями в г. Москве превышают среднероссийские в 2016 г. на 53,3%; в 2017 г. на 77,9%; в 2018 г. на 84,2%. В 2019 г. расходы на единицу объема медицинской помощи связи с проведением профилактических осмотров г. Москве превышают среднероссийские на 6,2%,

диспансеризации – на 32,6% при превышении нормативов финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи.

В рамках изучения мнения населения по вопросу участия в профилактических осмотрах и диспансеризации и отношения к ним населения выявлен низкий показатель участия в программах – за последние 5 лет только половина из 385 опрошенных проходили профилактический осмотр и (или) диспансеризацию. При этом участие в скрининге на рак колоректальной локализации от числа прошедших профилактический осмотр и диспансеризацию за последние 5 лет составляет 55,8% (215 человек) и 62,2% (208 человек) соответственно. Отмечается также низкая оценка практически половиной опрошенных ценности результатов профилактических осмотров и диспансеризации: 52,1%, 108 человек и 63,5%, 132 человека опрошенных отметили, что по результатам «не получили новых рекомендаций» и 24,2%, 52 человека и 26,0%, 54 человека - «никакой ценности для меня не обнаруживаю».

Каждый пятый опрошенный указал, что проходил профилактический осмотр и диспансеризацию в одном и том же возрасте, что невозможно в соответствии с соответствующими порядками проведения профилактического осмотра и диспансеризации. Такое смешение понятий в отношении профилактических осмотров и диспансеризации может свидетельствовать об отсутствии достаточной информации о различиях в этих программах для граждан и сложности модели.

Анализ затрат на проведение исследования кала на скрытую кровь выявил, что себестоимость исследования превышает тариф на его оплату в 2022 г., что не стимулирует повышение охвата скрининговой программой при отсутствии жалоб пациента. Низкая доля участвующих в исследовании кала на скрытую кровь может быть обусловлена немотивированностью людей и неудобствами, связанными с процедурой сдачи анализа.

Следует отметить, что пилотный проект по проведению эндоскопического скрининга, в том числе у пациентов с наследственными

факторами риска и имеющих различные заболевания желудочно-кишечного тракта, показал свою результативность, что проявилось в повышении показателя активного выявления.

Таким образом, резервом повышения эффективности диагностики злокачественных новообразований колоректальной локализации в рамках профилактических осмотров и диспансеризации являются выявление лиц с характерными жалобами, повышение охвата населения скринингом на злокачественные новообразования колоректальной локализации (тест кала на скрытую кровь) в рамках диспансеризации.

ВЫВОДЫ

1. Анализ организации программ скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации в Российской Федерации и международные сопоставления выявили, что скрининг в Российской Федерации предполагает более широкий охват населения по возрасту и частоте проводимых исследований, чем соответствующие программы Республики Беларусь, Республики Казахстан, Великобритании и Германии.

2. Общий и стандартизованный по возрасту коэффициенты первичной заболеваемости населения злокачественными новообразованиями колоректальной локализации в г. Москве ниже, чем в Российской Федерации, а общий коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в г. Москве выше среднероссийского. При этом, стандартизованный по возрасту коэффициент смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации в г. Москве ниже среднероссийского показателя за счет исключения влияния возрастной структуры населения.

3. Анализ участия населения в профилактических осмотрах и диспансеризации выявил низкую приверженность населения к участию в программах профилактических осмотров и диспансеризации – только у 9,5% пациентов в первичной медицинской документации имеется указание о прохождении профилактического осмотра или диспансеризации до даты установления диагноза ЗНО, в т.ч. у 20 пациентов – профилактического осмотра, у 1 пациента – диспансеризации. Из числа прошедших профилактический осмотр только у 3 пациентов (15%) имеется подтверждение о проведении теста кала на скрытую кровь, у 2 (10%) из них было выявлено злокачественное новообразование.

4. Основным способом диагностики злокачественного новообразования колоректальной локализации в 2018-2020 гг. и в 2022 г. было самостоятельное обращение в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую

помощь в амбулаторных условиях, по поводу характерных жалоб – 72,1% (160 человек) и 74,0% (145 человек) соответственно. У 11,3% участников исследования (25 человек) диагноз ЗНО был установлен по результатам госпитализации по экстренным показаниями службой скорой помощи в 2018-2020 гг.

5. Выделение с 2019 года в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи отдельных единиц объема медицинской помощи для профилактических осмотров и диспансеризации, а также проведение в г. Москве с 2021 года пилотного проекта по эндоскопическому скринингу населения с факторами риска возникновения и развития ЗНО колоректальной локализации позволило повысить эффективность профилактики. В 2022 г. показатель активного выявления ЗНО колоректальной локализации г. Москвы повысился до 12,4%, превысив на 2 п.п. соответствующий показатель в Англии и Уэльсе (10%).

6. Выявлена высокая информированность населения о программе профилактических осмотров (74%) и о программе диспансеризации (84,3%). При этом участвовали в профилактическом осмотре и диспансеризации хотя бы раз в жизни 77,4% и 81,8% респондентов. За последние 5 лет отметили свое участие в профилактическом осмотре 55,8% опрошенных, 54,0% - в диспансеризации, из них 31,4% и 33,5% соответственно проведено исследование кала на скрытую кровь.

7. Выявлен низкий уровень оценки практически половиной опрошенных (48%) ценности результатов профилактических осмотров и диспансеризации: 34% из них отметили, что по результатам «не получил (а) новых рекомендаций» и 14% - «никакой ценности для меня не обнаруживаю»; 21,3% опрошенных при заполнении анкеты ответили, что проходили и профилактический осмотр, и диспансеризацию, при этом указав одинаковый возраст участия в них.

8. Разработанная экономическая модель позволила рассчитать, что затраты на выявление случая подозрения на ЗНО колоректальной локализации

в рамках программы скрининга снижаются с увеличением возраста человека, участвующего в диспансеризации, в Российской Федерации с 7,4 до 0,4 млн. рублей, в г. Москве – с 18,8 до 1,3 млн. рублей. Анализ затрат на проведение исследования кала на скрытую кровь выявил, что в г. Москве себестоимость исследования в 2022 г. превышала тариф на его оплату на 53,9%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На основании полученных данных целесообразно в целях совершенствования медико-экономической эффективности скрининга рака колоректальной локализации:

1. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения:

проводить анализ заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований колоректальной локализации с использованием стандартизованных по возрасту показателей;

повысить охват населения скринингом на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации в рамках диспансеризации;

проводить аудит программы скрининга, включая анализ маршрутизации пациентов при диагностике ЗНО колоректальной локализации, изучение мнения населения по вопросам организации проведения скрининга;

совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования повысить тариф на оплату исследования кала на скрытую кровь.

2. Медицинским организациям, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, повысить онконастороженность врачей при обращении пациента за медицинской помощью с нехарактерными жалобами, в том числе посредством дополнительного обучения врачей на циклах повышения квалификации по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Американское онкологическое общество [Электронный ресурс] // США. 2017. Режим доступа: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/history-of-cancer/screening-early-detection.html>. – (дата обращения: 02.07.2023).
2. Андреев, Е. М. Действительно ли ожидаемая продолжительность жизни при рождении является наилучшим измерителем уровня смертности населения? [Электронный ресурс] / Е.М. Андреев // Демографическое обозрение. – 2021. – № 8(2). – С. 6-26. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/deystvitelno-li-ozhidaemaya-prodolzhitelnost-zhizni-pri-rozhdenii-yavlyetsya-nailuchshim-izmeritelem-urovnya-smertnosti-naseleniya> (дата обращения: 01.06.2023)..
3. Андреев, Е.М. Демографический анализ онкологической заболеваемости и смертности на основе данных популяционных раковых регистров Северо-Запада России / Е.М. Андреев, А.А. Барчук, Р.Т. Турсун-Заде, В.М. Мерабишвили [Электронный ресурс] // Демографическое обозрение. – 2019. – № 2. – С. 84-103 Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/demograficheskiy-analiz-onkologicheskoy-zabolevaemosti-i-smertnosti-na-osnove-dannyh-populyatsionnyh-rakovyh-registrov-severo-zapada> (дата обращения: 01.10.2023).
4. Белостокский, А.В. История развития диспансерного метода как основы современной диспансеризации / А.В. Белостокский, В.Г. Винокуров, А.М. Алленов, А.С. Дьячкова [Электронный ресурс] // Медицина целевые проекты. – 2014. – №19. – С. 40-44. Режим доступа: <http://www.sovstrat.ru/journals/medicina-celevye-proekty/articles/st-med19-9.html> (дата обращения: 01.10.2023).
5. Бойцов, С.А. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике врача-терапевта участкового/врача общей практики/семейного врача. [Электронный ресурс] / С.А. Бойцов // Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. – 2018. Режим

- доступа: [//https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/290216_boytsov_poliklinicheskaya_terapyu.pdf](https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/01/290216_boytsov_poliklinicheskaya_terapyu.pdf).
(дата обращения: 02.07.2023).
6. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/colorectal-cancer>. (дата обращения: 02.07.2023).
7. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. (дата обращения: 02.07.2023).
8. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. (дата обращения: 02.07.2023).
9. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/colorectal-cancer>. (дата обращения: 02.07.2023).
10. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. – (дата обращения: 02.07.2023).
11. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. – (дата обращения: 02.07.2023).
12. Глобальное бремя болезней (Global Burden of Disease): порождение доказательств направление политики — региональное издание для Европы и Центральной Азии. Seattle, WA: IHME, 2013. [Электронный ресурс] Режим доступа:

- http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2013/WB_EuropeCentralAsia/IHME_GBD_WorldBank_EuropeCentralAsia_FullReport_RUSSIAN.pdf. – [Дата обращения: 02.07.2023].
13. Данные Центров по контролю и профилактике заболеваний (США) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cdc.gov/media>. – (дата обращения: 02.07.2023).
 14. Евсютина Ю.В., Драпкина О.М. Наиболее эффективные стратегии скрининга колоректального рака. //Профилактическая медицина. – 2019. – № 22(1). С. 105-108. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/profmed201922011105>.
 15. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2014. – 250 с.
 16. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность). /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой //М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2015. – 250 с.
 17. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2016. – 250 с.
 18. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2016. – 250 с.
 19. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2017. – 250 с.

20. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность) /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2018. – 250 с.
21. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2019. – 250 с.
22. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. – 2020. – 250 с.
23. Злокачественные новообразования в России в 2020 году (заболеваемость и смертность) /под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2021. 250 С. ISBN 978-5-85502-251-
24. Кобякова, О.С. Роль пандемии новой коронавирусной инфекции в формировании динамики основных показателей федерального проекта "Борьба с онкологическими заболеваниями" / О.С. Кобякова, В.И. Стародубов, Е.М. Маношкина, В.С. Ступак // Вопросы онкологии. – 2022. – №2. – С. 131-139. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-pandemii-novoy-koronavirusnoy-infektsii-v-formirovanii-dinamiki-osnovnyh-pokazateley-federalnogo-proekta-borba-s> (дата обращения: 01.07.2023).
25. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд. – / Ю.П. Лисицын // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 512 С.
26. Мадыянова, В.В. Особенности смертности населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации от инфекционных и паразитарных болезней / В.В. Мадыянова, А.С. Кононец, Е.П. Какорина,

- Р.А. Хальфин, Т.А. Клокова //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 1-2. – С. 17-25.
- 27.Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев //М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 608 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437100.html> (дата обращения: 18.12.2022). - Режим доступа: по подписке.
- 28.Мерабишвили, В.М. Приоритетные задачи совершенствования онкологической статистики в России [Электронный ресурс] / В.М. Мерабишвили // Биосфера. – 2018. – №2. – С. 176-204. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/prioritetnye-zadachi-sovershenstvovaniya-onkologicheskoy-statistiki-v-rossii> (дата обращения: 01.10.2023).
- 29.Найговзина, Н.Б. Анализ эффективности диагностики злокачественных новообразований колоректальной локализации у пациентов с впервые в жизни выявленными злокачественными новообразованиями/ Н.Б. Найговзина, М.А. Патрушев // Ремедиум. – 2023. – Т. 27. № 2. – С. 113-117.
- 30.Найговзина, Н.Б. Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»/ Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, М.А. Патрушев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. № 2. – С. 216-221.
- 31.Найговзина, Н.Б. Философия развития здравоохранения: практика проектного управления / Н.Б. Найговзина, В.Б. Филатов, М.А. Патрушев // М.: Медицинское информационное агентство. – 2021. – 216 с.
- 32.Каприн, А.Д. Развитие онкологической помощи в Российской Федерации в свете выполнения государственных программ [Электронный ресурс] / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Л.М. Александрова, В.И. Чиссов, П.Ю. Балашов, А.С. Лутковский,

- В.В. Савинов // Российский медицинский журнал. – 2015. – №2. – С. 4-9. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitiie-onkologicheskoy-pomoschi-v-rossiyskoy-federatsii-v-svete-vypolneniya-gosudarstvennyh-programm> (дата обращения: 08.04.2023).
33. Найговзина, Н.Б. Государственные гарантии на медицинскую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях [Электронный ресурс] / Н.Б. Найговзина, А.В. Лучинский // Стоматология. – 2015. – № 94(4). – С. 12-15. Режим доступа: <https://doi.org/10.17116/stomat201594412-15>.
34. Привалова, А.А. Основная проблема реализации программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» национального проекта «Здравоохранение» и пути ее решения [Электронный ресурс] / А.А. Привалова, Т.Н. Березовская, Ю.Ю. Панкина, О.Г. Мурзина // Россия: тенденции и перспективы развития. – 2021. – №16-2. – С. 710-712. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnaya-problema-realizatsii-programmy-borba-s-onkologicheskimi-zabolevaniyami-natsionalnogo-proekta-zdravoohranenie-i-puti-ee> (дата обращения: 03.06.2023).
35. Нестеров, П.В. Региональная клинико-экономическая модель скрининга колоректального рака [Электронный ресурс] / П.В. Нестеров, А.В. Ухарский, Н.В. Кислов // Исследования и практика в медицине. – 2020. – № 7(3). – С. 146-159. Режим доступа: <https://www.rpmj.ru/rpmj/article/view/599>.
36. Никонов, Е.Л. Применение фекальных тестов в программах скрининга колоректального рака [Электронный ресурс] / Е.Л. Никонов // Доктор.Ру. Гастроэнтерология. – 2018. – №3. – С.16–22. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-fekalnyh-testov-v-programmah-skrininga-kolorektalnogo-raka>
37. О возобновлении проведения профилактических обследований населения в медицинских организациях города Москвы и парковых

- зонах, скверах, зонах отдыха в 2021 году: Приказ департамента здравоохранения г. Москвы от 29.04.2021 № 402 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
38. О кодировании состояний "Деменция" и "Старость" в качестве первоначальной причины смерти: Письмо Минздрава России от 05.10.2015 №13-2/1112 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
39. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
40. О порядке использования термина "Старость" в статистике смертности: Письмо Минздрава России от 19.12.2014 № 13-2/1750 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
41. О приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27.06.2019 № 1391-р: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 № 710-р (ред. от 10.07.2020) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
42. О проведении в 2019 и 2020 годах Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27.06.2019 № 1391-р (с изм. от 21.03.2020) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
43. О проведении пилотного проекта по организации эндоскопических исследований: Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.07.2021 № 687 (ред. от 24.10.2022) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.

- 44.О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов: Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 (ред. от 05.06.2020) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
- 45.О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов: Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 (ред. от 21.04.2018) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
- 46.О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов: Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 (ред. от 12.04.2019) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
- 47.О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год: Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
- 48.О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов: Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
49. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.

50. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов: Постановление Правительства Москвы от 14.12.2017 № 1011-ПП [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
51. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов: Постановление Правительства Москвы от 23.12.2016 № 935-ПП (ред. от 11.07.2017) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
52. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год: Постановление Правительства Москвы от 24.12.2015 № 949-ПП [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
53. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов: Постановление Правительства Москвы от 27 декабря 2018 г. № 1703-ПП [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
54. О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов: Постановление Правительства Москвы от 24.12.2019 № 1822-ПП [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
55. Об актах гражданского состояния: Федеральный закон от 15.11.1997 № 143-ФЗ (ред. от 24.07.2023) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
56. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022)

- [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
57. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. № 2511-р [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
58. Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины: Приказ Минздрава России от 24.04.2018 № 186 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
59. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих: Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 (в ред. от 31.01.2020) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
60. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан (ред. от 09.12.2016) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
61. Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Минздрава России от 26.10.2017 № 869н [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
62. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра: Приказ Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
63. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н (ред. от 02.12.2020)

- [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
64. Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Минздрава России от 27.04.2021 № 404н (ред. от 01.02.2022) [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
65. Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи: Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11.05.2016 № 88 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
66. Паспорт национального проекта «Здравоохранение»: протокол заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24.12.2018 № 16 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
67. Паспорт федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»: протокол заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14.12.2018 № 3 [Электронный ресурс] //КонсультантПлюс: справ.-правовая система. – Электрон. дан.
68. Патрушев, М.А. Результаты профилактических осмотров и диспансеризации в диагностике рака колоректальной локализации/ М.А. Патрушев// М.: Сборник материалов XLIII (44) Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ имени А.И. Евдокимова. – РИО МГМСУ. – 2022. – С. 85 – 86.
69. Патрушев, М.А. Результаты социологического опроса населения по вопросу участия в профилактических медицинских осмотрах и

- диспансеризации/ М.А. Патрушев, Н.Б. Найговзина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2023. – № 3. – С. 138-142.
70. Патрушев, М.А. Уровень смертности населения от злокачественных новообразований в Российской Федерации и резервы его снижения/ М.А. Патрушев// М.: Сборник материалов XLII (42) Итоговой научной конференции молодых ученых МГМСУ имени А.И. Евдокимова. – РИО МГМСУ. – 2020. – С. 78 – 79.
71. Маторин, С.И. Подходы к определению научных приоритетов в здравоохранении и медицине: опыт СССР / С.И. Маторин, А.Б. Петровский, С.В. Проницкий // Искусственный интеллект и принятие решений. – 2020. – № 3. – С. 22-31.
72. Мерабишвили, В.М. Аналитические показатели. Анализ реального состояния динамики смертности населения России от злокачественных новообразований и изменения ее структуры [Электронный ресурс] / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2019. – Т.65, № 2. – С. 205-219. Режим доступа: https://www.niioncologii.ru/sites/default/files/files/med_articles/12.pdf.
73. Руководство по ранней диагностике рака [Guide to cancer early diagnosis] // Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2018. Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272264/9789244511947-rus.pdf?sequence=1> Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
74. Савина, А.А. Тенденции первичной заболеваемости взрослого населения российской федерации [Электронный ресурс] / А.А. Савина, С.И. Фейгинова, И.М. Сон, Д.Ш. Вайсман // Менеджер здравоохранения. – 2021. – №2. – С. 45-52. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/tendentsii-pervichnoy-zabolevaemosti-vzroslogo-naseleniya-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 13.12.2022).

- 75.Сандаков, Я.П. Актуальность исследований организации диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи [Электронный ресурс] / Я.П. Сандаков // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. – С. 122. – EDN YLKJLT. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=29036191>.
- 76.Сизова, Л.В. Диспансеризация взрослого населения в условиях городской поликлиники / Л.В. Сизова, Э.Р. Сагитова // Оренбургский медицинский вестник. – 2019. – Т. 7. – № 2(26). – С. 72-75. – EDN КТАОУО.
- 77.Солодкий, В.А. Скрининг колоректального рака: прошлое, настоящее, будущее / В.А. Солодкий, У. Станоевич, В.К. Боженко, М.В. Захаренко, С.В. Гончаров, Т.В. Крашихина, В.А. Рагимов, Е.Н. Гребенкин // Вестник РНЦРР. – 2020. – №2. – С.144-161. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/skrining-kolorektalnogo-raka-proshloe-nastoyashee-budushee> (дата обращения: 02.07.2023).
- 78.Стародубов, В.И. Итоги диспансеризации определенных групп взрослого населения Российской Федерации 2013-2018 гг. Информационно-аналитический обзор. / В.И. Стародубов, И.М. Сон, А.Ш. Сененко, Е.Д. Савченко, Н.А. Дзюба, О.О. Захарченко, Д.С. Терентьева // М.: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ. – 2019 – 114 с.
79. Статистический сборник Федеральной службы государственной статистики «Демографический ежегодник России» [Электронный ресурс] // М.: Стат.сб./ Росстат. – 2021. – 256 с. Режим доступа: <http://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 02.07.2023).
- 80.Статистический сборник Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение России» за 2014 г. [Электронный ресурс] // М.: Стат.сб./ Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru>. – (дата обращения: 02.07.2023).
- 81.Статистический сборник Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение России» за 2016 г. [Электронный ресурс]

- // М.: Стат.сб./ Росстат. – 2027. – 229 с. Режим доступа: [//https://rosstat.gov.ru](https://rosstat.gov.ru). – (дата обращения: 02.07.2023).
82. Статистический сборник Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение России» за 2018 г. [Электронный ресурс] // М.: Стат.сб./ Росстат. – 2019. – 231 с. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 02.07.2023).
83. Статистический сборник Федеральной службы государственной статистики «Здравоохранение России» «Здравоохранение России» за 2020 г. [Электронный ресурс] // М.: Стат.сб./ Росстат. – 2022. – 243 с. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru>. – (дата обращения: 02.07.2023).
84. Тайц, Б.М. «10П медицина» в решении вопросов снижения смертности, увеличения продолжительности и повышения качества жизни пожилого населения / Б.М. Тайц // Клиническая геронтология. – 2021. – № 27 (11-12). – С.76-79.
85. Улумбекова, Г.Э. Онкогематологические заболевания в Российской Федерации и в развитых странах: смертность, заболеваемость, ресурсы и организация медицинской помощи с учетом пандемии COVID-19 / Г.Э. Улумбекова, И.В. Петрачков // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2022. – №2 (28). – С. 22-47.
86. Ухарский, А.В. Программа скрининга колоректального рака в Ярославской области: оценка косвенных затрат / А.В. Ухарский, П.В. Нестеров, Н.В. Кислов // Медицинский альманах. – 2022. – №2 (71). – С.72-84.
87. Чичерин, Л.П., Становление и развитие в СССР социально-правовой работы в первичном звене медицинской помощи детям / Л.П. Чичерин, В.Ю. Альбицкий, В.О. Щепин, А.А. Загоруйченко // Вопросы современной педиатрии. – 2021. – № 20(1). – С. 19–22.
88. Шейман, И.М. Диспансеризация населения: ожидания и реальность [Электронный ресурс] / И.М. Шейман, С.В. Шишкин, В.И. Шевский [и

- др.] // Мир России. Социология. Этнология. – 2021. – Т. 30. – № 4. – С. 6-29. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47130703>.
89. Australian Institute of Health and Welfare 2021. National Bowel Cancer Screening Program: monitoring report 2021. Cancer series no.132. Cat. no. CAN 139. Canberra: AIHW <https://www.aihw.gov.au/getmedia/9d83956b-37bc-4152-af0a-cbe14ce21d7d/aihw-can-139-National-Bowel-Cancer-Screening-Program-monitoring-report-2021.pdf.aspx?inline=true>.
90. Doubeni CA, Corley DA, Quinn VP, Jensen CD, Zauber AG, Goodman M, Johnson JR, Mehta SJ, Becerra TA, Zhao WK, Schottinger J, Doria-Rose VP, Levin TR, Weiss NS, Fletcher RH. Effectiveness of screening colonoscopy in reducing the risk of death from right and left colon cancer: a large community-based study. *Gut*. 2018 Feb;67(2):291-298. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312712. Epub 2016 Oct 12. PMID: 27733426; PMCID: PMC5868294. Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733426/>.
91. European Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. здравоохранения [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32003H0878>. – (дата обращения: 02.07.2023).
92. Altobelli E, D'Aloisio F, Angeletti PM. Colorectal cancer screening in countries of European Council outside of the EU-28. *World J Gastroenterol*. 2016 May 28;22(20):4946-57. doi: 10.3748/wjg.v22.i20.4946. PMID: 27239121; PMCID: PMC4873887. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4873887/> (дата обращения: 06.07.2023).
93. F R. Capocaccia, G. Gatta, L. Dal Maso, Life expectancy of colon, breast, and testicular cancer patients: an analysis of US-SEER population-based data, *Annals of Oncology*, Volume 26, Issue 6, 2015, Pages 1263-1268, ISSN 0923-7534. Режим доступа: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv131>.

(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092375341931806X>)

(дата обращения: 06.07.2023).

94. Flores M, Glusman G, Brogaard K, Price ND, Hood L. P4 medicine: how systems medicine will transform the healthcare sector and society. *Per Med.* 2013;10(6):565-576. doi: 10.2217/pme.13.57. PMID: 25342952; PMCID: PMC4204402. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204402/> (дата обращения: 06.07.2023).
95. Hood, Leroy & Flores, Mauricio & Brogaard, K.R. & Price, Nathan. (2013). Systems Medicine and the Emergence of Proactive P4 Medicine: Predictive, Preventive, Personalized and Participatory. *Handbook of Systems Biology.* 445-467. 10.1016/B978-0-12-385944-0.00023-X. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/287407323_Systems_Medicine_and_the_Emergence_of_Proactive_P4_Medicine_Predictive_Preventive_Personalized_and_Participatory (дата обращения: 02.07.2023).
96. Heisser T, Hoffmeister M, Brenner H. Model based evaluation of long-term efficacy of existing and alternative colorectal cancer screening offers: A case study for Germany. *Int. J. Cancer.* 2022;150(9):1471-1480. doi:10.1002/ijc.33894.
97. Jahn, B., Sroczynski, G., Bundo, M. et al. Effectiveness, benefit harm and cost effectiveness of colorectal cancer screening in Austria. *BMC Gastroenterol* 19, 209 (2019). Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s12876-019-1121-y> (дата обращения: 06.07.2023).
98. Kaplan HG, Malmgren JA, Atwood MK, Calip GS. Effect of treatment and mammography detection on breast cancer survival over time: 1990-2007. *Cancer.* 2015 Aug 1;121(15):2553-61. doi: 10.1002/cncr.29371. Epub 2015 Apr 14. PMID: 25872471; PMCID: PMC5705063. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5705063/> (дата обращения: 06.07.2023).

99. Logan RF, Patnick J, Nickerson C, Coleman L, Rutter MD, von Wagner C; English Bowel Cancer Screening Evaluation Committee. Outcomes of the Bowel Cancer Screening Programme (BCSP) in England after the first 1 million tests. *Gut*. 2012 Oct;61(10):1439-46. doi: 10.1136/gutjnl-2011-300843. Epub 2011 Dec 7. PMID: 22156981; PMCID: PMC3437782.
100. Report of the independent review of adult screening programmes in England. 2019 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/02/report-of-the-independent-review-of-adult-screening-programme-in-england.pdf>. – [Дата обращения: 02.07.2023].
101. Shaukat A, Levin TR. Current and future colorectal cancer screening strategies. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022 Aug;19(8):521-531. doi: 10.1038/s41575-022-00612-y. Epub 2022 May 3. Erratum in: *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022 Jul 4;: PMID: 35505243; PMCID: PMC9063618.
102. The National Bowel Cancer Audit. 2019. [Электронный ресурс] // Великобритания. Режим доступа: <https://www.nboca.org.uk/content/uploads/2020/01/NBOCA-2019-V2.0.pdf>
103. WHO Mortality Database [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://platform.who.int/mortality> (дата обращения: 02.07.2023).
104. World bank [Электронный ресурс]. doi: 10.1596/978-1-4648-1328-3. Режим доступа: <https://blogs.worldbank.org/en/health/human-capital-and-health> (дата обращения: 01.07.2023).
105. World Development Report 2019: The Changing Nature of Work [Электронный ресурс]. doi: 10.1596/978-1-4648-1328-3. Режим доступа: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/363661540826242921/pdf/Th-e-Human-Capital-Project.pdf> (дата обращения: 02.07.2023).
106. Worthington J, Lew JB, Feletto E, Holden CA, Worthley DL, Miller C, Canfell K. Improving Australian National Bowel Cancer Screening Program outcomes through increased participation and cost-effective investment. *PLoS*

One. 2020 Feb 3;15(2):e0227899. doi: 10.1371/journal.pone.0227899. PMID: 32012174; PMCID: PMC6996821.

107. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N Engl J Med*. 2012 Feb 23;366(8):687–696. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa11003703>.
108. Zheng, S.; Schrijvers, J.J.A.; Greuter, M.J.W.; Kats-Ugurlu, G.; Lu, W.; de Bock, G.H. Effectiveness of Colorectal Cancer (CRC) Screening on All-Cause and CRC-Specific Mortality Reduction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers* 2023,15,1948. <https://doi.org/10.3390/cancers15071948>.

**Приложение 1. Форма выкопировки данных из медицинской карты
стационарного больного**

Анкета №

| № | Наименование | Данные |
|---|--|--------|
| | Дата выкопировки данных из истории болезни | |
| | № истории болезни | |
| 2 | Полис ОМС | |
| | Ф.И.О. | |
| | Пол (1 - мужской, 2 - женский) | |
| | Дата рождения | |
| | Возраст | |
| | Домашний адрес | |
| | Название направившей медицинской организации | |
| | № амбулаторной карты | |
| | Диагноз основной направившей медицинской организации | |
| | Осложнение | |
| | Сопутствующий | |
| | Дата направления | |
| | Дата поступления в стационар | |
| | Дата выписки из стационара | |
| | Диагноз при выписке | |
| | Подозрение на «рак» по результатам: | |
| | профилактического осмотра | |
| | диспансеризации | |

| | | |
|--|---|--|
| | При обращении в поликлинику в связи с | |
| | При госпитализации | |
| | Дата последнего: | |
| | профилактического осмотра | |
| | диспансеризации | |
| | Подозрение на рак выявлено в ходе исследования | |
| | Дата направления для верификации диагноза «рак» | |
| | Дата проведения биопсии | |

Приложение 2. Анкета изучения мнения населения
о профилактических осмотрах и диспансеризации

Уважаемый респондент! На кафедре общественного здоровья и здравоохранения МГМСУ им. А.И. Евдокимова проводится исследование по вопросам доступности, качества и результативности профилактических осмотров и диспансеризации. Приглашаем Вас принять участие в анонимном анкетировании. Ваше мнение важно для совершенствования диагностики злокачественных новообразований.

1. Пол: м ж
2. Возраст:
3. Уровень образования: полное среднее, высшее, несколько высших, ученая степень
4. Семейное положение: холост, женат (замужем), разведен (разведена), вдовец (вдова)
5. Социальный статус: работающий, служащий, пенсионер, безработный
6. Уровень дохода (в Вашем домохозяйстве на человека в месяц, тыс. рублей):
 - Менее 15,0
 - от 15,0 до 30,0
 - от 30,0 до 45,0
 - от 45,0 до 60,0
 - от 60,0 до 75,0
 - более 75,0
7. Представляет ли здоровье ценность для Вас? Да Нет
8. Знаете ли Вы о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи?
 - Да Нет Затрудняюсь ответить
9. Знаете ли Вы о программе профилактических осмотров?
 - Да Нет

10. Знаете ли Вы о бесплатных профилактических осмотрах в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи?

Да Нет

11. Знаете ли Вы о программе диспансеризации?

Да Нет

12. Знаете ли Вы о бесплатной диспансеризации в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи?

Да Нет

13. Откуда Вы получили информацию о бесплатных профилактических осмотрах (диспансеризации)?

От работодателя

От друзей, знакомых, родственников

От работника страховой компании (страхового поверенного)

От участкового врача

От другого работника медицинской организации (напр., от врача-специалиста, звонок из регистратуры и т.д.)

Из СМИ

Из Интернета (в т.ч. из социальных сетей)

Из Интернета (в т.ч. из социальных сетей)

14. Проходили ли Вы хотя бы раз в жизни профилактический осмотр?

Да Нет

15. Проходили ли Вы за последние 5 лет профилактический осмотр?

Да Нет

Если да, то сколько раз: _____ В каком возрасте _____

Если да, бы ли проведен тест кала на скрытую кровь? Да Нет

16. Проходили ли Вы хотя бы раз в жизни диспансеризацию?

Да Нет

17. Проходили ли Вы за последние 5 лет диспансеризацию?

Да Нет

Если да, то сколько раз: _____ В каком возрасте _____

Если да, бы ли проведен тест кала на скрытую кровь? Да Нет

18. Если да, бы ли проведен скрининг (исследование) на выявление злокачественных новообразований:

а) шейки матки (у женщин) (в возрасте от 18 до 64 лет включительно - взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года)

Да Нет

б) молочных желез (у женщин) (в возрасте от 40 до 75 лет - маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм)

Да Нет

в) предстательной железы (у мужчин) (в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет - определение простат-специфического антигена в крови)

Да Нет

г) толстого кишечника и прямой кишки (в возрасте от 40 до 75 лет - исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом)

Да Нет

д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов

Да Нет

е) пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (в возрасте 45 лет – эзофагогастродуоденоскопия)

Да Нет

19. Длительность проведения последнего профилактического осмотра составила (дней):

Один

Два

Три

4 и более дней

20. Длительность проведения последней диспансеризации составила (дней):

Один

Два

Три

4 и более дней

21. Последний профилактический осмотр был проведен в:

Одной медицинской организации

Нескольких медицинских организациях (приходилось ездить)

22. Последняя диспансеризация была проведена в:

Одной медицинской организации

Нескольких медицинских организациях (приходилось ездить)

23. По результатам последнего профилактического осмотра:

Было выявлено новое заболевание

Было дано направление для дальнейшего обследования

Были даны рекомендации по поводу профилактики заболевания (образа жизни)

Не получил(а) новых рекомендаций

Никакой ценности для меня не обнаруживаю

24. По результатам последней диспансеризации:

Было выявлено новое заболевание

Было дано направление для дальнейшего обследования

Были даны ценные рекомендации по поводу заболевания (образа жизни)

Не получил(а) новых рекомендаций

Никакой ценности для меня не обнаруживаю

25. В случае возникновения вопросов по профилактическим осмотрам (диспансеризации) Вы скорее обратитесь:

К страховому поверенному (в страховую компанию)

В медицинскую организацию

В Интернет (официальные ресурсы)

В Интернет (другие сайты, в т.ч. социальные сети)

К родственникам, друзьям (знакомым)

26. Страховой поверенный при проведении профилактического осмотра и

диспансеризации:

запись на прием;


работа с жалобами;

направление к другим специалистам;

направление на лабораторные исследования;

направление на КТ/ МРТ.

Приложение 3. Акты о внедрении материалов исследования


 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ
 «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
 ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА
 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»
 Адрес: Шарикоподлинниковская ул., д. 9, Москва, 115088
 Тел: 8(495) 750-12.85, E-mail: info@niiiozmm.dzm.ru, http://www.niiiozmm.dzm.ru, ОГРН 502504081285, ОГРН ИП 502504081285


 УТВЕРЖДАЮ
 Директор «ГБУ НИИОЗММ ДЗМ»
 _____ Аксенова Е.И.
 _____ 2023 г.
 АКТ

АКТ
о внедрении результатов
 кандидатской диссертационной работы
 Патрушева Михаила Андреевича
 на тему «Научное обоснование совершенствования медико-экономической
 эффективности скрининга рака колоректальной локализации»

Комиссия в составе:

Камынина Н.Н. – заместитель директора по научной работе, д-р мед. наук, доцент, председатель комиссии;

Гажева А.В. – научный сотрудник отдела организации здравоохранения, канд. мед. наук, доцент, член комиссии;

Чернова Е.А. – начальник отдела мониторинга научной деятельности, член комиссии.

Комиссия ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» составила настоящий акт о том, что результаты диссертационной работы Патрушева Михаила Андреевича по теме «Научное обоснование совершенствования медико-экономической эффективности скрининга рака колоректальной локализации», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, использованы в научном обосновании и выборе наиболее оптимальных схем маршрутизации пациентов при диагностике злокачественных новообразований, выявленных у москвичей в 2021 – 2023 годах. Полученные автором диссертационного исследования выводы применяются в аналитической деятельности Центра медицинской статистики города Москвы и отдела демографии НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения

города Москвы при подготовке аналитических докладов по вопросам учета заболеваемости населения Москвы злокачественными новообразованиями и совершенствования онкологической помощи в городе, в том числе при подготовке справок о реализации Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» Минздрава России.

Результаты диссертационной работы Патрушева Михаила Андреевича:

1. Выполнен анализ численности пациентов, состоящих на учете по поводу злокачественных новообразований, в том числе колоректальной локализации;
2. Проведен анализ заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований, в том числе колоректальной локализации, с использованием общих и стандартизованных по возрасту показателей заболеваемости и смертности;
3. Выполнен анализ результатов маршрутизации пациентов при диагностике злокачественных новообразований колоректальной локализации;
4. Разработаны методические подходы к формированию программы аудита скрининга на выявление злокачественных новообразований колоректальной локализации и их лечения.

Заключение: Использование указанных результатов позволяет: учитывать особенности половозрастного состава населения г. Москвы и достоверно оценивать заболеваемость и смертность населения; анализировать качество диагностики и лечения злокачественных новообразований; содействовать в более результативной маршрутизации пациентов при диагностике злокачественных новообразований.

Председатель комиссии

Н.Н. Камынина

Член комиссии

А.В. Гажева

Член комиссии

Е.А. Чернова



Подпись: *Н.Н. Камыниной, А.В. Гажевой, Е.А. Черновой*

Закреплено

Начальник
отдела

Н. Лисенко



МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В.ЛОМОНОСОВА

ФАКУЛЬТЕТ
ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Ломоносовский проспект, д.27, корп.1, Москва, 119991
Тел.: (495) 932-88-14, факс: (499) 726-55-47
E-mail: info@fbs.msu.ru

05.10.2013 № 461-23/110-02
На № _____

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Материалы диссертационного исследования **Патрушева Михаила Андреевича** на тему: «Научное обоснование совершенствования медико-экономической эффективности скрининга рака колоректальной локализации», включены в программу обучения студентов, ординаторов, аспирантов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», а также слушателей циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Наименование учреждения, внедрившего материалы исследования, дата внедрения: МГУ имени М.В.Ломоносова.

Форма внедрения: использование материалов исследования при проведении лекционных и практических занятий.

Результаты и эффективность внедрения: совершенствование содержания программы обучения слушателей циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации, а также аспирантов, ординаторов и студентов, за счет включения результатов из следующих разделов диссертационного исследования:

- анализ нормативной правовой базы, регулирующей организацию проведения профилактических осмотров и диспансеризации;
- анализ объемов и стоимости профилактических осмотров и диспансеризации, проводимых в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- анализ заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований, в том числе колоректальной локализации, с использованием методов расчета общего и стандартизованного по возрасту показателей.

Заместитель
профессор

декана,



д.ф.н.
[Handwritten signature]

Е.И.Каленикова

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
**МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА**
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

127473, г. Москва, Делегатская ул., д. 20, стр. 1
тел.: (495) 609-67-00, факс: (495) 673-94-56
ИНН/КПП: 7707082145/770701001,
ОГРН: 1027739808898; <http://www.msmsu.ru>,
e-mail: msmsu@msmsu.ru

«УТВЕРЖДАЮ»

Первый проректор
академик РАН, д.м.н.,
профессор И.В.Маев



8 октября 2023 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

Материалы диссертационного исследования **Патрушева Михаила Андреевича** на тему: «Научное обоснование совершенствования медико-экономической эффективности скрининга рака колоректальной локализации», включены в программу обучения студентов, ординаторов, аспирантов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», а также слушателей циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Наименование учреждения, внедрившего материалы исследования, дата внедрения: кафедра общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, II-IV квартал 2022 года.

Форма внедрения: использование материалов исследования при проведении лекционных и практических занятий.

Результаты и эффективность внедрения: совершенствование содержания программы обучения слушателей циклов профессиональной переподготовки и повышения квалификации, а также аспирантов, ординаторов и студентов, за счет включения результатов из следующих разделов диссертационного исследования:

- анализ нормативной правовой базы, регулирующей организацию проведения профилактических осмотров и диспансеризации;
- анализ объемов и стоимости профилактических осмотров и диспансеризации, проводимых в рамках Программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- анализ заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований, в том числе колоректальной локализации, с использованием методов расчета общего и стандартизованного по возрасту показателей.

Зав. учебной частью ВО
кафедры общественного здоровья и
здравоохранения ФГБОУ ВО
МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Минздрава России
доцент, к.м.н.



И.О.Кочеткова