Резолюция
круглого стола на тему
«Онкологическая служба России 2022: новые порядки, правила и перспективы»

г. Москва **26 июля 2021 года**

26 июля 2021 года состоялся круглый стол, посвященный новому Порядку оказания помощи онкологическим пациентам, разработанный и утвержденный Минздравом России (приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н). Документ начнет действовать с 1 января 2022 года. Организатором дискуссии выступил Фонд поддержки противораковых организаций «Вместе против рака» (https://protiv-raka.ru/).

Участие в круглом столе приняли депутат Государственной Думы РФ; главный внештатный онколог Минздрава России; представители и руководители профильных государственных ведомств и учреждений: НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина Минздрава России, НМИЦ эндокринологии Минздрава России, МНТК «Микрохирургия глаза», ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»; представители подразделения Департамента здравоохранения г. Москвы, частных медицинских организаций, ведущих профессиональных организаций: Российское общество клинической онкологии, Российская ассоциация эндокринологов, Российское общество онкоурологов, Российская ассоциация эндокринных хирургов, Ассоциация специалистов по проблемам меланомы и другие. К трансляции прямого эфира круглого стола подключились сотни врачей-онкологов, руководители онкослужб и благотворительных фондов поддержки раковых больных, организаторы здравоохранения.

Эксперты обсудили следующие вопросы:

- определение тактики лечения пациентов с новообразованиями в медицинских организациях по новым правилам;
- распространение Порядка об оказании онкологической помощи на ряд доброкачественных новообразований;
- повышенные требования к коечной мощности структурных подразделений онкологических медицинских организаций;
- маршрутизация онкологических больных;
- иные вопросы.

На круглом столе представителями НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина Минздрава России был высказан тезис о том, что тенденция построения национальных онкологических служб является общеевропейским трендом. В качестве примера были приведены Великобритания, Франция, ФРГ и другие страны, в которых уже много лет занимаются этим вопросом. С позиции авторов нового Порядка подход, изложенный в данном документе, отражает намерения по созданию национальной онкологической службы в России. Однако следует заметить, что в указанных европейских странах этот процесс происходит совершенно в ином контексте и на совершенно иных условиях. В этой связи апелляции к зарубежному опыту с целью защиты положений Порядка несостоятельны.

В качестве примера можно привести ФРГ, где процесс создания национальной службы идет более 18 лет. В начале 2000-х годов онкологическое общество ФРГ (Deutsche Krebsgesellschaft, DKG) провело оценку имеющейся информации о качестве онкологической помощи и пришло к выводу, что существует потребность во всеобъемлющей, прозрачной и основанной на доказательной базе системе оценки и контроля качества. Это побудило к разработке и внедрению программы добровольной сертификации онкологических центров, которую продвигали научные общества, медицинские

работники и группы защиты интересов пациентов. Основой этого процесса был консенсус профессионального сообщества и организаций пациентов, создание систем объективной и доказательной оценки качества лечения, аудита, сертификации, национальных реестров, контроля конфликтов интересов, прозрачность и публичность. В результате была выстроена конструкция, включающая медицинские организации трех уровней компетенции: CCC (comprehensive cancer center) – многофункциональный онкологический центр, являющийся ведущим онкологическим центром с крупными исследовательскими компетенциями и лабораториями, также лечащим пациентов с редкими видами рака. По сути такие центры функционируют в рамках 4-го уровня медицинской помощи; OC (oncology center) – специализированный онкологический центр, работающий в сфере рисковых с соматической точки зрения форм рака, требующих значительных клинических компетенций в сфере госпитальной терапии, интенсивной помощи, трансфузиологии, кардиологии, неврологии, реабилитации и прочее. В первую очередь, это касается нейро-онкологии, онкологии головы и шеи, панкреато-билиарной зоны; OCC (organ cancer center) – основной (рядовой онкологический центр), специализирующийся в сфере наиболее распространенных форм онкологических заболеваний (маммология, колоректальный рак, рак желудка и кишечника, гинекологические раки, рак кожи). К 2017 году в ФРГ добровольную сертификацию по трем уровням компетенции прошли 1 324 медицинских организации (1200 – OCC, 109 – CC и 15 – CCC). 60 участников программы сертификации расположены в Италии, Швейцарии и Австрии.

Приведенный пример говорит о том, что процесс создания национальной онкологической системы – долгий, затратный и публичный, основанный, прежде всего, на консенсусе профессионалов, государственных институтов и пациентского сообщества. Попытка решать такие вопросы приватно, в минимальные временные периоды, не даст никакого результата, а лишь создаст дополнительные сложности для всех участников.

Также эксперты на круглом столе единодушно отметили, что в последние годы онкологическую помощь в России стали оказывать учреждения, не имеющие достаточного уровня подготовки для квалифицированного лечения онкологических больных. В связи с этим необходима разработка критериев, позволяющих поставить заслон подобной деятельности. Однако, по мнению большинства экспертов, предлагаемые в новом Порядке критерии по составу консилиумов, коечной мощности учреждений и ряд других носят формальный характер и не позволят эффективно отсечь низкоквалифицированные учреждения. При этом они значимо ограничат возможности добросовестных и эффективных медицинских организаций, которые оказывают данную помощь (иногда безальтернативную) при некоторых клинических ситуациях. Перевод ряда учреждений в «эталонные» осуществляется Порядком по формальным критериям.

Тактика лечения пациентов с новообразованиями по новым правилам с 2022 года будет определяться только в крупных медицинских организациях

Согласно п. 16 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утвержденному приказом Минздрава России от 19.02.2021 № 116н (далее – Порядок по оказанию онкологической помощи), тактика лечения устанавливается консилиумом врачей, включающим врачей-онкологов, врача-радиотерапевта, врача-нейрохирурга (при опухолях нервной системы) медицинской организации, в составе которой имеются отделения хирургических методов лечения злокачественных новообразований, противоопухолевой лекарственной терапии, радиотерапии, в том числе онкологическим консилиумом, проведенным с применением телемедицинских технологий, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

Таким образом, с 2022 года, тактику лечения смогут определять только в крупной онкологической медицинской организации, которая имеет в своем составе перечисленные структурные подразделения (хирургические отделения, отделения противоопухолевой лекарственной терапии, отделения радиотерапии). В свою очередь, большое количество многопрофильных, а также узкоспециализированных клиник, с хорошими результатами лечения, но не имеющих всех трех

отделений одновременно, фактически исключаются из системы оказания онкологической помощи. Указанные клиники будут вынуждены направлять своих пациентов в технически оснащенные крупные медицинские организации. Однако наличие хирургического, химиотерапевтического и лучевого отделения не является автоматически критерием высокого качества оказания помощи, также как и отсутствие одного или даже двух из перечисленных подразделений, не делает оказываемую по оставшимся профилям помощь автоматически некачественной. Более того, в ряде случаев не существует даже потребности в формальном присутствии всех трех отделений, т.к. лекарственное, лучевое или хирургическое лечение для ряда пациентов не предусмотрено ни стандартами, ни клиническими рекомендациями, ни здравым смыслом. Ярким примером являются доброкачественные новообразования, часть из которых также отнесены к ведению онкологической службы (о чем далее), при которых нет места для лекарственного или лучевого методов лечения и присутствие в консилиуме химиотерапевта и лучевого терапевта будет сведено к чистой формальности, даже косвенно не влияющей на исход лечения. Но при этом данная формальность потребует больших логистических, временных и финансовых (т.к. консилиум будет проводиться на возмездной основе) затрат. Касается это и пациентов, получающих паллиативное лекарственное лечение – многие из них в принципе не требуют проведения хирургического и лучевого лечения, привлечение специалистов вновь будет не более чем формальностью. Но если ранее подобное привлечение проводилось хотя бы на базе клиники, оказывающей помощь, то, согласно новому Порядку, с января это должно происходить в крупной медицинской онкологической организации. С учетом большого потока больных вряд ли эта организация будет выделять на подобные консилиумы специалистов экспертного уровня, т.к. даже формальный консилиум требует времени, и хирург, лучевой терапевт или химиотерапевт должны будут отрывать его у больных, которых лечат в рамках своего учреждения.

При этом многие учреждения, оказывающие узкоспециализированную помощь, не требующую привлечения всех вышеуказанных специалистов и не имеющие своем составе соответствующих подразделений, с 1 января 2022 года лишатся права собирать консилиумы для определения и (или) изменения тактики лечения пациентов. В частности, при лечении пациентов с опухолевыми образованиями щитовидной железы, представители эндокринологических клиник обладают не меньшим, если не большим опытом оказания медицинской помощи больным на этапе до развития радиойодрезистентности, чем представители «классических» онкологических учреждений. Аналогичная ситуация с офтальмоонкологическими заболеваниями, при которых «специфическая» хирургическая и лучевая служба сосредоточены на базе офтальмологических центров, а разработанный порядок предлагает перенести решение судьбы больных и их лечение на базу онкологических учреждений, где есть третий «химиотерапевтический» компонент (но нет первых двух). Однако лекарственное лечение при меланоме глаза, например, малоэффективно и носит лишь вспомогательный характер в ситуациях, когда пациентам уже не могут помочь ни хирург, ни лучевой терапевт.

Стоит отметить, что ст. 16 нового Порядка изложена таким образом, что не позволяет медицинским организациям, не соответствующим ее требованиям, привлекать врачей–специалистов недостающих подразделений с применением телемедицинских технологий. Согласно нормам Порядка онкоконсилиум должен проводиться исключительно в медицинской организации, имеющей в своем составе все перечисленные Порядком структурные подразделения (хирургические отделения, отделения противоопухолевой лекарственной терапии, отделения радиотерапии). А она в свою очередь, может привлекать врачей-специалистов, используя возможности телемедицины.

Нормы нового Порядка исключат многие медицинские организации из процесса оказания онкологической помощи, в том числе и узкоспециализированные медицинские организации, имеющие уникальный опыт и навыки оказания медицинской помощи (онкоофтальмологические, эндокринологические и другие медицинские организации). Это приведет к нарушению прав пациентов на получение качественной и доступной медицинской помощи, а также к нерациональному перераспределения потоков пациентов и перегрузке онкослужбы. Объективных исследований, оценки прогноза и тактики перераспределения потоков пациентов, поэтапной подготовки кадров не проводилось. Обратных данных разработчиками Порядка не представлено.

Исключение из оказания онкологической помощи многопрофильных стационаров затруднит лечение полиморбидных онкологических пациентов, имеющих серьезную сопутствующую сердечно-сосудистую, дыхательную, гастроинтестинальную, нейрохирургическую, травматолого-ортопедическую аутоиммунную и другую патологию. В онкологических диспансерах нет соответствующих служб, отделений и специалистов. Это означает, что в случае обострения указанных патологий, а также развития соответствующих осложнений в ходе лечения онкологического заболевания, включая патологический перелом позвоночника при метастазах, инфаркт миокарда или инсульт у онкологического больного, таких пациентов придётся переводить из онкологического диспансера в многопрофильный стационар, прерывать онкологическое лечение, то есть подвергать жизнь и здоровье пациента многим неоправданным рискам. В связи с этим, исключение из оказания онкологической помощи многопрофильных стационаров, куда могли бы направляться коморбидные онкологические больные, сделает специализированную медицинскую помощь для этой категории пациентов несвоевременной, неполноценной, некачественной и небезопасной.

Также участниками круглого стола было обращено внимание на то, что результаты сравнительного анализа качества работы онкоконсилиумов в крупных онкологических учреждениях и в медицинских организациях, не имеющих в своем составе всех трех структурных подразделений, послужившего основой для введения подобной нормы, не раскрывались при публичном обсуждении проекта нового порядка по оказанию онкологической помощи (в том числе и для профессиональной аудитории). Указанная информация в открытом доступе не находится, не опубликована в профессиональных изданиях, методика проведения оценки не раскрыта. Профессиональное сообщество полагает, что подобный анализ должен быть, во-первых, представлен на обозрение всем участникам оказания онкологической помощи; во-вторых, на данный момент отсутствуют основания для признания анализа как имеющего юридическое значение ввиду того, что его исполнители (научно-исследовательские медицинские центры) не имеют соответствующей аккредитации в качестве органов инспекции или иных полномочий для проведения подобного рода экспертных оценок. Более того, данный анализ не отвечает принципам независимости в виду прямой заинтересованности исполнителей в его результатах. Также представляется сомнительной объективность, всесторонность и полнота исследования, так как результаты работы многих неонкологических медицинских организаций, тем не менее оказывающих онкологическую помощь (эндокринологические, онкоофтальмологические и другие) не являлись предметом исследования.

Распространение Порядка об оказании онкологической помощи на ряд доброкачественных новообразований

В соответствии с п. 1 Порядка по оказанию онкологической помощи документ устанавливает правила организации оказания медицинской помощи взрослым с онкологическими заболеваниями, входящими в рубрики C00 - C97, D00 - D09, D21, D31 - 33 и D35 - D48 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, а также с подозрением на онкологические заболевания. Из изложенной нормы следует, что новый порядок распространяется на ряд доброкачественных новообразований, а именно:

- другие доброкачественные новообразования соединительной и других мягких тканей (D21);
- доброкачественные новообразования глаза и его придаточного аппарата (D31);
- доброкачественные новообразования мозговых оболочек (D32);
- доброкачественные новообразования головного мозга и других отделов центральной нервной системы (D33);
- доброкачественные новообразования других и неуточненных эндокринных желез (D35);
- доброкачественные новообразования других неуточненных локализаций (D36);
- новообразования неопределенного или неизвестного характера (D37-B48).

Отсюда вытекает, что этими новообразованиями займутся врачи–онкологи. При этом каких – либо исключений из правил в отношении медицинской помощи с указанными доброкачественными новообразованиями Порядок по оказанию онкологической помощи не содержит. Таким образом, с 2022 года пациенты с данными новообразованиями будут вынуждены проходить консилиум в онкологической медицинской организации, имеющей три структурных отделения, а узкие специалисты не смогут полноценно оказывать медицинскую помощь в рамках своей же специальности (например, врачи–эндокринологи, дерматовенерологи, офтальмологи).

Между тем следует обратить внимание на то, что доброкачественные новообразования не требуют радиотерапевтического или химиотерапевтического лечения, и, соответственно, многие учреждения, оказывающие онкологическую помощь, не имеют в своем составе структурных подразделений радиотерапии и противоопухолевой терапии. Более того, большинство из вышеперечисленных заболеваний по сложившейся практике успешно лечатся в специализированных медицинских организациях. Немаловажным является и то, что привлечение заранее невостребованных в данной области специалистов для формального создания консилиума является явно контрпродуктивным и нецелесообразным. Подобный подход приведет либо к тому, что специалист будет просто тратить свое рабочее время на абсолютно ненужную пациенту и плательщикам формальность, поскольку его опыт и знания в данной области востребованы быть не могут, либо будет вписываться в состав консилиума, но реально не принимать в нем участие. В частности это касается доброкачественных новообразований других и неуточненных эндокринных желез (D35), лечение которых осуществляется в эндокринологических медицинских центрах. По словам представителей профессиональной ассоциации эндокринологов, не более 3-4% пациентов, имеющих заболевания надпочечников, и не более 1-2% пациентов с заболеваниями щитовидной железы требуют специализированной помощи в онкологическом учреждении, при этом и диагностика и последующее лечение осуществляются врачами-эндокринологами. Идентична картина и в отношении пациентов с доброкачественными новообразованиями глаза и его придаточного аппарата (D31), которые получают медицинскую помощь в офтальмологических медицинских организациях. По словам представителей профессиональной ассоциации офтальмологов, не более 1-2% взрослых пациентов, имеющих офтальмологические заболевания, требуют специализированной помощи в онкологических учреждениях.

Вступление в силу нового Порядка приведет к фактическому закрытию многих специализированных медицинских организаций, к ограничению прав пациентов на получение медицинской помощи. Кроме того, передача пациентов в онкологические организации в разы усилит нагрузку на онкослужбу, что приведет к уменьшению доступности и качества оказания помощи не только пациентам с доброкачественными новообразованиями, но и со злокачественными. Объективных исследований, оценки прогноза и тактики перераспределения потоков пациентов, поэтапной подготовки кадров не проводилось. Обратных данных разработчиками Порядка не представлено.

Усилены требования к коечной мощности структурных подразделений онкологических организаций

В соответствии с положениями Порядка по оказанию онкологической помощи, усиливаются требования к коечной мощности онкодиспансера и структурных единиц медицинской организаций, участвующих в оказании онкологической помощи.

Так, отделение противоопухолевой терапии должно иметь от 20 до 50 коек. В отделении радиотерапии полагается не менее 5 коек на одну установку, при этом оно может быть организовано только в больнице с минимум 50 койками онкологического профиля. Коечная мощность отделений хирургических методов лечения онкологического диспансера (онкологической больницы) должна составлять от 20 до 50 коек. При этом отделение организуются в медицинской организации коечной мощностью не менее 70 коек онкологического профиля. Привязка «компетенции» к коечной

мощности является крайне сомнительной, особенно с учетом, например, курса на стационар-замещающие технологии. Подобные порядок не только ограничивает в правах клиники, эффективно ведущие пациентов без госпитализации, но и прямо подталкивает к необоснованному расширению коечного фонда для соответствия формальному критерию.

Между тем в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «онкология», широкое внедрение прежде всего эндоскопических методов лечения позволяет значительно сократить пребывание пациентов в стационаре. Соответственно, для оказания достаточно больших объемов онкологической помощи хирургического профиля уже не требуется такого большого количества коек, как отражено в новом порядке.

Новые завышенные требования к коечной мощности исключат из системы оказания онкопомощи огромное количество работающих клиник. Более того, такой коечный фонд объективно не требуется при лечении многих онкологических заболеваний. К примеру, брахитерапия, терапия радиоактивным йодом (в ряде случаев) и многие другие медицинские вмешательства проводятся в амбулаторных условиях. Время пребывания в стационаре при терапии радиоактивным йодом при раке щитовидной железы в настоящее время значительно укорочено. Все вышеперечисленные нововведения в совокупности снизят не только качество, но и доступность онкологической помощи в стране, приведут к неоправданно длительному пребыванию в стационарах и расширению показаний к этим видам лечения.

Таким образом, с вступлением указанных норм в силу небольшим больницам или частным клиникам, специализирующимся на лечении конкретных злокачественных новообразований, будет запрещено оказывать онкологическую помощь. В этой связи необходимо пересмотреть требования нового порядка к количеству коек.

Впервые введены нормы о маршрутизации онкопациентов

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» закрепляет за пациентами право выбирать, в какой медицинской организации лечиться (ст.ст. 19, 21). Между тем в Порядок по оказанию онкологической помощи впервые включены нормы о маршрутизации пациентов (в действующем Порядке № 915н они не предусмотрены). Из норм нового порядка следует, что:

- в каждом регионе местные минздравы организуют специальные комиссии (кто в них войдет и по какому принципу – не определено), которые станут решать, в какую медицинскую организацию отправить пациента на лечение за счет средств федерального фонда ОМС, то есть бесплатно для больного.
- выбирать медицинскую организацию комиссия будет из медицинских организаций, «оказывающих онкологическую помощь и осуществляющих диспансерное наблюдение», которые вошли в перечень маршрутизации. Единственным критерием включения является участие в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Иных критериев включения или не включения медицинских организаций в перечень маршрутизации нет.
- право медицинской организации оказывать те или иные виды медпомощи будет обозначено в региональных документах. Как станут определять, что в одной больнице, например, можно оперировать онкологических пациентов, а в другой – нет, также не ясно.
- порядок маршрутизации пациентов станет главным «онкологическим распределителем» в регионе. Онкологический пациент без направления лечащего врача не сможет получить бесплатную помощь, выбрав медицинскую организацию. Поскольку врач, выдавая направление, должен будет руководствоваться именно порядком маршрутизации пациентов, утвержденным региональным Минздравом.
- такой порядок фактически регулирует объемы медицинской помощи.

Таким образом, новый порядок фактически отменяет федеральный закон, поскольку региональные Минздравы лишь в исключительных случаях станут тратить деньги территориальных фондов ОМС на оплату дорогостоящего лечения онкобольных в крупных городах, даже если в регионе квалификация специалистов и оборудование не позволяют быстро установить диагноз и провести соответствующее лечение. Новые нормы сводятся к жесткой приписке пациента не только к конкретному региону, но даже к конкретной медицинской организации.

Центру амбулаторной онкологической помощи отведена лидирующая роль

Порядком по оказанию онкологической помощи установлено, что первичный онкологический кабинет организуется, если отсутствует возможность создать Центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) на территории обслуживания медицинской организации. Однако как определяется территория обслуживания и что необходимо для создания Центра, в Порядке не обозначено.

Кроме того, в документ не включили первичное онкологическое отделение, которое сейчас занимается оказанием первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях (некоторые функции отделения пересекались с функциями Центра).

Таким образом, подобные положения в новом Порядке могут привести к ликвидации первичного онкологического отделения, кабинетов врачей-онкологов в поликлиниках, в том числе в частных клиниках, даже тех, которые не работают в системе ОМС, ведь порядок не делает каких–либо исключений. То есть первичный онкологический кабинет и первичное онкологическое отделение будут поглощены ЦАОПами.

Ужесточены требования к врачу-онкологу

Согласно профессиональному стандарту «врач-онколог», утвержденному приказом Минтруда России от 02.06.2021 № 360н врачи-онкологи будут дифференцированы по трем базовым трудовым функциям:

1) онкологи, работающие в амбулаторном звене и в дневном стационаре;

2) стационарные онкологи-химиотерапевты;

3) стационарные онкологи-хирурги.

При этом в соответствии с положениями нового профессионального стандарта, допуск до химиотерапии в стационаре возможен только при наличии не менее 5 лет опыта работы в стационаре по специальности «Терапия», «Общая врачебная практика», «Гематология», «Акушерство и гинекология», а допуск до хирургии в стационаре возможен только при наличии не менее 5 лет опыта работы в стационаре по специальности «Хирургия», «Урология», «Колопроктология», «Нейрохирургия», «ЧЛХ», «Офтальмология», «Оториноларингология», «Акушерство и гинекология».

Таким образом, регулятором введены жесткие критерии допуска до работы в стационаре, согласно которым необходимо первично получить другую специальность и отработать по ней в стационаре не менее 5 лет (например, пять лет опыта в стационаре по специальности «Терапия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология» и т.д.), что приведет к дефициту кадров, затруднениям в оказании медпомощи онкобольным, ограничении прав последних на получение доступной и качественной онкологической помощи. В целом подобный подход оправдан и соответствует международной практике, когда для получения узкой медицинской специальности врач изначально проходит подготовку широкого профиля, однако одномоментной введение подобной нормы приведет к тому, что в течение ближайших 5 лет новые онкологи смогут попасть в специальность только в случае желания хирургов, терапевтов или гинекологов ее сменить. Молодые врачи, целенаправленно сделавшие выбор в области онкологии в 2022 году, смогут приступить к работе лишь в 2031 году

(т.к. после 2 лет ординатуры по специальности «терапия», «хирургия» и так далее, 5-ти лет общей практики необходимо еще 2 года первичной специализации в области онкологии). Также не совсем понятным остается судьба специалистов, которые ранее получили специализацию «онкология» без предварительной работы в терапии/хирургии и т.д.

Участники круглого стола выражают опасение, что нормы нового Порядка об оказании онкологической помощи взрослым, а также профессиональный стандарт «врач–онколог», в течение ближайшего десятилетия приведут в совокупности не только к отрицательным последствиям для пациентов (ограничению права пациента на получение качественной и доступной медицинской помощи и, как следствие, к росту смертности от онкологических заболеваний, непрогнозируемым инфраструктурным разрушениям и кадровым потерям), но и к срыву национального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» – крупнейшей части нацпроекта «Здравоохранение» (его финансирование до 2024 года составляет 969 млрд рублей из 1,725 трлн рублей), чьи результаты должны быть подведены к 2024 году и который и без того реализуется с немалыми препятствиями. В июле 2021 года Минздрав России обозначил 53 региона, не выполнившие плановые значения указанного федерального проекта. В связи со всем вышесказанным, обсуждаемые нормы двух приказов (приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 116н, приказ Минтруда России от 02.06.2021 № 360н), кардинально затрагивающие организацию оказания онкологической помощи, требуют скорейшей и системной корректировки до момента вступления их в силу.

Детально обсудив положения нового Порядка, участники дискуссии пришли к следующим выводам:

1. Процесс создания национальной онкологической системы должен быть прозрачным и основан на консенсусе профессионалов, государственных институтов и пациентского сообщества.
2. Необходимо обнародовать для профессионального сообщества результата сравнительного анализа качества работы онкоконсилиумов в крупных онкологических учреждения и в медицинских организациях, не имеющих в своем составе всех трех структурных подразделений (хирургического отделения, отделения противоопухолевой лекарственной терапии, отделения радиотерапии).
3. Исключение из сферы онкопомощи медицинских организаций, не имеющих в своем составе всех трех структурных подразделений, в том числе и узкоспециализированных, имеющих уникальных опыт и хорошие результаты оказания медицинской помощи (онкоофтальмологические, эндокринологические и т.д.) приведет к перегрузке крупных онкоцентров и нарушению прав пациентов на получение своевременной, качественной и доступной медицинской помощи. Исключение из системы оказания онкопомощи многопрофильных стационаров затруднит лечение полиморбидных онкологических пациентов.
4. Новый порядок, с одной стороны, фактически запрещает узким специалистам (врачи-эндокринологи, дерматовенерологи, офтальмологи и т.д.) полноценно оказывать медицинскую помощь больным с доброкачественными новообразованиями, с другой - врачи-онкологи не обладают достаточными компетенциями для оказания такой помощи. В результате больные с доброкачественными новообразованиями могут остаться без наблюдения специалистов.
5. Усиление требований к коечной мощности, установление зависимости «количество коек равно компетенции», приведет не только к ограничению в правах клиник, внедряющих стационар-замещающие технологии лечения онкобольных, но и к запрету оказывать медицинскую помощь небольшим больницам и частным клиникам, специализирующихся на лечении конкретных злокачественных новообразований.

6. Нормы о маршрутизации больных фактически отменяют Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», который закрепляет за пациентами право выбирать, в какой медицинской организации лечиться (ст.ст. 19, 21).

7. Отсутствие четко прописанных условий для создания Центров амбулаторной онкологической помощи, а также определении территории, которую они должны обслуживать, может привести к ликвидации первичного онкологического отделения, кабинетов врачей-онкологов в государственных и частных поликлиниках, что затруднить пациентам получение своевременной и качественной медицинской помощи.

8. Введение нового профессионального стандарта «врач-онколог» может привести к дефициту медицинских кадров и, следовательно, сделать онкопомощь не доступной для пациентов.

Участники дискуссии считают целесообразным:

1. Изменить требования Порядка по оказанию онкологической помощи к определению и изменению тактики онкологического лечения консилиумом, а именно убрать привязку последнего к медицинским организациям, имеющим хирургические подразделения, подразделения противоопухолевой терапии и радиотерапии, либо добавить норму, в соответствии с которой медицинские организации, в которых отсутствуют вышеперечисленные подразделения, смогут с применением телемедицинских технологий собирать консилиумы с привлечением врачей-специалистов иных медицинских организаций, работающих в соответствующих структурных подразделениях.

   Предлагаемые редакции абз. 1 пункта 16 Порядка по оказанию онкологической помощи:

   «п. 16. Тактика лечения устанавливается консилиумом врачей, включающим врачей–онкологов, врача–радиотерапевта, врача–нейрохирурга (при опухолях нервной системы), врача – офтальмолога (при опухолях глаза и его придаточного аппарата), врача –эндокринолога (при новообразованиях щитовидной железы и других эндокринных желез) медицинской организации (далее – онкологический консилиум) с привлечением при необходимости других врачей - специалистов. Онкологический консилиум может проводится с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения участия в консилиуме врачей в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2017 г. № 965н.».

2. Учесть специфику отдельных доброкачественных новообразований, которые вошли в Порядок по оказанию онкологической помощи (D21, D31 - 33 и D35 - D48 МКБ-10), допустив оказание помощи пациентам с данными заболеваниями как врачами-онкологами, так и врачами соответствующих специальностей.

   Предлагаемая редакция пункта 1 Порядка по оказанию онкологической помощи:

   «п. 1. Настоящий Порядок устанавливает правила организации оказания медицинской помощи взрослым с онкологическими заболеваниями, входящими в рубрики C00 - C97, D00 - D09, D21, D31 - 33 и D35 - D48 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее соответственно - онкологические заболевания, МКБ-10), а также с подозрением на онкологические заболевания (далее - пациенты). Медицинская помощь пациентам с заболеваниями, входящими в рубрики D21, D31 - 33 и D35 - D48 МКБ-10, может оказываться врачами иных специальностей согласно профильным порядкам оказания медицинской помощи».

3. Допустить оказание онкологической помощи в ряде случаев не только врачами-онкологами, но и врачами соответствующих специальностей.

- Дополнить пункт 1 Порядка по оказанию онкологической помощи абзацем вторым следующего содержания:

  «Медицинская помощь пациентам с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата, входящих в рубрики С69 МКБ-10, заболеваниями щитовидной железы и других эндокринных желез, входящих в рубрики С73-С75 МКБ-10 также оказывается в соответствии с профильными порядками оказания медицинской помощи <1>».

  Дополнить пункт 1 сноской <1> следующего содержания: «Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 902н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 декабря 2012 года, регистрационный № 26116), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09 июня 2020 года № 558н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04 августа 2020 года, регистрационный № 59158), Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2012 года, регистрационный № 26368), с изменениями внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 февраля 2020 года № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 года, регистрационный № 59083)».

- Дополнить пункт 7 Порядка по оказанию онкологической помощи абзацем четвертым следующего содержания:

  «Первичная специализированная медико-санитарная помощь пациентам с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата, входящих в рубрики С69 МКБ-10, заболеваниями щитовидной железы и других эндокринных желез, входящих в рубрики С73-С75 МКБ-10 может оказываться соответственно врачами-офтальмологами, врачам-эндокринологами согласно профильным порядкам оказания медицинской помощи <2>».

  Дополнить пункт 7 сноской <2> следующего содержания: «Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 902н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 декабря 2012 года, регистрационный № 26116), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09 июня 2020 года № 558н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04 августа 2020 года, регистрационный № 59158), Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2012 года, регистрационный № 26368), с изменениями внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 февраля 2020 года № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 года, регистрационный № 59083)».

- Изложить пункт 12 Порядка по оказанию онкологической помощи в следующей редакции:

  «п. 12 Диагноз онкологического заболевания устанавливается врачом-онкологом, а при злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, входящих в рубрики МКБ-10 С81 - С96, также врачом-гематологом.

  Диагноз онкологических заболеваний, входящими в рубрики МКБ-10 С69, С73-С75 устанавливается также врачами–специалистами соответствующих специальностей (врачами-офтальмологами, врачами –эндокринологами)».

- Пункт 20 Порядка по оказанию онкологической помощи дополнить абзацем третьим следующего содержания:

  «Специализированная медицинская помощь пациентам с заболеваниями глаза и его придаточного аппарата, входящих в рубрики С69 МКБ-10, заболеваниями щитовидной железы и других эндокринных желез, входящих в рубрики С73-С75 МКБ-10 также оказывается в соответствии с профильными порядками оказания медицинской помощи <9>».

  Дополнить пункт 20 сноской <9> следующего содержания: «Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 902н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 декабря 2012 года, регистрационный № 26116), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09 июня 2020 года № 558н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04 августа 2020 года, регистрационный № 59158),Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "эндокринология" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2012 года, регистрационный № 26368), с изменениями внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 февраля 2020 года № 114н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июля 2020 года, регистрационный № 59083)».

4. Скорректировать требования Порядка по оказанию онкологической помощи к коечной мощности хирургических отделений, отделений противоопухолевой терапии и радиотерапии онкологического диспансера (онкологической больницы) и иной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, снизив требования к количеству коек. Либо сохранить требования о количестве коек в соответствии с положениями приказа Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».

5. Ввести прозрачные критерии включения медицинских организаций в порядок маршрутизации пациентов, исключив жесткую приписку пациента к конкретному субъекту РФ или к конкретной медицинской организации. А также обозначить право пациента на выбор медицинской организации, включая медицинские организации за пределами своего региона, с правом получения соответствующего направления, в том числе в амбулаторном звене другого региона (не только в поликлинике по месту прикрепления).

6. Сохранить создание онкологического кабинета, признав утратившим силу пункт 3 Правил организации деятельности первичного онкологического кабинета, утвержденных приказом Минздрава России от 19.02.2021 № 116н (приложение № 2), о территории обслуживания медицинской организации.

7. Смягчить требования допуска к осуществлению медицинской деятельности врача-онколога в стационаре по химиотерапии, а также по хирургии, уточнив положения профессионального стандарта «врач-онколог», утвержденного приказом Минздрава России от 02.06.2021 № 360н, а именно исключить требования к стажу работы врача-онколога при допуске к химиотерапии и хирургии в стационаре. Так как в общем и целом более глубокая и системная подготовка врачей-онкологов действительно необходима, то целесообразным представляется постепенное увеличение необходимого срока прохождения ординатуры, включающей в себя в том числе подготовку в области общей медицины.

Камолов Баходур Шарифович, к.м.н., президент Фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака», исполнительный директор Российского общества онкоурологов

(подпись)

Габай Полина Георгиевна, адвокат, вице-президент Фонда поддержки противораковых организаций «Вместе против рака», учредитель юридической компании «Факультет медицинского права»

(подпись)

Мельниченко Галина Афанасьевна, академик РАН, профессор, д.м.н., директор Института клинической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, председатель Московской ассоциации эндокринологов, вице–президент Российской ассоциации эндокринологов

(подпись)

Махсон Анатолий Нахимович, д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, врач-онколог клиники Медси

(подпись)

Бельцевич Дмитрий Германович, д.м.н., проф. РАН, зав. отделением онкологии ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, член Российской ассоциации эндокринных хирургов

(подпись)

Мудунов Али Мурадович, д.м.н., профессор, зав. отделением ОГШ в Клиническом госпитале «Лапино», ГК Мать и Дитя, президент Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи»

(подпись)

Жуков Николай Владимирович, д.м.н, профессор, доцент кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии РНИМУ им. Н.И. Пирогова

(подпись)

Булгакова Евгения Сергеевна, к.м.н., заведующая офтальмоонкологии и радиологии МНТК «Микрохирругия глаза»

(подпись)

Кедрова Анна Генриховна, д.м.н., профессор, главный онколог ФМБА РФ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Академии последипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, заведующая отделением онкологии ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

(подпись)

Перлин Дмитрий Владиславович, профессор, д.м.н., главный врач ГБУЗ «Волгоградский областной уронефрологический центр»

(подпись)

Гапеев Артем Борисович, генеральный директор Ильинской больницы

(подпись)

Живов Алексей Викторович, к.м.н., приглашенный профессор кафедры урологии Александрийского университета, главный врач Ильинской больницы

(подпись)

Румянцев Павел Олегович, д.м.н., главный специалист по онкологии и радиологии сети клиник СОГАЗ-Медицина, зам. главного врача ВММЦ «СОГАЗ МТ», научный руководитель Ассоциации развития тераностики, национальный представитель РФ в Европейской ассоциации ядерной медицины

(подпись)

Ласков Михаил Савельевич, к.м.н, клиника доктора Ласкова

(подпись)

Фоминцев Илья Алексеевич, директор фонда медицинских решений «Не напрасно», член правления Ассоциации онкологов СЗФО, учредитель онкологической клиники ЛУЧ

(подпись)

Шергова Екатерина Борисовна, директор Благотворительного Фонда помощи детям с онкогематологическими и иными тяжелыми заболеваниями «Подари жизнь»

(подпись)

Донатова Ольга Владимировна, исполнительный директор Фонда социальных программ и поддержки женщин «Александра»

(подпись)

Кузнецова Надежда Евгеньевна, директор АНО «Школа практической онкологии»

(подпись)

Черниковский Илья Леонидович, к.м.н., заведующий отделением колопроктологии ГБУЗ «Московской городской онкологической больницы» № 62, колопроктолог, хирург высшей категории, соучредитель и президент АНО «Школа практической онкологии»

(подпись)

Агаджанова Виктория Игоревна, директор Благотворительного Фонда помощи взрослым «Живой»

(подпись)

Гринберг Павел Вадимович, исполнительный директор Некоммерческой организации «Благотворительного Фонда «Адвита»

(подпись)

Мешкова Елена Валерьевна, директор Благотворительного Фонда Константина Хабенского

(подпись)