УДК: 615-036.8

Д.Р. КАЙДАРОВА[1], О.В. ШАТКОВСКАЯ[1], Д.Г. АДИЛЬБАЙ[1]. Ж.К. ЧИНГИСОВА[1]

[1]Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, Алматы , Республика Казахстан

Итоги работы координационного совета по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях за 2016 год

Координационный совет по онкологии (КС) – коллегиальный совещательный орган при Министерстве Здравоохранения РК – был создан в 2016 году с целью внедрения в Казахстане интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях. Основными функциями КС являются: совершенствование государственной политики, законодательных и иных нормативных правовых актов в онкологической службе Казахстана; реализация мероприятий, предусмотренных Госпрограммой развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы по повышению эффективности оказания онкологической помощи; координация работы управлений здравоохранения областей, гг. Астана и Алматы, республиканских и региональных медицинских организаций, взаимодействие с государственными, общественными, международными организациями [1]. В статье приведены результаты оценки роли КС в повышении качества онкологической помощи по сравнению с предыдущими годами. Работа КС проанализирована по основным результатам и индикаторам деятельности онкологической службы в Республике Казахстан в 2016 году. Полноценное внедрение интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях до 2019 года под контролем КС позволит значительно повысить качество оказываемых медицинских услуг, подготовит и полноценно адаптирует онкологическую службу Казахстана в современных экономических условиях обязательной системы медицинского страхования (ОСМС).

Ключевые слова: *онкологическая помощь, интегрированная модель оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях, координационный совет по онкологии, результаты и индикаторы деятельности онкологической службы.*

Введение. Ежегодно в мире отмечается рост заболеваемости неинфекционными хроническими заболеваниями, связанный, прежде всего, с улучшением социально–экономического благополучия стран, увеличением продолжительности жизни, проведением успешных профилактических мероприятий, направленных на выявление онкологических заболеваний [2]. Злокачественные новообразования (ЗН) являются одной из самых актуальных проблем современной медицины из-за высокого удельного веса в структуре смертности населения, преждевременной смертности, длительного дорогостоящего лечения и служат одной из основных причин инвалидизации.

Цель Всемирной Организации Здравоохранения: снизить преждевременную смертность от рака и других неинфекционных заболевании к 2025 году на 25%. Согласно рекомендациям ВОЗ, медицинская помощь онкологическим больным должна предоставляться сетью организаций здравоохранения, охватывающих территорию всей страны и обладающих необходимыми ресурсами, распределенными с учетом эпидемиологических и экономических показателей.

Дальнейшее развитие Республики Казахстан и вхождение в число 30 наиболее развитых стран мира к 2050 году невозможно без преодоления разрыва в развитии между странами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Казахстаном во всех сферах экономики и социального развития. Эта цель может быть достигнута, только если помощь онкологическим пациентам в Казахстане будет оказываться на самом высоком уровне в соответствии со всеми международными стандартами. Тогда онкологические заболевания не будут приводить к преждевременной смертности и отрицательно влиять на демографическую ситуацию в стране. Оптимальным вариантом могут быть иерархически выстроенные специализированные онкологические центры, которые имеются в Республике Казахстан и задействованы в реализации поставленных задач.

В 2016 году при Министерстве Здравоохранения РК был создан коллегиальный совещательный орган – Координационный совет по онкологии (КС) – с целью внедрения в Казахстане интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях (ИМ). ИМ носит пациенто-ориентированный характер и предполагает интеграцию всех служб здравоохранения вокруг нужд онкологического пациента. Основными функциями КС являются: совершенствование государственной политики, законодательных и иных нормативных правовых актов в онкологической службе Казахстана; реализация мероприятий, предусмотренных Госпрограммой развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы по повышению эффективности

оказания онкологической помощи; координация работы управлений здравоохранения областей, гг. Астана и Алматы, республиканских и региональных медицинских организаций, взаимодействие с государственными, общественными, международными организациями.

Реализация ИМ и создание КС призваны решить указанные выше проблемы, так как онкологи Казахстана считают, что имеют достаточное количество знаний по профилактике, раннему выявлению и лечению онкологических заболеваний, чтобы обеспечить решение задач излечения и повышения качества жизни пациентов, поставленные Организацией Объединенных Наций и воплощенные во Всемирной Декларации по борьбе с раком 2013 года.

Цель данной статьи - оценить основные показатели оказания онкологической помощи в Республике Казахстан за 2016 год в связи с внедрением интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях.

Материалы и методы. Использованы основные медицинские отчетные и учетные формы (Ф. № 7, № 35, № 090/У) и база данных электронного регистра онкологических больных (ИС ЭРОБ) по ЗН, а также сведения о численности населения и его составе по возрасту [3]. Интенсивные и стандартизованные показатели – как общие, так и повозрастные – рассчитаны по общепринятой методике санитарной статистики.

В Республике Казахстан, онкологическая помощь взрослому населению оказывается головной организацией – РГП на ПХВ «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» (далее – КазНИИОиР), АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», 17 онкологическими диспансерами (ООД), 2 онкологическими отделениями и 371 онкологическим кабинетом.

Контингент онкологических больных, состоящих на диспансерном учете, имеет тенденцию к росту. По итогам 2016 на учете в онкологических организациях состояло 163 080 онкологических больных (2012 год – 143 516 человек, 2015 год – 158 280), развернуто 3 950 специализированных коек, показатель обеспеченности составил 2,3 на 10 тыс. населения. Норматив обеспечения онкологическими койками населения составляет 2,5 на 10000 населения, согласно приказу №540 от 12.08.2011 МЗ РК.

Статистические данные.

Заболеваемость. Показатель заболеваемости ЗН увеличился с 183,1 в 2011 году до 206,8 на 100 000 населения в 2016 году (207,7‰ – 2015 год). В 2016 году наблюдается резкое снижение показателя заболеваемости по сравнению предыдущим годом в 4 областях: Алматинской – с 182,5‰ до 137,5‰ (-24,7%); Атырауской – с 148,3‰ до 138,6‰ (-6,6%); Западно-Казахстанской – с 231,9‰ до 226,7‰ (-2,3%); Актюбинской – с 177,0‰ до 171,7‰ (-3%).

Структура первичной заболеваемости у обоих полов по итогам 2016 года следующая (без учёта рака кожи): 1 место – рак молочной железы (12,6%), 2 место – рак легкого (9,9%), 3 место – рак желудка (7,4%), 4 место – рак шейки матки (4,7%), 5 место – рак ободочной кишки (4,6%) (рисунок 1). Женщины болеют чаще раком молочной железы (22,6%), раком шейки матки (9,1%), раком тела матки (5,7%), рак яичников (5,0%), раком ободочной кишки (4,6%). Структура заболеваемости у мужчин отличается от женской: 1 место – рак легкого (18,2%), 2 место – рак желудка (11,1%), 3 место – рак предстательной железы (9,5%), 4 место – рак ободочной кишки (4,7%), 5 место – рак пищевода (4,7%) [4, 5].

Количество впервые выявленных заболеваний каждой локализации, по отношению к общему количеству впервые зарегистрированных больных ЗН в 2016 году (рисунок 1)

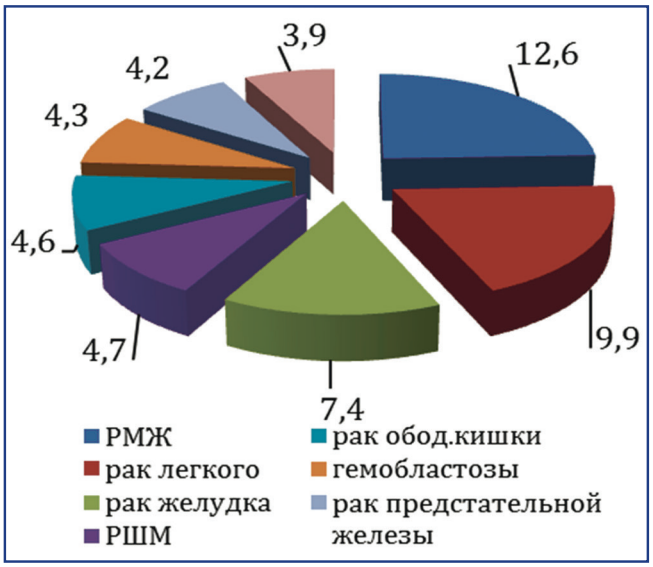

Рисунок 1 - Структура первичной заболеваемости ЗН у обоих полов в 2016 году, в %

Смертность. В 2016 году от ЗН умерло 15 117 человек, из которых 48,3% – лица трудоспособного возраста. В 2011-2016 годах наблюдается снижение смертности от ЗН с 102,4 до 84,9 на 100 тыс. населения (2015 год – 89,8‰). Снижение смертности связано, в первую очередь, с улучшением диагностики ЗН на ранних стадиях и эффективностью результатов лечения. В то же время, рост смертности от ЗН отмечается в Актюбинской – с 71,8‰ до 73,9‰, Карагандинской – с 97,8‰ до 99,0‰, Павлодарской областях – с 141,6‰ до 142,0‰, в городах Астана – с 86,6‰ до 88,3‰ и Алматы – с 82,5‰ до 83,0‰. Значительное снижение смертности от ЗН зарегистрировано в Кызылординской – с 88,8‰ до 74,5‰ *(темп снижения 16,1%)*, Алматинской – с 73,3‰ до 58,9‰ *(темп снижения 19,6%)* и Южно-Казахстанской областях – с 57,8 до 48,9 *(темп снижения 15,5%)*.

Структура смертности в разрезе нозологий следующая: 1 место – рак легкого (16,8%), 2 место – рак желудка (12,2%), 3 место – рак молочной железы (8,8%), 4 место – рак пищевода (5,8%), 5 место – рак прямой кишки (5,0%) [3-5] (рисунок 2).

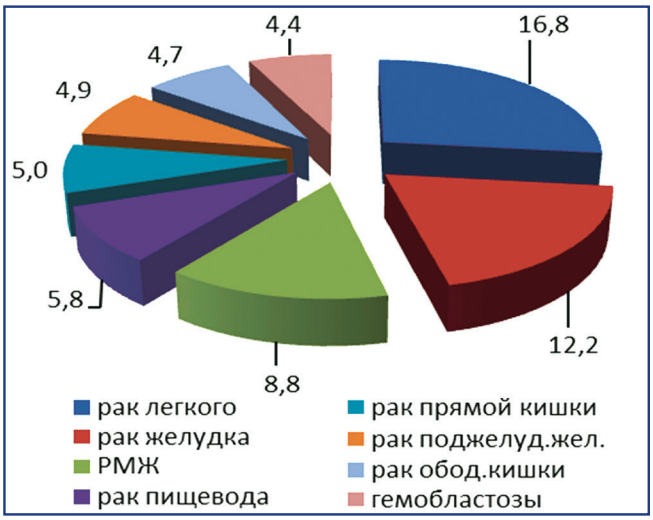

Рисунок 2 - Структура смертности от ЗН в 2016 году, в %

Количество умерших каждой нозологии, по отношению к общему количеству умерших больных с онкопатологией в 2016 году (рисунок 2)

Раннее выявление. Выявление ЗН на I–II стадии является одним из важных показателей онкологической службы. Так, за указанный период по стране своевременная диагностика выросла с 49,5% в 2011 году до 58,9% в 2016 году (2015 год – 57,3%). Вследствие этого наблюдается снижение удельного веса запущенных случаев (поздняя диагностика) с 14,4% в 2011 году до 11,5% в 2016 году (2015 год – 12,0).

Удельный вес больных с I стадией из числа впервые выявленных пациентов увеличился с 19,9% в 2015 году до 21,8% в 2016 году. Положительная динамика говорит об улучшении ситуации в целом и показывает достаточную эффективность скрининговых программ. Однако отмечается снижение ранней диагностики в следующих регионах: г. Алматы – до 30,3% (2015 год – 30,9%), Акмолинская область – до 17,3% (2015 год – 17,4%), Актюбинская область – до 16,3% (2015 год – 31,2%). Зарегистрирован рост количества запущенных раков визуально доступных локализаций по итогам 2016 года по сравнению с 2015 годом в Костанайской области – с 16,3% до 18,5% и в г. Астана – с 15,7% до 17,0%.

Высокая запущенность визуально доступных локализаций (III-IV стадии) отмечается в Акмолинской (22,7%), Алматинской (18,9%), Костанайской областях (18,5%), в г. Астана (17,0%) и Актюбинской области (16,8%). Вырос удельный вес запущенных раков визуально доступных локализаций в Костанайской области – с 16,3% до 18,5% и в г. Астана – с 15,7% до 17,0%.

Количество первичных пациентов с I стадией и с III-IV стадиями визуально-доступных локаций по отношению к количеству впервые зарегистрированных больных с онкопатологией в 2016 году, в соответствующих регионах РК (рисунки 3, 4):

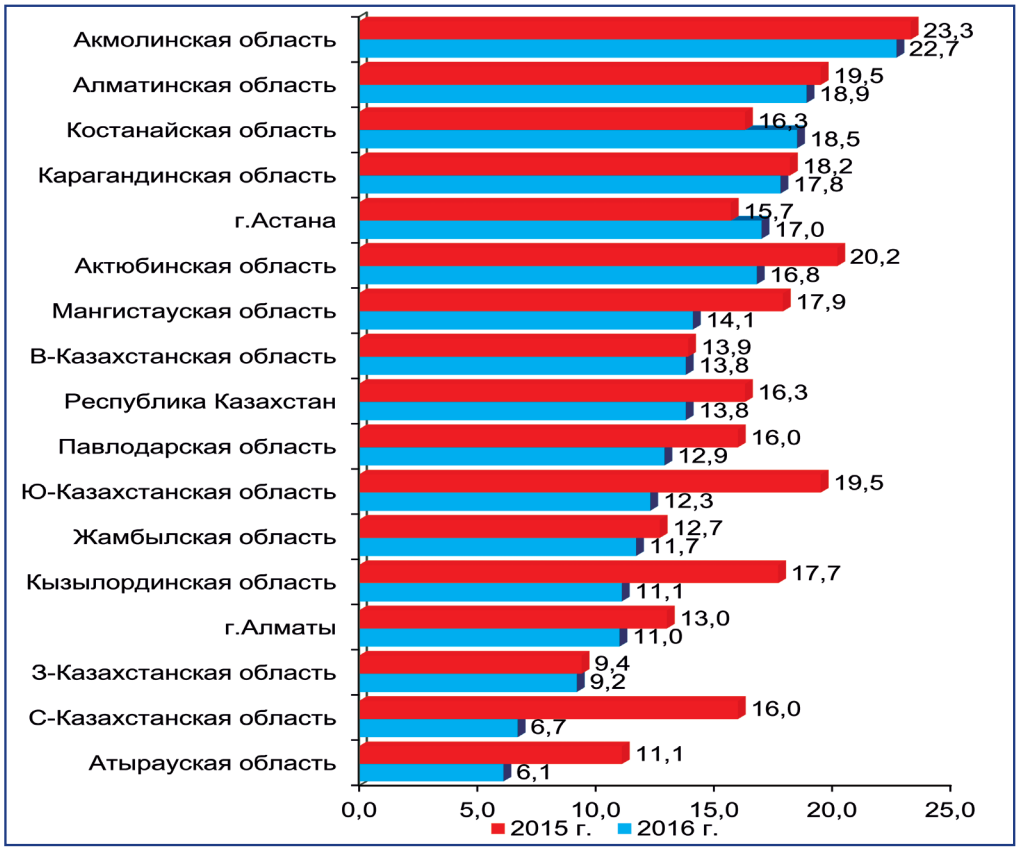

Рисунок 3 - Ранжирование регионов РК по показателям ранней диагностики I стадии за 2015-2016 гг., в %

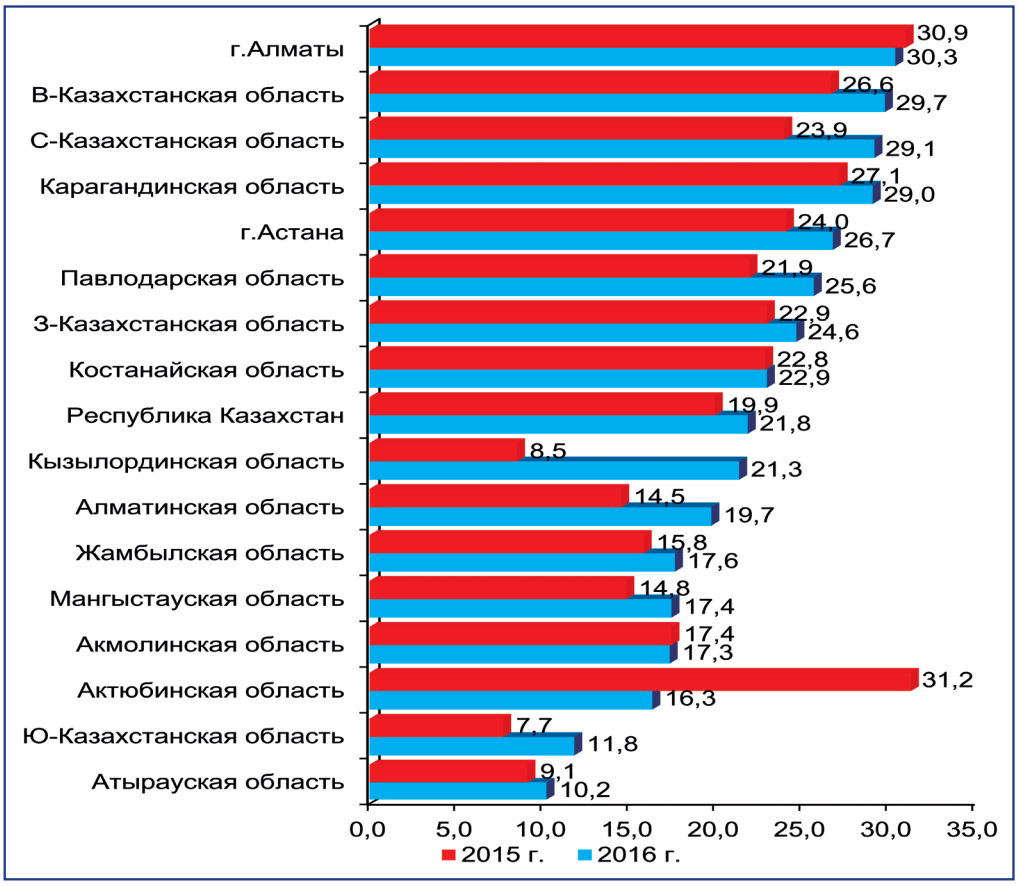

Рисунок 4 - Ранжирование регионов РК по показателям запущенности визуально-доступных локализаций III-IV стадий за 2015-2016 гг., в %

Удельный вес больных с ЗН, живущих 5 лет и более, снизился в 2016 году до 47,9% (2015 год – 50,8%). Показатель зависит от нескольких причин: своевременной регистрации больных с ЗН, от времени диспансерного наблюдения, одногодичной летальности, охвата специализированным лечением. В связи с введением в 2016 году в ЭРОБ функции автоматического снятия с учета онкологических пациентов по причине смерти за счет интегрирования с Регистр прикрепленного населения (РПН) в Республике Казахстан индикатор претерпел изменения в сторону снижения. В связи с тем, что больные с ЗН кожи (базалиома) снимаются по истечению срока наблюдения (5 лет) данный показатель так же искажается, поэтому в расчет удельного веса живущих 5 лет и более, не должны включиться больные по раку кожи (С44). По данным 2016 года удельный вес живущих 5 лет и более (без ЗН кожи, С44) составил 48,7%, (2015 год 51%). Относительно низкий показатель 5–летней выживаемости связан с тем, что 46% больных со всеми онкологическими заболеваниями выявляются и начинают лечение в запущенных и распространенных стадиях (III–IV стадии). Минимальный показатель 5–летней выживаемости наблюдается при раке печени, поджелудочной железы и раке легкого, диагностика «ранних» раков данных локализаций является актуальной проблемой современной онкологии [6].

Но, при этом, в связи с проведением онкологических скринингов, за 10 лет отмечается увеличение 5-летней выживаемости по локализациям, охваченных скрининговыми обследованиями: рак молочной железы, рак шейки матки, колоректальный рак.

Соотношение количества больных с ЗН (рак молочной железы, шейки матки и колоректальный рак), живущих 5 лет и более, к общему количеству больных, состоящих в ИС ЭРОБ с указанными локализациями (рисунок 5).

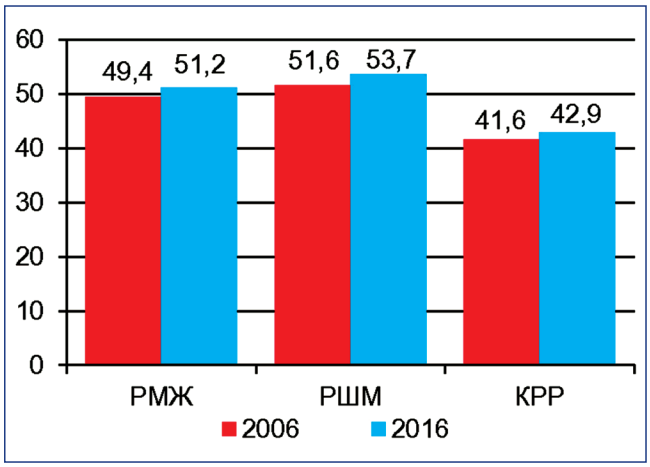

Рисунок 5 - Удельный вес больных РМЖ, РШМ и КРР, живущих 5 лет и более, в %

Интегрированная модель оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях (ИМ) и Координационный совет

С февраля 2016 года МЗ РК принята «Дорожная карта по внедрению интегрированной модели управлении онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан на 2016 – 2019 годы», в рамках которой создан КС при МЗ РК и КС в каждом регионе, утверждены региональные дорожные карты, разработаны новые индикаторы, проведено реформирование онкологической помощи, согласно разделению ее по уровням. Организована онкологическая помощь населению РК на основе трехуровневой системы с учетом этапности оказания медицинской помощи и маршрутизации пациентов, внесены изменения в приказ МЗ РК от 02.08.2013г № 452 «Об утверждении стандарта организации оказания онкологической помощи населению Республики Казахстан». Разработаны методические рекомендации для врачей ПМСП и районных онкологов в части разделения функциональных обязанностей по уровням оказания онкологической помощи, внесены изменения по маршруту пациента и алгоритму прохождения скрининга.

В 2016 году **на I уровне** оказания медицинской помощи онкологическим больным увеличилось количество женских смотровых кабинетов - с 889 до 927, мужских смотровых кабинетов - с 224 до 353. Функционирует 371 онкологический кабинет (в 2015 году – 349) и 287 маммологических кабинетов (в 2015 году – 276).

В 2016 году было выявлено всего 36 998 пациентов с первичными ЗН. При этом количество раков выявленных пассивно, по самообращаемости, снизилось до 80,1% (83,5% в 2015 году); активное выявление по скринингам увеличилось до 7,9% (5,6% в 2015 году) и в результате профилактических осмотров – до 12%. В 2016 году в результате онкологических скринингов установлено 2204 случаев рака (из них, рак молочной железы – 895 (I стадия – 39,1%) , рак шейки матки – 189 (I стадия – 54%), колоректальный рак - 475 (I стадия – 21,1%), рак предстательной железы – 412 (I стадия – 38,8%), рак пищевода и желудка – 221 (I стадия – 22,6%), гепатоцеллюлярный рак печени – 12 случаев).

На II уровне по итогам 2016 года количество пролеченных пациентов составило 111 569, что на 1,3% больше, чем в 2015 году. *Охват специализированным лечением составил 86,9% (в 2015 году – 87,4%).* Динамика роста стационар-замещающих технологий превысила 3,0%. В структуре удельного веса пролеченных случаев в круглосуточных стационарах (КСС) составляет 65,6%, в дневных стационарах (ДС) – 34,4%. Увеличение объема помощи наблюдается: в Мангистауском ООД на 18,5%, РОД г. Семей и Южно-Казахстанский ООД на 9,4%. Наиболее показательно снижение госпитализаций в КСС и рост в ДС наблюдается по Западно-Казахстанский ООД (54,8% от всех пролеченных) и АОЦ г. Алматы (53,9% от всех пролеченных). Лекарственное обеспечение больных онкологическими заболеваниями в 2016 году увеличилось на 12,6% по сравнению с аналогичным периодом 2015 года. Для лечения онкологических больных из республиканского бюджета были закуплены лекарственные средства на сумму 15 483 505,9 тыс. тенге, из них 69,6% - на закуп химиотерапевтических препаратов и 30,4% - на таргетные препараты.

На III уровне в высокотехнологичных центрах радиационной онкологии (далее – ВЦРО) в городах Астана, Алматы, Актобе и Семей онкологическим больным оказывается радиологическая помощь на новых современных линейных ускорителях TrueBeam STx. В г. Алматы на базе КазНИИОиР в 2016 году пролечено 609 пациентов, на базе онкологического диспансера г. Астаны – 280 пациентов (2015 год – 64), в г. Семей на базе регионального онкологического диспансера – 315 пациентов (2015 год – 7), в г. Актобе на базе Медицинского центра Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова – 251 пациент (2015 год – 29), в онкологическом диспансере г. Караганда на линейном ускорителе “Clinac-600” – 272 пациента (2015 год – 265). В 2016 году, референс-центры по иммуногистохимии (КазНИИОиР, РОД г. Семей и ОД г. Караганда) оказали консультативную помощь более 3000 пациентов, были внедрены новые методики персонализации терапии онкологических заболеваний (рак легких, лимфомы и др). Разработаны процедурные протоколы и медико-экономические тарифы для высокотехнологичных методик, утвержден план высокоспециализированного лечения на 2017 год. Отработан перечень высокотехнологичных медицинских услуг (ВТМУ): 9 технологий ВТМУ по профилю онкология исключены. 5 услуг по лучевой терапии объединены в одну услугу, также, 3 методики по химиоэмболизации объединены в одну услугу. Итого, по профилю «онкология и терапия» утверждено 25 технологий ВТМУ. Отработаны предложения по эффективному и рациональному использованию лекарственного фонда.

Проводится планомерная подготовка кадров и повышение уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам онкологии. Дефицит кадров на всех уровнях снижен на 12%, повышен уровень оснащения диагностическим оборудованием на уровне ПМСП (в разрезе скринингов – на 7%), лечебно-диагностическим оборудованием на уровне ОД – на 5%. За 2016 год проведено обучение 186 специалистов по приоритетным направлениям онкологических заболеваний. В 2016 году осуществлено 20 выездных семинаров в 9 регионах, обучено 833 специалиста ПМСП. На базе КазНИИОиР проводятся курсы повышения квалификации специалистов по специальностям онкология, лучевая терапия и лучевая диагностика, в том числе, с привлечением зарубежных

специалистов. В 2016 году, в 2-х годичную резидентуру по указанным специальностям принято 77 резидентов, при этом, более 60% из них являются представителями регионов, которые по окончании обучения планируют вернуться в свои области.

Продолжается информатизация онкологической службы – интеграция информационной системы Электронный Регистр Онкологических Больных (ИС ЭРОБ) со всеми информационными системами здравоохранения Казахстана (РДБ, РБ и ЖФВ, ЭРСБ и др.).

В 2016 году проведено 19 заседаний КС в регионах и 28 выездов республиканских групп МИО.

Результаты работы КС в 2016 году:

1. Коэффициент совмещения в онкологических кабинетах – 36%: основные работники – 230, совместители - 129. Наблюдается дефицит основных работников. Соотношение этих работников к врачам-совместителям составило: в Акмолинской (11 к 8), Алматинской Южный регион (9 к 7), ЗКО (12 к 11), Костанайской областях (13 к 8), г. Алматы (18 к 14). Коэффициент совмещения в маммологических кабинетах: – 46,4%, основные работники – 162, совместители - 143. Во всех регионах имеются физические лица, работающие как онкологом, так и маммологом. Дефицит по занятым должностям в городских и районных поликлиниках, в разрезе онкологов и маммологов, составляет по республике 161,5 единиц. Наибольший дефицит по занятым ставкам в следующих регионах: в г. Алматы (19,75), Алматинской (19,25), Акмолинской (18,75), Восточно-Казахстанской (13,25), и Карагандинской (17,25) областях; дефицит по физическим лицам прослеживается в Алматинской (36), Акмолинской (32), Восточно-Казахстанской (29), Карагандинской (25) областях.

2. Наибольший дефицит по занятым ставкам врачебного персонала, занимающегося непосредственно лечением больных (онкологи, радиологи, хирурги, химиотерапевты) в онкодиспансерах наблюдается на стационарном уровне – 51,75 свободных ставок, из них, в Алматинском ООД - 10,5, в Актюбинском ЗКГМУ им. Оспанова – 5,5, в Жамбылском ООД – 5,0 и в Костанайском ООД – 5,0. На амбулаторном уровне имеется 19,25 свободных ставок, из них, в Карагандинском ООД – 6,0, в Костанайском ООД – 3,25, в Мангистауском ООД – 2,5 и в Павлодарском ООД – 2,0. Необходимо в дальнейшем предусмотреть социальные пакеты для выпускников резидентуры с целью привлечения молодых специалистов в этих регионах.

3. В ходе выездных проверок МИО выявлены проблемы взаимодействия онкологической службы и ПМСП регионов: нарушение алгоритмов маршрута пациентов на всех уровнях; недостаточная преемственность передачи информации между уровнями; недостаточные знания регламентирующих НПА, дублирование функций смотровых и врачебных кабинетов (совпадают кабинеты урологов и мужские смотровые кабинеты); низкий уровень практических навыков персонала доврачебных кабинетов в разрезе онкологического осмотра визуальных локализаций; не в полной мере налажена работа передвижных медицинских комплексов. Необходимо усилить взаимодействие онкологической службы со специалистами первичного звена во всех регионах, провести реорганизацию кабинетов онкологов и маммологов, продолжить обучение сотрудников смотровых кабинетов.

4. В Министерство здравоохранения внесены предложения по актуализации Национальной скрининговой программы за 2011-2015 годы согласно рекомендациям экспертов ВОЗ и анализу результатов реализации программы. Необходимо решить вопрос о внесении изменений в проведение онкологических скринингов.

5. Остаются актуальными вопросы строительства специализированных зданий и помещений для онкологических организаций. Нет отдельного корпуса онкологического диспансера в Мангистауской области, АРОД, Кызылординской области. В данном направлении ведется работа с Акиматами соответствующих регионов.

6. Необходима перезарядка источников ионизирующего излучения, обновление парка лучевых аппаратов и решение вопроса сервисного обслуживания в КазНИИОиР и ООД регионов.

7. Следующие патоморфологические лаборатории не дооснащены оборудованием для телепатологии: Актауская, Жамбылская, Атырауская и Актюбинская области. Не стандартизированы гистологические исследования в Жамбылской области, Атырауской области, СКО, Акмолинской области. В перечисленных регионах планируется решение этих вопросов в течение 2017-2018 гг.

8. Во всех ООД имеются проблемы по формированию заявок на лекарственные препараты – имеются остатки дорогостоящих препаратов, превосходящие 3-месячный запас. По итогам 2016 года, кредиторская задолженность по РК составила 1 485 534,9 тыс. тенге, что на 25,1 % меньше по сравнению с 2015 годом. В том числе, в разрезе ОД задолженность имеется в АРОД, Мангистауском ООД, и ОД г. Астана. Необходимо продолжить работу в данном направлении: усилить контроль за рациональным назначением таргетных препаратов, возложить ответственность на региональный (ООД) и межрегиональный уровни (ВЦРО) и рассматривать ситуацию на регулярных заседаниях Штабов или Комиссии (возглавляемой КазНИИОиР); сложные клинические случаи диагностики и лечения обсуждать на Республиканском уровне с использованием телемедицины, телепатологии, селекторной связи: корректировать потребность в ЛС дважды в течение года (по итогам полугодия с учетом расхода и остатков).

Заключение. Внедрение в Казахстане Интегрированной модели оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях и работа Координационного Совета в 2016 году позволили выполнить два основных индикатора онкологической помощи в рамках Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы: снизить смертность от ЗН до 84,9 на 100 тыс. населения (в 2015 году – 89,8%ооо) и повысить уровень ранней диагностики I-II стадий до 58,9% (в 2015 году – 57,3%). При этом, выявлены имеющиеся недостатки и проблемы в онкологической службе, намечены пути их решения, которые будут реализованы в последующие годы.

Список использованных источников

1. Госпрограмма развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы

2. Forman D., Bray F., Brewster D.H., et al. Cancer incidence in five continents, Volume X. Lyon; Geneva: International Agency for Research on Cancer; Distributed by WHO Press, World Health Organization, 2014.

3. Кайдарова Д.Р., Ауезова Э.Т., Чингисова Ж.К., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е., Жылкайдарова А.Ж. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2015 год (статистические материалы), Алматы, 2016. – 168с.

4. Жылкайдарова А.Ж. Оценка динамики показателей заболеваемости и смертности от рака желудка в Казахстане за 2004-2014 годы // Онкология и радиология Казахстана 2017, 43 (1), 12-18.

5. Кузикеев М.А., Ажмагамбетова А.Е., Джуманов А.И., Лашкул С.В., Насрытдинов Т.С., Сейсенбаева Г.Т. Динамика заболеваемости раком прямой кишки в Северном и Центральном регионе Республики Казахстан. Онкология и радиология Казахстана, 2017, 43 (1), 48-51.

6. Нургалиев Н.С. , Ажмагамбетова А.Ж. , Сейсенбаева Г.Т. Эпидемиология рака мочевого пузыря по Республике Казахстан за 2004-2013 годы. Онкология и радиология Казахстана, 2015, 35 (1), 3-6.

ТҰЖЫРЫМ

Д.Р. Қайдарова[1], О.В. Шатковская[1], Д.Ғ. Әділбай[1], Ж.Қ. Шыңғысова[1]

[1]Қазақстан Республикасы, Алматы қ.,
Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты

2016 жылдың онкологиялық аурулар кезінде медициналық көмек көрсетудің біріктірілген үлгісін енгізу бойынша үйлестіру кеңес жұмысының қорытындысы

Онкология бойынша Үйлестіру кеңесі (ҮК) – Қазақстанда онкологиялық аурулар кезінде медициналық көмек көрсетудің біріктірілген үлгісін енгізу мақсатымен ҚР Денсаулық сақтау министрлігіндегі алқалы кеңесші органы 2016 жылы құрылды. ҮК негізгі міндеттері: мемлекеттік саясатты, Қазақстанда онкологиялық қызметінде заңнамалық және өзге де нормативтік құқықтық актілерді жетілдіруі; онкологиялық көмек көрсетудің тиімділігін арттыру бойынша 2016-2019 жж. «Денсаулық» атты ҚР денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік Бағдарламасымен көзделген іс-шараларды іске асыру; мемлекеттік, қоғамдық, халықаралық ұйымдарымен өзара іс-қимылдар, республикалық және аймақтық медициналық ұйымдардың, Астана және Алматы қк. облыстардың денсаулық сақтау Басқармаларының жұмыстарын үйлестіру болып табылады.Өткен жылдарымен салыстырғанда онкологиялық көмегінің сапасын арттырудағы ҮК рөлінің бағалау нәтижелері мақалада келтірілген. 2016 жылы Қазақстан Республикасында қол жеткізілген онкологиялық қызметтің негізгі көрсеткіштері мен нәтижелері бойынша ҮК жұмысына талдау жүргізілді.2019 жылға дейін ҮК бақылаумен онкологиялық аурулар кезінде медициналық көмек көрсетудің біріктірілген үлгісінің толыққанды енгізуі көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын айтарлықтай арттыруға мүмкіндік беріп, міндетті медициналық сақтандыру жүйесінің (ММСЖ) қазіргі заманғы экономикалық жағдайында Қазақстандағы онкологиялық қызметін толыққанды бейімдеп, дайындайды.

Түйінді сөздер: *онкологиялық көмек, онкологиялық аурулар кезінде медициналық көмек көрсетудің біріктірілген үлгісі, онкология бойынша үйлестіру кеңесі, онкологиялық қызметтің көрсеткіштері мен нәтижелері.*

SUMMARY

D.R. Kaydarova[1], O.V. Shatkovskaya[1], D.G. Adilbay[1], Zh.K. Chingisova[1]

[1]Kazakh Institute of Oncology and Radiology,
Almaty, the Republic of Kazakhstan

Progress made by the coordinating council on the implementation of the integrated model of rendering medical care for oncological diseases in 2016

The Coordination Council on Oncology (CC) was established in 2016 as a collegial advisory body under the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan (RoK) in order to implement the Integrated Model of Rendering Medical Care for Oncological Diseases in the RoK. Main functions of CC: improvement of the state policy, legislative and other normative legal acts in the oncology service in the RoK; implementation of measures envisaged by the State Program of Healthcare Development in the RoK "Densaulyk" for 2016 - 2019 to increase the efficiency of cancer care; coordination of work of healthcare departments of the regions, the cities of Astana and Almaty, the republican and regional medical organizations; interaction with state, public, international organizations. The article provides the results of assessment of the role of the CC in improving the quality of cancer care compared to previous years. The work of the CC was reviewed by the main outcomes and performance indicators of oncology service in the RoK in 2016. Full-scale implementation of the Integrated Model of Rendering Medical Care for Oncological Diseases till 2019 under the control of the CC will significantly improve the quality of medical services provided, will prepare and fully adapt the oncology service of the RoK to the modern economic conditions of compulsory health insurance system.

Keywords: *cancer care, Integrated Model of Rendering Medical Care for Oncological Diseases, the Coordination Council on Oncology, outcomes and performance indicators of oncology service.*