

СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛУЖБЫ

К.А. МУСАБЕКОВ

Городской онкологический диспансер, г. Астана

Государственной программой развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента РК 29.11.2010 г. №1113, в числе показателей результатов предусмотрено снижение смертности от онкопатологии в стране с 112,7 в 2009 г. до 99,5 – в 2013 и 95,8 – в 2015 г. (на 100,0 тыс населения). Для достижения этих результатов среди основных мер, предусматривающих межсекторальное и межведомственное взаимодействие, определено усиление скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации больных данной патологией.

Онкологическая помощь жителям города Астана оказывается онкологическим диспансером, который в настоящее время сохраняет статус городского казенного коммунального предприятия. Численность обслуживаемого населения по состоянию на 01.11.2010 г. составила 701491 человек. Плановая мощность по амбулаторно-поликлинической службе составляет 380 посещений в смену. С переводом 29 сентября 2010 года терапевтических отделений во вторую городскую больницу коечный фонд сокращен до 245 коек, открыты отделения: хирургии №1 – 40 коек, отделение общей терапии – на 30 коек, расширены отделения химиотерапии – до 60 коек, радиологии – до 50 коек, гинекологии – до 25 коек, хирургия №2 – 40 коек. В структуре общей коечной мощности 195 – онкологических, 50 коек – радиологического профиля. Таким образом, структура стационарных подразделений диспансера представлена следующими отделениями:

- хирургическое №1 на 40 коек
- хирургическое №2 на 40 коек
- гинекологическое на 25 коек
- радиологическое на 50 коек
- химиотерапевтическое на 60 коек
- отделение общей терапии на 30 коек
- реанимация на 12 коек.

Имеется дневной стационар на 20 коек. Диагностические подразделения представлены традиционным штатным набором. Это клинико-диагностическая лаборатория, централизованная цитологическая лаборатория, отделение лучевой диагностики и эндоскопии, патоморфологическая лаборатория.

Диспансер является учебно-клинической базой профильных кафедр (онкологии и радиологии, анестезиологии) КазГМА, городского медицинского колледжа.

Кадровый состав диспансера после реорганизации в 2010 году представлен следующим образом (табл. 1).

Как видно из приведенных данных, в течение двух анализируемых лет штатные ставки не изменились – 870,0 единицы. Показатель укомплектованности кадрами в динамике, как в целом по диспансеру и по кадровой структуре, остался прежним: 88,4% – по диспансеру; 74,0% – по врачебному персоналу; по средним медработникам – 92,0%; по младшему персоналу – 90,8%; прочим – 97,1%. Но при этом уменьшился коэффициент совместительства (за счет увеличения числа физических лиц по всей кадровой структуре), что является положительным фактом. Так, в целом по диспансеру он составил в 2009 г. 2,3, а в 2010 г. – 1,5. По врачам он уменьшился с 2,2 до 1,38; по среднему персоналу с 2,5 до 1,6; по младшим медработникам с 2,9 до 1,6, прочим – с 1,6 до 1,29. В течение 2010 года были приняты на работу 10 интернов, которые закончили обучение и были приняты на работу.

Квалификационный состав представлен следующим образом (табл. 2).

Таблица 2

Распределение врачебного персонала диспансера по стажу работы (в абс.ч. и %)

Стажевые группы	2009 г.		2010 г.	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
До 5 лет	50	67,6	63	61,2
5-9 лет	10	13,5	19	18,4
10 и более	14	18,9	21	20,4
Итого	74	100,0	103	100,0

Насколько можно судить по приведенным абсолютным числам и экстенсивным показателям, при увеличении числа сотрудников с 74 до 103 человек, преобладающей является стажевая группа до 5 лет – более половины (с увеличением числа сотрудников с 50 до 63 человек), на втором месте – более 10 лет (также отмечено увеличение с 14 до 21 работника) и на третьем месте – от 5 до 9 лет включительно.

В 2010 г. доля врачей, имеющих квалификационные категории, составила 51%. Из них с высшей категорией – 13, с первой категорией – 16 и со второй – 11. 9 специалистов имеют ученые степени: докторов медицинских наук – 2 и кандидатов медицинских наук – 7. Число специалистов, имеющих сертификаты, – 61.

В структуре среднего медперсонала имеющие квалификационный уровень составили в 2010 г. – 52%. Из них:

Таблица 1

Динамика штатного состава медицинского и прочего персонала диспансера за 2009-2010 гг.

	2009 год				2010 год			
	число штат. должн.	число занятых должн.	физ. лиц	показатель укомплектованности	число штат. должн.	число занятых должн.	физ. лиц	показатель укомплектованности
Врачи	192,25	142,25	65	74,0	192,25	142,25	103	74,0
Средние м/р	320,0	294,5	116	92,0	320,0	294,5	182	92,0
Младш. м/п	238	216	74	90,8	238	216	135	90,8
Прочие	119,75	116,25	71	97,1	119,75	116,25	90	97,1
Итого	870,0	769,0	328	88,4	870,0	769,0	510	88,4

с высшей категорией – 27, с первой – 20, второй – 10. Имеют сертификаты 123 работника.

Амбулаторно-поликлиническая служба в диспансере рассчитана на 380 посещений в смену. Дневной стационар развернут при поликлинике с начала 2010 года на 1 койку, но в августе расширен до 20 коек. Специализированный прием ведут следующие специалисты: онкохирургии, онкогинекологи, маммологии, онкоурологи, химиотерапевт, радиолог, эндоскопист, врач УЗИ, детский онколог, стоматолог, нейрохирург, терапевт, онколог-оториноларинголог, онкоортопед.

Всего за 2010 год пролечено 593 больных. В 2010 году проведена 501 амбулаторная операция (в 2009 г. – 326), в основном на коже и подкожной клетчатке и на молочной железе.

В динамике за два года отмечается увеличение посещений с 49455 до 52367 (темп прироста + 5,9%), однако, их темп в разрезе специальностей отличается (табл. 3).

Таблица 3

Динамика посещаемости первичных больных различных специалистов (2009-2010 гг.)

Специалист	Количество посещений в год		Темп прироста/снижения
	2009	2010	
Онколог-хирург 1	10109	6296	- 37,7
Онколог хирург 2	9367	4730	- 44,5
Маммолог 1	8390	5424	- 35,4
Маммолог 2	-	3057	-
Онкогинеколог	6329	6873	+8,6
Химиотерапевт	-	5324	-
Радиолог	-	1821	-
Уролог	-	2422	-
Оториноларинголог	-	1622	-
Эндоскопист	2687	2391	- 11,0
Онколог пол-ки №1	4498	4762	+5,9
Онколог пол-ки №2	4061	3519	- 13,3
Онколог пол-ки №6	4166	4000	- 4,0
Онкоортопед	-	126	-
Итого	49 455	52367	+5,9

Так, отмечено резкое снижение посещаемости по онкохирургии (-37,7% и 44,5%), маммологии (-35,4%) при увеличении посещений к онкогинекологам (+8,6%), онкологам.

За 2010 год было госпитализировано 8106 больных (в 2009 году – 9028 больных), то есть на 10,2% меньше, и это составило 98% от общего числа нуждавшихся в лечении. В 2010 году число первичных больных с II клинической группой, взятых на учет и закончивших специальное лечение, составило 917 человек или 73%, тогда как в 2009 г. – 859 (69,0%).

Всего проведено за 2010 год 2026 операций (в 2009 г. – 1103), прооперировано 1655 больных (2009 г. – 990), умерло после операции – 17 случаев (8 случаев – в 2009 г.), частота послеоперационных осложнений составила 0,9% (15 случаев) и по сравнению с прошлым годом увеличилась на 0,4% (2009 г. – 5 случаев или 0,5%). Доля прооперированных составила в 2010 г. 87,0% (в 2009 г. – 94,2%).

Диспансер тесно сотрудничает с республиканскими медицинскими организациями, направляя наиболее тяжелых больных на высокотехнологичную помощь. Так, в 2010 году в КазНИИОиР было направлено на лечение 168 больных (в 2009 году – 124 больных).

В 2010 году планируемое число дней использования койки составило 340 дней, фактически выполнено 308,2. Основные планово-экономические показатели использования коечного фонда приведены в таблице 4. Как видно из приведенных данных, показатель занятости койки в динамике незначительно уменьшился: с 315,5 до 308,2 дня, или на 2,3%. Анализ данного показателя по профилям показал, что наиболее эффективно работали койки хирургического профиля, химиотерапии, гинекологии.

Таблица 4

Динамика эффективного использования коечного фонда диспансера (2009-2010 гг.)

Профиль койки	Койко/дни	Занятость койки	Функция койки (оборот)	Средняя длительность пребывания больного на койке
2009 год				
Хирургия	13947	464,9	28,8	16,1
Гинекология	3954	380,2	28,2	13,5
Радиология	7958	236,1	8,4	28,0
Химиотерапия	16161	412,3	62,6	6,6
Пульмонология	13504	331,0	36,0	9,2
Кардиология	9315	232,9	19,3	12,0
Терапия	10672	261,6	32,6	8,0
Экстренная хирургия	2450	245,0	34,4	7,1
Глазное	7130	279,6	35,6	7,9
Всего по стационару	85091	315,5	31,7	12,1
2010 год				
Хирургия 2	11114	342,0	23,8	14,4
Хирургия 1	1803	180,3	11,8	15,3
Химиотерапия	18195	404,3	55,3	7,3
Гинекология	4580	334,3	32,2	10,4
Радиология	12187	314,9	12,9	24,4
Отделение общей терапии	1336	178,1	17,7	10,0
Пульмонология	9643	321,4	36,1	8,9
Кардиология	7516	250,5	23,2	10,8
Терапия	7275	242,5	29,6	8,2
Экстренная хирургия	2307	307,6	35,4	8,7
Глазное	5934	317,3	39,9	8,0
Всего по стационару	81890	308,2	30,6	10,1

При этом экономически неэффективны терапевтические койки: кардиологии (в 2009 году – 232,9; в 2010 году – 250,5), отделение общей терапии – 178,1, однако, это новая структура в диспансере.

Для устранения выявленных проблем и улучшения качества оказания медицинской помощи и своевременного оперативного управления ежедневно в диспансере проводятся заседания комиссии ВКК (проведено 125 заседаний ВКК, рассмотрено 984 больных) в составе заместителя главного врача по лечебно-профилактической работе и заведующих клиническими отделениями, на

которых определяется единая тактика лечения первично выявленных онкологических больных, а также тактика в случае прогрессирования заболевания или возникновение осложнений у ранее леченных пациентов.

Широко внедрена химиолучевая терапия при раке шейки матки, раке легкого, раке пищевода, раке гор-тани.

Запущены в эксплуатацию новые аппараты для дистанционной лучевой терапии – линейные ускорители CLINAC-600, для брахитерапии – аппарат GammaMed Plus. Решена проблема близкофокусной лучевой терапии – установлен новый рентгенотерапевтический аппарат GULMAY D3225, также аппарат для моделирования лучевой терапии рентгеновский симулятор Ascuity.

Осваиваются новые методики лечения. Но, в связи с тем, что при приобретении нового оборудования не учитывались современные требования к проведению лучевой терапии, возникли определенные трудности при лечении. Рентгенсимулятор недоукомплектован КТ-приставкой, а планирующая система работает только с поперечными срезами, поэтому приходится использовать компьютерный томограф для проведения планирования лучевой терапии. Линейные ускорители не оснащены мультилиф-коллиматорами, в связи с чем для формирования фигурных полей используются свинцовые блоки, количество и формы (возможности выложить фигурное поле) которых ограничены. На аппарате для брахитерапии в комплекте нет многих аппликаторов, например, для проведения брахитерапии простаты, поверхностных образований мягких тканей, молочной железы и др. При поставке аппарата для рентгенотерапии не было предусмотрено проведение клинической дозиметрии, в связи с чем эксплуатация его начата в начале второго полугодия.

Таким образом, в организации онкологической службы в Астане за последние два года произошли значительные изменения. Однако, имеющиеся субъективные и объективные проблемы влияют на объемы и качество оказания медицинской помощи населению. Так, возникают трудности, связанные с системой планирования оснащения медицинским оборудованием и организацией его гос. закупа.

ТҰЖЫРЫМ

ОНКОЛОГИЯ КӨМЕГІНІҢ КҮЙІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ӨБДЕН ЖЕТІЛДІРУІН ЖОЛ ҚАЗІРГІ ШАРТТАРДАҒЫ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН ҚЫЗМЕТТІҢ ДАМУЫЛАРЫ

К.А. Мусабеков

Астананың қалалық онкология диспансері

Астана қаласының тұрғынына онкология көмегінің елде денсаулық сақтауды реформаның негізгі бағыттарына сәйкес соңғы жыл дами. Бапта шешімі мамандандырылған онкология көмегін жақсартуға мүмкіндік беретін мәселе айқындалған.

SUMMARY

CONDITION OF THE ONCOLOGICAL HELP AND WAY OF HER PERFECTION IN MODERN CONDITIONS OF DEVELOPMENT OF SPECIALIZED SERVICE

K.A. Musabekov

Astana City oncological clinic

The organization of the oncological help to the population of the city of Astana last years develops according to the basic directions of reform of public health services in the country. In article the problems which decision will allow to improve the specialized oncological help are revealed.

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СЛУЖБЫ НА УРОВНЕ ГОРОДСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

К.З. КУСАИНОВ

Городской онкологический диспансер, г. Астана

С целью выявления проблем, влияющих на качество, полноту и своевременность амбулаторно-поликлинической помощи онкологическим больным города, а также для определения путей совершенствования преемственности в работе онкологического диспансера с медицинскими организациями системы ПМСП была проведена оценка состояния организации службы на уровне ПМСП.

Для проведения внутреннего контроля качества оказываемых медицинских услуг в онкологическом диспансере города Астана организована служба внутреннего аудита (СВА).

На основе разработанных положений о деятельности СВА проводится анализ организации оказания медицинской помощи, клинической деятельности, экспертиза случаев нарушения порядка оказания медицинской помощи и стандартов в области здравоохранения, а также рассмотрение в пятидневный срок обращений пациентов, находящихся на лечении. Для этого была разработана программа управления качеством медицинской помощи. На основе программы утвержден план мер по ее реализации.

Внутренняя экспертиза в диспансере имеет многоуровневый характер:

– самоконтроль (врач поликлиники, медицинская сестра);

– контроль на уровне руководителей подразделений (заведующий отделением, старшая медицинская сестра);

– контроль, осуществляемый службой внутреннего аудита (в целом по организации).

Экспертной оценке в поликлинике диспансера обязательно подвергаются следующие случаи:

- расхождение диагнозов;
- запущенные формы онкологических заболеваний.

В ходе проведения внутренней экспертизы на всех её уровнях оцениваются полнота и своевременность диагностических мероприятий, адекватность выбора и соблюдение лечебных мероприятий, правильность и точность постановки диагноза; выявляются дефекты и их причины; разрабатываются рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.

При проведении экспертизы в качестве источника информации используются первичные учетные медицинские документы, по которым оцениваются:

- качество сбора анамнеза;
- полнота и обоснованность проведения диагностических исследований;
- правильность, своевременность и обоснованность выставленного клинического диагноза;
- обоснованность нахождения на лечении;