

С.Ю. Ломаков

Проблемы организации лучевой диагностики диспансерным пациентам онкологического профиля

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Резюме. В настоящее время в Российской Федерации беспрецедентное внимание уделяется вопросам профилактики, ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний. В этой связи выявление проблем на этапе диспансерного наблюдения пациентов онкологического профиля является крайне актуальным, а их решение позволит обеспечить должный уровень качества и доступности оказываемой им медицинской помощи. Проведен социологический опрос 1230 пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением врачей-онкологов районных онкологических кабинетов (отделений) в Санкт-Петербурге. Выявлены ограничения доступности лучевых диагностических методов для пациентов онкологического профиля, наблюдающихся в первичном онкологическом кабинете в рамках диспансерного наблюдения: сроки ожидания необходимых пациентам диагностических исследований зачастую превышают нормативные (в 8,9% случаев при рентгенологическом исследовании, в 25,8% при компьютерной томографии, в 28,8% при ультразвуковом исследовании, в 34,6% при магнитно-резонансной томографии), в отдельных случаях пациенты вынуждены оплачивать назначенные им медицинские услуги, предоставление которых гарантировано бесплатно (консультации врача-специалиста – 36,7 на 100 опрошенных, проведение лабораторных диагностических исследований – 35,4 на 100 опрошенных). При проведении диагностики с использованием лучевых методов пациенты наиболее часто были вынуждены оплачивать ультразвуковое исследование (43,3 на 100 опрошенных). Выявленные проблемы отразились на восприятии пациентами оказания медицинской помощи: только 79,5% удовлетворены организацией диспансерного наблюдения в первичном онкологическом кабинете. Установлена прямая зависимость низкого уровня удовлетворенности пациентов организацией диспансерного наблюдения в первичном онкологическом кабинете от длительности ожидания диагностических исследований, невозможности получить направление на исследование непосредственно от врача-онколога, ограничений в его своевременном выполнении бесплатно, отсутствия разъяснений лечащего врача-онколога по порядку и условиям предоставления медицинской помощи ($p=0,05$; $r=0,7-1$).

Ключевые слова: диспансерное наблюдение, первичный онкологический кабинет, доступность лучевой диагностики при диспансерном наблюдении, онкологическая медицинская помощь, удовлетворенность пациентов, ультразвуковое исследование, организация онкологической помощи пациентам, диагностика онкологических заболеваний.

Введение. В настоящее время в здравоохранении Российской Федерации происходят значительные перемены. Беспрецедентное внимание, в том числе финансовая поддержка, уделяется вопросам профилактики, ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний, являющихся одной из основных причин смертности населения [1, 3, 5–8, 15]. В рамках реализации поручений Президента Российской Федерации [14] стартовал национальный проект «Здравоохранение», частью которого стал федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», одной из ведущих задач которого стало проведение мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний [6]. В развитии современных тенденций значительную перестройку получила нормативная правовая база, регламентирующая проведение профилактических осмотров, в том числе в рамках диспансеризации [14]: частота профилактических осмотров значительно увеличилась, особенно в старших возрастных группах. Начиная с 40 лет они стали проводиться ежегодно, а перечень исследований, нацеленных на выявление наиболее опасных хронических заболеваний, в том числе онкологических, существенно расширился.

При перестройке системы профилактики онкологических заболеваний ожидается увеличение доли впервые выявленных злокачественных новообразований на ранних стадиях. В этих случаях пациенты должны быть незамедлительно направлены для дальнейших лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи по профилю «онкология» [11, 12], а также взяты под постоянное диспансерное наблюдение.

С учетом установленной Министерством здравоохранения [11, 12] высокой частоты диспансерных посещений пациентами врача-онколога (в течение первого года – один раз в три месяца, в течение второго года – один раз в шесть месяцев, в дальнейшем – один раз в год) особую актуальность приобретают вопросы качества и доступности медицинской помощи при диспансерном наблюдении пациентов онкологического профиля.

Цель исследования. Изучение удовлетворенности онкологических пациентов доступностью диспансерного наблюдения, в том числе лучевых диагностических исследований.

Материалы и методы. В соответствии с современными подходами к оценке доступности медицинской помощи [4, 13] и значимости при ее проведении социологических исследований [2] для достижения цели настоящего исследования был использован социологический опрос, который проводился по специально разработанной анкете путем формализованного интервью. Вопросы анкеты были направлены на выявление препятствий, возникающих у пациентов при получении диагностических исследований, назначенных врачом-онкологом, всего было предложено 15 закрытых и открытых вопросов. Квотная выборка для опроса рассчитана путем предварительной оценки структуры пациентов (по полу и возрасту), находящихся под наблюдением врача-онколога во всех районах Санкт-Петербурга в 2018 г. В выборку для проведения опроса было включено 1230 человек. Полученные эмпирические данные подвергнуты комплексному статистическому анализу, в том числе проведены расчеты относительных величин, корреляционный анализ (ранговая корреляция Спирмена).

Результаты и их обсуждение. Одним из наиболее важных компонентов успешного проведения диспансерного наблюдения является доброжелательное сотрудничество пациента и врача. Онкологическому пациенту крайне необходимо обеспечить полноценную информационную доступность медицинской помощи: давать разъяснения о целях диспансерного наблюдения, о целесообразности проведения своевременных и регулярных осмотров, о выполнении всех назначенных диагностических и лечебных мероприятий. Результаты опроса показали, что не во всех случаях врачами-онкологами в полной мере обеспечивается должное информирование пациентов. Только 92% опрошенных указали, что состоят на диспансерном наблюдении, 6,6% указали, что не состоят под наблюдением врача, а 1,4% пациентов затруднились с ответом. При этом большинство опрошенных оказались пациентами с впервые установленным онкологическим диагнозом, из них 44,4% менее года наблюдаются у онколога и особенно нуждаются в получении необходимых разъяснений. Вместе с тем доля участников опроса длительное время наблюдающихся у врача-онколога, также значительна – 18,4% состоят под диспансерным наблюдением более 5 лет. Эта группа пациентов, получая разъяснения врача на постоянной основе, должна в полной мере быть ориентирована в целях и задачах взаимодействия со специалистами.

Пациенты, находящиеся под наблюдением врача-онколога, для планового посещения врача в большинстве случаев не тратят длительного времени на ожидание. С момента обращения в медицинскую организацию 32,6% пациентов ожидают очередного диспансерного осмотра не более 2 дней. Еще 26,8% указали, что срок ожидания составляет не более 5 дней. Каждый пятый (18,7%) указал, что срок ожидания медицинской помощи составляет не более 2

недель. В соответствии с требованиями, установленными Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге [10], срок ожидания приема врача-специалиста составляет не более 14 календарных дней. С учетом этого обстоятельства можно утверждать, что в преимущественном числе случаев сроки ожидания приема онколога соответствуют установленным требованиям – 78,1% ожидают приема не более 14 календарных дней. Вместе с тем в отдельных случаях (10,7%), по данным опроса, сроки ожидания пациентами приема врача превышают нормативные. Еще 11,2% указали, что затрудняются ответить на этот вопрос.

Онкологические пациенты, несмотря на преимущественное соблюдение медицинскими организациями сроков проведения профилактических осмотров в рамках диспансерного наблюдения, только в половине случаев (58,1%) удовлетворены продолжительностью ожидания приема врача. Среди пациентов, ожидавших приема врача-онколога не более 2 недель, не удовлетворены сроками ожидания медицинской помощи 20%, а среди ожидавших не более 5 дней – не удовлетворены 38,7%.

В рамках диспансерного наблюдения онкологических пациентов наиболее востребованными являются лучевые методы диагностики. В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [10] срок ожидания диагностических инструментальных исследований, в том числе рентгенографических исследований, маммографии, ультразвуковой диагностики, для пациентов всех групп составляет 14 календарных дней со дня назначения. Наряду с этим при подозрении или наличии у пациентов онкологического заболевания срок ожидания ими компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ангиографии составляет также не более 14 календарных дней со дня назначения.

Выявлены ограничения доступности лучевых методов исследования для пациентов онкологического профиля. В соответствии с требованиями к организации деятельности амбулаторного онкологического центра [12] задачей врача-онколога первичного звена является установление распространенности онкологического процесса, стадии заболевания, в том числе в рамках диспансерного наблюдения. Однако оказалось, что не во всех случаях проведенные пациентам исследования назначал лечащий врач-онколог. Рентгенодиагностическое исследование только в 20,4% случаев назначено врачом-онкологом первичного онкологического кабинета, ультразвуковое исследование (УЗИ) – только в 25,3% случаев. Еще в меньшем числе случаев (13,7%) врачи-онкологи первичного кабинета назначают проведение КТ и МРТ. Рентгеновские исследования в каждом третьем случае назначаются врачами поликлиники (в 20,8% случаев – врачом терапевтом-участковым и в 8,0% случаев – другими врачами-специалистами). При

проведении УЗИ в 19,1% случаев оно было назначено участковым врачом-терапевтом, а в 17,9% – иными врачами-специалистами поликлиники. КТ, согласно ответам пациентов, назначалась им участковым врачом-терапевтом в 28,2% случаев, а врачами-специалистами – в 15% случаев, МРТ – в 31,2 и 7,1% случаев соответственно.

Рентгеновское исследование в каждом втором случае (49,9%) было предоставлено пациентам в сроки, установленные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [11], в том числе в 11% случаев оно было проведено в срок не более 2 дней с момента назначения врачом-онкологом, в 13,3% случаев – в срок не более 5 дней. Только в каждом десятом случае (8,9%) срок ожидания рентгеновского исследования превышал установленные 14 дней с момента его назначения.

УЗИ в 47,3% случаев проводится пациентам в законодательно установленный 14-дневный срок, однако только в 9,8% случаев он составляет не более 5 дней. В каждом же третьем случае (28,8%) срок ожидания исследования не был соблюден и составлял более 14 дней.

МРТ в установленные Территориальной программой [12] сроки выполнялась пациентам в каждом третьем случае – 30,1%, в том числе в срок не более 5 дней – в 12,4% случаев. Вместе с тем в каждом третьем случае (34,6%) срок проведения исследования нарушается и превышает установленные 14 дней. КТ выполнялась в соответствии с нормативными сроками в 40,2% случаев, в том числе в 5,5% – в срок, не превышающий 5 дней, и в 34,7% – в срок, не превышающий 14 дней. Однако 25,8% пациентов получили исследование в сроки более 14 дней. Таким образом, практически треть всех пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении у врача-онколога и нуждающихся в проведении лучевых исследований, получают его в сроки, превышающие нормативные.

Ограничения доступности медицинской помощи для пациентов, длительные сроки ожидания диагностических исследований в отдельных случаях являются предпосылками для выполнения их пациентами за счет собственных средств, то есть формируют условия ограничения экономической доступности медицинской помощи. Наибольшая доля таких случаев выявлена при получении пациентами консультации врача-специалиста (36,7 на 100 опрошенных), а также при проведении лабораторных диагностических исследований (35,4 на 100 опрошенных). При проведении диагностики с использованием лучевых методов пациенты наиболее часто были вынуждены оплачивать УЗИ (43,3 на 100 опрошенных). Частота вынужденной оплаты пациентами иных исследований за счет собственных средств составила: КТ – 34,7 на 100 опрошенных, МРТ – 31,5 на 100 опрошенных, рентгеновские исследования – 11 на 100 опрошенных.

Выявленные проблемы организации первичной специализированной онкологической медицинской

помощи для пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, безусловно, отразились на их восприятии ее оказания: только 79,5% пациентов удовлетворены организацией диспансерного наблюдения в первичном онкологическом кабинете (67,8% «удовлетворены полностью» и 11,7% «скорее удовлетворены»).

Ограничениями доступности лучевых диагностических методов для пациентов онкологического профиля, наблюдающихся в первичном онкологическом кабинете в рамках диспансерного наблюдения, явились следующие: сроки ожидания необходимых пациентам диагностических исследований зачастую превышают нормативные, в отдельных случаях пациенты вынуждены оплачивать назначенные им медицинские услуги, предоставление которых гарантировано бесплатно, а также вынуждены посещать врачей иных специальностей для получения направления на исследование. При этом выявлено отсутствие законодательно установленной маршрутизации пациентов, позволяющей врачу-онкологу беспрепятственно назначать исследование самостоятельно, без привлечения врачей иных профилей.

Нормативными правовыми документами, регламентирующими оказание медицинской помощи для пациентов онкологического профиля [10, 12], срок ожидания приема врача-онколога при диспансерном наблюдении пациентов отдельно не установлен. Однако очевидно, что длительное ожидание приема врача и диагностических исследований при установленном диагнозе онкологического заболевания не является для пациента желательным. Пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, с повышенной настороженностью относятся к своему здоровью, и даже непродолжительные сроки ожидания консультации могут вызывать их неудовлетворенность оказанной медицинской помощью, восприниматься как недостаточное внимание к их здоровью. Особенно это актуально при проведении диспансерного наблюдения, когда активное взаимодействие пациента и врача по вопросам оказания ему медицинской помощи, в том числе выполнения диагностических процедур с целью контроля динамики патологических процессов, зачастую является определяющим фактором при оценке качества, доступности медицинской помощи, а также удовлетворенности пациента её оказанием.

Недостаточно четкое выполнение врачами-онкологами первичного звена своих обязанностей по организации полноценного диспансерного наблюдения пациентов можно считать фактором, препятствующим преемственности медицинской помощи пациентам на различных этапах. Требованиями Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [10] установлено, что проведение исследования назначается лечащим врачом и подтверждается выданным пациенту в установленном порядке направлением. Если направление не выдается пациенту врачом-онкологом, пациент для его получения вынужден обращаться к иному врачу, в том

числе в поликлинике по месту жительства. Это приводит к увеличению сроков ожидания исследований и является важным фактором ограничения доступности медицинской помощи.

В соответствии с порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» [12] первичный онкологический кабинет призван для обеспечения своей деятельности, в том числе при диспансерном наблюдении пациентов, использовать лечебно-диагностические возможности медицинской организации, в составе которой организована его работа. Выявленные ограничения экономической доступности медицинской помощи для пациентов, в том числе лучевых методов исследований, может быть следствием дефицита диагностических ресурсов соответствующей медицинской организации, что, однако, не исключает наличия организационных и управленческих проблем первичной онкологической помощи в целом.

Активное использование пациентами платных медицинских услуг в рамках диспансерного наблюдения онкологического заболевания может указывать на недостатки работы с пациентами врача-онколога, в том числе в части проведения информационно-разъяснительной работы о порядке, месте и сроках проведения бесплатных исследований, а также по обеспечению должной маршрутизации пациентов. Установлено, что врач-онколог более полно информирует пациентов о клинических составляющих диспансерного наблюдения, чем об организационных аспектах оказания медицинской помощи. Доля пациентов, не удовлетворенных разъяснениями врача по вопросам подготовки к проведению исследований, наименьшая – 7,5%. Наряду с этим информированием о сроках ожидания и порядке получения медицинской помощи не удовлетворена пятая часть всех респондентов (21,2%), что свидетельствует о недостаточном внимании врача-онколога к выполнению требований Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [10], обязывающих лечащего врача определять сроки, место и своевременность проведения диагностических и лечебных мероприятий с указанием этого в медицинской карте пациента.

Заключение. Выявленные проблемы организации первичной специализированной онкологической помощи свидетельствуют о достаточно серьезных ограничениях ее доступности, что не может не отразиться на удовлетворенности пациентов ее получением. Степень влияния отдельных аспектов работы первичных онкологических кабинетов на удовлетворенность пациентов организацией диспансерного наблюдения в целом определена путем ранговой корреляции Спирмена. С помощью корреляционного анализа установлена прямая зависимость низкого уровня удовлетворенности пациентов организацией диспансерного наблюдения в первичном онкологическом кабинете от длительного ожидания диагностических

исследований, невозможности получить направление на исследование непосредственно от врача-онколога, ограничений в его своевременном выполнении бесплатно, отсутствия разъяснений лечащего врача-онколога по порядку и условиям предоставления медицинской помощи ($p=0,05$; $r=0,7-1$).

Несомненно, выявленные в ходе исследования проблемы следует учитывать при подготовке предложений по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам онкологического профиля. Изложенные обстоятельства неудовлетворительной организации медицинской помощи пациентам на этапе диспансерного наблюдения требуют принятия мер по ее совершенствованию, в том числе в части установления отдельной маршрутизации пациентов при проведении диагностики с использованием лучевых методов.

Литература

1. Заплутанов, В.А. Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста с онкологической патологией / В.А. Заплутанов [и др.] // Онкология. Журн. им. А.П. Герцена. – 2016. – № 2. – С. 25–28.
2. Зудина, Л.А. Роль и структура социологических знаний в медицине / Л.А. Зудина, Н.Н. Капитонова // Главврач. – 2019. – № 8. – С. 45–50.
3. Комаров, Ю.М. Почему растет смертность в РФ / Ю.М. Комаров, С.Л. Ермаков // Главврач. – 2015. – № 9. – С. 68–78.
4. Кочорова, Л.В. Подходы к контролю доступности медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / Л.В. Кочорова, О.Б. Строганова // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – № 2. – С. 16–19.
5. Литовкин, А.В. Формы оказания паллиативной помощи лицам старшей возрастной группы с онкологией / А.В. Литовкин [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 4. – С. 58.
6. Мерабишвили, В.М. Наблюдаемая и относительная выживаемость онкологических больных (популяционное исследование) / В.М. Мерабишвили // Росс. онколог. журн. – 2012. – № 3. – С. 25–29.
7. Огрызко, Е.В. Динамика смертности населения Российской Федерации за 2012 – 2016 годы / Е.В. Огрызко, Е.А. Шелепова, Е.М. Тюрина // Менеджер здравоохранения. – 2018. – № 9. – С. 50–59.
8. Одинцов, В.А. Роль ультразвуковых технологий в скрининге пациентов с заболеваниями щитовидной железы / В.А. Одинцов, Л.В. Кочорова // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – Т. 17, № 3. – С. 51–53.
9. Порядок проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 г. № 124н // Росс. газета. – 2019. – № 7852. – 29 апр.
10. Постановление Правительства Санкт-Петербурга о реализации Закона Санкт-Петербурга от 19 февраля 2019 года № 80 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» // Реестр нормативных правовых актов Санкт-Петербурга. – СПб., 2019. – № 25195. – 17 с.
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.02.2019 г. № 48н «О внесении изменений в Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 915Н» // Росс. газета. – 2019. – № 7804. – 3 мар.

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 г. № 915Н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» // Росс. газета. – 2013. – Спец. вып. № 122. – 7 июня.
13. Строгонова, О.Б. Оценка пациентами работы диагностических служб поликлиник Санкт-Петербурга / О.Б. Строгонова, Б.А. Минько // Врач-аспирант. – 2011. – Т. 49, № 6. – С. 71–76.
14. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития // Росс. газета. – 2019. – Федер. вып. № 97. – 9 мая.
15. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2011 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена. – 2013. – 289 с.

S.Yu. Lomakov

Problems of Organization of Radiation Diagnostics to Dispensary Cancer Patients

Abstract. Currently, the Russian Federation pays unprecedented attention to the prevention, early diagnosis and treatment of cancer. In this regard, the identification of problems at the stage of dispensary observation of patients with cancer is extremely important, and their solution will ensure the proper level of quality and availability of medical care provided to them. A sociological survey of 1230 patients under dispensary supervision of oncologists of regional oncology offices in St. Petersburg was conducted. Identified limitations to the availability of radiation diagnostic techniques for cancer patients observed in the primary cancer office under dispensary observation: the waiting time needed for patients diagnostic tests often exceed the standard (8,9% during ultrasound examination, 25,8% – computed tomography, 28,8% – ultrasound, 34,6% – magnetic resonance imaging, in some cases, patients have to pay for designated health services, all of which is guaranteed free of charge (advice of a specialist – 36,7 per 100 respondents, laboratory diagnostic tests – 35,4 per 100 respondents). When conducting diagnostics using radiation methods, patients were most often forced to pay for ultrasound (43,3 per 100 respondents). The identified problems affected patient's perception of medical care: only 79,5% were satisfied with the organization of dispensary observation in the primary oncology office. Direct dependence of the low level of patients satisfaction with the organization of follow-up in primary cancer study on long waiting diagnostic studies, inability to get directions for the study directly from the oncologist, restrictions in its timely implementation is free, the lack of explanation from the treating oncologist on an order and conditions of granting of medical aid ($p=0,05$; $r=0,7-1$).

Key words: dispensary supervision, primary oncological office, availability of radiation diagnostics at dispensary supervision, oncological medical care, patient satisfaction, ultrasound examination, organization of cancer care for patients, diagnosis of cancer.

Контактный телефон: 8-921-387-00-87; e-mail: pospelovav@mail.ru