



различных аритмий, это тоже функционал поликлиники: холтеровские мониторы, электрокардиографы. У многих учреждений отсутствовало оснащение ЛОР-кабинетов, офтальмологов и отделений реабилитации, которое тоже в рамках программы модернизации нужно закупать.

— Как это отразится на пациентах и на скорости получения им медпомощи?

— Во-первых, профильная помощь специалистов и обследования будут оказываться в более короткие сроки. Они прописаны в программе госгарантий: участковым терапевтам, врачам общей практики — в первые сутки, обследование врачей-специалистов в зависимости от градации — от 7 до 14 дней. На деле, конечно, человек хочет получить помощь в более ранние сроки.

Сейчас много профилактических программ, в частности, направленных на предотвращение осложнений от коронавирусной инфекции. Там тоже много аппаратных исследований, которые надо делать в поликлиниках. Плюс привлечение кадров. Специалисты, особенно молодые, с большим энтузиазмом пойдут в более комфортную поликлинику с современным оборудованием и компьютерами в кабинетах.

— Есть такое понятие, как «новая модель организации, оказывающей ПМСП». Что подразумевает это модель и как она отличается от существующей? Сколько поликлиник включено в эту систему?

— Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, — это медучреждение, ориентированное на потребности пациента, которое бережет его время, а также время медперсонала. Еще в 2018 году Минздрав дал целевые показатели: не менее 70% медорганизаций ПМСП должны к 2024 году иметь статус «бережливой поликлиники». Но мы благодаря правительству города идем с большим опережением. Сейчас в проект включено 211 медорганизаций: это не только поликлиники, но и консультативно-диагностические центры, и даже один диспансер проявил инициативу участвовать в этой программе.

Суть в том, что когда пациент приходит в поликлинику, он должен в минимально короткие сроки получать максимальное количество помощи, за которой пришел. Все начинается с простого: нет пересечения потоков. Если ты шел за справкой, иди по одному маршруту — есть навигация, «желтые стрелки». Если пришел на диспансеризацию — другой маршрут, ты направляешься в отделение медицинской профилактики и не пересекаешься с теми, кто пришел по заболеванию или с иной целью.

До пандемии это были одни маршруты. Когда эпидемиологическая обстановка резко ухудшилась, бережливые технологии оказались очень кстати: они позволили разделить потоки лиц с респираторными симптомами. В успехе этих технологий большую роль играют информационные системы. Одной из первых была внедрена система открытой регистратуры, когда вас вызывают по номерку. Сейчас мы почти полностью ликвидировали «живую очередь». В любой кабинет есть предварительная запись, и в период пандемии она была одним из основных ограничительных мероприятий.

В общем, новая модель — это формирование процессов, направленных на исправление «узких мест» в организации. Например, когда началась пандемия, были задержки в получении результатов ПЦР-тестов. Чтобы их не было, внедрили проект «48 часов» — получение ответа в течение двух суток с момента забора мазка. В этом году был реализован проект по улучшениям в проведении вакцинации против коронавирусной инфекции, который сейчас является стратегически важным.

— Кроме того, что люди могут узнать ответ по тесту за двое суток, как ваши технологии повлияли на получение медицинских услуг?

— Это касается, в частности, обеспечения бесплатными лекарствами в первый день, когда у человека выявился коронавирус. До этого у поликлиник не было опыта закупки лекарственных препаратов для пациентов, мы только выписывали рецепты, и люди сами покупали медикаменты в аптеке. А на сегодня огромное количество лекарств против коронавирусной инфекции уже выдано, их перечень составлен на основании рекомендаций Минздрава. Обычно схема включает три препарата — противовирусное, жаропонижающее и иммуномодулятор.

Новым является и дистанционное наблюдение по телефону, причем не только при коронавирусе. Определилась группа риска пациентов: пожилые граждане 60+ и те, кто страдает коморбидным фоном (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, онкология), — этих людей мы обзваниваем в первую очередь. А не касаясь коронавируса есть, в частности, отдельный проект дистанционного наблюдения за пациентами с артериальной гипертонией, который реализуется в этом году.

— Большая часть поликлинической работы — профилактика и диспансеризация. Каковы показатели по этим направлениям?

— К сожалению, в 2020 году профилактическая программа сокращена, она была приостановлена из-за ограничительных мер. Планировалось, что

профосмотры и диспансеризацию пройдут около 1,9 млн взрослого населения, а за семь с хвостиком месяцев, которые она реально работала, ее прошли 1,325 млн людей.

Минздравом план был скорректирован, и в этом году с учетом детского населения охват должен составить чуть более 20% от всех жителей города. Но мы рассчитываем даже на больший результат, если будет стабильная эпидемиологическая обстановка. Для детей ограничений практически не было, они проходили профосмотры в сроки. В отношении взрослого населения есть эпидемиологические сложности, но диспансеризация сейчас проводится активно. За четыре месяца (в этом году диспансеризация также приостанавливалась) охвачено уже больше 800 тыс. детей и 348 тыс. взрослых. А с 1 июля также действует углубленная диспансеризация, где будут востребованы те приборы, которые мы закупаем по программе модернизации.

COVID-19 повлиял на ситуацию. Когда программа диспансеризации только начиналась, отклик населения на приглашение составлял около 30%, сейчас же он в районе 70%. Люди стали воспринимать диспансеризацию как бесплатный check-up.

— В конечном счете она призвана повысить выявляемость заболеваний на ранних стадиях. Насколько это результативно?

— За прошлый год в ходе диспансеризации впервые выявлены новообразования — 1551 случай, более 2,2 тыс. случаев сахарного диабета и более 18 тыс. случаев — болезней системы кровообращения. Чаще всего, причем когда человека еще ничего не беспокоит, мы выявляем артериальную гипертензию.

Мы очень рассчитываем на онкоскрининги, их набор увеличивается ежегодно. У женщин чаще всего выявляется рак молочной железы: в прошлом году — 360 случаев. В этом году более скромные результаты: пока выявлено 372 случая онкологии всех локализаций, за прошлый год — более 1,5 тыс. В диспансеризацию входит маммография, иммунохимический тест (на колоректальный рак), анализ на простатспецифический антиген — начиная с 45 лет. С того же момента показана фиброгастроскопия. У женщин — скрининг на рак шейки матки.

— Когда у человека выявили проблемы, попадает ли он автоматически в следующее звено здравоохранения?

— Диспансеризация состоит из двух этапов, которые заканчиваются дообследованием и постановкой диагноза. Диспансерное наблюдение, дальнейшее лечение, обследование, реабилитация — это уже не ее задачи. Пациента передают профильному врачу — и он попадает на этап диспансерного наблюдения или лечения.

— Какие характерные для Петербурга вопросы и острые углы не учтены в нацпроекте «Здравоохранение»? Над чем надо работать в отрыве от него, дополнительно, чтобы ситуация для жителей улучшилась именно на первых ступенях оказания медицинской помощи?

— Если смотреть разделы проекта модернизации первичного звена здравоохранения, там буквально все отражено. Это и материально-техническая часть (ремонт, оборудование), и огромный кадровый блок. Единственное, что хочу отметить, привлечение кадров — это самая сложная проблема. Какое бы оборудование мы ни купили, без профессионалов оно работать не будет. А для кадров очень важен уровень заработной платы. В Петербурге он достойный: у врачей в среднем зарплата больше 100 тыс. рублей. Но в последние два года в период пандемии нагрузка, особенно участковой службы, зашкаливала. По нормативам участковому врачу полагается семь вызовов в день, а было 30. Сотрудники поликлиник болели, на какой-то период выходили из строя врачи, медицинские сестры. Но персонал возвращался, и, по официальным данным, у нас в первичном звене количество медработников даже увеличилось.