

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Пятница, 8 октября 2021 №183

(№7145 с момента возобновления издания)

Цветные тематические страницы №13–28

являются составной частью газеты «Коммерсантъ»

Зарегистрировано в Роскомнадзоре

ПИ №ФС77-76924 9 октября 2019 года

Коммерсантъ

в Санкт-Петербурге

Проект реализован
на средства гранта Санкт-Петербурга

Наука стройных битов

Сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующую позицию в списке причин смертности и инвалидизации населения. В Петербурге ситуация планомерно меняется благодаря созданию специализированной инфраструктуры, повышению доступности высокотехнологичной помощи и информированности населения о факторах риска возникновения этих нарушений. По некоторым оценкам, профилактика может предотвратить до 80% обусловленных ими преждевременных смертей.

КСЕНИЯ ПОТАПОВА

Эксперты отмечают, что уже несколько лет подряд в России наблюдается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). При этом, по данным информационного сборника «Сердечно-сосудистая хирургия — 2019» Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, несмотря на серьезные мероприятия по улучшению доступности и качества лечения, крайне высокими остаются показатели по доле смертей от ишемической болезни сердца (ИБС). Лидером среди причин летальности остается повторный инфаркт миокарда — в 21,1% случаев.

Общая заболеваемость ССЗ повышалась, но незначительно: в 2019 году среди взрослых было зарегистрировано 31 949 случаев на 100 тыс. населения, 1937 случаев — среди детей до 15 лет и 5,2 тыс. случаев — среди подростков 15–17 лет.

Объем оперативного лечения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями вырос примерно на 8,5%. Число пролеченных больных ИБС с применением аортокоронарного шунтирования в 2019 году составило 40 313 (в 2018 и 2017 годах их было 39 216 и 35 889 соответственно), с применением чрескожных коронарных вмешательств и стентирования — 204 724 (в 2018-м — 197 017, в 2017-м — 183 612).

«Национальный проект „Здравоохранение“, внедренный бывшим министром здравоохранения Вероникой Скворцовой, включал в себя создание региональных сосудистых центров, которые должны были заниматься лечением пациентов с острым коронарным синдромом. Очень часто таким пациентам назначалась консервативная терапия, из-за которой больные теряли время, а врачи — „жизнеспособный“ миокард, — рассказывает заведующий отделением



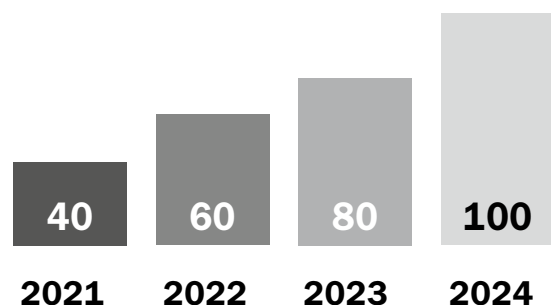
Врачи предупреждают, что не стоит игнорировать сигналы организма. Некоторые, испытывая боли в груди, предпочитают подождать с обращением к специалисту, но промедление может стоить человеку гибели клеток миокарда

Фото Евгения Переверзева

рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов клинического госпиталя в подмосковной деревне Лапино Ашот Григорьян. — С появлением региональных сосудистых центров пациентам, попавшим туда, в течение ближайших часа-двух выполнялась коронарография со стентированием, что позволяло избежать осложнений на фоне инфаркта. Таким образом, нам удалось переломить ситуацию в лучшую сторону: пациенты сразу попадали в специализированные учреждения — в результате статистика начала улучшаться».

Некоторые из целей в рамках регионального проекта Петербурга «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на 2021–2024 годы

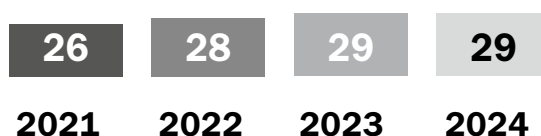
Внедрение муниципальных (районных) программ общественного здоровья и корпоративных программ учреждений «Укрепление здоровья на рабочем месте» в районах Санкт-Петербурга, %



Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях:

2021 — 15 199	2023 — 15 405
2022 — 15 302	2024 — 15 507

Охват медицинской реабилитации пациентов, перенесших острый коронарный синдром и острое нарушение мозгового кровообращения, %



Источник: пресс-служба вице-губернатора Санкт-Петербурга Олега Эргашева

По словам Гелены Березовской, старшего научного сотрудника научно-исследовательской лаборатории клинической ангиологии Национального медицинского исследовательского центра им. Алмазова, появление новой коронавирусной инфекции в последние полтора года значительно осложнило положение пациентов этого профиля. «Поскольку до начала пандемии практически ничего не было известно об особенностях развития данной инфекции у людей и ее влиянии на сопутствующие заболевания, потребовалось немало времени и сил для того, чтобы выработать стратегию и тактику лечения наших пациентов. Однако избавление от COVID-19 для всех без исключения людей с хроническими заболеваниями, в том числе и сердечно-сосудистыми, не гарантирует возврата в прежнее состояние. У большинства наших пациентов развиваются осложнения с вовлечением других органов и систем, что требует длительного периода реабилитации с привлечением специалистов различных профилей», — поясняет эксперт.

«Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» вошла в национальный проект «Здравоохранение» наряду с шестью другими направлениями. И оно чрезвычайно актуально, так как в стране достаточно много пациентов молодого, трудоспособного возраста, страдающих ишемической болезнью сердца и острым коронарным синдромом, замечает Ашот Григорьян.

Благодаря проекту в 2020 году в России пролечено 227 тыс. человек с ИБС и 164 тыс. — с ин-

фарктом миокарда. «Он реализуется с заметной положительной динамикой. В первую очередь потому, что пациенты сразу попадают именно туда, куда надо. Скорая помощь знает, куда вести людей с ОКС, и больные не теряют драгоценного времени,— подчеркивает господин Григорьян.— Другой вопрос, что сами пациенты продолжают достаточно халатно относиться к своему здоровью. Некоторые, испытывая боли в груди, предпочитают не вызывать скорую, а отлежаться дома и заняться самолечением. У нас был случай, когда мужчина в течение трех дней терпел боли и только на четвертый решил обратиться за помощью. Мы сделали все возможное. Но, к сожалению, слишком много времени было потеряно, и большая часть клеток миокарда погибла. Поэтому итог гораздо хуже, чем мог бы оказаться, обратись пациент к медикам сразу».

По мнению госпожи Березовской, главная проблема в сфере сердечно-сосудистых заболеваний отчасти заключается в том, что современные возможности профилактики, лечения и реабилитации доступны, но не используются в полной мере. «Однако трудно рассчитывать на высокую мотивацию со стороны пациентов после двадцатиминутной консультации или формальной диспансеризации в поликлинике,— говорит эксперт.— Ситуация усугубляется недостаточной информированностью наших граждан, которая в условиях роста интереса к здоровому образу жизни и профилактике заболеваний с лихвой возмещается информацией из альтернативных источников, как правило, далеких от медицины».

«Наши граждане не доверяют врачам и предпочитают заниматься самолечением. И с этим бороться сложнее всего. Хотя технологии, которые сейчас доступны россиянам, абсолютно сопоставимы с теми, которые используются в Европе и США, а стандарты лечения соответствуют общемировой практике»,— резюмирует господин Григорьян.

По словам руководителя петербургской страховой тендерной площадки Юрия Волкова, в изменении этих паттернов помочь могли бы развитие добровольного медицинского страхования для физических лиц или специализированного страхования от сердечно-сосудистых рисков, поскольку поведение граждан в системах ДМС и ОМС имеет существенные различия.

«В первом случае потребление услуг зачастую оказывается избыточным — застрахованные слишком настойчиво ищут у себя болезни. При этом за услугами по полису ОМС многие обращаются только в крайних случаях,— иллюстрирует он.— Но проблема распространения ДМС среди физлиц — в низкой платежеспособности населения и недоверии к страхованию. Поэтому без программ софинансирования со стороны государства такие «кардиостраховки» вряд ли получат значительное распространение».

Как в Петербурге, так и в России в целом, по наблюдению Гелены Березовской, на особом подъеме сейчас находится интерес к кардиореабилитации. Алексей Шмонин, доцент кафедры физических методов лечения и спортивной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. Павлова (ПСПбГМУ им. Павлова), отмечает, что это часть кардинальных реформ в сфере здравоохранения России. В 2021 году вступил в силу приказ Минздрава РФ № 788н «Об утверждении



С появлением региональных сосудистых центров пациентам с ОКС, попавшим туда, стала вовремя выполняться коронарография со стентированием, что позволяло избежать осложнений на фоне инфаркта
Фото Олега Харсеева

Оборудование, закупленное в 2021 году для десяти стационаров Санкт-Петербурга, на базе которых функционируют сосудистые центры

- 1 МРТ (планируемый срок ввода — октябрь)
- 1 установка навигационная стереотаксическая (декабрь)
- 1 микроскоп операционный (ноябрь)
- 1 нейрорэндоскопическая стойка (октябрь)
- 18 функциональных кроватей (введены в эксплуатацию)

порядка организации медицинской реабилитации взрослых». «Последние 15 лет много внимания уделялось лекарственному и хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний. И система лечения была построена на хорошем уровне,— рассуждает эксперт.— Теперь предпринимается следующий шаг — реабилитация пациен-

В РОССИИ НЕ ХВАТАЕТ ОКОЛО 25 ТЫС. РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ КОМАНД, 20% КОТОРЫХ БУДЕТ РАБОТАТЬ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Но представление о ней все еще редко выходит за рамки формулы «ЛФК + бассейн + физиолечение + массаж», продолжает госпожа Березовская. «Огромным прорывом в этой области является создание в нашем городе центров, которые оказывают специализированную помощь по реабилитации пациентов, объединяя усилия специалистов различных профилей, что позволяет решать многоплановые проблемы коллегиально. Их особенность в том, что реабилитация проводится в сопровождении узких специалистов и специалистов смежных профилей, с примени-

ем технологий телемедицины»,— объясняет она.

«Основой реабилитации является восстановление нормальной жизнедеятельности, где больной может делать все что хочет, имеет хорошее качество жизни и независим от сторонней помощи. В порядке прописана новая модель реабилитации по кардиологическому профилю. С больным работает реабилитационная команда: врач-реабилитолог, эрготерапевт, клинический психолог и специалист по ЛФК и физической терапии»,— перечисляет господин Шмонин.

Правда, он констатирует, что многие пациенты, которые нуждаются в реабилитации, не могут ее получить. Наблюдается дефицит специалистов новых реабилитационных специальностей и центров, которые соответствуют новому приказу. «Минздрав и вузы предпринимают усилия по профессиональной переподготовке специалистов. Пока что в России не хватает около 25 тыс. реабилитационных команд, 20% которых будет работать в кардиологической реабилитации»,— описывает господин Шмонин масштаб проблемы.

В целом, подчеркивает Ашот Григорьян, основной тенденцией в сфере сердечно-сосудистых заболеваний должна стать их профилактика, которая включает нормальное питание, полноценный отдых, отказ от вредных привычек и — в обязательном порядке — профилактические осмотры у кардиолога. Например, людям старше 45 лет необходимо приходить к врачу, даже если ничего не болит, минимум раз в год, чтобы сделать электрокардиограмму и пройти тесты на ишемию.

«Что касается лечения, то по инфаркту миокарда мы уже вышли на определенное плато, система отработана и все знают, что делать. На первый план теперь выходят инсульты. Основная задача — скорейшая доставка таких пациентов в сосудистые центры и проведение оперативного хирургического лечения по извлечению тромбов из сосудов головного мозга,— говорит господин Григорьян.— Подобные операции сегодня доступны бесплатно не только в государственных больницах, но также и в частных клиниках, которые работают с ОМС. Такие клиники включены в маршрутную сеть, и скорая помощь привезет туда пациента, если клиника окажется ближайшей по месторасположению».

ИЗБАВЛЕНИЕ ОТ COVID-19 ДЛЯ ВСЕХ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ, НЕ ГАРАНТИРУЕТ ВОЗВРАТА В ПРЕЖНЕЕ СОСТОЯНИЕ

«Мы сделаем так, чтобы каждый житель города мог видеть машину, которая едет к нему на вызов»

Смольный скорректировал целевые показатели по ожидаемой продолжительности жизни петербуржцев с учетом пандемии. Но даже на ее фоне удастся выполнять большинство значений, намеченных в нацпроекте «Здравоохранение», говорит вице-губернатор города Олег Эргашев. Что реализовано в рамках федеральной инициативы и как, помимо задач «сверху», власти Петербурга планируют развивать систему оказания медпомощи, он рассказал Елене Исаевой.

— На цели региональных проектов национального проекта «Здравоохранение» в этом году запланированы значительные средства. Откуда они поступают?

— 2,2 млрд рублей будет направлено из средств регионального бюджета и 813 млн — из федерального. Дополнительно реализуется целевая программа Министерства здравоохранения РФ по модернизации первичной медико-санитарной помощи с общим объемом финансирования 3,8 млрд рублей в этом году.

— На что будут направлены финансы и каких показателей по проекту уже удалось достичь Петербургу?

— Перед городской системой здравоохранения стоят две первоочередные задачи: сначала — контроль за эпидемиологической ситуацией в преддверии сезонного подъема заболеваемости, в том числе гриппом, и есть, конечно, возможность дальнейшего ухудшения эпидпоказателей COVID-инфекции. Понятно, что вся работа по борьбе с пандемией, проведенная в 2020 году, не дает нам никакой скидки в части исполнения целей национального и регионального проектов по здравоохранению. И большинство из плановых значений были достигнуты, например, по снижению смертности от онкологических заболеваний и туберкулеза, по количеству больных, выявленных с активным туберкулезом, показатели по обеспеченности врачами. Нам удалось удержать ряд достижений прошлых лет, в частности, уровень младенческой смертности составил 3,4 на 1 тыс. детей, родившихся живыми, — это один из самых низких в стране. Бережливые технологии внедрены во всех 189 городских по-

ликлиниках. В рамках реализации ведомственного проекта Санкт-Петербурга «Электронное здравоохранение» было запущено 17 электронных сервисов: восемь для пациентов, четыре для врачей и пять для руководителей здравоохранения.

Пока не достигнут показатель по обеспеченности средним медицинским персоналом на одного врача. Для решения этого вопроса увеличивали прием в медицинские колледжи. Так, число мест в училищах увеличилось с 2,4 тыс. в 2019 году до 3,6 тыс. в текущем. Кроме того, за последние шесть лет в пять раз возросло число целевых мест в медицинских вузах (с 200 до 1 тыс.).

В целях борьбы с онкозаболеваниями до конца года будут дополнительно введены два центра амбулаторной онкологической помощи на базе 31-й и 15-й больниц — к уже 13 работающим центрам. А к 2024 году их будет уже 18. Для шести медорганизаций заключены контракты на дооснащение диагностическим оборудованием, в том числе для проведения томографических исследований, маммографических, эндоскопии, УЗИ — на 330 млн рублей. Предусмотрено обеспечение бесплатными медикаментами, изделиями медицинского назначения, лечебным питанием пациентов с онкодиагнозами.

Важное направление — борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этом году нам удалось дооснастить еще десять стационаров современным оборудованием, на базе которых функционируют сосудистые центры (всего в городе 21 сосудистый центр — „Б“). Заключены контракты для закупки нового оборудования, в частности, для проведения томографических исследований.

Общая сумма — 171 млн рублей. Для информирования горожан о факторах риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний до 2024 года во всех районах Петербурга будут внедрены программы укрепления общественного здоровья. Сейчас они есть в восьми районах.

Также важная программа — развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры для оказания медицинской помощи. В 2021 году организованы профилактические осмотры для всех детей в возрасте от 0 до 17 лет, первоочередно — тем, у кого впервые были выявлены болезни органов пищеварения, кровообращения, эндокринной системы, расстройства питания с нарушениями обмена веществ. Приобретено 140 единиц современного оборудования на сумму 383 млн рублей, где 141 млн предоставлен из резервного фонда правительства РФ. Реализованы еще организационно-планировочные решения пространств, которые обеспечили комфортность пребывания детей в поликлиниках.

Одна из ветвей проекта — «Развитие экспорта медицинских услуг». В этом году у нас проходили массовые культурные и спортивные мероприятия (чемпионат по футболу Евро-2020, Петербургский международный экономический форум), что способствовало возможности реализации проекта. На сегодня медицинская помощь иностранным гражданам оказана на сумму более \$7 млн.

Проект «Формирование системы мотивации к здоровому образу жизни» проводится на базе районных центров здоровья. Кроме того, реализуется большой объем мероприятий по иммунопрофилактике — против гриппа, пневмококка, а также COVID-19. На эти цели в 2021 году выделено 200 млн рублей.

Для профилактики осложнений после коронавируса стартовала программа углубленной диспансеризации. В 2021 году на ее проведение выделено 278,5 млн рублей из средств федерального бюджета, что позволит охватить углубленной диспансеризацией 310 тыс. человек.

Но самым важным проектом является программа развития первичной медико-санитарной помощи с общим объемом финансирования до 2025 года более 21 млрд рублей. Ею предусмотрено проведение капитального ремонта поликлиник (144 объектов) и приобретение медоборудования (2967 единиц).

— Достаточно ли средств на все перечисленные ветви работы и планирует ли город в

Плановые и фактические показатели по онкологии

Наименование показателя	План			Факт
	2019	2020	2021	
Доля злокачественных новообразований, выявленных на I–II стадиях, %	56	56,6	57,4	55,8
Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением, %	-	-	66	36
Одногодичная летальность больных со злокачественными новообразованиями, %	21	20,2	19,4	18,6
Смертность населения от злокачественных новообразований, случаев на 100 тыс. населения	-	-	247,7	242,7
Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете пять лет и более, из общего числа больных со злокачественными образованиями, состоящих под диспансерным наблюдением, %	55,7	56,8	57	58,5

Источник: пресс-служба вице-губернатора Санкт-Петербурга Олега Эргашева



Фото Евгения Павленко

дальнейшем увеличивать свою долю в финансировании этих мероприятий?

— В этом году средств достаточно, и, конечно, ежегодно цифры увеличиваются. По финансовому наполнению перечисленных программ Петербург стоит на втором месте после Москвы, и софинансирование федеральных средств региональными — очень достойное.

— По отчету Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ), на 1 января 2021 года численность населения города составила на 13,7 тыс. человек меньше, чем на 1 января 2020 года (всего — 5384,3 тыс.), в 2020-м наблюдалось снижение рождаемости на 5,9% по отношению к 2019 году (55,4 тыс. против 58,9 тыс.), при этом чуть повысилась доля недоношенных детей — с 5,7 до 5,9%, повышен общий показатель смертности, снизилась ожидаемая продолжительность жизни с 76,3 до 74 лет, что меньше показателя на 2017 год (75,5 года). По вашим ожиданиям, как ситуация изменится в текущем году?

— Мы корректировали программу с учетом пандемии. И если взять ожидаемую продолжительность жизни при рождении, то в Петербурге по итогу 2021 года она должна составить 74,3 года, в 2022-м — 74,8, к 2030 году мы планируем рост ожидаемой продолжительности жизни при рождении до 79,5 года.

Такая же «дорожная карта» составлена по численности населения. Пока мы идем в тренде тех показателей, которые нам определены: на 2021 год — 5403,8 тыс., в 2022 году — рост до 5422,9, к 2030 году мы должны выйти на 5701,6 тыс. людей. Этот показатель удастся контролировать несмотря на то, что пандемия дала значимый рост смертности, в первую очередь от COVID и от сердечно-сосудистых заболеваний.

— Один из основных вопросов по онкологии и по сердечно-сосудистым — как повысить выявляемость заболевания на ранних стадиях? Другой, не менее для Петербурга актуальный, — как структурировать и ускорить маршрутизацию пациента по лечущим учреждениям? В условиях периодического отказа от плановой медпомощи при пандемии как город работает над тем, чтобы больные вовремя и в полном объеме получали помощь?

— Мы планируем увеличить количество региональных сосудистых центров. Например, на базе городской больницы № 15 будет возведен новый девятиэтажный корпус, где население юго-запада будет обеспечено не только первичной по-

мощью, но и сможет получить стентирование и проведение сложных операций при нарушениях мозгового кровообращения (например, при тромбозе). За последние восемь месяцев удалось завершить длительное строительство хирургического корпуса городской больницы № 33 на 403 койки, там рассматривается возможность создания регионального сосудистого центра. Следующим будем рассматривать на межведомственной врачебной комиссии создание такого центра на базе Госпиталя ветеранов войн, огромного стационара, куда, как правило, поступают пенсионеры, жители блокадного Ленинграда — те категории, кто в первую очередь страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. В этом году там тоже введен новый корпус на 300 коек и действует пока первичный сосудистый центр. Мы планируем докупить оборудование.

Проблема в том, что пандемия, к сожалению, приводит не только, как мы раньше думали, к развитию легочных осложнений, а чаще — именно к тромбогеморрагическим. Тромбозы могут увеличивать число пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения и инфарктом миокарда. И это то, из-за чего сейчас возросли госпитальная летальность и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому задачи связаны между собой: с одной стороны, мы должны остановить развитие пандемии — это вакцинация, с другой — улучшить оказание помощи при лечении сердечно-сосудистых заболеваний.

— Как информация поступает из одного лечебного учреждения в другое, чтобы человек беспрепятственно направлялся из первичного звена в стационар, оттуда — под амбулаторное наблюдение и оставался на учете?

— Начиная с 2017 года ведется большая работа по созданию единой информационной системы. В общей сложности за четыре года в это вложено 2,2 млрд рублей за счет и федерального

и регионального бюджетов. В 2021 году планируется финансирование в размере 240 млн рублей, чтобы создать компьютерные рабочие места, объединить медицинские инфосистемы (МИС) каждой медорганизации в одну. И в завершение планируется создание облачных систем, которые будут содержать информацию, где будут храниться изображения. Вся маршрутизация отрабатывается нормативно-правовыми актами комитета по здравоохранению, актуализируется. Она, соответственно, меняется с учетом введения новых сосудистых центров и центров амбулаторной онкологической помощи.

— Насколько в общем коррелируют цели проекта с ситуацией по Петербургу? То есть чего в нем не хватает и что требуется городу за рамками работы по федеральному плану?

— Есть определенные цели, которые мы планируем развивать дополнительно. Во-первых, у нас очень много оказывается помощи жителям других регионов. Жители Ленинградской и Новгородской областей и Карелии могут получать всю необходимую медицинскую помощь в Петербурге. Мы планируем такое приграничное взаимодействие и улучшаем финансовые взаиморасчеты для того, чтобы любой житель соседней области мог получать медпомощь в организациях здравоохранения города.

Также программа, которую мы планируем развивать, — по скорой медицинской помощи. В этом году завершили проект ее визуализации для соответствия требованиям приказа Минздрава России №388, который регламентирует оказание скорой помощи в экстренной и неотложной формах. Создана интерактивная карта с отображением машин скорой, выезжающих на вызов. Пока это пилотный проект, но мы сделаем так, чтобы каждый житель города мог видеть машину, которая едет к нему на вызов, с помощью приложения.

Вторым моментом для улучшения оказания скорой медпомощи в отдаленных районах станет развитие санитарной вертолетной авиации. Речь идет о создании единой диспетчерской службы. Казалось бы, для нашего города достаточно автомобилей скорой медицинской помощи, но это станет дополнительным инструментом, который поможет снизить догоспитальную и госпитальную летальность за счет того, что мы будем доставлять пациентов из отдаленных районов быстрее и оказывать определенные виды помощи уже во время движения в вертолете. Там мы сможем протезировать жизненную функцию (экстракорпоральная мембранная оксигенация, искусственная вентиляция легких).

— Как это будет финансироваться?

— Обоюдно: и федеральное софинансирование, и за счет бюджета города.

— Как исполнение показателей отражается на пациентах? Уменьшились ли очереди, какую помощь теперь могут люди получить, которая была им раньше недоступна?

— Много сделано для повышения качества и доступности оказания медицинской помощи петербуржцам. Но еще больше предстоит сделать: продолжить модернизацию поликлиник, развитие телемедицинских услуг, внедрение новых цифровых технологий и, конечно, совершенствование системы проведения высокотехнологичных методов лечения.

Целевые показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении по годам,

скорректированные с учетом эпидемии COVID-19

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Санкт-Петербург	74,00	74,34	74,85	75,35	75,92	76,50	77,08	77,66	78,24	78,90	79,56
СЗФО	71,75	72,32	72,91	73,48	74,15	75,50	76,17	76,84	76,84	77,60	78,37
РФ	71,09	71,89	72,30	72,90	73,80	74,30	75,00	76,40	76,40	77,20	78,00

Источник: пресс-служба вице-губернатора Санкт-Петербурга Олега Эргашева

Онкология

Региональная программа Петербурга по борьбе с раком близится к экватору. В ее рамках расширяются лечебные мощности, открываются специализированные амбулаторные отделения, внедряются новейшие терапевтические технологии. В выявлении заболевания на ранних стадиях большую роль играет диспансеризация, подчеркивают специалисты. И чем выше уровень диагностики, тем большему числу людей требуется лекарственное обеспечение.



Новое оборудование в петербургских онкоцентрах позволяет сократить время процедур, принять больше пациентов, а в некоторых случаях — использовать менее травматичные методы лечения
Фото Александра Корякова

Число случаев ЗНО, впервые выявленных в административных районах Санкт-Петербурга в 2011–2020 годах

N п/п	Районы Санкт-Петербурга	Число случаев (абсолютное)										Прирост/убыль за 10 лет, %
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
1	Адмиралтейский	486	493	474	433	796	751	735	741	732	606	24,7
2	Василеостровский	885	955	952	997	988	1089	961	975	1069	992	12,1
3	Выборгский	1759	1893	2028	2182	2528	2637	2560	2413	2464	2444	38,9
4	Калининский	1734	1893	2089	1834	2752	2686	2606	2455	2724	2327	34,2
5	Кировский	1630	1701	1783	1698	1738	1703	1758	1877	1967	1715	5,2
6	Колпинский	767	738	653	741	856	812	875	890	907	852	11,1
7	Красногвардейский	1388	1237	1366	1518	1732	1596	1754	1801	1925	1598	15,1
8	Красносельский	1323	1452	1522	1693	1959	2002	2153	1991	2005	1808	36,7
9	Кронштадтский	210	232	224	214	249	249	253	219	263	192	-8,6
10	Курортный	230	174	207	221	318	329	311	370	358	303	31,7
11	Московский	1463	1526	1429	1559	1613	1690	1756	1655	1850	1489	1,8
12	Невский	2035	1939	2114	2372	2433	2581	2519	2449	2654	2226	9,4
13	Петроградский	380	337	349	410	603	580	594	575	595	533	40,3
14	Петродворцовый	444	425	438	497	654	584	600	577	774	573	29,1
15	Приморский	1435	1525	1512	1789	2889	2600	2678	2619	2709	2281	59
16	Пушкинский	610	621	586	678	796	807	892	948	960	926	51,8
17	Фрунзенский	1602	1761	1912	1890	2217	2287	2228	2408	2360	2055	28,3
18	Центральный	734	755	770	850	1028	931	1043	978	951	790	7,6
Всего		19115	19657	20408	21576	26149	25935	26276	25941	27267	23710	24

Источник: комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

НАТАЛЬЯ ЛАВРИНОВИЧ

Основная цель программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» — снижение смертности от новообразований до 243,7 случая на 100 тыс. населения к 2024 году. В 2021 году смертность фиксируется на уровне 250 случаев на 100 тыс. человек. Кроме того, предполагается заметно увеличить долю злокачественных новообразований (ЗНО), выявленных на I–II стадиях, — с нынешних 57,4 до 65%; снизить число однодневной летальности при онкологии; увеличить удельный вес пациентов с раком, состоящих на учете пять лет и более.

Городской системе здравоохранения удается достичь перечисленных цифр, за исключением первичных больных: вмешалась эпидемия COVID-19, и население не рискует лишним раз идти к врачам. «С этим показателем отдельная история: когда начался ковид, была остановлена диспансеризация, и он сразу начал резко снижаться, — говорит главный онколог комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Дмитрий Гладышев. — До этого мы критически относились к качеству диспансеризации. Но остановка показала, что все-таки она имела большой эффект в ранней выявляемости онкозаболеваний».

В ранней диагностике, добавляет господин Гладышев, очень помогает появление центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), их в городе уже 13. Центры обслуживают 15 из 18 районов города, а в следующем году откроется еще три — и покрытие будет полным. «Теперь уже все точно знают, что не надо ждать направления к онкологу в диспансер. Практически в каждом районе

есть ЦАОП, в нем есть все необходимое оборудование, и там достаточно легко провериться, — рассказывает Дмитрий Гладышев. — Я могу отметить, например, Выборгский район: там первым открылся ЦАОП, он очень мощный, и этот район первым ушел в лидеры по раннему выявлению ЗНО — больше 60% выявляемость на I–II стадии».

В Петербургском онкоцентре (ГБУЗ КНПЦСВМП(о)) благодаря региональной программе существенно обновилась материально-техническая база медицинского оборудования. Ввод в эксплуатацию мультиспирального компьютерного томографа и цифрового маммографа позволил увеличить число соответствующих исследований практически в два раза. «В 2020 году у нас был создан Центр ядерной медицины, — рассказывает директор Петербургского онкоцентра Владимир Моисеенко. — Всего за полгода было полностью переоснащено отделение радиологии. На реализацию проекта было выделено 650 млн рублей. 27 января 2021 года состоялся первый сеанс лучевой терапии на системе Halcyon: благодаря высокой пропускной способности только на нем ежедневно получает облучение по современным технологиям около 100 пациентов. А 22 марта 2021 года прошел первый сеанс 3D-конформной лучевой терапии на системе TrueBeam. С ее помощью сеанс радиотерапии сократился с 15–20 минут до 2–4 минут, что в значительной степени увеличило пропускную способность отделения».

Благодаря вводу в строй суперсовременного оборудования стала безвозможна работа с глубоко расположенными органами без прямого операционного вмешательства — в режиме радиохирургии. Этот метод особенно актуален для пациентов с противопоказаниями для традиционного хирургического лечения. Радиохирургия позволяет облучать опухоли размером до 3,5 см любой локализации.

Кроме того, в декабре 2019 года радиотерапевтическое отделение КНПЦСВМП(о) получило лицензию на применение радия хлорида (^{223}Ra). Это новейший метод лечения кастрационно-резистентного рака предстательной железы с костными метастазами. За 2020 год специалисты учреждения провели 110 сеансов радионуклидной терапии. И на сегодняшний день Петербургский онкоцентр — единственное городское учреждение, использующее радий-223 в рамках ОМС.

В Городском клиническом онкологическом диспансере (ГКОД) на проспекте Ветеранов до конца года заработают современные маммограф и магнитно-резонансный томограф. В 2022 году планируется дооснащение линейными ускорителями онкодиспансера на Березовой аллее, что создаст в городе второй остров мощной лучевой терапии, — сейчас все ускорители сосредоточены на севере Петербурга. Новый парк оборудования, конечно, увеличит мощность медицинского учреждения.

«Кроме того, в рамках программы мы разделили отделение опухолей молочной железы на 60 коек на два отделения, — говорит главный врач СПбГБУЗ „ГКОД“ Эльдар Топузов. — Одно лечит пациенток с опухолями молочной железы и имеет возможность делать внутритканевое облучение во время операции. Такие аппараты в России всего два: в Томском институте и у нас. Второе отделение больше заточено на реконструктивно-пластическую хирургию».

Сейчас мы убираем химиотерапевтическое отделение с Березовой аллеи и переводим его на Ветеранов. Освободившиеся койки полностью отдадим под реабилитационный центр. Это первый центр такого рода в городе и один из немногих в стране: на 50 с лишним мест, рядом с метро, в исторической локации. Раньше услуги специалистов по реабилитации были разрозненны: здесь массаж, там ЛФК, тут маленькое отделение стомированных больных. Мы их объединили и сделали одно большое реабилитационное отделение

с нутриционной поддержкой, которую курирует один из лучших специалистов в стране — Полина Александровна Захарова».

В центре протонной терапии, первым в стране открытым четыре года назад, продолжают внедрять в практику передовые методы исследований и лечения, применяющиеся в мире. «С сентября в патоморфологической службе нашей онкологической клиники начала работать лаборатория молекулярно-генетической диагно-

мационной системы (ВИМИС), которая начнет работать к концу этого года. Это своего рода цифровой контроль за онкопациентом с момента подозрения на болезнь до диагностики, лечения, реабилитации, паллиативной помощи».

Другое нововведение — референс-центры — центры компетенции для помощи регионам. Их сферы — гистология, иммуногистохимия, молекулярно-генетические исследования и лучевые методы диагностики. «Это очень важно, когда

ПО ДАННЫМ МИАЦ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПЕТЕРБУРГА ДЕРЖИТСЯ НА УРОВНЕ 26,6%, ЧТО В СРЕДНЕМ РАВНО 13 СИГАРЕТАМ В ДЕНЬ НА ОДНОГО КУРИЛЬЩИКА. И НЕСМОТРИ НА ТО, ЧТО ОСТРОТА ПРОБЛЕМЫ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ СНИЖАЕТСЯ, ОКОЛО 40% НЕКУРЯЩИХ СТАЛКИВАЮТСЯ С КУРЕНИЕМ НА РАБОТЕ, 55% — В ПОДЪЕЗДАХ ЖИЛЫХ ДОМОВ И НА БАЛКОНАХ, А 72% — НА ОСТАНОВКАХ ОБЩЕСТВЕННОГО ТРАНСПОРТА

стики, в которой выполняется широкий спектр генетических тестов: от выявления наиболее частых мутаций до полного секвенирования генома человека с применением так называемого „секвенирования нового поколения“, — рассказывает руководитель центра протонной терапии Аркадий Столпнер. — Без этих исследований, обеспечивающих максимально персонализированный подход к разработке плана лечения пациента, сегодня невозможна работа серьезного онкологического учреждения. Налажено производство некоторых новых для нас радиофармпрепаратов, и мы начинаем их внедрение в клиническую практику». Центр под руководством господина Столпнера — частный, но работает, в том числе, в рамках территориальной программы госгарантий. Таким образом, диагностику и лечение в нем можно пройти по полису обязательного медицинского страхования, по ОМС и федеральным квотам центр оказывает также высокотехнологичную медпомощь.

Контроль за реализацией программы «Борьба с онкологическими заболеваниями», включающей разработку клинических рекомендаций, внедрение инноваций в регионах, мониторинг онкологической службы, возложен на ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России. Центр отвечает за Северо-Западный федеральный округ, это 11 субъектов: получает от них информацию и дает рекомендации, куда дальше двигаться в вопросах снижения смертности, внедрения клинических исследований, потребности в лекарствах. «Для этого у нас созданы выездные группы специалистов: на неделе они едут, допустим, в Архангельск и Великий Новгород, там проводят аудит главных онкодиспансеров, — рассказывает директор центра и главный внештатный онколог Северо-Запада Алексей Беляев. — Работают в течение трех-пяти рабочих дней. Группа состоит из хирурга, химиотерапевта, специалиста по лучевой диагностике, по раковому регистру и других. Кроме того, мы получаем реестры счетов из территориальных фондов, по которым видим очень многое: схемы химиотерапии, интервалы между ними, осложнения, лекарства, которые применяются, — это очень важно».

В программу также входит создание вертикально интегрированной медицинской инфор-

мации, в которой выполняется широкий спектр генетических тестов: от выявления наиболее частых мутаций до полного секвенирования генома человека с применением так называемого „секвенирования нового поколения“, — рассказывает руководитель центра протонной терапии Аркадий Столпнер. — Без этих исследований, обеспечивающих максимально персонализированный подход к разработке плана лечения пациента, сегодня невозможна работа серьезного онкологического учреждения. Налажено производство некоторых новых для нас радиофармпрепаратов, и мы начинаем их внедрение в клиническую практику». Центр под руководством господина Столпнера — частный, но работает, в том числе, в рамках территориальной программы госгарантий. Таким образом, диагностику и лечение в нем можно пройти по полису обязательного медицинского страхования, по ОМС и федеральным квотам центр оказывает также высокотехнологичную медпомощь.

речь идет о дорогих таргетных препаратах, — объясняет господин Беляев. — К нам из региона обращаются с просьбой пересмотреть блоки или полностью выполнить исследование, пересмотреть заключение КТ. Мы наняли специальную курьерскую службу и полностью оплачиваем ее: курьеры едут в регионы, берут блоки, привозят сюда. Нам эти затраты не компенсируют, но мы идем на это, это имиджевая позиция. В стране сейчас 18 референс-центров, не только онкологических. Также их задача — телемедицинские консультации с регионами. Мы реагируем на запрос на телемедицинскую консультацию в течение пяти суток, от нас в них участвует два и более специалистов».

На базе национальных медицинских исследовательских центров, кроме того, идет подготовка кадров. НМИЦ им. Петрова каждый год выпускает почти 150 ординаторов-онкологов и смежных специалистов, еще около 2 тыс. проходит здесь переподготовку и повышение квалификации по специальности «онкология». В рамках программы строится новый лечебный корпус НМИЦ на 205 коек, который будет сдан к 2024 году. Из федерального бюджета на него выделено 6 млрд рублей. К концу 2022 года и в Петербургском онкоцентре возведут отдельный амбулаторно-поликлинический комплекс.

Решает программа и проблемы с лекарственным обеспечением, существовавшие еще три года назад. «Теперь у нас вся молекулярно-генетическая диагностика делается по ОМС. Чем больше этих диагностических исследований, тем больше мы выявляем мутаций и маркеров для назначения таргетной либо иммунотерапии, которая сейчас является самой современной и самой дорогостоящей, и тем выше потребность в этих лекарствах. Мы запускаем исследования, получаем результат, например, что не 5% пациентов с раком легкого нуждаются в таргетной терапии, а 10 или 12%. И потребность в препаратах для данной группы — уже не 30 млн рублей, а 60. Мы постоянно наращиваем эту потребность и стараемся ее удовлетворить. К сожалению, рост потребности сейчас происходит быстрее, чем ее удовлетворение. Но если смотреть в абсолютных числах, обеспеченность лекарствами увеличивается значительно», — резюмирует Дмитрий Гладышев.

«Специалисты с большим энтузиазмом пойдут в поликлинику с современным оборудованием и компьютерами в кабинетах»

Программа модернизации первичного звена здравоохранения на 2021–2025 годы, в декабре 2020-го утвержденная правительством Петербурга, будет стоить городу и федеральным властям более 20 млрд рублей. Как эти вливания изменят поликлинические мощности и качество услуг, оказываемых населению, „Ъ“ отвечает начальник отдела по организации амбулаторной медицинской помощи комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Лариса Соловьева.

СПРАШИВАЛА ЕЛЕНА ИСАЕВА
ФОТО ЕВГЕНИЯ ПАВЛЕНКО

— Сколько организаций входит в первичное звено здравоохранения в Петербурге и какие?

— Под первичным звеном подразумевают организации, где оказывается первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Детские, взрослые поликлиники, офисы врачей общей практики — где есть прикрепленное население. Консультативно-диагностические центры — это уже учреждения второго уровня, куда поликлиники могут направлять пациентов для консультации по различным профилям. Программа модернизации первичного звена включает поликлиники, имеющие прикрепленное население, — всего 87 юридических лиц, но подразделений этих медорганизаций, площадок, конечно, больше.

— Кто мониторит их состояние? Ведь в Петербурге поликлиники подчинены районным отделам здравоохранения, а не комитету.

— Состояние районных поликлиник, условия приема пациентов и получения помощи, сроки оказания этой помощи, укомплектованность кадрами — все то, что подразумевает система организации ПМСП, — находится в ведении администраций районов. Учреждения городского подчинения — это бывшая поликлиника творческих работников на Невском проспекте № 40, а также поликлиники № 81 и 83.

Перед тем как сформировать программу модернизации первичного звена, был проведен глубокий анализ ресурсов медорганизаций, ревизия каждого подразделения. Все поликлиники заполняли так называемый паспорт, куда включалось количество кабинетов и их оснащение по порядкам и стандартам. Если не хватало какого-то оборудования или вышел срок его эксплуатации, это было сразу видно. Поэтому план закупок оборудования формировался с самого «низа» — от специалистов медицинских кабинетов.

Это была самая трудоемкая часть работы, которой мы занимались еще с 2019 года. Данные вводились в электронную информационную систему Минздрава, которая действует во всех 85 субъектах РФ. В ней ничего нельзя ни приукрасить, ни недосказать. И Министерство, и мы на региональном уровне видим паспорта организаций. В итоге по оборудованию есть два раздела: дооснащение и

переедание — что нужно закупить для каждого медучреждения до 2025 года, на что надо направить значительные средства, которые ранее в таком объеме не выделялись.

Существенная часть финансирования идет на капитальные ремонты тех поликлиник, износ которых составляет от 40 до 80%. Программа подразумевает, что к 2025 году количество изношенных зданий сократится до минимума — с 15 до 3%. Всего к тому моменту будет отремонтировано 144 здания, в этом году — 78 объектов.

— В каких локациях наиболее остро стоит вопрос доступности специалистов, очередей на прием?

— Достоверные статистические цифры формируются раз в год. Это так называемая форма федеральной отчетности № 30 — сведения о медицинской организации. По каждому специалисту есть информация: сколько положено по штатному расписанию, сколько есть физических лиц и занятых ставок. Например, несмотря на сложную эпидемиологическую обстановку, в 2020 году на 117 человек увеличилось число участковых терапевтов: физических лиц было 1654, а стало 1771.

Но штаты формируются по-разному. Например, одна ставка врача-гематолога по нормативам Минздрава полагается на 200 тыс. человек взрослого населения, то есть такой специалист может быть даже не в каждом районе, если в нем проживает меньше людей. Участковый врач — самый востребованный специалист, он первым приходит на помощь, здесь одна ставка врача рассчитывается на 1,7 тыс. человек. Невролог, кардиолог — один на 20 тыс. Поэтому есть дефицит врачей узких специальностей, но это не сотни единиц.

В конце 2019 года мы по каждому району подвели баланс по врачам-специалистам, и получилось, что хуже укомплектованы быстрорастущие территории. Жилищное строительство опережало инфраструктуру, приходилось открывать вместо поликлиник офисы врачей общей практики, которые не обеспечены узкими профессионалами. Например, микрорайон Славянка (Пушкинский район) давно нуждается и в детской, и во взрослой поликлинике, пока там есть только офисы врачей общей практики. Или территория жилого квартала в Горелово (Красносельский район), которая была из области передана: там сначала практически только скорая помощь оказывалась.

Приморский район быстрорастущий, Выборгский — микрорайон у станции метро «Парнас», где тоже одни офисы, а поликлиники полноценной нет. В центральных районах ситуация лучше, здесь давно сформирована инфраструктура первичной помощи, обеспечивающая ее доступность.

Цель программы модернизации — выровнять условия оказания медпомощи, чтобы не было такого, что в одном районе люди попадают к врачам в тот же день, а в других — в течение предельных 14 дней и дольше. Для этого отдельно формируется кадровый блок. По Адресной инвестиционной программе (АИП) до 2025 года запланировано построить около 30 амбулаторных учреждений. В каждом из них рассчитано, сколько будет терапевтов, кардиологов, откуда могут привлекаться эти врачи. Понятно, что это идеально не работает, но есть и план целевой подготовки — когда молодые врачи возвращаются специалистами в ту же поликлинику, которая их направила на обучение в интернатуре или ординатуре.

— На обновление технической базы до 2025 будет направлен 21 млрд рублей. В 2021-м на ремонт пойдет 1,263 млрд рублей, на оборудование — 2,56 млрд. Что за техника закупается и как она расширит функционал поликлиник?

— Основная часть замены оборудования — это лучевая диагностика: рентген-диагностические аппараты, маммографы, флюорографы. Мы заменяем один КТ и два МРТ по Красносельскому и Пушкинскому районам: там раньше оказывалась эта помощь, но аппараты устарели. В общем же в поликлиниках компьютерная томография рассчитана, только если это центр амбулаторно-онкологической помощи (ЦАОП); в обычной поликлинике должно быть отделение функциональной диагностики, которое содержит рентген, флюорограф, маммограф. Ультразвуковые аппараты с кардиологической программой обязательны сейчас для всей диспансеризации. Они точно закупались и ранее, но сейчас настолько расширены показания для эхокардиографии, особенно после COVID-19, что диагностические центры, имеющие это оборудование, не справляются, если только в них направлять массово пациентов на это исследование. Плюс мы покупаем аппараты для дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей.

Очень важно приобрести в достаточном количестве оборудование для раннего выявления



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: участковый терапевт, врач 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 медулучреждение, 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.

Система малых тел

К приоритетным направлениям государственной политики в сфере защиты детства относятся развитие оказания медицинской помощи детям, улучшение репродуктивного здоровья подростков, снижение младенческой смертности. Эксперты отмечают, что в Северной столице многое на этом пути уже сделано, но ряд проблем по-прежнему сохраняется. Одна из главных — преемственность медицинских учреждений на разных этапах лечения.

КСЕНИЯ ПОТАПОВА

В Петербурге действует Программа развития детского здравоохранения, реализация которой запланирована на период с 2019 по 2024 год. «Она направлена на достижение основной цели национального проекта „Здравоохранение“ — снижение младенческой смертности к 2024 году до 3,9 случая на 1 тыс. новорожденных, родившихся живыми, в РФ, и до 3,2 случая в Петербурге», — поясняет Светлана Каравая, заведующая кафедрой детской хирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. Мечникова (СЗГМУ).

По словам Алексея Баиндурашвили, президента Национального медицинского исследовательского центра детской травматологии и ортопедии им. Турнера (НМИЦ им. Турнера), Петербург изначально был одной из «колыбелей» отечественной педиатрической службы. «Северная столица на сегодняшний день является лидером в сфере детского здравоохранения как по узким направлениям детской педиатрической службы, так и в целом. В советское время в стране было всего два педиатрических института. Сейчас он вообще один и находится в Петербурге, — поясняет он. — Сегодня в России также 30 национальных меди-

цинских центров, из них только два работают по педиатрическому профилю и тоже располагаются здесь. Например, НМИЦ им. Турнера курирует все 85 субъектов Российской Федерации по профилю „детская травматология и ортопедия“».

На статистику и динамику ситуации в детском здравоохранении, по мнению экспертов, сильно повлияла пандемия, потому что плановая помощь на ее старте была сильно ограничена. «Кроме того, как ни парадоксально, но на начальном этапе пандемии отмечено было снижение уровня травматизма у детей на 66% в целом, однако увеличились цифры бытового травматизма, — рассказывает Алексей Баиндурашвили. — Это

связано с ограничительными мерами и введением самоизоляции. Через полгода ситуация изменилась, снизился контроль за детьми со стороны взрослых, дети „засиделись“ и стали больше шалить». Цифровые показатели не только вернулись на прежний уровень, но даже превысили его, например, транспортный травматизм увеличился на 47%.

Светлана Каравая перечисляет мероприятия, реализованные в прошлом году в рамках регионального проекта по развитию детского здравоохранения. В симуляционных центрах были обучены 488 специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии. Не менее 95%

В 2020 ГОДУ НЕ МЕНЕЕ 95% ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК БЫЛИ ДООСНАЩЕНЫ И ПРОВЕЛИ РЕОРГАНИЗАЦИЮ ВНУТРЕННИХ ПРОСТРАНСТВ ДЛЯ БОЛЬШЕГО КОМФОРТА ПАЦИЕНТОВ. В КРАСНОМ СЕЛЕ ЗАВЕРШИЛОСЬ СТРОИТЕЛЬСТВО ЗДАНИЯ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ НА 420 ПОСЕЩЕНИЙ В СМЕНУ



Из 30 национальных медицинских центров России только два работают по педиатрическому профилю и оба располагаются в Петербурге
Фото Евгения Павленко



По мнению врачей, надо выстраивать системный подход к лечению и комплексной реабилитации детей, а также поддержку и сопровождение семей с тяжелооболными детьми на амбулаторном уровне
 Фото Евгения Павленко

детских поликлиник и поликлинических отделений медорганизаций были дооснащены необходимыми медицинскими изделиями и провели реорганизацию внутренних пространств с целью повышения комфортности пребывания пациентов. В Красном Селе завершилось строительство здания детской поликлиники на 420 посещений в смену.

В 2020 году отмечается снижение смертности детей в возрасте 0–4 года до 4,3 на 1 тыс. новорожденных, родившихся живыми. В 2019 году этот показатель составлял 4,4. «В каждом родильном доме в городе есть необходимое современное реанимационное оборудование для оказания помощи новорожденным, прямая связь с городским реанимационно-консультативным центром и возможность специализированной транспортировки в детские больницы. В сочетании с системой раннего выявления угрожающих состояний у новорожденных в родильных домах и отработанной ранней системой трансфера это позволило резко изменить ситуацию в городе. Большая часть (до 90%) критических больных уже в первые сутки переводятся в отделения патологии новорожденных четырех детских городских больниц», — подчеркивает госпожа Караваева.

Для повышения доступности медицинской помощи, по словам эксперта, разработана маршрутизация по уровням и порядкам ее оказания женщинам в период беременности, родов и послеродовый период. В целях реализации пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в городе проводят селектив-

ный скрининг среди беременных женщин. За 2020 год трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование прошли 126 503 будущие мамы.

Городская система охраны репродуктивного здоровья подростков Петербурга включает молодежные консультации, центры охраны репродуктивного здоровья, в том числе в детских поликлиниках и детских поликлинических отделениях медорганизаций. Стационарная помощь детям в Петербурге в 2020 году оказывалась в десяти городских и 13 федеральных медицинских учреждениях. За этот год отмечается уменьшение показателя смертности детей в возрасте 0–17 лет с 41,7 до 39,4 на 100 тыс. детей, снижение числа мертворожденных с 6,23% в 2019 году до 6,06%, а также сокращение перинатальной смертности с 7,56 до 6,97%.

На раннем этапе сегодня выявляются многие, в частности ортопедические заболевания, пороки развития костного аппарата у детей. Как отмечает господин Баиндурашвили, при ряде состояний существуют реальные перспективы оказания помощи внутриутробно. «Важно не только раннее выявление, но и раннее и при этом максимально правильное лечение заболеваний. Сегодня во всем мире широко внедряются малоинвазивные методики лечения с минимизацией травмы для пациента, сокращаются сроки пребывания в стационаре за счет оптимизации протоколов лечения, совершенствуются технологии, позволяющие осуществлять максимально раннюю реабилитацию. Применяются стационарзамещающие технологии, которые позволяют проводить лечение в амбулаторных условиях», — перечисляет он.

НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАНДЕМИИ УРОВЕНЬ ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ДЕТЕЙ В ЦЕЛОМ СНИЗИЛСЯ НА 66%, ХОТЯ ПО БЫТОВЫМ ТРАВМАМ ЦИФРЫ РОСЛИ. ЧЕРЕЗ ПОЛГОДА ОБЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕ ТОЛЬКО ВЕРНУЛИСЬ НА ПРЕЖНИЙ РУБЕЖ НО И ПРЕВЫСИЛИ ЕГО: НАПРИМЕР, ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ УВЕЛИЧИЛСЯ НА 47%

2020 год

Смертность детей в возрасте от 0 до 17 лет снизилась с 41,7 до 39,4 на 100 тыс.;
 доля мертворожденных — с 6,23 до 6,06%;
 перинатальная смертность — с 7,56 до 6,97%

По словам Евгения Мильнер, заместителя главного врача по педиатрии крупной сети частных клиник Петербурга, серьезного развития требует этапность оказания медицинской помощи, особенно в части, касающейся преемственности между ее звеньями.

С этим тезисом согласен и господин Баиндурашвили. «Это одно из наиболее уязвимых мест и в детской травматологии и ортопедии. На сегодняшний день в этой сфере нет отработанной системы маршрутизации, при которой пациент в кратчайшие сроки и по правильному пути проходит бы путь от лечения в местной поликлинике до оказания высокотехнологичной помощи, — поясняет эксперт. — Систематизация этого процесса вполне возможна. В качестве положительного примера внедренного опыта можно привести сферу лечения онкологических и кардиологических заболеваний, где взаимодействие по всей цепочке доведено до автоматизма, благодаря чему не теряется драгоценное время».

Также, по мнению врачей, требуется выстраивание системного подхода к лечению и комплексной реабилитации детей, системы поддержки и сопровождения семей с тяжелооболными детьми на амбулаторном уровне.

Предстоит решение вопросов с доступностью медицинской помощи для детей, особенно вторичного звена. «В разных субъектах Российской Федерации проблемы доступности имеют разную этиологию. В Петербурге, например, большинство детских больниц построено в XIX–XX веках, и требуется серьезная реконструкция зданий. Так, крупнейший инфекционный детский стационар — Детская городская больница (ДГБ) № 5 — построен в 1990 году, а второй по величине — ДГБ № 3 — в 1889-м. При этом запланированное строительство многопрофильных центров в Приморском районе города не начато до сих пор», — заключает Евгений Мильнер.

Поле вакантных мест

Один из главных вопросов городского здравоохранения — дефицит кадров, как среднего медперсонала, так и узких специалистов. В Петербурге частникам приходится конкурировать за врачей с государственными учреждениями — те благодаря крупным финансовым влияниям со стороны властей могут предложить прорывные технологии и возможность принимать участие в крупных исследованиях и программах.

КСЕНИЯ ПОТАПОВА

По словам Любви Барабановой, медицинского директора одной из известнейших сетей частных клиник в Петербурге, в настоящее время медицинскими кадрами обеспечены только крупные города РФ, и с каждым годом ситуация ухудшается.

По данным Росстата, в 2019 году в государственном секторе здравоохранения страны было занято около 565 тыс. врачей. Лидерами по их численности среди регионов являются наиболее населенные: Москва (62 тыс.), Санкт-Петербург (32,6 тыс.) и Московская область (26 тыс.); минимальна она в Ненецком автономном округе — 198 человек. За пять лет численность врачей по всей стране сократилась на 7 тыс. человек (в 2015-м их было 665,9 тыс.). Если же рассчитывать показатель обеспеченности ими населения, то на 10 тыс. жителей приходится 38 врачей, что соответствует паспорту нацпроекта «Здравоохранение», но пять лет назад это было 39 специалистов. Численность среднего медицинского персонала в стране в прошлом году составила 1,314 млн человек (в 2014 году — 1,401 млн), сильнее же всего сократился штат младшего медперсонала — с 650 тыс. в 2014-м до 264 тыс.

В Северной столице дефицит квалифицированных медицинских кадров ощущался и до пандемии, но с ее началом он обострился еще больше, говорит президент петербургского медицинского холдинга Нина Ботерашвили. И если ранее нехватку определенных профильных специалистов можно было частично закрыть, привлекая врачей из регионов, то карантинные ограничения усложнили процесс поиска сотрудников в других городах.

Пандемия также изменила структуру дефицита кадров по специальностям: сейчас острее всего не хватает инфекционистов, анестезиологов-реаниматологов, пульмонологов, терапевтов. Также в нехватке реабилитологи и неврологи, специализирующиеся на помощи пациентам после перенесенного COVID-19. По-прежнему остро стоит проблема недостатка среднего медицинского персонала высокой квалификации.

Причина создавшейся ситуации не нова. «Ранее наблюдался большой перекос в специальностях: все выпускники старались поступить в ординатуру на хирургию, гинекологию и урологию; обделенными оставались терапевтические специальности. В настоящее время количество мест в интернатуре и ординатуре (вторичной специализации врача) очень ограничены, и большая

часть выпускников идет на работу в первичное звено — в поликлиники», — объясняет госпожа Барабанова.

«Нередко молодые специалисты после окончания вузов предпочитают более „комфортные“ профессии и уходят из медицинской практики в продажи, менеджмент, на административные позиции, причем далеко не всегда в здравоохранении. А те, кто остается, как правило, также выбирают специальности исходя из условий оплаты труда. Как результат, мы видим переизбыток стоматологов и дефицит анестезиологов, например. Конечно, молодых специалистов привлекает и частная медицина, но не всякая коммерческая клиника готова нанимать врачей сразу после вуза», — добавляет госпожа Ботерашвили.

«Дефицит кадров необходимо восполнять, меняя систему подготовки медицинских кадров. Изменения, принятые в системе образования за последние два года, призванные „закрыть“ дефицит врачей первичного звена, оказались неэффективны», — заключает заместитель главного врача по педиатрии сетевой частной клиники Петербурга Евгения Мильнер.

Как отмечает госпожа Барабанова, в России сегодня около 100 вузов, которые выпускают в год более 50 тыс. врачей. По различным данным, от

**В СЕВЕРНОЙ
СТОЛИЦЕ ДЕФИЦИТ
КВАЛИФИЦИРОВАННЫХ
МЕДИЦИНСКИХ
КАДРОВ ОЩУЩАЛСЯ
И ДО ПАНДЕМИИ,
НО С ЕЕ НАЧАЛОМ
ОН ОБОСТРИЛСЯ
ЕЩЕ БОЛЬШЕ. COVID
ТАКЖЕ ИЗМЕНИЛ
СТРУКТУРУ ДЕФИЦИТА:
СЕЙЧАС ОСТРЕЕ
ВСЕГО НЕ ХВАТАЕТ
ИНФЕКЦИОНИСТОВ,
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-
РЕАНИМАТОЛОГОВ,
ПУЛЬМОНОЛОГОВ,
ТЕРАПЕВТОВ**





**В РОССИИ СЕГОДНЯ
ОКОЛО 100 ВУЗОВ,
КОТОРЫЕ ВЫПУСКАЮТ
В ГОД БОЛЕЕ
50 ТЫС. ВРАЧЕЙ**

— большая редкость, и те — студенты и будущие врачи», — делится она.

Любовь Барабанова отмечает сильное снижение качества медицинского образования, что стало особенно заметно в «ковидные годы»: полтора года удаленного формата обучения не лучшим образом сказались на результатах студентов. «Кроме того, например, в современной стоматологии чтобы попасть на работу в цифровую зуботехническую лабораторию, необходимы навыки работы с цифровым протоколом. Но в российских учебных заведениях будущим зубным техникам не преподают компьютерный 3D-дизайн и моделирование. В данном случае получается, что прогресс опережает программу учебных заведений. Поэтому часто клиникам приходится самостоятельно обучать таких специалистов», — добавляет госпожа Пономарева.

По мнению Евдокии Любимовой, программы обучения во многих учебных заведениях действительно нужно сделать более современными, например, добавив больше предметов, связанных с сервисом и психологией общения с пациентом, а для главных врачей организаций здравоохранения — программу MBA или ее аналог с целью развития управленческих навыков.

Частные клиники пока решают кадровый вопрос собственными силами. «Сначала мы отправляли своих врачей на курсы повышения квалификации в России и за ее пределами, обучали за свой счет, а потом пришли к решению создать свой учебный центр. Восемь лет назад получили лицензию на образовательную деятельность и запустили процесс. Поскольку проблема кадрового голода стоит для коллег не менее остро, к нам стали обращаться и другие медучреждения. В итоге центр, созданный под внутренние задачи, перерос в самостоятельный проект», — рассказывает

**Количество бюджетных мест
ежегодно сокращается.
И если раньше крупные города
поставляли медиков в регионы,
то сейчас стал заметен обратный тренд**
Фото Юрия Стрельца

Эксперт по открытию клиник Евдокия Любимова добавляет, что в Москве зарплаты в два-три раза выше региональных, поэтому COVID-19 в итоге буквально «высосал» все кадры в столицу. «Конечно, есть, например, программа „земский доктор“, но немногие отважатся перевезти всю семью в деревню или на Крайний Север. Чем меньше населенный пункт, тем труднее там с кадрами. Хотя среди моих знакомых есть пара врачей, которые во время пандемии уехали в отдаленные северные регионы на вахту и в -50°C трудятся ради зарплаты в 200–250 тыс. рублей», — рассказывает она.

Как отмечает Екатерина Пономарева, управляющий партнер петербургского центра эстетической стоматологии и костной регенерации, для сферы стоматологии врачей только в Петербурге готовят сразу несколько медицинских вузов, и с данными кадрами дела обстоят неплохо. «При этом специалистов со средним медицинским об-

разованием — медсестер или зубных техников — катастрофически не хватает. Медсестры не хотят идти в стоматологические клиники или медучреждения, они предпочитают после окончания учебного заведения продолжить карьеру в косметологии. Здесь остро стоит и гендерный вопрос. В медсестры идут женщины, мужчины

**ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ МОГУТ
ПРЕДЛОЖИТЬ СПЕЦИАЛИСТАМ ПРЕИМУЩЕСТВА,
КОТОРЫМИ ЧАСТНЫЕ КЛИНИКИ НЕ ВСЕГДА
РАСПОЛАГАЮТ, НАПРИМЕР, НОВЕЙШЕЕ
ОБОРУДОВАНИЕ, ЗАКУПЛЕННОЕ
НА БЮДЖЕТНЫЕ СРЕДСТВА**

разованием — медсестер или зубных техников — катастрофически не хватает. Медсестры не хотят идти в стоматологические клиники или медучреждения, они предпочитают после окончания учебного заведения продолжить карьеру в косметологии. Здесь остро стоит и гендерный вопрос. В медсестры идут женщины, мужчины

Нина Ботерашвили.— Конечно, он потребовал и до сих пор требует значительных финансовых и кадровых вложений, но пока, к сожалению, других путей решения этого вопроса мы не нашли. Понятно, что в городе принимаются определенные меры в этом отношении, но они требуют времени».

В последнее время обострилась конкуренция за кадры с бюджетными организациями, добавляет госпожа Ботерашвили, ведь государственные центры и клиники могут предложить специалистам преимущества, которыми частные учреждения не всегда располагают: новое оборудование, прорывные технологии, возможность принимать участие в крупных исследованиях и программах.

**Молодые специалисты после окончания вузов
нередко предпочитают более «комфортные»
профессии и уходят из медицинской практики
в продажи или менеджмент**
Фото Александра Корякова



Город с терапевтическим настроением

В качестве направления для путешествий с оздоровительными целями Петербург с каждым годом занимает все более твердые позиции. Существенные результаты, по словам экспертов, приносит деятельность региональных и федеральных властей в части привлечения инвестиций в отечественную медицину и улучшение ее имиджа на мировой арене.



Прививочные туры планируется делать в Санкт-Петербург и Москву ввиду их транспортной доступности и достаточного количества пунктов иммунизации
Фото Александра Корякова

КСЕНИЯ ПОТАПОВА

Как сегментное направление медицинский туризм появился относительно недавно, но уже сформировался в отдельную нишу рынка. Так, в 2019 году объем мировой отрасли путешествий с целью оздоровления составил почти \$45 млрд, а совокупный среднегодовой темп роста оценивался в 21,1%.

По словам Елены Манушиной, заместителя главного врача по клинике им. Эйхвальда ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» (СЗГМУ), этот рынок в ближайшие десять лет будет расти не менее чем на 25% ежегодно. И по прогнозам Всемирной организации здравоохранения (WHO), через несколько лет медтуризм станет одной из главных отраслей мировой экономики.

Международный научно-исследовательский центр здравоохранения (IHRC) совместно с Международной ассоциацией медицинского туризма (MTA) за 2016–2017 годы опубликовал Medical Tourism Index (MTI), учитывающий 34 критерия (компетентность медицинских работников, медицинские стандарты, общий психологический

климат медицинских учреждений и другие), — рейтинг стран, где иностранным пациентам оказывают наиболее качественные медицинские услуги. В нем Россия занимает 34-е место среди 41 страны. Уступает другим РФ в основном по двум параметрам. Во-первых, в стране наблюдается дефицит медицинских работников, которые могли бы общаться с пациентами на должном уровне на иностранных языках. Во-вторых, отсутствует понятие так называемой «медицинской визы», которая позволяет пациенту на основании медицинских документов в ускоренном режиме получить право на въезд в страну, а также возмож-

ность гибкого графика для посещения клиники, в том числе многократно на случай длительного лечения. Поэтому большинство медицинских туристов прибывает в Россию по туристической визе.

В рейтинге 2020–2021 годов РФ стоит уже на 41-м из 46 мест. Лидерство в нем держат Канада, Сингапур, Япония, Испания и Великобритания.

Статистические данные по объемам рынка в России, по словам Елены Манушиной, отличаются в зависимости от источников информации. Однако текущее состояние сегмента можно оценить по данным Российской ассоциации организаторов международного медицинского туризма

ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ MEDICAL TOURISM INDEX РОССИИ НЕОБХОДИМО НАРАЩИВАТЬ ДОЛЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, КОТОРЫЕ НА ДОЛЖНОМ УРОВНЕ МОГЛИ БЫ ОБЩАТЬСЯ С ПАЦИЕНТАМИ НА ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКАХ. ВТОРОЕ НЕМАЛОВАЖНОЕ УСЛОВИЕ — ВВЕДЕНИЕ ТАК НАЗЫВАЕМОЙ «МЕДИЦИНСКОЙ ВИЗЫ»

(АОММТ). Так, в 2017 году объем внутреннего медтуризма в стране вырос на 16%: с 7–8 млн человек до более 9 млн. В течение 2017 года Россию с медицинскими целями посетили более 110 тыс. иностранцев. Объемы въездного медицинского туризма за тот год она нарастила на 56%: за 2016-й и 2017-й он принес стране 7–10 и 10–15 млрд рублей соответственно.

В Северной столице целью регионального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» национального проекта «Здравоохранение» является увеличение объема въездного туризма до 2024 года не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017-м (до \$1 млрд). «Петербург обладает большим потенциалом для успешного развития данного сегмента отрасли. Так как одновременно с лечением он предлагает пациентам знакомство с городскими и пригородными достопримечательностями. Но все же определяющим фактором остается конкурентоспособность медицинских учреждений, их оснащение современным оборудованием и кадровый потенциал», — отмечает Елена Манушина.

Генеральный директор крупной консалтинговой компании Азамат Мзоков считает, что Петербург сегодня — один из главных центров медицинского туризма в России. О значительных достижениях города свидетельствуют отчеты комитета по здравоохранению и комитета по развитию туризма Смольного, а также данные Медицинского информационно-аналитического центра Санкт-Петербурга (СПб МИАЦ).

Так, в 2019 году целевые показатели были превышены в несколько раз, количество пролеченных иностранных пациентов составило 127 тыс. человек, а объем экспорта медицинских услуг достиг 874,5 млн рублей.

За 2020 год медицинская помощь была оказана 96 687 иностранным гражданам, что превзошло плановый показатель на 9%. В денежном эквиваленте сумма оказанных услуг составила 528,2 млн рублей, превысив целевой показатель на 5%. Однако вследствие пандемии COVID-19 объем экспорта медицинских услуг по итогам года сократился почти на 40%. При этом темпы уменьшения числа иностранных медтуристов оказались в 2,8 раза ниже по сравнению с общим падением иностранного турпотока (более 70%).

За первые пять месяцев 2021 года обслужено 40 755 иностранных пациентов, общая сумма оплаченных ими медуслуг достигла 192,9 млн рублей. По прогнозам комитета по здравоохранению, количество пролеченных иностранных граждан вырастет с 99,37 тыс. человек по итогам 2021 года до 141 тыс. человек в 2024 году, а объем экспорта медуслуг за то же время — с \$11,89 до \$16,87.

По мнению экспертов, Петербург располагает широким спектром технологических ресурсов, поэтому ставка делается не на один конкретный вид услуг, а на все направления современной традиционной медицины. Елена Манушина отмечает, что одним из наиболее популярных направлений среди иностранных граждан является стоматология — за этим лечением в страну приезжают около 44% пациентов.

«В основном это наши соотечественники из бывших союзных республик. Иностранцы граждане не очень доверяют российской медицине. Но если обстоятельства сложились так, что им все же пришлось посетить здесь стоматолога, то в большинстве случаев они становятся постоянными пациентами. Потому что российские стоматологические клиники в крупных городах оказывают услуги того же уровня, что в Европе или США, но в два-пять раз ниже по стоимости», — объясняет генеральный директор и старший хирург петербургского центра эстетической стоматологии и костной регенерации Олег Пономарев.

К наиболее востребованным видам медицинской помощи относятся акушерство и гинекология, в том числе с применением вспомогательных репродуктивных технологий, онкология,

кардиология и кардиохирургия, пластическая хирургия, офтальмология, ортопедия, диагностические исследования. По словам экспертов, также приходят запросы на медицинскую реабилитацию и диагностические программы одного дня — check-up.

Более 70% иностранных пациентов, получивших медицинские услуги в России, — это граждане стран СНГ: Узбекистана, Таджикистана, Киргизии, Азербайджана, Белоруссии. «Однако заинтересованы в сотрудничестве с Россией не только в ближнем зарубежье, но и в Германии — с целью лечения пациентов пенсионного возраста, Бахрейне и Китае, граждане которого часто интересуются процедурой ЭКО. По данным АОММТ, основными потребителями российских медицинских услуг являются туристы из Китая, Южной Кореи, Японии, Вьетнама. Спрос на нашу медицину наблюдается и среди европейских туристов, (Дания, Швеция, Финляндия)», — говорит Елена Манушина.

АГЕНТСТВО МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА СОТРУДНИЧАЕТ С ЛУЧШИМИ МЕДЦЕНТРАМИ ГОРОДА. ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛИ БЕРУТ НА СЕБЯ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ РАБОТЫ ПО ПРИВЛЕЧЕНИЮ ИНОСТРАННЫХ КЛИЕНТОВ, ПОМОГАЮТ ИМ С ОФОРМЛЕНИЕМ ДОКУМЕНТОВ, БРОНИРОВАНИЕМ БИЛЕТОВ И ОТЕЛЯ, СОСТАВЛЕНИЕМ КУЛЬТУРНОЙ ПРОГРАММЫ, РАЗРАБАТЫВАЮТ ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ О КЛИНИКАХ И ДОСТУПНЫХ УСЛУГАХ

«Стоит отметить, что обработка запросов от жителей СНГ в данном случае проходит быстрее и проще, чем от жителей Европы, так как для них клиникам не нужно подавать приглашения в УФМС», — добавляет Азамат Мзоков.

В одной из московских консалтинговых компаний молодым и перспективным направлением медицинского туризма в Северной столице называют реабилитацию пациентов с рассеянным склерозом. Санкт-Петербургский городской центр рассеянного склероза — первая и одна из самых крупных специализированных клиник в России.

Большую популярность приобретают услуги в сфере репродуктивных технологий. Лидер по въездному туризму в данном направлении — крупнейшая в Северо-Западном федеральном округе петербургская клиника.

Благодаря уникальным природным ландшафтам, в Петербурге востребовано санаторно-курортное лечение, играющее важную роль в развитии медицинского туризма. Особенно привлекателен в этом отношении Курортный район. Вдоль Финского залива в реликтовых хвойных и смешанных лесах располагается более 40 санаториев и пансионатов.

Новая волна приезжающих ожидается в связи с запуском вакцинного туризма, который анонсировал президент России в рамках Петербургского международного экономического форума. Прививочные туры планируется делать в Санкт-Петербурге и Москву ввиду их транспортной доступности и достаточного количества пунктов иммунизации. Регламенты для вакцинации иностранцев находятся в процессе разработки. Наибольший интерес к поездкам с этой целью на данный момент проявляют страны Латинской Америки, Европы и Индии.

По словам Азамата Мзокова, развитию медицинского въездного туризма в Петербурге

Наиболее востребованные виды медпомощи в Петербурге среди пациентов из других регионов и иностранцев

- стоматология
- акушерство и гинекология
- онкология
- кардиология и кардиохирургия
- пластическая хирургия
- офтальмология
- ортопедия
- диагностические исследования и check-up
- реабилитация

способствует активная работа отраслевых организаций, в первую очередь Агентства медицинского туризма, которое сотрудничает с лучшими медцентрами города. Его сотрудники берут на себя большую часть работы по привлечению иностранных клиентов, помогают им с оформлением документов, бронированием билетов и отеля, составлением культурной программы, разрабатывают информационные материалы о ведущих клиниках и доступных медицинских услугах. Агентство организует различные мероприятия для продвижения города как международной дестинации медицинского и оздоровительного туризма. Проводятся просветительские форумы, на которых специалисты делятся опытом, создавая сплоченное медицинское сообщество в России.

Частным клиникам также помогает сотрудничество с ассистанскими компаниями, которые берут на себя всю сложную работу по вопросам страховок для иностранных туристов. Постепенно оформляется новая тенденция совместных действий медицинских центров с туроператорами, которые решают вопросы по перелету, проживанию и сервисному сопровождению.

«Несмотря на стабильное развитие, перед медицинским туризмом в Петербурге стоит ряд трудностей, которые еще предстоит решить. К ним можно отнести нехватку переводчиков нераспространенных языков (китайского и различных азиатских языков); сложный неавтоматизированный процесс выдачи виз и приглашений для иностранцев; отсутствие системы оценки экономической эффективности развития медицинского туризма, которая помогла бы провести более точный анализ данных по экспорту услуг и привлечь больше инвестиций в эту отрасль», — заключает эксперт.

