



тема номера

## МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ

Адаптивность — важный  
фактор развития столичного  
здравоохранения

А. И. Хрипун

стр. 14

Амбулаторная помощь:  
новая парадигма развития

А. В. Старшинин

стр. 24

Врач общей практики  
в составе междисциплинарной  
команды

В. В. Фомин

стр. 56



## Цифровая платформа журнала «Московская медицина»



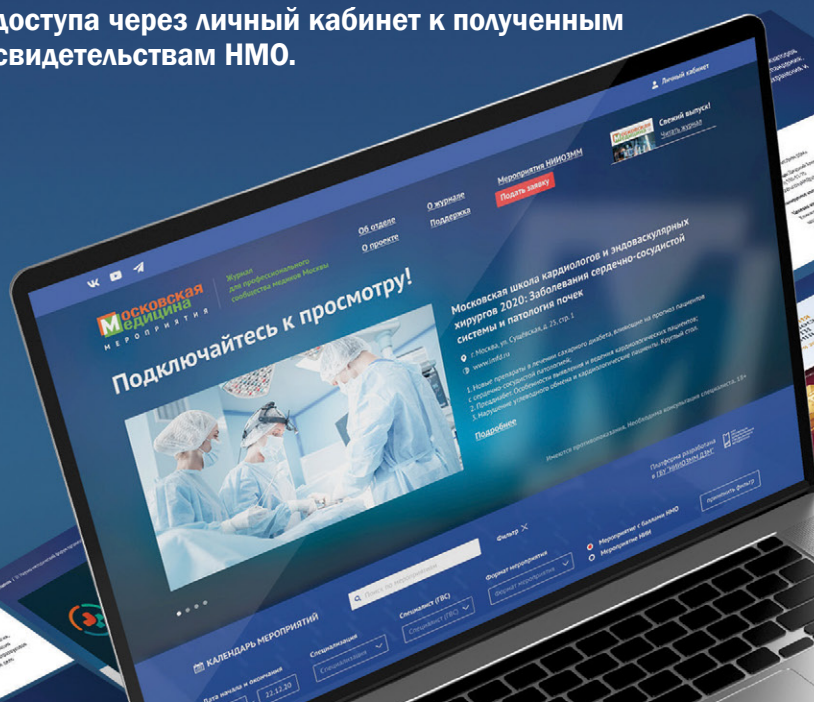
Сервис «Московская медицина. Мероприятия» создан в 2020 году и используется медицинскими организациями города как самый актуальный информационный ресурс в системе столичного здравоохранения. Является отечественной разработкой.

### Платформа позволяет проводить мероприятия:

- различного формата без ограничений географии и количества участников;
- с технической поддержкой в режиме реального времени;
- с трансляцией в параллельных виртуальных залах;
- с возможностью синхронного перевода.

Отвечает требованиям к организации онлайн-мероприятий для НМО.

Участникам обеспечена возможность постоянного доступа через личный кабинет к полученным свидетельствам НМО.



В 2022 году

200 мероприятий

340 тыс. зарегистрированных пользователей



## **Алексей Хрипун,**

руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы

В конце прошлого года врачи и организаторы здравоохранения собрались на важнейшем для всей медицинской отрасли Москвы событии — первом форуме «Моя поликлиника». Он стал знаковым по целому ряду причин. Во-первых, ни у кого не возникает сомнений, что амбулаторная служба — московская поликлиника — это фундамент столичного здравоохранения. Во-вторых, взаимодействие с поликлиникой всех других медицинских служб города — скорой помощи, стационаров — зависит во многом, если не во всем, от первичного звена здравоохранения. В-третьих, за последние годы в поликлиниках Москвы произошли выдающиеся изменения. Внедрены цифровые сервисы, новые управленческие решения и стандарты работы, а сами поликлиники стали красивыми, комфортными и современными. Первичная медицинская помощь стала качественнее и доступнее. Москвичи оценили отсутствие очередей на прием к врачу, возможность в короткие сроки пройти лабораторные и инструментальные исследования, получить своевременную медицинскую помощь. Горожане стали доверять московскому здравоохранению.

Московский стандарт, который изначально разрабатывался для поликлиник, мы пытаемся распространить на другие разделы нашей работы. Не сомневаюсь, что, выстроив крепкий фундамент, мы продолжим развивать столичное здравоохранение, а пациенты будут с удовольствием приходить в городские поликлиники, не только почувствовав недомогание, но и в профилактических целях, на диспансеризацию. Уверен, вместе с большой профессиональной командой первичного звена мы можем ставить перед собой самые амбициозные цели.

Многое, конечно, зависит от нас самих, наших знаний и опыта. Для повышения квалификации медицинских работников в Москве имеется много возможностей, в том числе виртуальных. В помощь врачам создана цифровая платформа конгрессно-выставочных и научно-образовательных мероприятий столичного здравоохранения. На площадке проводится более 200 образовательных онлайн-мероприятий ежегодно, в том числе аккредитованных в системе непрерывного медицинского образования.

Продолжаем совершенствоваться на благо города и москвичей!

# Содержание

- 1** Вступительное слово руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна

## Преобразования и новации

- 4** Моя поликлиника: городской форум профессионалов
- 14** Адаптивность — важный фактор развития столичного здравоохранения  
А. И. Хрипун
- 24** Амбулаторная помощь: новая парадигма развития  
А. В. Старшинин
- 34** Организация работы междисциплинарных команд в первичном звене здравоохранения  
Е. И. Аксенова

## Взаимодействие

- 42** Ключевые принципы взаимодействия поликлиники и стационара  
М. А. Лысенко
- 48** Администраторы центров госуслуг в городских поликлиниках  
О. В. Фелелова
- 52** Взаимодействие поликлиник и стационаров в рамках лечения атеросклероза брахиоцефальных артерий  
А. С. Безымянный



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Амбулаторный прием

- 56** Врач общей практики в составе междисциплинарной команды  
В. В. Фомин
- 60** Обесцененная ценность — доступный прием врача  
И. Г. Трасковецкая
- 62** Ведущая роль в лечении пациентов должна быть у участкового врача  
Н. Э. Парсадянн
- 64** Переосмысление роли медицинской сестры в московской поликлинике  
Н. Н. Кузенкова

## Молодой врач

- 68** Наставничество в медицине  
А. А. Тяжелников
- 74** Для наставника работа с молодежью — большой плюс  
Д. О. Драгунов
- 76** Молодой врач. Ожидание и реальность  
И. В. Козлова

## Цифровизация

- 78** Виртуальный прием  
М. Д. Пахуридзе
- 82** Цифровая поликлиника  
А. В. Федорук

## Профилактика

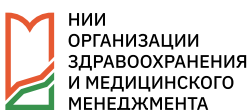
- 88** Новая функционально-целевая модель отделения медицинской профилактики  
Т. Н. Елагина
- 92** Стандарт диспансерного наблюдения  
О. П. Колесникова



Фото: mos.ru



Фото на обложке: Shutterstock



**Редакция журнала «Московская медицина»:**  
115088, г. Москва,  
Шарикоподшипниковская ул., д. 9  
n10ozmm@zdrav.mos.ru  
Представителем авторов публикаций в журнале «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя).  
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал представлен в РИНЦ (Российский индекс научного цитирования)

**Учредитель:**  
Департамент здравоохранения города Москвы

**Издатель:**  
НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций 28 апреля 2014 года.  
Регистрационный номер ПИ № ФС 77-57984

Выпуск № 1 (53) 2023 г. журнала «Московская медицина» отпечатан 25 февраля 2023 года

Отпечатано ООО «АЛЕКС ПРИНТ», зак. 2300628  
Тираж 10 000 экз.  
Распространяется бесплатно.

ISSN 2587 - 8670



# Журнал «Московская медицина»

Председатель редакционного совета Печатников Леонид Михайлович

## Редакционный совет

**Андреева Елена Евгеньевна**, руководитель Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве

**Анциферов Михаил Борисович**, главный внештатный специалист эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Богородская Елена Михайловна**, главный внештатный специалист фтизиатр Департамента здравоохранения города Москвы

**Васильева Елена Юрьевна**, главный внештатный специалист кардиолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Дубров Вадим Эрикович**, главный внештатный специалист травматолог-ортопед Департамента здравоохранения города Москвы

**Загребнева Алена Игоревна**, главный внештатный специалист ревматолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Зайратьянц Олег Вадимович**, главный внештатный специалист по патологической анатомии Департамента здравоохранения города Москвы

**Князев Олег Владимирович**, главный внештатный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Крюков Андрей Иванович**, главный внештатный специалист оториноларинголог Департамента здравоохранения города Москвы

**Курынин Роман Викторович**, руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по городу Москве и Московской области

**Мазус Алексей Израилевич**, главный внештатный специалист по ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения города Москвы

**Мантурова Наталья Евгеньевна**, главный внештатный специалист пластический хирург Департамента здравоохранения города Москвы

**Назарова Ирина Александровна**, председатель Совета главных врачей города Москвы

**Орджоникидзе Зураб Гивиевич**, главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения города Москвы

**Османов Исмаил Магомедтагирович**, главный внештатный специалист педиатр Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный детский специалист нефролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Потекаев Николай Николаевич**, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы

**Пушкарь Дмитрий Юрьевич**, главный внештатный специалист уролог Департамента здравоохранения города Москвы

**Урванова Ирина Анатольевна**, директор МГФОМС

**Фомин Виктор Викторович**, главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач), главный внештатный специалист терапевт Департамента здравоохранения города Москвы

**Хатьков Игорь Евгеньевич**, главный внештатный специалист онколог Департамента здравоохранения города Москвы

**Хубутия Могели Шалвович**, главный внештатный специалист трансплантолог Департамента здравоохранения города Москвы

**Шабунин Алексей Васильевич**, главный внештатный специалист хирург и эндоскопист Департамента здравоохранения города Москвы

**Шамалов Николай Анатольевич**, главный внештатный специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы

Главный редактор: **Алексей Иванович Хрипун**

Заместитель главного редактора: **Елена Ивановна Аксенова**

Научный редактор: **Наталья Николаевна Камынина**

Редакторы: **Алина Дмитриевна Хараз,**

**Наталья Николаевна Верзилина**

Корректор: **Ирина Давидовна Баринская**

Дизайнер: **Ирина Львовна Тарнавская**

# Моя поликлиника: городской форум профессионалов



*За последние десятилетия мир добился огромных успехов в области здравоохранения. Люди живут дольше, чем когда-либо прежде, меньше детей умирает в первые годы жизни, а доступ к жизненно важным лекарствам и вакцинам значительно возрос.*



Фото: НИИОЗММ ДЗМ, форум «Моя поликлиника»

Тем не менее решение проблем здравоохранения в XXI веке требует нового подхода — инвестирования в системы здравоохранения, которые могут удовлетворить разнообразные потребности людей в отношении своего здоровья в любом возрасте, на каждом этапе жизни.

Сегодня растет признание того, что сильная первичная медико-санитарная помощь является фундаментом устойчивого развития общественного здравоохранения и гарантирует, что все люди получают помощь, когда они в ней будут нуждаться, и смогут надолго сохранить свое здоровье. Первичная медико-санитарная помощь не может быть второстепенной, после больницы, а должна стать основой для проектирования системы здравоохранения в целом.

Эффективно работающая первичная медико-санитарная помощь внушает людям и их семьям доверие и дает поддержку на протяжении всей их жизни, от планирования семьи и иммунизации до лечения заболеваний и ведения хронических состояний. Будучи первой точкой контакта человека со службами здравоохранения, сильная амбулаторная помощь способна стать ключом к достижению здоровья для всех с помощью выявления, предотвращения и лечения болезней до того, как на это потребуются большие деньги.

Форум «Моя поликлиника» был посвящен работе амбулаторного звена, достижениям в этой сфере и векторам развития отрасли. В течение трех дней работы форума состоялись 15 дискуссий, экспертные сессии для профессионального и научного сообщества, студентов и ординаторов медицинских вузов, представителей органов власти. На интерактивной выставке гости и участники мероприятия могли ознакомиться с московскими проектами в сфере здравоохранения. В форуме приняли участие более 80 экспертов в области здравоохранения из Москвы и регионов страны — врачи, главы крупных медицинских центров, ученые, руководители профильных отраслевых министерств и ведомств федерального и регионального уровня. Организатор форума — Комплекс социального развития Москвы.



# Форум «Моя поликлиника». Выводы и решения

## дискуссия

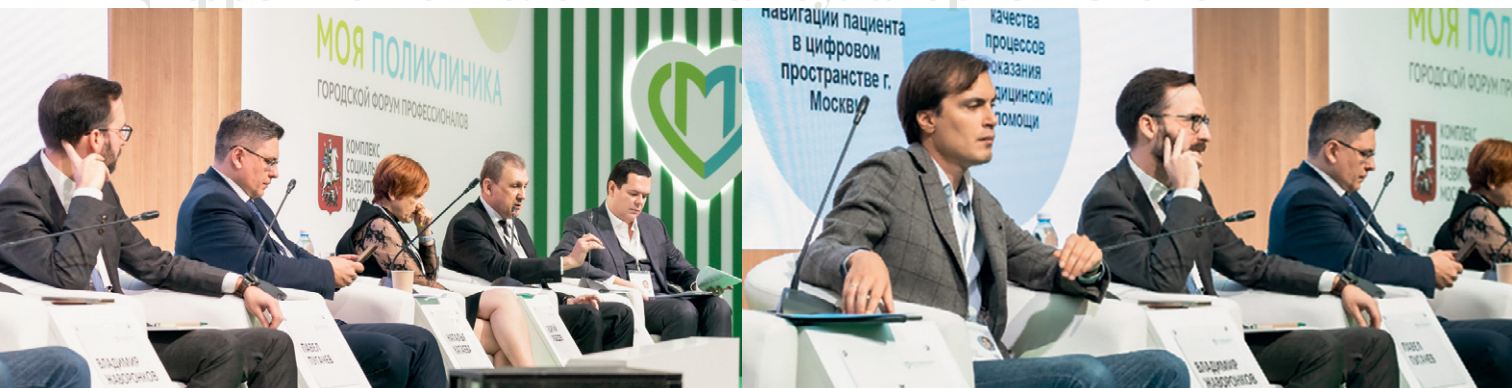
### «Цифровая поликлиника»

1. Важно продолжать активно использовать цифровые инструменты в работе медицинского персонала.
2. Для наибольшей эффективности внедрения цифровых технологий необходимо обеспечить высокий уровень вовлеченности всех участников отрасли.
3. Предлагаем рассмотреть вопрос о включении в программы обучения курса по цифровым технологиям и их возможностям в здравоохранении.
4. Считаем нужным при приеме на работу молодых сотрудников проводить обучение по цифровым технологиям, а также проводить периодическую аттестацию врачей на знание ЕМИАС.
5. Предлагаем обсудить в профессиональном сообществе вопрос о возможности разработки критериев оценки качества принятых врачами решений, в том числе при помощи цифровых сервисов и систем поддержки принятия врачебных решений.



Фото на странице:  
НИИОЗММ ДЗМ,  
форум «Моя поли-  
клиника»

## Цифровые технологии в амбулаторном звене





# Наставничество для молодых врачей



## дискуссия

### «Молодой врач. Ожидание и реальность»

1. Предусмотреть возможность проведения лекций практиков — организаторов здравоохранения для студентов медицинских образовательных учреждений.
2. Возродить направление наставничества для молодых врачей, предлагаем рассмотреть возможность создания и поощрения команды наставников.
3. Продумать формирование программы адаптации и ассимиляции молодых специалистов на рабочем месте.
4. Рассмотреть вопрос о возможности проведения опросов для молодых врачей с целью выявления проблематики.

## дискуссия

### «Новая функционально-целевая модель работы отделений медицинской профилактики»

1. Считаю целесообразным разработать с учетом формирования расписания методологию прохождения второго этапа диспансеризации, позволяющую одним днем и в удобное для работающего человека время пройти назначенные дополнительные исследования.
2. Считаю возможным усилить роль «семейной профилактики» путем разработки и внедрения методик семейного консультирования, создания условий для прохождения всеми членами семьи профилактических осмотров.
3. Стоит предусмотреть непрерывное обучение сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики эффективным методикам общения с пациентами в очном и дистанционном формате, которые позволят мотивировать молодое население к регулярному и полному прохождению диспансеризации, а также приверженности к ведению здорового образа жизни.
4. Предлагаем учитывать показатели результативности проведения профилактических осмотров при оценке эффективности деятельности терапевтических отделений и отделений медицинской профилактики, в том числе с формированием публичного рейтинга медицинских организаций.

▲  
Фото на странице:  
НИИОЗММ ДЗМ,  
форум «Моя поликлиника»

# Профилактическая служба Москвы



## Врач-терапевт — главный врач поликлиники

### дискуссия

#### «Участковый врач — «сердце» поликлиники?»

1. Предлагаем рассмотреть возможность расширения учебного плана для врача-терапевта в части увеличения его профессиональных компетенций и навыков до уровня врача общей практики.
2. Предлагаем руководителям поликлиник обратить внимание на изменение подходов к ведению участковыми врачами приемов пациентов: от законченного приема к законченному случаю.
3. Рассмотреть вопрос профессионального рейтинга участковых врачей по ведению пациентов.

### дискуссия

#### «Стандартизация в первичном звене здравоохранения»

1. Стандартизация не исключает возможности внесения изменений для уже работающих стандартов с целью их дальнейшего совершенствования.
2. Необходимо продолжить работу над стандартом компетенций врачей, среднего медицинского персонала и немедицинского персонала. Необходимо четко обозначенный функционал каждого сотрудника, причем профессионального сотрудника, владеющего всеми необходимыми знаниями и навыками.
3. Внедрение стандарта компетенций повлечет за собой и изменение привычных нам, устоявшихся должностных обязанностей, требований к знаниям сотрудников. В большей степени это касается среднего медицинского персонала поликлиник.
4. Необходимо продолжить работу над совершенствованием стандартов помощи на дому и профилактического наблюдения. Особенно важны эти стандарты в педиатрической практике.
5. Предлагаем проработать возможность создания отдельного сервиса для оценки происходящих изменений в работе первичного звена и получения новых идей со стороны как медицинского сообщества, так и пациентов.

▲  
Фото на странице:  
НИИОЗММ ДЗМ,  
форум «Моя поли-  
клиника»

## Совершенствование стандарта помощи пациентам



## дискуссия

### «Сохранение здоровья ребенка: педиатр помогает родителям или родители помогают педиатру»

1. Необходимо вовлечение родительского сообщества в открытый диалог по обсуждению условий, помогающих достичь комплаенса между педиатром и родителями, созданию, наряду с кодексом врача, кодекса пациента.
2. Необходимо рассмотреть вопрос о создании профессионально модерлируемых сервисов в интернет-пространстве для пациентов и родителей пациентов детского возраста, чтобы родители смогли стать квалифицированными партнерами на медицинском приеме.



Фото на странице:  
НИИОЗММ ДЭМ,  
форум «Моя поли-  
клиника»

## дискуссия

### «Может ли быть успешный врач в поликлинике?»

1. Предлагаем вынести на обсуждение профильного и экспертного сообщества пересмотр количественных и качественных критериев и показателей результативности работы участкового врача.
2. Предлагаем обсудить возможность перераспределения непрофильных функций участкового врача, разделения социальных и лечебных ролей, ставя в приоритет количество и качество законченных случаев лечения пациента.

## Московский стандарт поликлиники





## Лечить пациентов, помогать друг другу

### дискуссия

#### «Стрессуйте правильно и оставайтесь в профессии»



Фото на странице: НИИОЗММ ДЗМ, форум «Моя поликлиника»

1. На профессиональное выгорание медицинских работников могут влиять разные факторы (загруженность врачей, боязнь мер, применяемых администрацией к врачу, общение с пациентом). В итоге это приводит к оттоку кадров. Не нужно ждать, когда человек уйдет из профессии, нужно вести с ним постоянную работу, помогать в работе над самим собой, в работе с коллективом.
2. Предлагаем профессиональному сообществу рассмотреть вопрос разработки программы по профилактике и борьбе с профессиональным выгоранием.

### дискуссия

#### «Адаптивность в ответ на вызовы и угрозы»

1. Предлагаем обсудить с экспертным сообществом систему мотивации, культивирующую требуемые для эффективной адаптации ценности.
2. Считаем важным продолжать совершенствовать систему эффективных коммуникаций как внутри медицинских организаций, так и с внешними структурами для оперативного реагирования и адаптации к новым вызовам.
3. Одним из инструментов повышения адаптивности является проведение городского форума профессионалов «Моя поликлиника» на регулярной основе.



## Адаптивность — драйвер развития системы здравоохранения

# Проактивное диспансерное динамическое наблюдение НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ»



## дискуссия

### «Диспансерное наблюдение на современном этапе»

1. Считаю важным внедрять программы проактивного диспансерного наблюдения одновременно с инструментами мониторинга эффективности таких программ и оперативно корректировать их под запросы населения, различных целевых групп населения.
2. Помощник врача — это ключевой ресурс проактивного диспансерного наблюдения. Появление нового участника — помощника врача со средним профессиональным образованием — требует пересмотра системы подготовки таких специалистов в пределах НМО и развития у него компетенций по коммуникации с пациентами.
3. Предлагаем обсудить распространение программ диспансерного наблюдения во все поликлиники Москвы по расширенному спектру заболеваний (сегодня программа проактивного диспансерного наблюдения проводится по 9 основным нозологиям), а также определить нужные компетенции медицинских специалистов — участников программ проактивного наблюдения, которые необходимы для успешной реализации проекта.

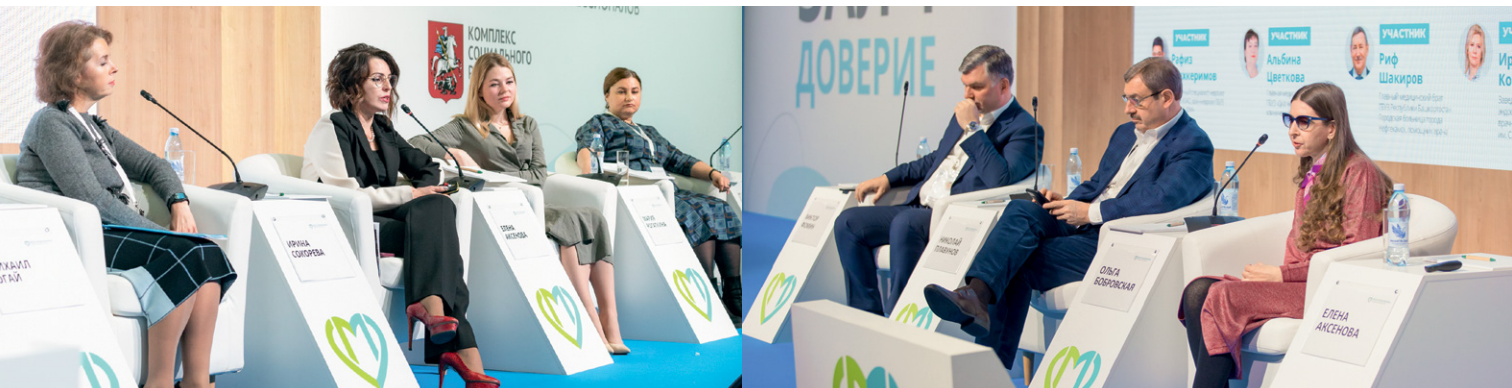
## дискуссия

### «Виртуальный прием»

1. Рекомендуем сформировать алгоритмы обучения, навыков и компетенций для проведения виртуального приема, учитывая созданную ранее методологию работы на базе централизованной модели Телемедицинского центра.
2. Полностью внедрить комбинированный онлайн- и офлайн-приемы в структуру ежедневной работы врача, учитывая новые подходы к формированию расписания и видам приемов.

▲ Фото на странице: НИИОЗММ ДЗМ, форум «Моя поликлиника»

# Онлайн-консультация не уступает по качеству традиционному приему



## Расширение компетенций медицинской сестры

### дискуссия

#### «Переосмысление роли медсестры в новых реалиях»

1. Роль участковой медицинской сестры в Москве в новых реалиях требует пересмотра функционала.
2. Медицинская сестра поликлиники вне зависимости от профиля обязана владеть всеми базовыми навыками манипуляций, быть универсалом, необходима аттестация медицинских сестер с краткосрочным обучением.
3. Вопрос расширения компетенций медицинской сестры необходим и нуждается в более детальном обсуждении с привлечением профильного экспертного сообщества, а также образовательных организаций.

### дискуссия

#### «Междисциплинарные команды: партнерство для здоровья человека»

1. Выйти с инициативой детально рассмотреть разделение функций врачей общей практики и врачей-терапевтов в московских поликлиниках, их совместную деятельность в междисциплинарных командах.
2. Пересмотреть юридические основания и нормативные регламенты формирования и проведения врачебных консилиумов по разбору программ лечения коморбидных пациентов.
3. Предлагаем обсудить с профессиональным сообществом вопросы привлечения в междисциплинарную команду медицинских сестер с высшим образованием, которые могли бы взять на себя функции консультирования и просвещения пациентов, корректировки программ лечения пациентов с хроническими заболеваниями.
4. Считаем возможным совместно с профессиональным сообществом разработать критерии отбора пациентов для дальнейшего ведения их междисциплинарными командами.

▲  
Фото на странице:  
НИИОЗММ ДЗМ,  
форум «Моя поли-  
клиника»

## Организация междисциплинарных программ



## дискуссия

### «Вместе эффективнее: как социальные службы Москвы реализуют немедицинские сервисы в проектах первичного звена»

1. Развивать проекты по передаче немедицинских функций социальным службам в медицинских организациях (как в первичном звене, так и в стационарах) для повышения качества оказания медицинской помощи.
2. Расширить интеграцию цифровых сервисов в работу медицинской и социальных служб.
3. Продолжить практику взаимодействия медицинских и образовательных учреждений.



Фото на странице:  
НИИОЗММ ДЗМ,  
форум «Моя поли-  
клиника»

## дискуссия

### «Обесцененная ценность — доступный прием врача»

1. Назрела необходимость пересмотра общественного договора в отношении поликлиник. Предлагаем обсудить образ действий пациента при обращении за медицинской помощью.
2. Предлагаем обсудить с участием профессионального и пациентского сообществ изменения общественного договора, с тем чтобы наша совместная работа для сохранения здоровья была эффективной.

## Общественный договор с пациентом



# Адаптивность — важный фактор развития столичного здравоохранения

Алексей Хрипун

*Адаптивность — одно из главных свойств, позволяющих устойчиво развиваться. Как повысить адаптивность медицинских работников и всей системы здравоохранения города? Какие пути решения этой задачи сегодня наиболее приемлемы? Об этом — доклад руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексея Хрипуна.*



**Алексей Иванович Хрипун**

руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы,  
министр Правительства  
Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Готовность системы здравоохранения к адаптивности

В наших дискуссиях слово «адаптивность» встречается нечасто. На самом деле это всеобъемлющее понятие, которое во многом отражает нашу работу. Начну с примеров. И хотя эти примеры не имеют непосредственного отношения к амбулаторной службе, они ярко демонстрируют, что такое адаптивность и насколько важно иметь ее в виду.

В 2004 году, когда в аквапарке в районе Ясенево произошла беда, обрушилась крыша, скорая помощь привозила всех пострадавших в одну ближайшую больницу — № 31. В то время я работал в ней заместителем главного врача по хирургии. Я пытался регулировать процесс, осуществлял триаж. Пострадавших было много, люди поступали с политравмами, психологическое состояние у всех было на пределе. И это был колоссальный производственный стресс: практически коллапс. Организаторы здравоохранения сделали выводы, и в последующем возникла адаптивность к похожим ситуациям. Когда случилась трагедия в аэропорту Домодедово, скорая помощь повезла пострадавших не в одну ближайшую больницу,

**АДАПТИВНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ — ЭТО РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ТО, ЧТОБЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ ТЕКУЩИМ ИЛИ ВОЗМОЖНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ**



Фото: mos.ru

## ИНДЕКС УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МОСКВИЧЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С 2013 ПО 2022 ГОД СУЩЕСТВЕННО ВЫРОС, ПРЕЖДЕ ВСЕГО БЛАГОДАРЯ ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

а веером — пациентов приняли полтора десятка стационаров. Медперсонал клиник уже был готов к триажу, а операционные были готовы к проведению хирургических вмешательств.

Еще один пример, и он уже ближе к амбулаторной специфике: свиной грипп в 2009 году. Этот год врезался в память многим, кто имел отношение к столичному здравоохранению. Я тогда работал главным врачом больницы № 12 (ГКБ имени В. М. Буянова) и очень хорошо помню лавину больных: они поступали с пневмонией не только в инфекционные стационары, но и в многопрофильные больницы. Потом выяснилось, что это свиной грипп, к которому мы были не готовы и не знали, что делать. В стационары поступали очень запущенные пациенты, потому что на тот период времени поликлиническая система города была разрозненной. 450 взрослых и детских поликлиник жили своей жизнью,

их руководство осуществлялось окружными управлениями, и единых стандартов оказания медицинской помощи не было.

Адаптивность в широком смысле этого слова — способность человека, или коллектива, или системы реагировать на внезапные обстоятельства, возможные риски либо изменения, которые требуют принятия быстрых решений. Если говорить о здравоохранении, в частности, о московских поликлиниках, то это развитие самой системы, направленное на то, чтобы соответствовать текущим или возможным изменениям. Когда началась пандемия коронавирусной инфекции, московское здравоохранение было готово к вызову. К тому времени, когда пандемия охватила мир, страну и Москву, мы уже имели Единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС) и могли видеть каждого москвича с положительным тестом на ковид и персонально

▲ Интерес к форуму «Моя поликлиника» — показатель адаптивности столичной системы здравоохранения

Пандемия новой коронавирусной инфекции показала, что московское здравоохранение было готово к этому глобальному вызову.

Старение населения — вызов для системы здравоохранения. Ожидается, что в Москве к 2030 году количество пожилых москвичей составит 30–32 %.

им заниматься. Мы в течение двух недель развернули в Москве 46 центров компьютерной томографии — ситуация беспрецедентная в мировом масштабе. КТ-центры позволяли не только определять глубину изменений в легких, но и осуществлять комплекс необходимых диагностических исследований. Московское здравоохранение было готово к пандемии, и поликлиническое

звено смогло взять на себя масштабный удар, разгрузив и скорую помощь, и больницы. Это пример длительной адаптации к возможным обстоятельствам.

Вызовы, в ответ на которые система здравоохранения должна реагировать, можно разделить на две группы: внешние (не зависящие от нас, глобальные) и внутренние.

## Внешние вызовы

### 1 Старение населения

В Москве 26 % жителей — пожилые люди. К 2030 году их число вырастет до 30–32 %. Люди живут дольше, и мы будем стараться, чтобы они жили еще дольше. Тем не менее количество возрастных больных увеличивается, и это вызов для медицинских работников, к которому мы должны готовиться, системно на него реагировать и в соответствии с этим вызовом выстраивать работу.

### 2 Технологический разрыв

Наука развивается стремительно, новые технологии появляются очень быстро. Скорость развития и внедрения технологий

в здравоохранение превышает возможности адаптации персонала: количество информации удваивается в мире каждый год. Медицинские работники не успевают овладеть огромным количеством новых данных, и в этом им нужно помогать.

### 3 Пандемия коронавирусной инфекции

За период 2020–2022 годов в Москве переболели ковидом более 3 млн человек, и ситуация продолжает оставаться тревожной. Пандемия для системы здравоохранения стала серьезным стрессом и испытанием. И мы должны серьезно готовиться к возможным аналогичным ситуациям.

В выставочных павильонах форума «Моя поликлиника»

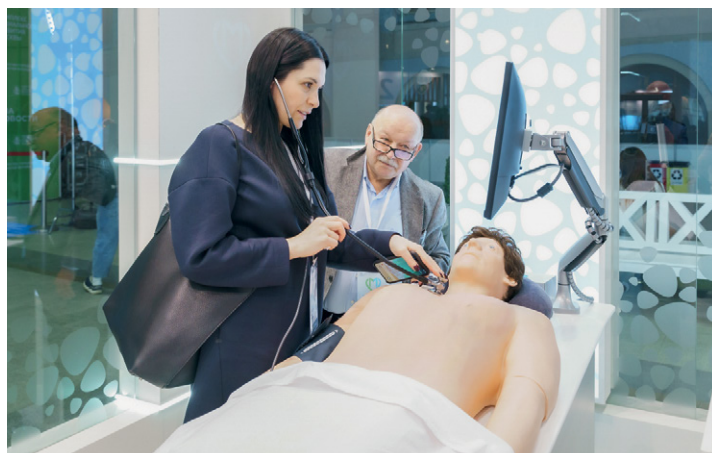


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

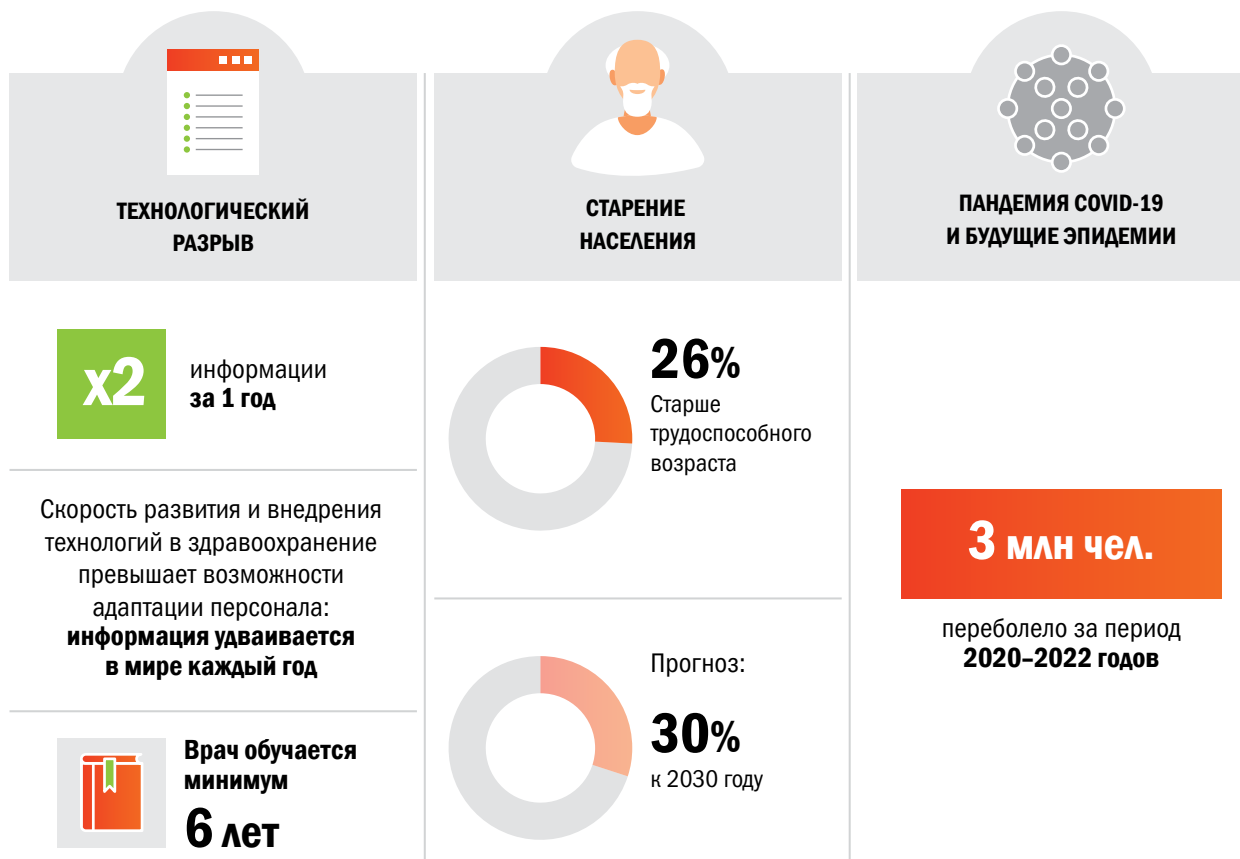


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**МОСКОВСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЫЛО ГОТОВО К ПАНДЕМИИ, И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ЗВЕНО СМОГЛО ВЗЯТЬ НА СЕБЯ МАСШТАБНЫЙ УДАР, РАЗГРУЗИВ И СКОРУЮ ПОМОЩЬ, И БОЛЬНИЦЫ**



# ВНЕШНИЕ ВЫЗОВЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



## Внутренние вызовы

### Очереди в поликлиниках и удовлетворенность населения качеством помощи

Москвичи крайне негативно реагировали на ожидание медицинской помощи в поликлиниках. С этим нужно было что-то делать, и ситуацию удалось переломить. Серьезная работа по снижению времени ожидания приема стала проводиться в 2011–2013 годах. С тех пор индекс оценки мнения москвичей об ожидании приема врача изменился кардинально: с +1 в 2013 году до +36 в 2022 году. Были предприняты теоретически простые, но тектонической силы действия. Появился

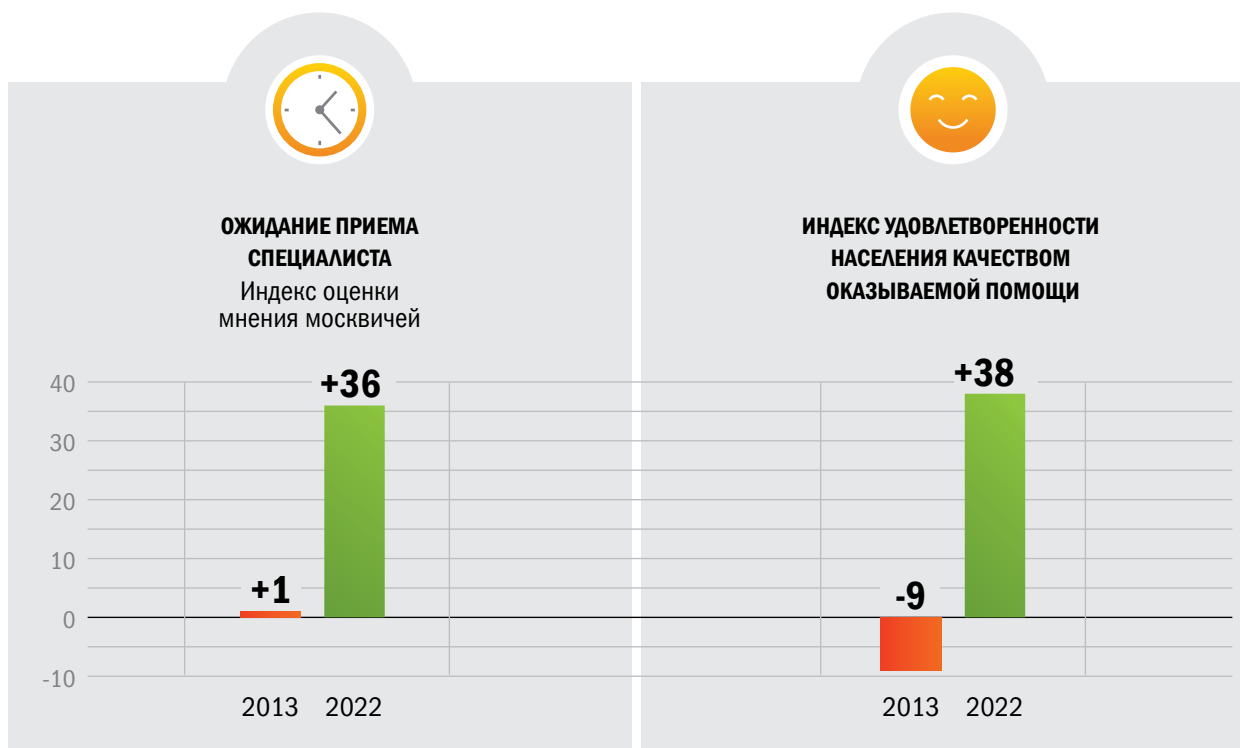
информационный сервис самозаписи, а впоследствии был внедрен ЕМИАС. Индекс удовлетворенности москвичей оказываемой помощью с 2013 по 2022 год существенно изменился (с -9 до +38), прежде всего благодаря решению вопросов, связанных с доступностью поликлинической помощи.

Поликлиническая сеть Москвы — одна из крупнейших в мире, а если говорить о государственном здравоохранении, то, наверное, самая крупная. Для того чтобы такую гигантскую систему развернуть лицом к решению задач, нужны нетривиальные

Сервис ЕМИАС помог существенно снизить время ожидания приема врача в московских поликлиниках.

# ВНУТРЕННИЕ ВЫЗОВЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ОПЫТ ПРОШЛЫХ ЛЕТ

Очереди в поликлиниках и удовлетворенность населения качеством помощи



Стационарозамещающие технологии, являющиеся пограничными между амбулаторным сектором и стационаром, перспективны и могут расширить возможности первичного звена.

решения. Адаптивность является серьезным, если не основным драйвером развития всей системы в целом и поликлинической службы в частности.

Считаю необходимым выделить три абсолютно обязательных условия, без которых не получится достичь адаптивности. Это понимание, согласие и доверие. Мы можем создавать проекты, применять различные инструменты, но результаты вряд ли будут достигнуты, если у медицинского сообщества не будет понимания, согласия с тем, что они должны делать (например, в вопросах вакцинации или профилактики), и взаимного доверия.

## ВЫЗОВ

### Состояние инфраструктуры московских поликлиник

*Инструменты реагирования:*

- 201 здание поликлиник было включено в план капитального ремонта,
- 69 из них уже открыты после реконструкции,
- 132 находятся в стадии ремонта.

**Комментарий.** После проведения ремонта московские поликлиники будут представлять собой уникальную по своим возможностям поликлиническую сеть в мире.



## ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ – ВЫЗОВ, ДЛЯ КОТОРОГО АДАПТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ИМЕЕТ БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ, А СОЗДАНИЕ РЕГИСТРОВ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ – КОНКРЕТНЫЙ ИНСТРУМЕНТ АДАПТАЦИИ К ВЫЗОВАМ

### ВЫЗОВ

#### Диспансеризация

*Инструменты реагирования:*

- целевой принцип информирования,
- приоритетная работа с группами риска,
- комфортность процесса для пациента.

**Комментарий.** Профилактика — наиважнейшее дело. Контроль состояния здоровья человека крайне необходим. Но как привести человека на диспансеризацию? Как сделать, чтобы человек задумался о своем здоровье? Задача трудная. Однако и десять лет назад нам казалось, что победить очереди в московских поликлиниках — вряд ли реальная задача. Но мы победили очереди! Так и диспансеризацию в конечном итоге делаем неформальной. Приоритетным должен быть целевой принцип информирования пациентов: нужно начинать с тех, кому диспансеризация необходима в первую очередь. Работа с группами риска должна быть

первоочередной и результативной. При этом процесс посещения поликлиники должен стать комфортным, иначе пациент может и не прийти.

### ВЫЗОВ

#### Диспансерное наблюдение

*Инструменты реагирования:*

- создание приоритетных регистров хронических больных,
- адаптация ЕМИАС к информационным технологиям диспансерного наблюдения,
- помощники врача,
- работа с хроническими коморбидными пациентами (отдельный регистр пациентов старше 70 лет).

**Комментарий.** Диспансерное наблюдение — еще один вызов, для которого адаптивность системы имеет большое значение. Мы надеемся на диспансерное наблюдение,

Так выглядят московские поликлиники после проведения ремонта



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## АДАПТИВНОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ СЕРЬЕЗНЫМ, ЕСЛИ НЕ ОСНОВНЫМ ДРАЙВЕРОМ РАЗВИТИЯ ВСЕЙ СИСТЕМЫ В ЦЕЛОМ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЧАСТНОСТИ

В 2021 году был открыт Кадровый центр Департамента здравоохранения города Москвы, для того чтобы все врачи могли повышать свои знания и профессиональный уровень.

В московском здравоохранении применяются самые современные технологии

считаем, что эта огромная работа должна привести к улучшению состояния здоровья и снижению смертности. В этой связи создание регистров хронических больных — конкретный инструмент адаптации системы к вызовам.

### ВЫЗОВ

#### Ограниченность возможностей амбулаторного лечения

*Инструменты реагирования:*

- система поддержки принятия решений,
- стационарозамещающие технологии,
- преемственность со стационарами.

**Комментарий.** Когда мы приступали к разработке Системы поддержки принятия решений, казалось, что эта задача в ближайшей перспективе нерешаемая. Сейчас система на основе искусственного интеллекта применяется во всех взрослых поликлиниках Москвы и помогает врачам ставить точные диагнозы.

Стационарозамещающие технологии, являющиеся пограничными между амбулаторным сектором и стационаром, перспективны и могут расширить возможности первичного

звена. Стационарозамещающие технологии применяются на базе больниц, но во многом такой подход зависит от поликлинической сети. Пациентов, которые получили лечение в дневном стационаре больницы, дальше предстоит вести врачам амбулаторного звена. Стационары без них не справятся!

### ВЫЗОВ

#### Профессиональный уровень врачей поликлинического звена

*Инструменты реагирования:*

- объективная оценка знаний и умений персонала,
- индивидуальная образовательная траектория,
- формальное и неформальное обучение.

**Комментарий.** Вызов, без преодоления которого мы с вами не сможем добиваться результатов и двигаться вперед. Для того чтобы врачи могли повышать свой профессиональный уровень, в 2021 году был открыт Кадровый центр Департамента здравоохранения города Москвы. Сегодня на работу в московскую поликлинику мы принимаем

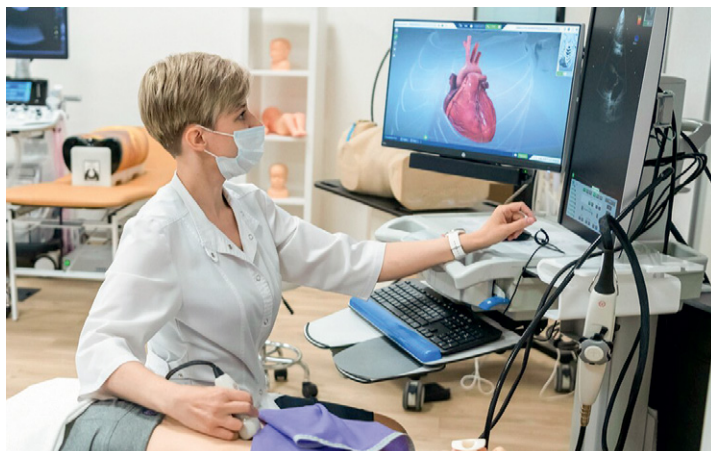


Фото: mos.ru



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

# ВНУТРЕННИЕ ВЫЗОВЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## ИНСТРУМЕНТЫ РЕАГИРОВАНИЯ:

**Состояние  
инфраструктуры  
московских  
поликлиник**



**201**

здание  
поликлиник было  
включено в план  
капитального  
ремонта



**132**

находятся  
в стадии  
ремонта

из них



**69**

открыты после  
реконструкции

**Диспансеризация**



таргетный  
принцип  
информирования



приоритетная  
работа с группами  
риска

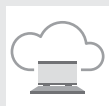


комфортность  
процесса  
для пациента

**Диспансерное  
наблюдение**



создание  
приоритетных  
регистров  
хронических  
больных



адаптация ЕМИАС  
к информационным  
технологиям  
диспансерного  
наблюдения



помощники  
врача



работа с хроническими  
коморбидными пациентами  
(отдельный регистр пациентов  
старше 70 лет)

**Ограниченность  
возможностей  
амбулаторного  
лечения**



система  
поддержки  
принятия  
решений



стационаро-  
замещающие  
технологии



преемственность  
со стационарами

**Профессиональный  
уровень врачей  
поликлинического  
звена**



объективная  
оценка знаний  
и умений  
персонала



индивидуальная  
образовательная  
траектория



формальное  
и неформальное  
обучение

**Облик пациента**



общественный договор  
между пациентом  
и врачом



формирование коммуникативных  
навыков для взаимодействия  
с пациентом



телемедицина

Данные на ноябрь 2022 года

специалиста, который прошел специальное тестирование и аттестацию. Объективная оценка знаний и умений, индивидуальная образовательная траектория с использованием курсов повышения квалификации, институт наставничества, возможность участия в вебинарах — московским врачам созданы уникальные условия для освоения новых знаний, переподготовки и повышения квалификации.

**ВЫЗОВ**

**Облик пациента**

*Инструменты реагирования:*

- общественный договор между пациентом и врачом,
- формирование коммуникативных навыков для взаимодействия с пациентом,
- телемедицина.

**Комментарий.** Облик нашего пациента формировался в течение десятилетий. Это пациент, живущий в мегаполисе, у него есть определенные требования (весьма высокие) к комфорту, доступности и качеству медицинской помощи. Не учитывать особенности пациентов невозможно, и это общемировой тренд. Несколько лет назад общественный договор между врачом и пациентом казался абсолютно нереальным. Сейчас мы с вами знаем, что можно и нужно договариваться с больным. В ответ на проводимую терапию пациент должен согласиться, как минимум, быть лояльным к лечению и, как максимум, проявлять активную позицию по отношению к своему здоровью. Расширить рамки коммуникаций с пациентом позволяют телемедицинские технологии, которые мы будем и дальше развивать и тиражировать.

Московская медицина: лицом к лицу с пациентом

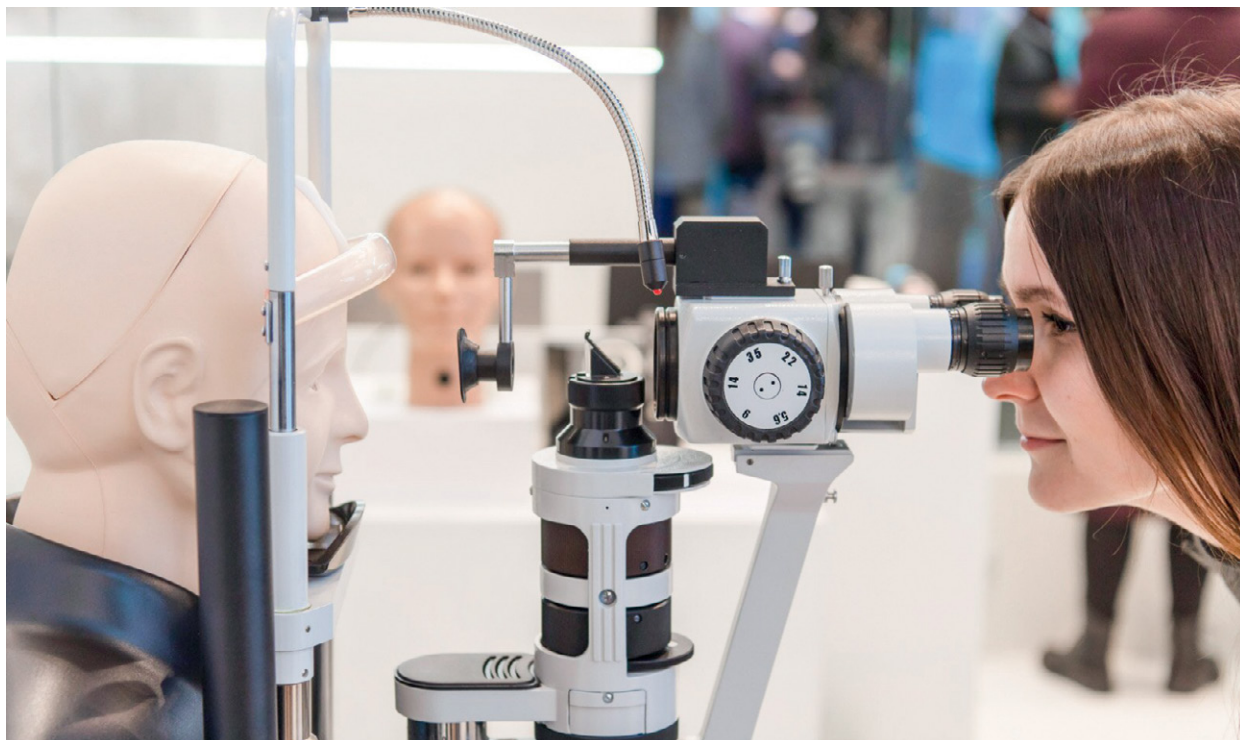
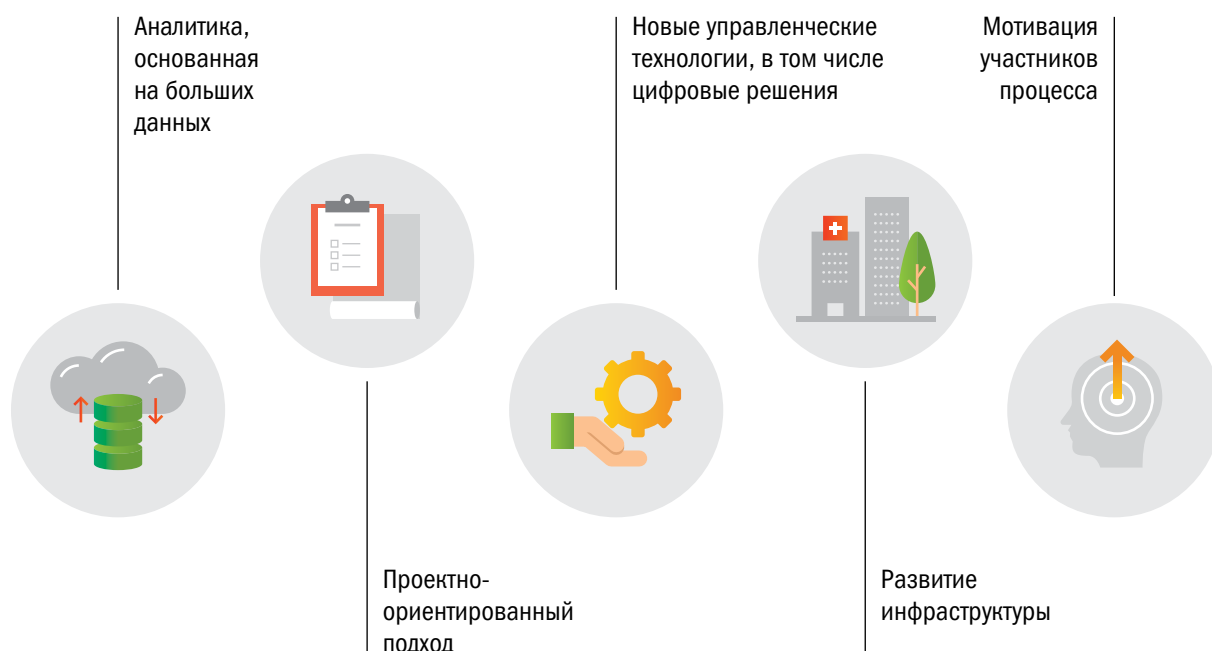


Фото: mos.ru

**ПОСЛЕДУЮЩАЯ РАБОТА БУДЕТ СВЯЗАНА С АНАЛИТИКОЙ, ОСНОВАННОЙ НА БОЛЬШИХ ДАННЫХ. У НАС ОБЪЕМ ДАННЫХ ОГРОМЕН, И ЭТО БОЛЬШОЕ ДОСТояНИЕ И ГОРОДА, И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



# ИНСТРУМЕНТЫ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОСТИ



## Инструменты развития адаптивности

**Аналитика, основанная на больших данных.** Без объективных данных, которые позволяют увидеть ключевые вопросы, помогают глубже понять проблемы и определять риски, невозможны никакие шаги. Наша последующая работа будет связана с аналитикой, основанной на больших данных. У нас они уже есть — объем данных огромен, и это большое достояние и города, и системы здравоохранения.

**Проектно-ориентированный подход.** Необходимо видеть и формулировать цели, понимать, какие ресурсы нам необходимы для достижения этих целей, и измерять их в деньгах, иметь конкретные критерии оценки.

**Новые управленческие технологии, в том числе цифровые решения.** В городских поликлиниках они уже широко применяются. Период ковида стал прорывным для московской амбулаторной сети. Мы были хорошо

подготовлены к вызову, но многое сделали уже в процессе пандемии.

**Развитие инфраструктуры.** Сейчас поликлинические здания реконструируют для того, чтобы превратить их в качественно другое медицинское учреждение как внешне, так и по внутреннему оснащению. Под развитием инфраструктуры подразумевается и обновление медицинской техники, и усовершенствование принципов лечения.

**Мотивация участников процесса.** Медицинских работников необходимо мотивировать — и материально, и нематериально.

**Оценка рисков.** Подразумевается оценка отраслевых и публичных рисков. Недостаточно подготовленное и объясненное решение вызывает негативные эмоции у наших пациентов. Оценка рисков — серьезный инструмент в реализации адаптивности.

Адаптивность здравоохранения, как и любой другой системы, можно развивать. Для этого применяются специальные технологии и инструменты.

# Амбулаторная помощь: новая парадигма развития

Андрей Старшинин

*Какие изменения произойдут в первичной медико-санитарной помощи в ближайшие годы? Как изменится роль участкового врача? В чем особенности проактивного диспансерного динамического наблюдения и кто такой помощник врача? Об этом и многом другом рассказал заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Андрей Викторович Старшинин.*



**Андрей Викторович  
Старшинин**

заместитель руководителя  
Департамента здравоохранения  
города Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## — Какова роль участкового врача-терапевта в амбулаторном звене?

— Это один из ключевых и самых животрепещущих вопросов сегодняшнего здравоохранения. Врач-терапевт или врач общей практики — это главный человек в московской поликлинике. Вокруг него должен быть сосредоточен весь объем оказываемой медицинской помощи. В существующей нормативной базе уже сегодня зафиксировано, что рекомендации врачей-специалистов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи. Участковый терапевт должен находиться в центре лечебного процесса. Целесообразной представляется такая модель, при которой кабинет врача-терапевта является и точкой входа пациента, имеющего потребность в получении медицинской помощи, и точкой его выхода. В этом случае роль участкового врача-терапевта будет реализована в полном объеме. Соответственно, врач-специалист в этой модели является консультантом лечащего врача. На деле модель пока не работает. Сейчас к участковому врачу-терапевту пациенты приходят чаще всего за тем, чтобы получить направление на консультацию или диагностическое исследование, и точкой их выхода является не участковый терапевт, а врач-специалист.

## — В чем недостаток существующей модели?

— При такой модели пациент уходит, что называется, «с разорванным пакетом», то есть он не получает необходимого комплекса медицинских исследований и терапевтических назначений. Человек приходит в поликлинику с конкретной потребностью и, реализуя ее на одной из диагностических



## ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ — ЭТО ГЛАВНЫЙ ЧЕЛОВЕК В МОСКОВСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ. ВОКРУГ НЕГО ДОЛЖЕН БЫТЬ СОСРЕДОТОЧЕН ВСЬ ОБЪЕМ ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

процедур, уходит. Фактически происходит так, что врач функциональной диагностики, сам того не желая, выполняет функции лечащего врача. Допустим, терапевт заподозрил у пациента какое-то заболевание, назначает определенные исследования, но их результаты до «первичного заказчика» так и не доходят, и окончательный диагноз не выставляется. Это в корне неправильно.

Мы должны создать такие условия — и организационные, и в части развития профессиональных компетенций, — при которых будем придерживаться модели, заложенной в основе первичной медико-санитарной помощи — с превалирующей ролью участкового врача.

### — Чем отличается врач общей практики от врача-терапевта?

— Врач-терапевт работает с группой

заболеваний, которые отнесены к внутренним болезням, а в остальном он должен полагаться на врача-специалиста. У врача общей практики расширены возможности с точки зрения квалификационных требований. Он имеет право заниматься теми патологиями, которыми не может заниматься врач-терапевт, самостоятельно трактовать некоторые исследования (например, электрокардиограмму) и выполнять определенные манипуляции. В этой связи одним из элементов продвижения новой модели оказания первичной медико-санитарной помощи является расширение функций участкового врача-терапевта за счет повышения его квалификации. Если пересчитать компетенции, которыми владеет врач общей практики, то это дополнительно 77 диагнозов, 49 диагностических манипуляций, 12 лечебных манипуляций. Он может

Законодательно предусмотрен процесс, при котором все назначения делает лечащий врач, им является участковый врач-терапевт.

Для пациентов с коморбидными заболеваниями разработан стандарт проактивного диспансерного динамического наблюдения



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: shutterstock



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

▲  
Заочные консультации заложены в функционал проактивного диспансерного динамического наблюдения (слева)

Пациентам в московской поликлинике помогает администратор (справа)

Рекомендации врачей-консультантов реализуются только при согласовании с лечащим врачом.

аккумулировать 13 медицинских специальностей.

Департаментом здравоохранения города Москвы разработан образовательный курс по направлению «врач общей практики». Приказом был утвержден перечень заболеваний, лечение которых входит в компетенцию врача общей практики. Ведется работа по утверждению специализированного протокола по профилю.

### — Как будет меняться амбулаторная помощь?

— Чтобы выстроить процесс амбулаторной помощи, мы должны смотреть одновременно с двух сторон: и с точки зрения профессионалов, и с точки зрения потребности пациента. Только при пересечении двух направлений деятельности мы можем выйти на правильную модель, при условии, что врач-терапевт в рамках своих компетенций сможет выступить для конкретных пациентов в качестве лечащего врача. Для достижения качественного результата сегодня мир идет по пути создания междисциплинарных команд. Москва тоже движется в этом направлении. Основой для формирования междисциплинарной команды должно стать расширение

компетенций терапевта до врача общей практики.

Сейчас врач измеряет свою деятельность количеством проведенных консультаций. Однако параметр, по которому врач должен оценивать свою работу, должен быть другим, а именно — эффективность лечения заболевания. Смена мотивации будет нацеливать и врача, и пациента на совместную плодотворную работу. В связи с этим и диспансерное наблюдение мы пытаемся выстроить не как периодический медицинский осмотр, а как динамический процесс наблюдения, позволяющий отслеживать состояние здоровья пациента и добиваться результатов.

### — Как будет развиваться диспансерное наблюдение в Москве?

— Диспансерное динамическое наблюдение является базовым процессом, который лежит в основе фундаментальных задач, стоящих сегодня перед системами здравоохранения, это сокращение преждевременной смертности и увеличение продолжительности жизни. Диспансеризация — явление не новое, в нашей стране она ведется с середины прошлого века, но именно построение диспансерного наблюдения на системной

**МЫ ПЫТАЕМСЯ ВЫСТРОИТЬ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НЕ КАК ПЕРИОДИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР, А КАК ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ОТСЛЕЖИВАТЬ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ**



## СЕЙЧАС ВРАЧ ИЗМЕРЯЕТ СВОЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОЛИЧЕСТВОМ ПРОВЕДЕННЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ. ОДНАКО ПАРАМЕТР, ПО КОТОРОМУ ВРАЧ ДОЛЖЕН ОЦЕНИВАТЬ СВОЮ РАБОТУ, – ЭТО ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

основе может дать значимый результат с точки зрения вклада в достижение глобальных задач. Поэтому мы разработали программу проактивного диспансерного динамического наблюдения. Это алгоритм медицинской помощи, который характеризуется следующими показателями:

- на диспансерный учет ставятся пациенты с двумя и более хроническими заболеваниями;
- пациенты наблюдаются врачом общей практики с обязательной консультацией узких специалистов;
- составлен перечень обязательных инструментальных и лабораторных исследований, причем исключена необходимость повторных исследований по второму, третьему и т. д. диагнозу;
- составлен перечень дополнительных исследований и консультаций, проводимых

по медицинским показаниям по назначению врача;

- предусмотрена минимальная периодичность плановых диспансерных приемов.

### — Какая подготовка предшествовала запуску программы проактивного диспансерного динамического наблюдения?

— Без подготовительного этапа добиться результата невозможно. На сегодняшний день основным нашим инструментом являются информационные технологии. Система здравоохранения Москвы прошла большой и тяжелый путь, для того чтобы информация стала инструментом, адаптированным к достижению целей, направленных на сохранение здоровья населения. Чтобы сформировать информационную платформу, были оцифрованы все медицинские документы, включая

Внедрению проактивного диспансерного динамического наблюдения предшествовал длительный подготовительный этап.

На проактивном диспансерном динамическом наблюдении находятся 1 млн москвичей

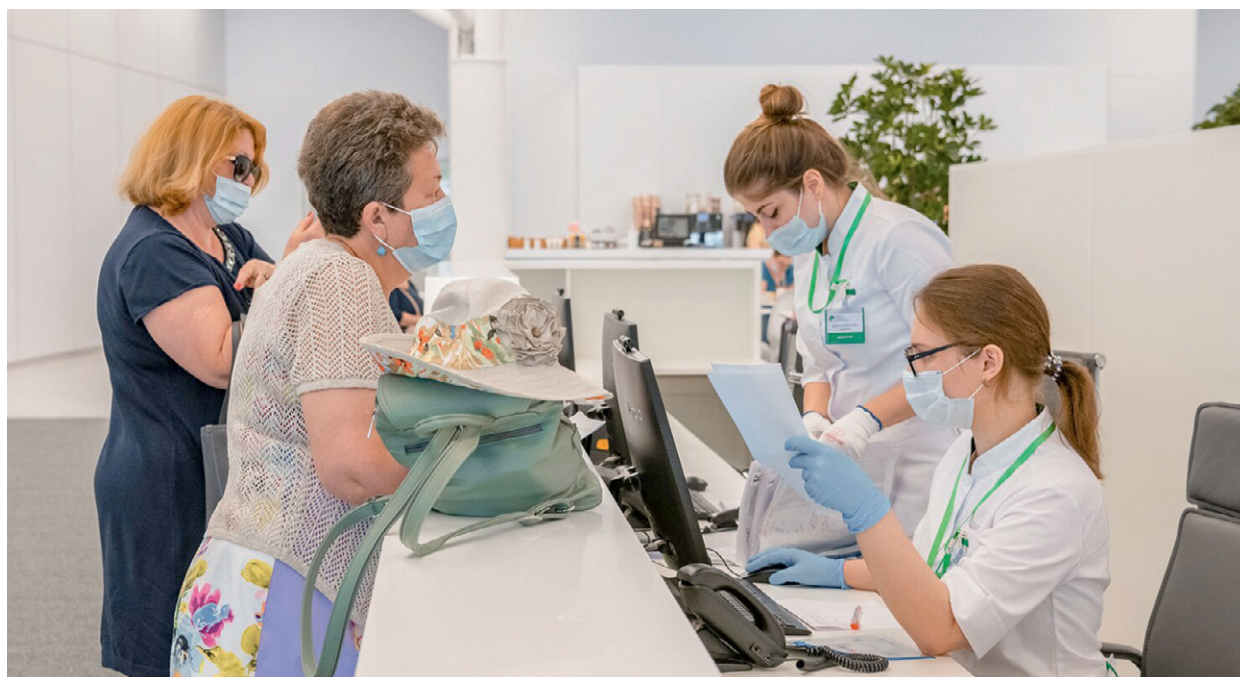


Фото: mos.ru

## С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ФУНКЦИОНАЛА МНОГОЕ МОЖНО РЕШИТЬ С ПОМОЩЬЮ ЗАОЧНЫХ КОНСУЛЬТАЦИЙ. И ЭТОТ ФУНКЦИОНАЛ ЗАЛОЖЕН В МОДЕЛЬ ДИНАМИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Был разработан единый цифровой сервис «Диспансерное наблюдение». Программой удобно пользоваться и врачу, и пациенту.

Врач дает необходимые разъяснения пациенту (слева)

В кабинете медицинской сестры (справа)



форму № 30. Были переведены в цифру амбулаторные карты, тем самым была достигнута глубина наблюдения. Далее были составлены перечни заболеваний, сформированы регистры, интегрированы потоки информации.

Чтобы создать систему проактивного диспансерного динамического наблюдения, было выделено несколько ключевых элементов. Первым шагом стало создание перечня нозологических форм, подлежащих проактивному наблюдению, — тех заболеваний, которые в 80 % случаев являются причиной смертности населения. К ним относятся сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов дыхания, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и т. д. Следующими шагами стали формирование стандарта диспансерного наблюдения, внедрение института помощников врача. Также был подготовлен специализированный IT-продукт — единый цифровой сервис «Диспансерное наблюдение». Если у пациента имеется диагноз, который подлежит диспансерному наблюдению, программа оповестит об этом врача. В этот сервис заложены все необходимые процессы диспансерного наблюдения. Программа дает возможность

одному врачу осуществлять наблюдение за пациентом и корректировать лечебно-диагностические мероприятия.

### — В чем принципиальное отличие проактивного диспансерного динамического наблюдения от традиционных моделей?

— Если основа классической диспансеризации — периодичность осмотров и определенный объем диагностических исследований, то в новой модели заложена динамическая компонента. В системе проактивного диспансерного динамического наблюдения мы ушли от формата периодического осмотра и пытаемся внедрить законченность в каждом конкретном случае обращения пациента в поликлинику. Причем за одним коморбидным пациентом закреплен определенный лечащий врач: ведение пациента по максимуму централизуется у одного специалиста, а другой может выступать в качестве консультанта, и его рекомендации могут стать основой решения в динамической части диспансерного наблюдения.

По традиционной модели пациента с несколькими диагнозами вели разные



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

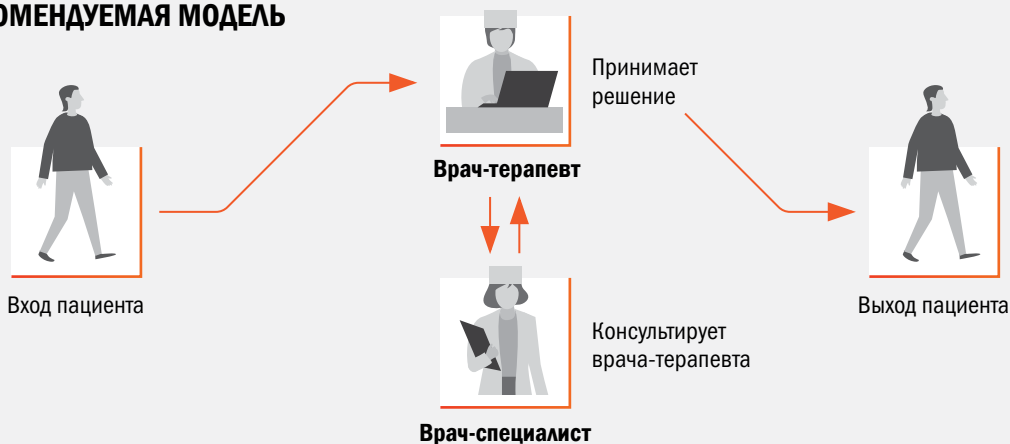


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

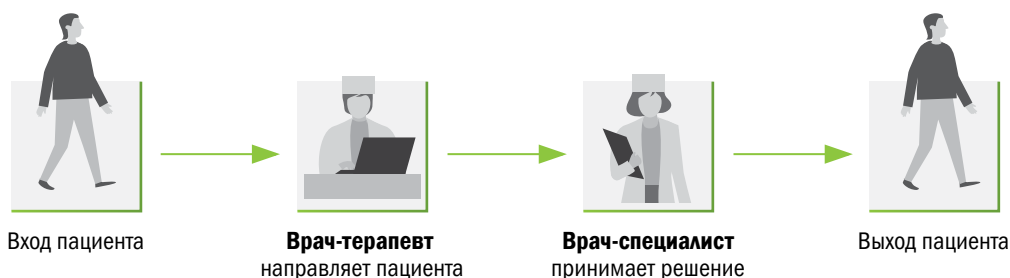


# МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИЕМА ПАЦИЕНТА

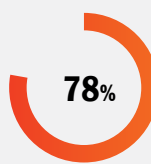
## РЕКОМЕНДУЕМАЯ МОДЕЛЬ



## ФАКТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ



Сложилась модель, при которой оказание медицинской помощи **заканчивается у врача-специалиста**



пациентов после консультации врача-специалиста **не возвращаются к врачу-терапевту**

## АНАЛИЗ ОТКРЫТИЯ И ЗАКРЫТИЯ ЭЛЕКТРОННЫХ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В РАЗБИВКЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Доля выданных и закрытых электронных листков нетрудоспособности одним врачом



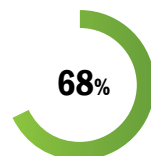
Терапия



1-й уровень



2-й уровень



Прочие специальности (гематолог, онколог и другие)

Данные на ноябрь 2022 года

## МЫ В НАЧАЛЕ ПУТИ, НО ОЧЕНЬ МНОГО ДЛЯ ЭТОГО УЖЕ СДЕЛАЛИ. СЕЙЧАС НА ПРОАКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ СОСТОИТ ОКОЛО 1 МЛН ЧЕЛОВЕК ОТ 18 ДО 70 ЛЕТ

Помощник врача сопровождает пациентов с хроническими заболеваниями, его главная миссия — обеспечение выполнения пациентом назначений врача.

Доверительные отношения с пациентом во многом обеспечивают успех лечения



специалисты, их назначения на анализы и исследования могли пересекаться, дублироваться. Пациенту нужно было прийти в поликлинику несколько раз. Дело в том, что и в обществе, и в медицинской среде сложился стереотип, что наша врачебная работа сопряжена с очным визитом пациента в поликлинику. На самом деле с точки зрения медицинского функционала многое можно решить с помощью заочных консультаций. И этот функционал мы попытались вложить в модель динамического диспансерного наблюдения. Врач может заносить человека в реестр, ставить его на диспансерный учет, направлять на исследования, основываясь на изучении медицинской документации. В процесс динамического наблюдения заложены ожидаемые целевые показатели, которых должен добиваться врач: он понимает, к чему нужно стремиться, добивается

результата в своей деятельности и несет ответственность.

Мы в начале пути, но очень много для этого уже сделали. Сейчас на проактивном диспансерном динамическом наблюдении состоит около 1 млн человек от 18 до 70 лет. Диспансерное наблюдение обеспечивают 3 тыс. врачей-терапевтов и 300 помощников врача. И эта огромная команда призвана обеспечить качество процесса и добиться целей, которые стоят перед системой здравоохранения.

### — Помощник врача — кто он?

— Помощник врача — это специалист со средним медицинским образованием. Он оформлен трудовым договором в медицинской организации, но находится в обособленном подразделении. Помощник врача сопровождает пациентов с хроническими заболеваниями, следит, чтобы пациент прошел все



Фото: mos.ru



# ПОМОЩНИК ВРАЧА: КТО ОН



Медицинский работник со средним специальным образованием



Осуществляет сопровождение пациентов с хроническими заболеваниями, входящими в группу диспансерного наблюдения



Оформлен трудовым договором в медицинской организации



Обеспечивает своевременное прохождение пациентами всех назначенных исследований и посещение участкового врача



Находится в подчинении ДЗМ, территориально располагается в обособленном здании



Обучает пациентов правильному исполнению рекомендаций врача и ведению дневника самоконтроля



## ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА

Мотивировать пациента и вовлечь в заботу о своем здоровье

необходимые диагностические исследования и был вовремя записан на прием к лечащему врачу в случае отклонения параметров здоровья от нормы. В обязанности помощника врача также входит обучение пациентов правильному исполнению рекомендаций врача и ведению дневника самоконтроля.

Самая главная миссия помощника врача — обеспечение выполнения пациентом

назначений врача. Ведь как обычно происходит? Врач выписывает пациенту лекарственные препараты, а принимает он их или нет, неизвестно, выполняет назначения врача или нет, непонятно. С одной стороны, врач вроде бы свой долг выполнил, с другой — желаемого результата терапии не достигнуто, потому что многое зависит от ответственности пациента. Помощник врача

**КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ ОСТАЕТСЯ У ВРАЧА. ПРИ ЭТОМ ПОМОЩНИК ВРАЧА ВЫПОЛНЯЕТ ОГРОМНЕЙШУЮ РАБОТУ: НА НЕМ ЛЕЖАТ ФУНКЦИИ ИНФОРМИРОВАНИЯ, ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, КОНТРОЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ**

▶ Диспансерное наблюдение пациента ведет один врач, второй может выступать в качестве консультанта



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

Главная задача помощника врача — мотивировать пациента и вовлечь его в заботу о здоровье.

через выстраивание доверительных отношений с пациентом следит за выполнением требований лечащего врача. В его задачи входит рассказать о заболевании и о том, почему так важно находиться на диспансерном наблюдении, и донести до пациента значимость процессов и назначений, которые делает врач. У доктора на это просто нет времени. Помощник работает на формирование ответственности пациента перед врачом и перед самим собой за свое здоровье. Его главная цель — работать на конечный результат во благо пациента.

— **Не может ли произойти так, что ключевая роль в ведении пациента сместится в сторону помощника врача?**

— Лечит пациента врач, он ставит человека на диспансерный учет, делает назначения, формирует программу лечения, анализирует динамику изменения показателей, корректирует терапию. Так что ключевая роль,

безусловно, по-прежнему будет у врача. При этом помощник врача выполняет огромнейшую работу: на нем лежат функции информирования, обучения пациентов, контроля выполнения назначений, записи на прием, обзвона и сопровождения пациентов и многое другое. У помощника врача должны быть хорошие коммуникативные навыки, а его компетенций должно быть достаточно для того, чтобы самостоятельно принимать решения при общении с пациентом. И его функционал будет расширяться с точки зрения полезности для врача и пациента и развития программы проактивного диспансерного динамического наблюдения.

— **Как врач может узнать об ухудшении состояния своего пациента?**

— Проактивной динамической компоненте способствуют современные информационные сервисы. Например, в случае если к человеку выезжала скорая помощь,

**ПОМОЩНИК ВРАЧА ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ ХОРОШИМИ КОММУНИКАТИВНЫМИ НАВЫКАМИ, А ЕГО КОМПЕТЕНЦИЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ДОСТАТОЧНО ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ САМОСТОЯТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ РЕШЕНИЯ ПРИ ОБЩЕНИИ С ПАЦИЕНТОМ**



# КЛЮЧЕВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СИСТЕМЫ ПРОАКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ



## ЛОГИКА РАБОТЫ ПРОАКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ: **ВРАЧ ПРЕДПРИНИМАЕТ НЕОБХОДИМЫЕ ДЕЙСТВИЯ, ДАЖЕ ЕСЛИ САМ ПАЦИЕНТ НЕ ОСОЗНАЕТ РИСКОВ**

информация фиксируется в электронной медицинской карте пациента и поступает в рабочий кабинет врача. Если пациент был госпитализирован, врач также это видит и принимает решение о вызове его на прием. То же самое происходит, если в электронном дневнике самоконтроля человек фиксирует повышенное артериальное давление либо иные отклонения от нормы. Врач принимает решение о вызове пациента на прием. Таким образом, даже если сам пациент не осознает рисков, а к врачу попадают маркеры, свидетельствующие об ухудшении состояния пациента, врач предпринимает необходимые действия. Так мы выстраиваем логику работы проактивного диспансерного динамического наблюдения.

Выстроить процесс в соответствии с новой концепцией — задача нелегкая, но без этого мы не добьемся результата, не сможем сказать себе, что наш пациент удовлетворен, а мы отработали на 100 %. Мы должны уходить от хаотичного эпизодического характера оказания помощи пациентам. Сегодня система строится по принципу треугольника, в котором вершинами являются врач, пациент, помощник врача, а в центре — здоровье пациента. Без каждодневной работы — каждый со своей стороны, без убеждения пациента в том, что он тоже часть системы, которая заботится о его здоровье, невозможно добиться тех глобальных целей, о которых мы говорили выше: снижения смертности и увеличения продолжительности жизни. 

Внеплановый прием проводится с целью своевременного выявления и предупреждения осложнений или обострений заболевания.

# Организация работы междисциплинарных команд в первичном звене здравоохранения

*Елена Аксенова*

*Организация качественной и доступной медицинской помощи на уровне первичного звена возможна только в условиях работы междисциплинарных команд, в состав которых входят медицинские и немедицинские специалисты. Такой подход обеспечивает эффективное санитарное просвещение и профилактическую работу, основанные на медицинских и социальных потребностях пациентов.*



**Елена Ивановна  
Аксенова**

директор Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Партнерство для здоровья человека

Системы здравоохранения находятся под влиянием множества вызовов. Значимый вклад вносят тренды постепенного увеличения численности населения в мегаполисах и старения населения. Как следствие, в системе здравоохранения увеличивается число пациентов с множественными заболеваниями, которые нуждаются в комплексном ведении и уходе. Сопровождение в процессе лечения такого пациента требует разных компетенций от медицинских специалистов. А информация о течении болезни должна быть доступна специалисту из команды такого пациента. Поэтому многие страны реализуют проекты по междисциплинарному подходу к ведению коморбидных пациентов. Грамотная работа команды в амбулаторном звене позволяет повысить удовлетворенность пациентов качеством и системностью медицинской помощи, предотвратить инвалидизацию и смертность трудоспособного населения, а также значительно снизить расходы на стационарную медицинскую помощь.

Еще одним важным элементом современной медицины является пациентоориентированность. В пациентоориентированной системе здравоохранения



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

человек – это целостная многофакторная система, в которой болезнь не может рассматриваться изолированно. Пациентоориентированность реализуется на персональном и системном уровнях. И на каждом из них должны быть реализованы практики, позволяющие обеспечить доступность и качество медицинской помощи для пациента. Одновременно с достижением тотальной цифровизации и постоянным использованием электронных форматов медицинской документации многие организаторы здравоохранения называют ориентацию на междисциплинарные команды клиницистов. Они позволяют обеспечивать гораздо более высокий уровень координации по сравнению с индивидуальной практикой врача и обеспечивают улучшение клинических

исходов и удовлетворенность со стороны пациента.

Наблюдается и значительное изменение облика пациента. Он становится более требовательным, обладает высоким уровнем информационной грамотности относительно своего здоровья, активно использует интернет для поиска информации о здоровье и зачастую самостоятельно ставит себе диагнозы. А далее, посещая медицинскую организацию, рассчитывает на партнерские отношения с врачами для определения тактики его лечения. В таком случае с пациентом уже взаимодействует не только его лечащий врач, но и другие специалисты: администраторы, средний медицинский персонал, врачи разных специальностей.

▲ Пандемия COVID-19 стимулировала расширение роли медицинских сестер в оказании медицинской помощи

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА – ЭТО ГРУППА СПЕЦИАЛИСТОВ, КОТОРЫЕ ОБЪЕДИНЕНЫ РЕШЕНИЕМ ОДНОЙ ЗАДАЧИ НА СОВМЕСТНО СОГЛАСОВАННЫХ ПРИНЦИПАХ**

## Тренды в развитии междисциплинарного подхода в здравоохранении разных стран

Обсуждение моделей взаимодействия, распределения ответственности в команде является сегодня основой для развития первичной медико-санитарной помощи.

В развитых системах здравоохранения предпринимаются попытки ведения пациента междисциплинарными командами специалистов. Организационная модель первичной медико-санитарной помощи традиционно опирается на очные консультации с врачом, работающим индивидуально. Пандемия COVID-19 стимулировала появление различных инновационных практик, таких как расширение роли медицинских сестер и фармацевтов, разработка цифровых решений для мониторинга состояния здоровья, упрощение доступа к медицинской помощи и использование информационных инфраструктур здравоохранения для эпиднадзора за заболеваниями.

Главным элементом в новой системе организации первичной медицинской помощи становится междисциплинарная команда специалистов, которая коллегиально управляет здоровьем пациента. Эффективность работы

такой команды определяется рядом факторов, а именно:

- качественное обучение современным, научно доказанным методам оказания медицинской помощи;
- обучение всего состава команды новым принципам солидарной работы с пациентом;
- обоснованное и открытое распределение ролей и ответственности между членами междисциплинарной команды;
- нормативно-методическое обоснование лечебных протоколов, регулирующих подходы к лечению пациентов;
- цифровизация процессов взаимодействия внутри команды;
- создание условий для мониторинга здоровья пациентов в режиме реального времени, реагирование специалистов на инциденты.

▶ В процесс лечения пациента включены врачи различных специальностей



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

ГЛАВНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ В НОВОЙ СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТАНОВИТСЯ **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОМАНДА СПЕЦИАЛИСТОВ, КОТОРАЯ КОЛЛЕГИАЛЬНО УПРАВЛЯЕТ ЗДОРОВЬЕМ ПАЦИЕНТА**

# ПЯТЬ ГЛОБАЛЬНЫХ ТРЕНДОВ, МЕНЯЮЩИХ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ



## Персонализированная медицинская помощь

Индивидуальный подход к выбору реабилитационных программ с учетом возможностей пациента и наличия различных ограничений



## Таргетная реабилитация

Таргетные интервенции в отношении людей с максимальным риском развития болезни на основании результатов предиктивной аналитики и геномного секвенирования



## Оценка результативности реабилитации на основе накопленных массивов информации о здоровье человека

Внедрение оценки результативности лечения позволит повысить эффективность методов, технологий лечения и медикаментов, в том числе снизить затраты на пребывание пациентов в стационаре



## Создание центров компетенций

Создание центров компетенций на базе стационаров по разработке и внедрению новых медицинских технологий



## Развитие интегрированной помощи пациенту

Появление альтернативных, удобных для пациента форматов оказания медицинской помощи: стационар на дому, телемедицина, индивидуальные приборы диагностики и мониторинга здоровья

## ПОЭТАПНЫЙ И КОМФОРТНЫЙ ДЛЯ ВСЕХ УЧАСТНИКОВ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕРЕХОД К МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОСТИ – ПЕРВОСТЕПЕННАЯ ЗАДАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Фото: mos.ru



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

▲ Скордированная работа междисциплинарной команды – залог успешного лечения пациента

Участники междисциплинарной команды активно координируют свои действия для достижения общих целей лечения.

Можно выделить четыре характеристики, объединяющие уже созданные в отдельных странах междисциплинарные практики:

- различный состав специалистов первичной медико-санитарной помощи (включая врачей общей практики, дипломированных медицинских сестер, фармацевтов, психологов, диетологов, немедицинский персонал), различные модели совместной работы и разные целевые группы населения;
- акцент на предоставление комплексных медицинских услуг, включая профилактику заболеваний и укрепление здоровья, лечебные услуги, реабилитацию и лечение хронических заболеваний;

- управление здоровьем населения, основанное на стратификации риска с использованием сложных IT-систем для лучшего понимания профилей здоровья и рисков сообщества и для проведения упреждающего управления потребностями пациентов;
- вовлечение пациентов в совместное принятие решений, учет ценностей, потребностей и предпочтений пациентов.

Поэтапный и комфортный для всех участников лечебного процесса переход к междисциплинарности – первостепенная задача первичного звена здравоохранения, особенно в условиях, когда пациенты являются активными участниками процесса лечения и диагностики.

### Распространенные модели междисциплинарных команд в интересах здоровья человека

**Классическая модель «врач-пациент»** – наиболее распространенный до недавних пор стандарт взаимодействия в первичном звене здравоохранения во всем мире. Врач является основным коммуникатором, он управляет здоровьем пациента. При такой модели обеспечивается исключительно последовательная

коммуникация пациента со специалистами медицинской организации.

**Модель «пара»:** медицинский работник и медицинская сестра. Медицинская сестра выполняет поручения врача, ведет документацию, выполняет медицинские манипуляции



по поручению врача, является техническим помощником при взаимодействии с пациентом.

**Модель «медицинский работник, медсестра, помощник врача»** внедряется сейчас во многих странах, причем помощник врача в этой модели выполняет функции администратора. Помощники помогают подготовить пациента к посещению врача, координируют его действия, помогают врачу управлять программой диагностики и лечения. Как правило, они не имеют медицинского образования. Медсестры предоставляют и координируют уход за пациентами, информируют их и ответственность о различных заболеваниях, консультируют и морально поддерживают пациентов и их семьи.

В этой команде могут работать лицензированные медицинские сестры, имеющие высшее образование, и практикующие медсестры со средним образованием. В отличие от западных моделей, в российских медицинских организациях их функционал, как правило, не разделяется.

**Консультационная модель:** врач общей практики, медсестра, врачи-специалисты. Форма коммуникации в команде – консилиумы. Врач общей практики является основным коммуникатором при работе с пациентом. Он ставит задачи медицинским сестрам – практикующим и лицензированным,

и они между собою распределяют по определенному алгоритму функции для взаимодействия с узкими специалистами, для того чтобы обеспечить интегрированный подход к оказанию медицинской помощи.

**Программная модель:** врач общей практики и врачи-специалисты. Врач общей практики имеет координирующую роль. В соответствии с этой моделью он взаимодействует с узкими специалистами, чтобы уточнить план лечения, выбрать правильную тактику. Программа ведения пациента корректируется врачом общей практики.

**Модель «многопрофильная команда»** пока еще не реализована ни в одной стране мира, но отдельные системы здравоохранения стремятся к формированию междисциплинарных команд. Такая модель взаимодействия может быть построена только на основе цифровых технологий, поскольку в ней задействовано большое количество участников. Врачи-специалисты видят запрос от основного координатора — врача общей практики — и пишут в электронной карте свои комментарии, чтобы полностью сформировать программу лечения пациента. В этой модели присутствуют и специалисты без медицинского образования (например, социальный работник и медицинский регистратор), помощники врача с медицинским образованием, психологи, фармакологи и т. д.

В многопрофильной команде специалисты дополняют опыт друг друга и активно координируют свои действия для достижения общих целей лечения.

## Особая роль медицинской сестры в командной работе

Период стремительной трансформации здравоохранения во время пандемии позволил в значительной степени продвинуться в переосмыслении роли медицинской сестры в работе медицинской организации

и взаимодействия между участниками лечебного процесса. Уже несколько десятилетий в экспертном сообществе активно обсуждается необходимость наделения медицинской сестры более серьезными функциями, чем

**СЕЙЧАС В МОСКОВСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЕСТЬ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ РЕСУРСЫ, ЧТОБЫ КОМПЛЕКСНО УПРАВЛЯТЬ ЗДОРОВЬЕМ ПАЦИЕНТА, СОЗДАВАТЬ ДЛЯ НЕГО КОМФОРТНЫЕ УСЛОВИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ**

## ОБСУЖДАЕТСЯ НЕОБХОДИМОСТЬ НАДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ БОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМИ ФУНКЦИЯМИ. С РАЗВИТИЕМ ТЕХНОЛОГИЙ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ЧАСТЬ ВРАЧЕБНЫХ ФУНКЦИЙ

выполнение только роли помощника врача. По мнению экспертов, с развитием технологий и цифровизации всех процессов медицинской организации, медицинская сестра может осуществлять часть врачебных функций. Например, может взять на себя коммуникацию с пациентом при планировании его визита к врачу, контроль врачебных назначений, санитарно-просветительскую работу

с населением. В Москве в 2022 году Департаментом здравоохранения был инициирован проект, сутью которого стало введение новой структурной единицы – помощника врача. Это специалист со средним медицинским образованием, который является частью междисциплинарного подхода и осуществляет основную коммуникацию с пациентами, находящимися на диспансерном наблюдении.

### Междисциплинарность — тренд развития московского здравоохранения

Чтобы ответить на внешние и внутренние вызовы, в Москве реализуются масштабные проекты по трансформации системы здравоохранения, в том числе внедряется новая функционально-целевая модель поликлиники.

В настоящее время в Москве реализуются масштабные проекты по трансформации системы здравоохранения: создаются высокотехнологичные комплексы для продвижения принципов персонализированной медицины, разрабатываются цифровые технологии, помогающие управлять здоровьем пациента.


В первичном звене столичного здравоохранения внедряются принципиально новые стандарты коммуникаций врача и пациента, основанные на идее партнерства и принятия пациента как активного участника лечебного процесса.

Такие изменения закономерно приводят к уникальным моделям взаимодействия специалистов, что положительно сказывается на росте взаимного уважения между врачами. Работа в команде стимулирует к получению новых знаний в различных клинических дисциплинах, способствует интеграции методов лечения и появлению междисциплинарной медицины.

Междисциплинарная команда – это группа специалистов, которые объединены решением одной задачи на совместно согласованных принципах. В междисциплинарной команде медицинские работники разных специальностей работают взаимосвязанно

для оценки, планирования и оказания комплексной и скоординированной медицинской помощи, а также для получения результатов в соответствии с потребностями пациентов.

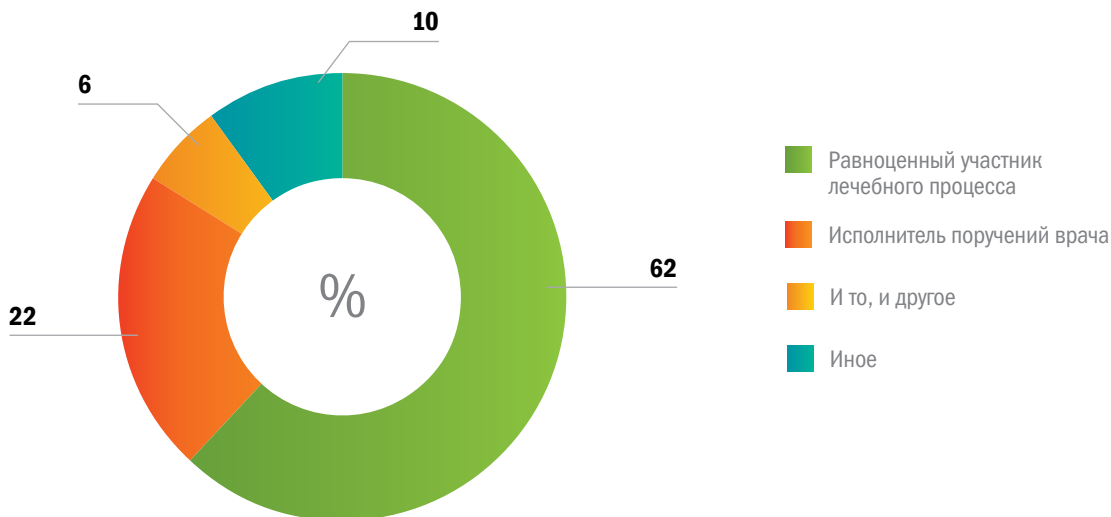
Многие проекты трансформации первичного звена в Москве подразумевают пересмотр взаимоотношений внутри трудовых коллективов и ориентированы на выстраивание более доверительных отношений с пациентом. Поэтому мы активно изучаем существующие практики междисциплинарных команд в мире, анализируем функции внутри команд и базовые требования по их распределению. Большая работа ведется по формированию новых ценностей столичных поликлиник. Эти ценности должны разделяться всеми специалистами и однозначно восприниматься, что позволит задать единые высокие стандарты оказываемой медицинской помощи.

Сейчас в московском здравоохранении есть все необходимые ресурсы, чтобы комплексно управлять здоровьем пациента, создавать для него комфортные условия в поликлинике, чему в немалой степени способствует объединение специалистов в междисциплинарные команды. 



# СТЕРЕОТИПЫ О МЕДСЕСТРАХ: ВЗГЛЯД ВРАЧЕЙ

Какова роль медсестры в лечебно-профилактическом процессе в Вашей организации?\*



Кто такая современная медицинская сестра в Вашем представлении?\*,\*\*



\* Пилотный опрос 112 врачей, 2018 год

\*\* Сумма ответов превышает 100 %, так как врачи могли назвать более одной ассоциации

Данные на ноябрь 2022 года

# Ключевые принципы взаимодействия поликлиники и стационара

Марьяна Лысенко

*Как главный врач многопрофильной больницы, считаю важным выстраивать эффективное взаимодействие поликлиники и стационара, которое позволит нам добиваться высоких результатов лечения и нового качества оказания медицинской помощи.*



**Марьяна Анатольевна Лысенко**

главный врач Городской клинической больницы № 52  
Департамента здравоохранения города Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Первичное звено: революция здравоохранения XX века

Настоящей революцией в медицине в начале XX века стало системное развитие первичного звена здравоохранения, когда впервые в мире в молодом советском государстве была выстроена ясная, охватывающая всю гигантскую страну структура лечебных учреждений. Население получило доступ в поликлиники и больницы, и стало возможным проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, а также выявлять заболевания на ранних стадиях.

Напомню, что эту революцию произвел наш соотечественник — врач и организатор здравоохранения, академик Николай Александрович Семашко, который сделал акцент на первичное звено.

Центральное место в модели Семашко занимал участковый врач, который отвечал за предоставление и координацию медицинской помощи населению на закрепленной за ним территории. Эта модель позволяла интегрировать деятельность участкового врача и других медицинских служб и была достаточно эффективной с экономической точки зрения — не требовала больших затрат, так как лечение на начальном этапе в десятки раз дешевле, чем на поздних стадиях болезни. И что особенно

**СИСТЕМНОЕ РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА, НАЧАТОЕ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА, СТАЛО РЕВОЛЮЦИЕЙ В МЕДИЦИНЕ, КОГДА БЫЛ ОБЕСПЕЧЕН ДОСТУП К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ДЛЯ ШИРОКИХ МАСС НАСЕЛЕНИЯ**



Фото: Shutterstock

## **НАМ СЛЕДУЕТ ГОРДИТЬСЯ ДОСТИЖЕНИЯМИ ПРОШЛОГО И ПРОДОЛЖАТЬ ПРИУМНОЖАТЬ ИХ: БРАТЬ ВСЕ ЛУЧШЕЕ И УСИЛИВАТЬ ТЕХНОЛОГИЯМИ НОВОГО ВРЕМЕНИ**

важно — подчеркивалась значимость информационного взаимодействия между всеми уровнями оказания медицинской помощи.

Благодаря этой системе первичное звено стало фундаментом медицины в большинстве стран. По примеру модели Семашко свои системы здравоохранения проектировали Финляндия, Швеция, Дания, Великобритания, страны Восточной Европы. Блестящий пример российского вклада в мировую медицину! Так давайте же гордиться достижениями

прошлого и приумножать их: брать все лучшее и усиливать технологиями нового времени, в том числе цифровыми. Это позволит нам дальше развиваться на новой базе, которая сейчас создается в Москве и в российской медицине. При этом по-прежнему профессия медицинского работника будет наиболее востребованной, почетной и престижной, а отечественная медицина — «главным условием сбережения народа», как сказал Михаил Васильевич Ломоносов.

▲ Современный пациент требователен, и в лечении многое зависит от того, насколько он может доверять врачу

### **Здравоохранение и современные вызовы**

Первичное звено, сталкиваясь с огромными и сложными вызовами здравоохранения, оказалось в заложниках, с одной стороны,

взрослеющего населения с большим количеством хронических болезней, с другой — нездоровой западной модели потребления,

Врач общей практики обеспечивает взаимодействие в общей структуре медицинской помощи, оказываемой пациенту.

современной жизни с ее быстрыми ритмами, стрессами и гиподинамией, что привело в ряды пациентов с хроническими заболеваниями большое количество людей до 60-летнего возраста.

Объективные тренды, которые системам здравоохранения необходимо учитывать:

- увеличение продолжительности жизни,
- переход на нездоровый стандарт потребления,
- быстрое развитие медицинских технологий,
- увеличение наукоемкости технологий.

Амбулаторная и стационарная помощь находятся в тесной сцепке: одна без другой существовать не могут. Но лечение пациента в стационаре — всего лишь эпизод в его медицинской истории. Только врач, который

постоянно курирует пациента на амбулаторном уровне и знает о нем все, может оценить, насколько эффективна, безопасна и разумна та или иная лечебная тактика в долгосрочной перспективе. «Главный врач» в истории болезни пациента — это врач общей практики.

Врач общей практики — это человек, обладающий широчайшим медицинским кругозором, который аккумулирует огромное количество знаний не только терапевтического профиля. Это врач, который не только направляет пациента на консультацию к профильному специалисту, но и отслеживает результат. Он знает о всех вызовах скорой помощи и плановых госпитализациях. Это основной человек во всей медицинской системе. Наше взаимодействие должно строиться исходя из этого посыла.

## Ключевые принципы взаимодействия поликлиник и стационаров

### Ответственность за пациента

Важно, чтобы в каждой точке процесса лечения пациента мы понимали, кто ведет больного, кто принимает финальное решение. Чтобы минимизировать любую

неопределенность и вероятность неверных подходов к лечению, необходимо обеспечить взаимодействие врачей поликлиники и стационара. Только в этом случае можно увидеть полную картину формирования

Процессом лечебно-диагностических мероприятий, которые проходит пациент, управляет врач общей практики

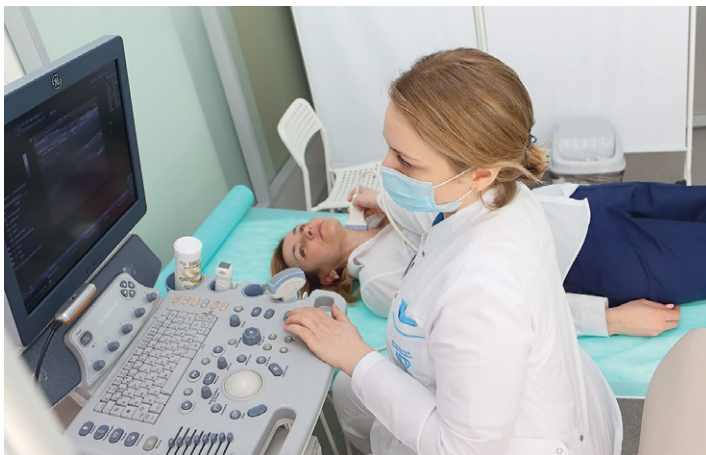


Фото: mos.ru

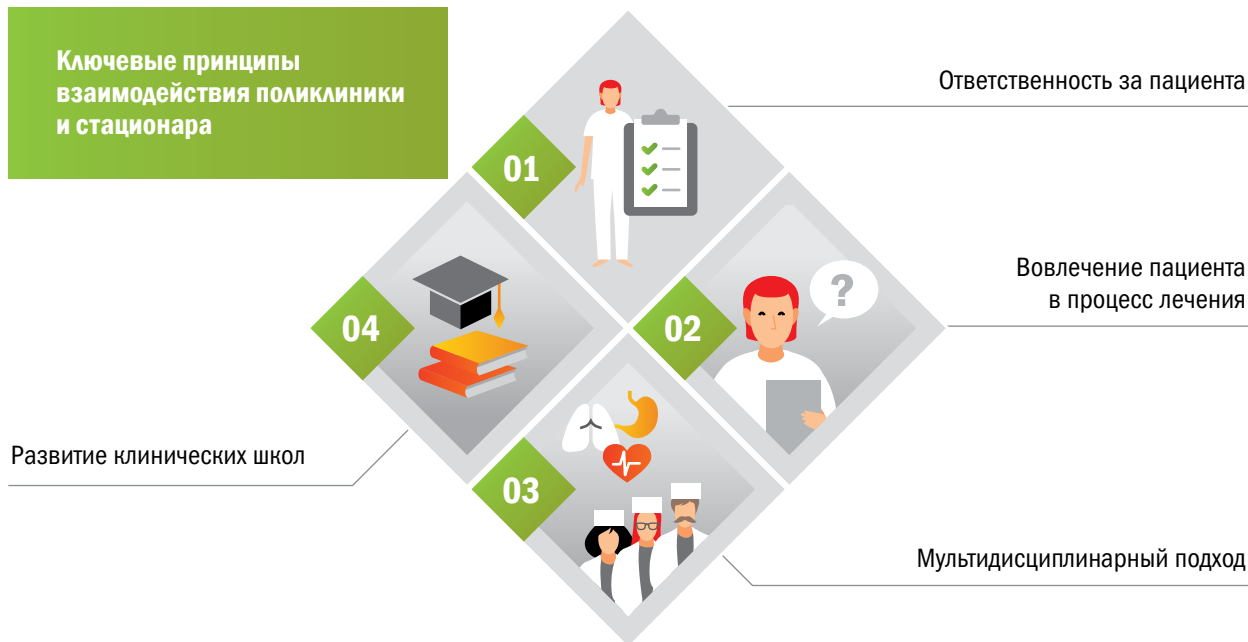


Фото: mos.ru

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРЕ – ВСЕГО ЛИШЬ ЭПИЗОД В ЕГО МЕДИЦИНСКОЙ ИСТОРИИ.  
 ГЛАВНЫЙ ВРАЧ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТА – ЭТО ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**



**Ключевые принципы взаимодействия поликлиники и стационара**



**СЕГОДНЯ ПАЦИЕНТЫ – ЭТО ОЧЕНЬ ТРЕБОВАТЕЛЬНЫЕ ЛЮДИ, ПРИ ЭТОМ КОМПЛАЕНТНОСТЬ САМОГО ПАЦИЕНТА ОСТАЕТСЯ КРАЙНЕ НИЗКОЙ. ЭТО МОЖНО ИЗМЕНИТЬ. КОМПРОМИСС – ДОВЕРИЕ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ**

клинической истории. Организовать такое взаимодействие может и должен врач общей практики. Задача сегодняшнего дня — развивать институт врачей общей практики, учитывая, что они аккумулируют все знания и представления о медицинской составляющей жизни своих пациентов.

Современные IT-системы в медицине значительно упрощают взаимодействие специалистов, но проблемы остаются. Важно настроить процессы коммуникации на разных уровнях, достигая стопроцентной единой информационной медицинской системы, и не только в формате «врач-врач», но и «врач-пациент».

**Вовлечение пациента в процесс лечения**

Со времен академика Семашко многое изменилось. Тогда пациент был благодарен за сам факт возможности получения

медицинской помощи. Сегодня мы имеем совершенно других пациентов: это очень требовательные люди. Их притязания касаются как сервисного уровня в медицинских организациях, так и качества общения с врачом. При этом комплаентность самого пациента остается крайне низкой. Это можно изменить. Компромисс — доверие между врачом и пациентом.

Необходимо именно на этапе амбулаторной помощи выстраивать доверительные взаимоотношения с пациентом. Это особенно важно для тех пациентов, болезни которых неизлечимы, но хорошо контролируются. И конечно, доверительные отношения исключительно важны для обеспечения долгосрочного клинического наблюдения за больным. Постоянная концентрация на жизни и здоровье пациента, вовлечение его в процесс профилактики, обучение способам преодоления заболевания

Формирование полной картины клинической истории пациента возможно только при условии взаимодействия врачей поликлиники и стационара.

Мультидисциплинарный подход предполагает взаимодействие врачей разных специальностей, дает возможность оптимизировать процессы диагностики и лечения пациента.

и его негативных последствий — в этом и есть задача врача общей практики. Очень сложная задача! Но постоянная забота, а главное — неизбежно прекрасный результат порождают доверие.

#### Мультидисциплинарный подход

Жизненно важный вопрос для многих категорий пациентов — необходимость наблюдения несколькими специалистами. Мультидисциплинарный подход, предполагая взаимодействие врачей разных специальностей в ведении одного пациента, дает возможность оптимизировать процессы диагностики и лечения. Так почему же не объединять при необходимости усилия врачей поликлиники и стационара?

Например, консилиум — это обычная практика для стационарных врачей, когда требуется совместное грамотное, взвешенное

решение в отношении дальнейшей лечебной тактики. В стационаре это всегда мультидисциплинарный консилиум, такой подход может быть реализован и в поликлинике.

Важно отработать систему такого взаимодействия, которая позволит полностью учитывать всю доступную информацию от всех участников лечебного процесса, с одной стороны; с другой — привлечь лучшую экспертизу по данному вопросу. А координировать сложный процесс лечебно-диагностических мероприятий призван врач общей практики.

#### Развитие клинических школ

Клинические школы были, есть и будут, но интерес к ним в настоящее время несколько утратился. Тем не менее человеческое и профессиональное развитие невозможно

▶ Лечение в стационаре после выписки пациента продолжится под наблюдением участкового врача поликлиники



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

**СИСТЕМА АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЫХОДИТ НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ, И ДЛЯ ЭТОГО В МОСКОВСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ СОЗДАНЫ ВСЕ УСЛОВИЯ**



## ВАЖНЫМ СТАНОВИТСЯ ВЗАИМНОЕ ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ ПОЛИКЛИНИК И СТАЦИОНАРОВ. ВЕДУЩИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ ДОЛЖНЫ СТАТЬ ЛИДЕРАМИ МНЕНИЙ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

без применения знаний наших опытных коллег. Считаю очень важным проводить постоянное взаимное обучение врачей поликлиник и стационаров, разбор реальной клинической практики, совместные консилиумы и образовательные мероприятия, регулярные консультации в сложных клинических случаях. Необходимо возвращать традицию медицинских школ. При этом ведущие специалисты амбулаторной практики должны стать лидерами мнений.

### Технология и искусство

Перед нами стоит непростая задача — объединить лучшие сверхновые медицинские технологии с искусством врачевания, которое при самых совершенных технологиях всегда останется искусством, требующим от врача отдачи своих умственных и духовных сил. Также важно помнить, что это искусство — про людей и для людей. Даже если врач владеет большим количеством информации и совершенными инструментами, без общения с пациентами, коллегами, без правильного человеческого контакта он никогда не сможет

Как иллюстрация необходимости клинических школ — клинический комитет, который работал во время пандемии коронавирусной инфекции. Создание комитета было блестящим решением руководителей системы здравоохранения. Лучшими врачами оперативно собирались сведения, выдвигались гипотезы, которые обретали характер клинических рекомендаций и внедрялись в рутинную практику. Это и есть школа развития, которую необходимо продолжать.

▲ Мультидисциплинарный подход должны обеспечивать врачи как поликлиники, так и стационара

ими стопроцентно воспользоваться. Еще раз подчеркну, что ведущую роль в этом контакте — межличностном, межпрофессиональном и контакте технологий — играют врачи амбулаторной службы.

Давайте вместе развивать российскую медицину, следуя заветам Гиппократа: «Не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все внешние обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности».

Без общения с пациентами, коллегами, без правильного человеческого контакта врач не сможет стопроцентно воспользоваться теми совершенными инструментами и информацией, которыми владеет.

# Администраторы центров госуслуг в городских поликлиниках

Ольга Фефелова

*В центрах государственных услуг «Мои Документы» уже 5 лет развивается культура искреннего сервиса: сотрудники не только качественно предоставляют государственные услуги, но и стараются предвосхитить ожидания посетителей. В работу администраторов поликлиник мы также внедряем культуру искреннего сервиса.*



**Ольга Викторовна Фефелова**

директор центров госуслуг  
«Мои Документы» Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Искренний сервис в городских поликлиниках

Искренний сервис складывается из внутреннего желания сотрудников приносить пользу, профессиональных знаний и коммуникативных навыков. Центры госуслуг существуют уже 11 лет, и мы не только совершенствуем госуслуги и стараемся максимально качественно их оказывать, но и большое значение придаем тому, с каким отношением это делаем. В 2014 году в офисах «Мои Документы» был принят стандарт оказания государственных услуг. Но мы пошли дальше и задумались над тем, как сделать так, чтобы этот стандарт стал не просто сводом правил, но и естественным поведением каждого сотрудника. В 2017 году в центрах госуслуг стартовал проект «Искренний сервис». С тех пор наш девиз: сделать больше, чем достаточно.

Когда нам сказали, что сотрудники из центров «Мои Документы» будут работать в поликлиниках, для нас это было и неожиданно, и ответственно. Мы прекрасно понимали, что медицинскими работниками в первое время наши сотрудники будут восприниматься как чуждый элемент: мол,

**ИСКРЕННИЙ СЕРВИС СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ВНУТРЕННЕГО ЖЕЛАНИЯ СОТРУДНИКОВ ПРИНОСИТЬ ПОЛЬЗУ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ И КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ**



## СЕЙЧАС ОКОЛО 1 500 СОТРУДНИКОВ ЦЕНТРОВ «МОИ ДОКУМЕНТЫ» УСПЕШНО РАБОТАЮТ В МОСКОВСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ АДМИНИСТРАТОРАМИ, ЕЖЕДНЕВНО ПОМОГАЯ ПОСЕТИТЕЛЯМ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ



Фото: mos.ru

в поликлиниках есть свои администраторы, зачем вам стоять у входа? Но наши сотрудники начали работать, и отношение к ним изменилось.

Мы начали с того, что стали налаживать отношения с руководителями медицинских организаций, объяснять им, что мы пришли не для контроля, а для того, чтобы помогать и пациентам, и медицинским работникам. Ведь как и в центрах госуслуг, в поликлиниках главное — это отношения людей, отношение друг к другу. Поэтому мы используем проверенные в МФЦ коммуникативные инструменты, например, утренние встречи, на которых мы подводим итоги предыдущего дня, обсуждаем проблемные вопросы, если они есть, ставим задачи на новый день, выделяем людей, которые отличились, сделав что-то выходящее за рамки их обязанностей. Кроме того, есть такой инструмент, как «присутствие в зале

руководителя», так он всегда знает, что происходит в его центре, и может проактивно решать возникающие вопросы.

Еще один важный инструмент, который работает в любой сфере, — обмен опытом и положительными эмоциями, когда мы делимся результативными примерами искреннего сервиса. Недавно мы запустили внутреннюю социальную сеть, где ежедневно сотрудники размещают свои добрые истории. Немаловажный момент — это поддержка друг друга, всей команды. На сегодняшний день в нашей социальной сети размещено более 20 тысяч положительных историй. Сотрудник, знакомясь с опытом своих коллег, невольно взвешивает: могу я сделать это или нет? И скорее всего, в подобных ситуациях этот сотрудник поведет себя так же позитивно, как и его коллега.

▲ Сотрудники центров госуслуг помогают посетителям поликлиник записаться на прием

## РАБОТАЯ В ПОЛИКЛИНИКАХ, МЫ ДЛЯ КАЖДОГО ПАЦИЕНТА СТАРАЕМСЯ СДЕЛАТЬ ЧТО-ТО ИНДИВИДУАЛЬНОЕ, УВИДЕТЬ ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА



Фото: mos.ru

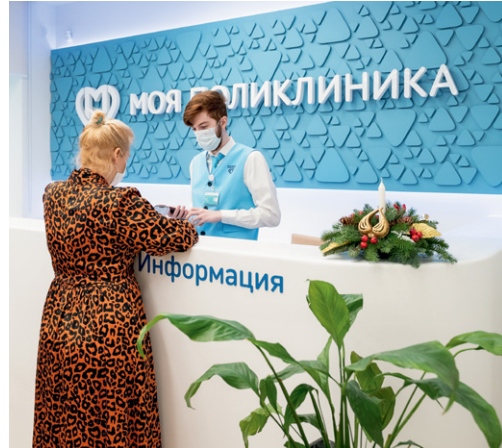


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

▲ В общении с пациентами сотрудники придерживаются культуры искреннего сервиса

В 74 центрах «Мои Документы» работают современные диагностические комплексы «Угол здоровья», и каждый заявитель может пройти экспресс-анализы основных показателей организма.

### Обязанности администраторов в городских поликлиниках

Работая в поликлиниках, мы для каждого пациента стараемся сделать что-то индивидуальное, увидеть потребности человека. Администраторы помогают мамам с маленькими детьми, людям с ограниченными возможностями, пожилым и просто всем тем пациентам, которые по какой-либо причине теряются, когда заходят в поликлинику.

Сейчас уже почти 1500 сотрудников центров госуслуг успешно работают в московских учреждениях администраторами.

Круг обязанностей администраторов в городских поликлиниках:

- маршрутизация пациентов в зависимости от цели визита;

- информирование и консультирование пациентов по вопросам, входящим в компетенцию администратора;
- работа с инфоматом (запись пациента на прием, перенос записи и т. д.);
- помощь посетителям в нестандартных ситуациях.

Проявление равнодушия — часть работы наших администраторов. Более того, те навыки, которые получают администраторы МФЦ, — основополагающие, за ними, без преувеличения, будущее. Технологии меняются, но доброе, человеческое отношение друг к другу будет востребовано всегда.

### Совместные проекты по профилактике заболеваний

Необходимо также отметить, что в центрах госуслуг запущено много проектов, которые связаны с профилактикой заболеваний и популяризацией здорового образа жизни. В рамках проекта «Здоровая Москва»

совместно с Департаментом спорта города Москвы организованы «Спортивные выходные». Тренеры проводят занятия по популярным дисциплинам: йоге, стретчингу, функциональному и танцевальному тренингу.



В 74 центрах «Мои Документы» работают современные диагностические комплексы, и каждый заявитель может пройти экспресс-обследование основных показателей организма: измерение веса, артериального давления, насыщенности крови кислородом, содержания углекислого газа в выдыхаемом воздухе. Проводится анализ состава тела и предлагается индивидуальная норма калорий. В 25 центрах установлены кардиокресла: установка позволяет исследовать сердечный ритм и получить полноценную электрокардиограмму, которая автоматически заносится в электронную медицинскую карту человека.

Во флагманских офисах «Мои Документы» работают роботы-диагносты, которые

помогают нашим посетителям своевременно выявить возможные риски развития болезней. Робот-диагност может измерить давление и пульс, уровень насыщенности крови кислородом и уровень сахара в крови, безопасным и гигиеничным способом определить температуру тела. В роботе установлены неинвазивный глюкометр для измерения уровня сахара без прокола. Установка самостоятельно подстраивается под рост человека и проводит обследование.

Наше сотрудничество с Департаментом здравоохранения Москвы развивается, и с каждым годом совместные проекты становятся все более интересными и полезными для жителей города. **М**

Сотрудник центров госуслуг сопровождает маломобильного пациента



## АДМИНИСТРАТОРЫ ПОМОГАЮТ ЛЮДЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ, ПОЖИЛЫМ И ПРОСТО ВСЕМ ТЕМ ПАЦИЕНТАМ, КОТОРЫЕ ПО КАКОЙ-ЛИБО ПРИЧИНЕ ТЕРЯЮТСЯ, КОГДА ЗАХОДЯТ В ПОЛИКЛИНИКУ



Фото: mos.ru

# Взаимодействие поликлиник и стационаров в рамках лечения атеросклероза брахиоцефальных артерий

*Алексей Безымянный*

*Атеросклероз брахиоцефальных артерий в 20–30 % случаев является причиной ишемического инсульта, развиваясь постепенно и долго оставаясь бессимптомным. Часто инсульт служит первым и единственным проявлением атеросклероза брахиоцефальных артерий, поэтому его своевременная диагностика и лечение представляются крайне важными и требуют отлаженного взаимодействия систем амбулаторной и стационарной помощи.*



**Алексей Сергеевич  
Безымянный**

директор Дирекции по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Маршрутизация пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий

С 11.05.2022, согласно приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 22.04.2022 № 399 «О проведении профилактических обследований взрослого населения в парковых зонах, скверах, зонах отдыха города Москвы в 2022 году», в 46 павильонах «Здоровая Москва» (далее — павильоны), расположенных в парковых зонах столицы, стартовала расширенная программа профилактических обследований (в рамках чек-апов) жителей города Москвы, в том числе для переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19. В рамках профилактических обследований проводилось УЗИ брахиоцефальных артерий мужчинам в возрасте от 45 до 72 лет и женщинам 54–72 лет. Из прошедших профилактические обследования 370 416 человек у 14 688 человек (4,0 % от прошедших чек-ап) выявлен стеноз брахиоцефальных артерий, из них стеноз >50 % имели 1 369 пациентов (9,3 % от всех стенозов, или 0,4 % от прошедших чек-ап).

Москвичам с выявленными отклонениями в ходе обследования в павильонах было обеспечено бесшовное ведение пациента. После прохождения базового чек-апа пациента сопровождал врач Телемедицинского центра, который связывался с ним по телефону, консультировал, назначал дополнительные обследования и выписывал необходимые направления.



## ПО ИТОГАМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ **РАЗРАБОТАНЫ КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЯМИ ПРЕЦЕРЕБРАЛЬНЫХ СОСУДОВ** НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К СОСУДИСТЫМ ХИРУРГАМ И НЕЙРОХИРУРГАМ

С 01.07.2022 по 05.09.2022 в целях профилактики ишемических нарушений мозгового кровообращения, улучшения качества жизни пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями прецеребральных сосудов, а также снижения смертности в Москве был развернут пилотный проект по организации хирургического лечения пациентов с установленной патологией прецеребральных артерий в Научно-исследовательском институте скорой помощи имени Н. В. Склифосовского ДЗМ (далее — НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского). Проект поддержал заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Андрей Викторович Старшинин. Совместно с заместителем директора НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, руководителем

регионального сосудистого центра Константином Александровичем Попугаевым в рамках подготовки проекта была определена маршрутизация пациентов. По итогам ультразвукового исследования разработаны критерии направления пациентов на консультацию к сосудистым хирургам и нейрохирургам.

Пилотный проект был запущен на базе двух городских поликлиник — № 5 и № 64, а также в двух павильонах (в парках «Фестивальный» и «Сокольники»). Дирекцией по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ совместно с коллегами из НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского проводилось обучение врачей двух поликлиник по маршрутизации пациентов. Обучение врачей ультразвуковой диагностики определению степени стеноза экстракраниальных отделов

А. С. Безмянный лично общается с врачами УЗИ, чтобы узнать, как проходит проект



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

По результатам скринингового ультразвукового обследования 131 пациент направлен в НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского для консультации у профильного специалиста.

брахиоцефальных артерий посредством УЗИ проводил руководитель проектного офиса Научно-практического клинического центра диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ, д. м. н. Дмитрий Валериевич Шутов.

В НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского также были проведены организационные мероприятия для обеспечения первоочередного приема пациентов, направленных на консультацию в рамках пилотного проекта. В случае выявления у пациентов стеноза брахиоцефальных артерий более 70 % (согласно критериям направления) им предлагалось пройти обследование в стационаре, использовался специально разработанный скрипт

для принятия решения о проведении оперативного лечения. Администраторы поликлиники записывали пациентов на консультацию в удобное для них время.

Медицинскими организациями проведено скрининговое ультразвуковое обследование 254 пациентам, по результатам которого 131 пациент получил направление по форме 057/У в НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского для консультации у профильного специалиста. По данным стационара, на консультацию явились 117 пациентов, которым было назначено: дообследование — 22 пациента; амбулаторное лечение — 70 пациентов; оперативное лечение — 25 человек.

## Организация хирургического лечения пациентов с патологией прецеребральных артерий

В целях выбора оптимальной тактики лечения профильными специалистами НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского назначались следующие виды дополнительного обследования: УЗДГ брахиоцефальных артерий, МСКТ брахиоцефальных артерий, ангиография брахиоцефальных артерий, УЗИ сосудов

нижних конечностей, УЗИ брюшной полости, суточное мониторирование по Холтеру, ЭхоКГ, МРТ головного мозга.

Управлением организации стационарной медицинской помощи Департамента здравоохранения города Москвы и лично его руководителем Алексеем Борисовичем Фединым

▶  
В операционной НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского



Фото: НИИ СК имени Н. В. Склифосовского



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## БЫЛО ОРГАНИЗОВАНО И ПРОВЕДЕНО ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОДИКЕ ИЗМЕРЕНИЯ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ, СОСТОЯЛСЯ СЕМИНАР ПО МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

совместно с главным внештатным специалистом по неврологии Департамента здравоохранения города Москвы, директором Федерального центра мозга и нейротехнологий ФМБА России, д. м. н., профессором Николаем Анатольевичем Шамаловым и Дирекцией по координации деятельности медицинских организаций ДЗМ разработан приказ, определяющий шесть стационаров, на базе которых функционируют межкрупные центры хирургического лечения патологии прецеребральных артерий. Разработаны маршрутизация пациентов, схема территориального закрепления медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению города Москвы.


Издан приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.09.2022 № 859 «Об организации хирургического лечения пациентов с патологией прецеребральных артерий в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

В рамках исполнения приказа Дирекцией по координации деятельности медицинских организаций было организовано и проведено обучение врачей ультразвуковой диагностики методике измерения стенозов сонных артерий по европейской шкале ECST. Обучение

провела заведующая отделением функциональной диагностики НИИ скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, д. м. н. Наталья Владимировна Рыбалко.

В соответствии с приказом Дирекцией по координации деятельности медицинских организаций совместно с главным врачом городской поликлиники № 2, врачом-неврологом, д. м. н. Натальей Николаевной Шиндряевой дополнительно был проведен семинар для врачей всех поликлиник Департамента здравоохранения города Москвы.

В период с 06.09.2022 по 31.12.2022 медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь взрослому населению Москвы, выдано 766 направлений пациентам с подозрением на стеноз брахиоцефальных артерий (форма 057/у) с кодами диагнозов по МКБ 10: I65.2 Закупорка и стеноз сонной артерии, I69.2 Последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, I65.3 Закупорка и стеноз множественных и двусторонних прецеребральных артерий, I65.0 Закупорка и стеноз позвоночной артерии, G45 Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы [атаки] и родственные синдромы, I65.1 Закупорка и стеноз базилярной артерии.

Данный проект является эффективным инструментом профилактики инсульта. 

▲  
Врач поликлиники выполняет УЗИ брахиоцефальных артерий

Определены шесть стационаров, на базе которых функционируют межкрупные центры хирургического лечения патологии прецеребральных артерий.

# Врач общей практики в составе междисциплинарной команды

Виктор Фомин

*Врач общей практики в московской системе здравоохранения включен в междисциплинарную команду не только как ее неотъемлемое звено, но и в качестве врача-координатора, что способствует повышению престижа специальности и востребованности ее среди пациентов. Участие врача общей практики в работе междисциплинарных команд — дополнительная гарантия их высокого квалификационного уровня.*



**Виктор Викторович Фомин**

главный внештатный специалист общей врачебной практики Департамента здравоохранения города Москвы, проректор по инновационной и клинической деятельности Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Компетенции врача общей практики

Врач общей практики — это врач-терапевт плюс. И в процессе профессиональной переподготовки, и в ходе обучения в ординатуре у него формируются устойчивые компетенции, которые можно условно назвать заимствованными из других специальностей: оториноларингологии, офтальмологии, неврологии, урологии, эндокринологии и т. д. Врач общей практики должен владеть навыками неотложной и экстренной медицинской помощи, которые в период обучения отрабатываются в оснащенных симуляционных центрах медицинских вузов. Он должен владеть навыками извлечения и перемещения пострадавшего, уметь проводить сердечно-легочную реанимацию с применением дефибрилятора, работать по алгоритму ABCDE с оценкой проходимости дыхательных путей, оценкой сознания и экспозиции пациента и т. д. У сегодняшних выпускников медвузов эти навыки, как правило, формируются за годы учебы, но в течение первых трех лет работы до 50 % не поддерживаемых регулярно профессиональных компетенций утрачиваются. Восполнить их помогает созданный при Департаменте здравоохранения города Москвы Кадровый центр, где с 2022 года реализуются программы повышения квалификации для врачей общей практики.

В прошлом году в Кадровом центре ДЗМ было реализовано 7 программ повышения квалификации врача общей практики, а всего их разработано 13 — по тем специальностям, компетенции которых необходимы врачам. Обучение проводится по стандартным обучающим протоколам на современном



## В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ФОРМИРУЮТСЯ УСТОЙЧИВЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ, КОТОРЫЕ МОЖНО УСЛОВНО НАЗВАТЬ ЗАИМСТВОВАННЫМИ ИЗ ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

симуляционном оборудовании. Использование методов дебрифинга позволяет в определенной степени надеяться на то, что врач общей практики, прошедший обучение в Кадровом центре ДЗМ, будет нужен в составе междисциплинарной команды как подготовленный и высококвалифицированный специалист.

Для врача общей практики, работающего в составе междисциплинарной команды, принципиально важным является развитие коммуникативных навыков. Это первый врач, с которым встречается пациент городской поликлиники. И от того, как он выстроит общение, зависит, насколько полно будет собрана первичная информация о пациенте

и, соответственно, насколько грамотно будет выстроена маршрутизация. Второе, не менее важное значение коммуникативных навыков: именно от первого контакта с врачом зависит, будет ли пациент удовлетворен приемом и лечением в поликлинике. Как известно, коммуникация с медицинским работником на 80–90 % формирует мнение пациента о медицинской организации. Общение с врачом зачастую влияет на положительный отклик о медучреждении больше, чем полнота оказания медицинской помощи. Безусловно, врач общей практики должен выстраивать коммуникацию так, чтобы с первых слов вызывать у пациента доверие.

Развитие коммуникативных навыков принципиально важно для врача общей практики, работающего в составе междисциплинарной команды.

### Новаторская концепция

Задача врача общей практики в составе междисциплинарной команды — выполнение роли координатора. Такой подход практически нигде в мире не применяется. Анализируя

зарубежный опыт, можно сказать, что в качестве полноценной единицы междисциплинарной команды врачи общей практики практически нигде не рассматриваются. Концепция,



Фото: Shutterstock

Врач общей практики — это врач-терапевт плюс

## ИМЕННО В МОСКОВСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕАЛИЗУЕТСЯ ПОДХОД ПО ДЕЙСТВИТЕЛЬНОМУ ВКЛЮЧЕНИЮ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В СОСТАВ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ

предложенная Департаментом здравоохранения города Москвы, реализуется впервые и, безусловно, будет эффективной.

В зарубежных системах здравоохранения на врача общей практики, как правило, возлагаются некие функции по длительному ведению пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, и основные цели делегирования этому врачу полномочий других специалистов — это:

- 1) уменьшение нагрузки на стационары,
- 2) уменьшение нагрузки на специалистов.

В Австралии функции врача общей практики в значительной степени диверсифицируются, но это не значит, что он по-настоящему погружен в междисциплинарную команду. Например, врачу общей практики, участвующему в наблюдении пациенток с раком молочной железы, передают функции координатора трудовой реабилитации, при этом он взаимодействует не с пациентками, а с работодателями. Во Франции врача общей практики рассматривают как элемент команды для длительного наблюдения за пациентами с болезнью Альцгеймера, но, выполняя эту работу, он, как правило, не является членом команды, а действует самостоятельно.

Была проанализирована деятельность около 900 врачей общей практики в крупных городах США. Американский опыт показал,

что на самом деле эти специалисты хотят расширять свои функции и чувствуют себя способными полноценно оказывать экстренную медицинскую помощь и работать в междисциплинарных командах.

Однако именно в Москве реализуется подход по действительно включению врача общей практики в состав междисциплинарной команды. В других странах в большей степени ему просто передоверяют какие-то функции, и он действует в одиночку.

Есть четыре вопроса, в которых врач общей практики в составе междисциплинарной команды должен квалифицированно разбираться и уметь отреагировать на них в любое время:

- 1) оценить тяжесть состояния пациента, его потребность в неотложной или экстренной медицинской помощи;
- 2) самостоятельно определить, какие методы обследования должны быть применены, в том числе «здесь и сейчас»;
- 3) оценить потребность в консультациях врачей-специалистов и определить их очередность;
- 4) предложить тактику маршрутизации.

Если на эти четыре вопроса врач общей практики ответит и предпримет соответствующие действия, можно считать, что он стал полноправным членом междисциплинарной команды. **М**

В Кадровом центре ДЗМ разработаны программы повышения квалификации для врачей общей практики (слева)

На приеме врач выстраивает доверительные отношения с пациентом (справа)



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: mos.ru

# НАУЧНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ

ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ВАК



## Здоровье мегаполиса



### Новая площадка

для обобщения отечественного  
и мирового опыта организации  
медицинской помощи  
в условиях больших городов

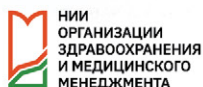
“

**Призываю всех  
активно использовать  
эту трибуну  
для обсуждения  
жизненно важных  
проблем  
функционирования  
крупнейших  
мегаполисов мира**

”



[city-healthcare.com](http://city-healthcare.com)



ISSN 2713-2617



Академик  
Н. И. Брико

# Обесцененная ценность — доступный прием врача

Ирина Трасковецкая

*В нашем обществе медицинская услуга в поликлинике традиционно является частью общественного договора. Государство свою часть договора выполняет — обеспечивает доступность услуги, но пациент зачастую злоупотребляет этим благом: отказывается от записи, опаздывает, требует приема без записи, что приводит к неравномерному распределению нагрузки на специалистов, росту расходов системы, появлению очередей, некорректному ведению записи к узким специалистам.*



**Ирина Геннадьевна Трасковецкая**

главный врач Городской поликлиники № 219 Департамента здравоохранения города Москвы


Фото: НИИОЗММ ДЗМ

Руководство первичной медико-санитарной помощи в Москве идет путем повышения сопутствующего приему комфорта — оборудуются зоны ожидания, организуется предоставление бесплатных одноразовых масок, простыней и бахил, бесплатный Wi-Fi, консультации на стойке приема и многое другое. Многие пациенты отмечают это в своих обращениях с благодарностями.

В московских поликлиниках пациенты могут самостоятельно записаться на прием к шести специалистам, минуя любые барьеры. При этом отмена посещений пациентами узких специалистов колоссальна. Например, к лору отмененных записей — 35 %, к хирургу — 36 %, к урологу — 30 %. Каждый третий пациент отменяет запись на посещение участкового терапевта или педиатра.

Усилия медиков не встречают ожидаемого отклика со стороны пациентов. Система несет огромные финансовые потери, оплачивая простой врачей. Постоянно улучшая доступность и условия посещения поликлиники, медики хотят получить достойную оценку своих усилий.

Часто вместо сотрудничества мы обнаруживаем потребительское отношение от тех, кому хотим помогать. Эта ситуация нуждается в изменении. Нужны новые способы повышения ценности врачебного приема в глазах наших пациентов.

Коллегиально был сформулирован вывод о том, что в настоящее время назрела необходимость пересмотра общественного договора в отношении медицинской помощи. Профессиональное сообщество предлагает рассмотреть образ действий пациента при его обращении за медицинской помощью, с тем чтобы совместная работа по сохранению здоровья стала более эффективной. Необходимо обсудить изменение общественного договора с участием пациентского и медицинского сообществ. 



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



# Статистика и аналитика

**НИИОЗММ ДЗМ – крупнейший поставщик статистической и аналитической информации для Департамента здравоохранения города Москвы**

## КОМПЕТЕНЦИИ

- Организация и управление системой медицинской статистической отчетности.
- Организация, сбор и обработка медико-статистических данных о сети, кадрах и ресурсном обеспечении медицинских организаций, заболеваемости населения и др.
- Ведение регистров: кадров, медицинских организаций, нозологических и других.
- Анализ медико-статистической информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.
- Подготовка сводных государственных и отраслевых медицинских отчетов, формирование сборников, статей и обзоров.
- Проведение образовательных программ для специалистов отрасли здравоохранения.

ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ  
УСПЕШНО СОБИРАЕТ, ОБРАБАТЫВАЕТ,  
СВОДИТ И АНАЛИЗИРУЕТ ИНФОРМАЦИЮ  
ПО 21 ФОРМЕ ОТЧЕТА БОЛЕЕ ЧЕМ ОТ

**500** МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЙ

БОЛЕЕ **70**  
МОНИТОРИНГОВ

ВЕДЕТСЯ В ОПЕРАТИВНОМ РЕЖИМЕ

**IV СЪЕЗД МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ  
ГОРОДА МОСКВЫ «ЦИФРОВАЯ СТАТИСТИКА.  
НОВЫЕ ЗАДАЧИ И ТРАЕКТОРИЯ ДВИЖЕНИЯ»**



ВСЕ МАТЕРИАЛЫ  
ДОСТУПНЫ НА ОФИЦИАЛЬНОМ  
САЙТЕ СЪЕЗДА

# Ведущая роль в лечении пациентов должна быть у участкового врача

*Нателла Парсаданян*

*Роль врача в жизни пациента и поликлиники — важная и наиболее болезненная тема. Участковый врач — специалист широкого профиля, у него есть знания о всех болезнях, а на своем участке он является организатором здравоохранения. Но последнее время участковый врач стал превращаться в некоего маршрутизатора, пациенты приходят к нему за направлениями к врачам-специалистам. Тем не менее опыт показывает, что ведущая роль по ведению пациента должна оставаться именно у участкового врача.*



**Нателла Эдуардовна Парсаданян**

главный врач Городской поликлиники № 218 Департамента здравоохранения города Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Специалист широкого профиля

Первый, с кем встречается пациент, когда впервые приходит в поликлинику, это участковый врач. История знает несколько парадигм роли и статуса «врача первого контакта». В настоящее время оптимальным признан подход, согласно которому участковый врач формирует траекторию движения амбулаторного пациента к выздоровлению и поддержанию здоровья.

Повышение роли участкового врача базируется на росте знаний и компетенций. В условиях современного оснащения московской поликлиники у врача общей практики растет потребность совершенствоваться по внутренним болезням, неврологии, лор-заболеваниям, хирургии, фтизиатрии, кожным, глазным и инфекционным болезням.

Введение должности врача общей практики позволяет 80 % пациентов лечиться у одного врача, снизить загруженность узких специалистов, сократить количество госпитализаций. Изменение роли участкового врача планомерно происходит в поликлиниках Москвы для дальнейшего совершенствования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях жителям столицы.



## В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ОСНАЩЕНИЯ МОСКОВСКИХ ПОЛИКЛИНИК **У ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ РАСТЕТ ПОТРЕБНОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАТЬ СВОИ ЗНАНИЯ И КОМПЕТЕНЦИИ**



Фото: mos.ru


### Интегрирующая роль врача общей практики

В течение ряда лет в Москве проводится обучение врачей общей практики по смешанной форме (онлайн и очно) на базе ведущих медицинских вузов и Кадрового центра Департамента здравоохранения города Москвы. Организация работы участкового врача в современной городской поликлинике соответствует изменению его функций.

Чтобы разгрузить участковых врачей, используются службы центра здоровья, кабинеты профилактики и доврачебного контроля. Выделены медицинские работники, решающие вопросы организации медицинской помощи при обращении по телефону или переадресации звонка из кол-центра.

Перспективные модели организации медицинской помощи позволяют реализовать

интегрирующую роль врача общей практики и повысить доступность и эффективность первичной медико-санитарной помощи для москвичей.

В результате обсуждений профессиональное сообщество сформировало мнение: главная роль в наблюдении за пациентом должна оставаться у участкового врача-терапевта. Для этого необходимо расширить учебные планы для участковых врачей-терапевтов с целью увеличения их профессиональных компетенций и навыков до уровня врача общей практики. Руководителям поликлиник следует обратить внимание на подход ведения пациентов от законченного приема к законченному случаю. 



Первый, с кем встречается пациент, когда впервые приходит в поликлинику, это участковый врач

# Переосмысление роли медицинской сестры в московской поликлинике

*Наталья Кузенкова*

*Многие врачи начинали трудовую деятельность участковыми терапевтами, с медицинской сестрой в кабинете. Медсестра выписывала рецепты, заполняла форму № 30, составляла график диспансерного наблюдения, выезжала с доктором или самостоятельно на дом, делала инъекции. Радикальные перемены принесло внедрение Единой медицинской информационной системы (ЕМИАС) в московское здравоохранение, и в первую очередь в поликлиники, объединив всю городскую систему первичной медико-санитарной помощи.*



**Наталья Николаевна  
Кузенкова**

главный врач Городской  
поликлиники № 68 Департамента  
здравоохранения города  
Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Медицинская сестра в поликлинике: вчера и сегодня

С 2015 года медицинская сестра не находится с участковым врачом на приеме: она не выписывает рецепты, поскольку они электронные или их выписывает фельдшер, не ходит по вызовам на дом, т. к. есть служба вызова врача на дом. За прошедшие годы существенно изменился ее функционал, но ее роль в лечебном процессе еще не переосмыслена фундаментально. Наша задача сейчас — понять роль медицинской сестры в московской поликлинике и ответить на вопрос: она самостоятельная единица или ассистент врача? Что она должна уметь? Нужно ли ей быть универсалом? Каждая ли медицинская сестра должна делать внутривенные инъекции, брать кровь, снимать электрокардиограмму?

По данным на конец 2022 года, в системе первичной медико-санитарной помощи работают более 11,7 тыс. сотрудников среднего медицинского персонала, преимущественно это медицинские сестры, и более 12,7 тыс. врачей.

В рамках подготовки к нашему форуму было проведено небольшое анкетирование медицинских сестер городских поликлиник № 5 и № 68. Что показало анкетирование? Большая часть медсестер (52 %) — в возрасте от 40 до 50 лет. Более 50 % медсестер имеют стаж работы более 20 лет. То есть они достаточно опытные. Мы им задали вопрос: выполняют ли они внутривенные



## НАША ЗАДАЧА СЕЙЧАС – ПОНЯТЬ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В МОСКОВСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ И ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОС: ОНА САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ЕДИНИЦА ИЛИ АССИСТЕНТ ВРАЧА?

инъекции? И выяснилось, что 35 % респондентов этого не делают, почти 20 % не делают внутримышечных инъекций, 23 % не записывают электрокардиограмм, то есть не используют базовые навыки медицинской сестры.

Следующий важный аспект: идентифицируют себя как помощника врача 63 %, как самостоятельную единицу — 42 %. Когда мы спросили у наших медицинских сестер, как могут измениться их функции в новых реалиях,

они сказали, что готовы самостоятельно принимать пациентов, вести электронный протокол при посещении на дому, выписывать медицинские препараты.

Таким образом, возникает вопрос: часть навыков медсестры не используют, но при этом готовы брать на себя другие функции. Объективная реальность сама подталкивает нас к переосмыслению функций медицинской сестры.

Медсестры не используют часть навыков, но при этом готовы брать на себя другие функции. Объективная реальность подталкивает нас к переосмыслению функций медицинской сестры.

### Расширение функционала и полномочий

Во многих странах мира медицинские сестры составляют основу здравоохранения, особенно его первичного звена, а также систем восстановительного лечения, реабилитации и интегрированного медицинского ухода, то есть обеспечивают этапы, с которых начинается и которыми заканчивается оказание всего цикла медицинской помощи. Например, в Финляндии 80 % пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, — к врачам, и только 20 % пациентов попадают сразу к врачам. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает медсестра,

которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами в нерабочие часы принимает медсестра на основе установленных критериев.

Приказом Минздрава России от 25 июня 2014 года № 309 утверждена «Дорожная карта» по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием, целью которой является повышение роли в том числе медицинских сестер в современной системе здравоохранения и оптимизация их деятельности на основе пересмотра функциональных

Профессия медсестры универсальна: нужно владеть базовыми данными и уметь работать в современных электронных системах



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: mos.ru

## МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА ПОЛИКЛИНИКИ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ОБЯЗАНА ВЛАДЕТЬ ВСЕМИ НАВЫКАМИ БАЗОВЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ, БЫТЬ УНИВЕРСАЛОМ



Фото: mos.ru

▲ Функционал медицинской сестры за последние годы существенно изменился

Медицинская сестра получила новую роль — роль помощника врача. Специалисты со средним медицинским образованием сопровождают пациента на этапах диспансерного наблюдения.

обязанностей и формирования новой организационно-правовой модели деятельности специалистов со средним медицинским образованием.

В Москве реализуется программа наблюдения за пациентами «Мое здоровье», которая заключается в сопровождении пациентов диспансерной группы, требующих внимания и регулярного наблюдения у участкового терапевта. Средний медицинский персонал получил новую роль — роль помощника врача.

Для этого выделены специалисты со средним медицинским образованием, и теперь они сопровождают пациента на всех этапах. На данный момент к программе «Помощник врача» уже подключено 48 городских поликлиник.

Для обновления функционала и статуса медицинской сестры в поликлинике необходимы многовекторные изменения, затрагивающие также образование. Безусловно, роль участковой медицинской сестры в Москве в новых реалиях требует пересмотра функционала. Медицинская сестра поликлиники

вне зависимости от профиля обязана владеть всеми навыками базовых манипуляций, быть универсалом. Базовые навыки — фундамент среднего медицинского образования. Вопрос расширения компетенций медицинской сестры необходим и нуждается в более детальном обсуждении с привлечением профильного и экспертного сообщества, а также образовательных организаций.

### Области расширения функционала медицинской сестры:

1. Самостоятельное ведение приема в пределах своей компетенции с внесением данных в электронную карту.
2. Получение доступа в системе ЕМИАС к электронной карте пациента.
3. Осмотр перед вакцинацией.
4. Ведение электронного протокола при посещении пациента на дому или на приеме в манипуляционном кабинете (для медсестры врача общей практики).
5. Выписка лекарственных препаратов, не требующих корректировки врачом. 



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



# Наука

**НИИОЗММ ДЗМ – активный участник научно обоснованного подхода при разработке реформ, проводимых в московском здравоохранении**

## КОМПЕТЕНЦИИ

- Проведение научных исследований в области общественного здоровья, организации и социологии здравоохранения.
- Мониторинг и анализ показателей состояния здоровья и социально-демографических показателей населения города Москвы.
- Мониторинг и анализ показателей ресурсного обеспечения столичного здравоохранения.
- Научно-методическое сопровождение проведения научных исследований организациями, подведомственными ДЗМ.
- Разработка научно обоснованных рекомендаций по внедрению изменений в столичное здравоохранение.
- Экспертная деятельность при разработке систем принятия решений в области здравоохранения.
- Экспертная деятельность в вопросах подготовки, профессионального развития и адаптации медицинских кадров столичного здравоохранения.
- Экспертная деятельность по вопросу экспорта медицинских услуг в городе Москве.
- Подготовка аналитических материалов по актуальным вопросам, связанным с развитием столичного здравоохранения.

**59** ИНДЕКС ХИРША  
ПО ПУБЛИКАЦИЯМ  
В РИНЦ

БОЛЕЕ **500**  
НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ  
СОТРУДНИКОВ НИИОЗММ ДЗМ  
ИЗДАЕТСЯ ЕЖЕГОДНО

**20** НАУЧНЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ  
ПРОВОДИТСЯ ЗА ГОД



**СОДЕРЖАНИЕ И ПЛАН НАШЕЙ РАБОТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ МАКСИМАЛЬНО НАПОЛНЕННЫ ПРАКТИЧЕСКИМ СМЫСЛОМ И ПРИВЯЗАНЫ К ПРОЦЕССАМ, ПРОИСХОДЯЩИМ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Елена АКСЕНОВА, доктор экономических наук, директор НИИОЗММ ДЗМ*

# Наставничество в медицине

Андрей Тяжельников

*Для поликлиник тема, поднятая на круглом столе «Молодой врач. Ожидания и реальность», как никогда актуальна, поскольку именно в поликлиниках молодые врачи сталкиваются с наибольшими трудностями. Большинство клинических кафедр находится в стационарах, поэтому в студенческие годы в поликлиниках будущие специалисты бывают нечасто.*



**Андрей Александрович  
Тяжельников**

главный внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Департамента здравоохранения города Москвы, главный врач Консультативно-диагностической поликлиники № 121 ДЗМ

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Школа профессионального роста

Когда выпускники приходят в амбулаторно-поликлиническое звено, они сталкиваются с тем, что теория, полученная в университетах, отличается от практической клинической работы. В этой связи хотелось бы рассказать о наставничестве на примере проекта, который успешно реализуется в городе уже несколько лет. Он называется «Школа профессионального роста» и может стать площадкой для дальнейшего развития института наставничества.

В 2020 году проект был удостоен премии Правительства Москвы в области медицины, и это очень высокая оценка. На сегодняшний день мы имеем 5 завершенных потоков и около 350 трудоустроенных выпускников по 23 специальностям. Более 100 медицинских организаций принимают участие в реализации проекта. Цель проекта — обеспечение медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы квалифицированными кадрами и совершенствование системы адаптации выпускников медицинских университетов к будущему месту работы. В 2023 году реализуется шестой поток школы.

Средняя оценка медицинской организацией специалистов, которые трудоустраиваются после обучения в проекте «Школа профессионального

**В 2020 ГОДУ ПРОЕКТ «ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА» БЫЛ  
УДОСТОЕН ПРЕМИИ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ**



Фото: mos.ru

## МОЛОДОЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРОЙТИ ВЕСЬ ПУТЬ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ НАУЧИТЬСЯ ОКАЗЫВАТЬ ЭФФЕКТИВНУЮ ПОМОЩЬ

роста», очень высока — 4,8 балла из 5 возможных. Преимущества участия в проекте для студентов:

- уникальная структура программы и удобный график обучения;
- возможность получать стипендию в ходе прохождения 6-месячной стажировки;
- личный наставник в медицинской организации на время стажировки;
- глубокое погружение в специфику работы той медицинской организации, куда специалист будет гарантированно трудоустроен;
- знакомство с будущими коллегами и корпоративной культурой организации;
- гарантированное трудоустройство.

Проект состоит из уникальных блоков. Один из них связан с теоретической подготовкой, которая проводится на площадке трех вузов: Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, Первого Московского

государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, Московского государственного медико-стоматологического университета имени А. И. Евдокимова.

Второй блок подготовки — практические занятия, которые реализуются непосредственно в Кадровом центре Департамента здравоохранения города Москвы и медицинских организациях. На третьем этапе обучения проходит знакомство будущего врача с медицинской организацией, стажировка, включающая все этапы адаптации на рабочем месте, начиная от стойки администратора, входа в поликлинику и заканчивая кабинетом главного врача. У студента, ординатора появляется возможность осознать все то, что происходит в медицинской организации на каждом этапе движения пациента, на каждом этапе работы сотрудника. Молодой врач должен последовательно пройти весь путь пациента для того, чтобы научиться оказывать эффективную помощь.

▲ Практические занятия проходят в Кадровом центре ДЗМ

Желающие учиться в Школе профессионального роста должны подать заявку на сайте Департамента здравоохранения города Москвы, пройти отбор в университете, Кадровом центре ДЗМ и собеседование с руководителем медорганизации.

В школе предусмотрены очные и заочные занятия, благодаря чему грамотно распределяется нагрузка. Курс охватывает наиболее часто встречающиеся состояния и диагнозы, с которыми студенту предстоит столкнуться в амбулаторном звене. Стажировка в выбранной студентом медицинской организации включает занятия по коммуникациям, профилактике эмоционального выгорания. Предусмотрены занятия в Кадровом центре ДЗМ.

Студенты шестого курса готовятся стать участковыми терапевтами и участковыми педиатрами. И они очень выигрывают перед такими же специалистами с первичной аккредитацией, но без подготовки в поликлинике, которые сталкиваются с достаточно серьезными сложностями при адаптации в учреждении. Поэтому проект может быть востребован и реализовываться в любых медицинских организациях, куда приходят специалисты.

## Наставничество

Проект «Школа профессионального роста» решает такую проблему, как адаптация молодого специалиста

В рамках проекта «Школа профессионального роста» разработана система, при которой у студента или ординатора на каждом этапе его адаптации появляется личный наставник — и у стойки администратора, и в процедурном

Для ординаторов второго года обучения список специальностей зависит от потока, который реализуется: в настоящее время это анестезиология-реаниматология, аллергология-иммунология, инфекционные болезни и др.

График подготовки удобный — три раза в неделю, во внеучебное время, что позволяет студенту активно участвовать во всех блоках проекта. Желающие учиться в Школе профессионального роста должны подать заявку на сайте Департамента здравоохранения города Москвы, пройти отбор в университете (необходимо иметь высокий средний балл, пройти собеседование), в Кадровом центре ДЗМ и собеседование с руководителем медицинской организации. По сути, эти отборочные мероприятия уже являются в некотором смысле адаптационными механизмами. Знакомство с руководителями учреждений — серьезный шаг к последующему трудоустройству.

кабинете, и в кабинете врача. Преимущества данного проекта для медицинской организации в том, что она получает подготовленного самой же организацией специалиста, который без проблем вливается в коллектив. Важно,



Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

**ПРЕДУСМОТРЕНО ОБУЧЕНИЕ НАСТАВНИКОВ ОПРЕДЕЛЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ, КОММУНИКАТИВНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ И АЛГОРИТМАМ АДАПТАЦИИ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПРОФЕССИЮ**

# ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОЕКТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ



что специалист не просто приходит на рабочее место и каким-то образом справляется с вызовами — он уже погружен в коллектив, знает всех сотрудников, начиная от главного врача и заканчивая немедицинским персоналом, и принимает активное участие в деятельности медицинской организации.

Проект «Школа профессионального роста» доказал свою эффективность и необходимость системного развития наставничества, включая подготовку самих наставников. Предусмотрено их обучение определенным образовательным, коммуникативным технологиям и алгоритмам адаптации молодых специалистов в профессию. Не только врач будет стажировать будущего специалиста, его должен обучать и заведующий отделением, и главный врач, с ним должны контактировать сотрудники отдела кадров

и администраторы. В наставническую деятельность так или иначе погружаются все сотрудники медицинской организации. Причем они являются наставниками не только для вновь пришедших врачей, но и друг для друга. Наставничество — непрерывный и очень важный процесс, который обеспечивает преемственность опыта и знаний. Без эффективной коммуникации будущего врача на рабочем месте, не только в своем кабинете, но и во всей медицинской организации, невозможна дальнейшая качественная деятельность. Наставники должны быть на всех уровнях.

Отбору и подготовке наставников в проекте «Школа профессионального роста» уделяется особое внимание. Выбирая людей, которые будут наставниками, мы основываемся на следующих критериях:

Наставничество — непрерывный и важный процесс, который обеспечивает преемственность опыта и знаний.

## БОЛЬШИНСТВО УЧАСТНИКОВ ПРОЕКТА «ШКОЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА» НЕ ТОЛЬКО ОСТАЛИСЬ В МЕДИЦИНЕ, НО И ПО-ПРЕЖНЕМУ РАБОТАЮТ В ТЕХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ГДЕ ОНИ АДАПТИРОВАЛИСЬ



Фото: mos.ru



Фото: mos.ru

▲ В Школе профессионального роста могут учиться студенты 4-го курса и ординаторы 2-го года обучения

- в качестве наставников выступают разные специалисты, включая немедицинский персонал;
- специалисты сами изъявили желание работать в проекте и имеют личную мотивацию быть наставниками;

- наставник должен быть эффективным специалистом, который действительно может передать опыт и научить.

От наставника зависит, как будет работать молодой врач и получит ли сам наставник в будущем адекватных помощников.


### Адаптация

И система наставничества, и система адаптации в каждой конкретной организации — важнейший процесс, над которым нужно работать.

Благодаря проекту «Школа профессионального роста» решается такая проблема, как адаптация молодого специалиста. Адаптация — один из важных факторов, от которого зависит, останутся ли молодые специалисты в профессии и в той организации, куда они изначально пришли. Распространенное ранее явление перехода врачей из одного медучреждения в другое в настоящее время минимизируется. Если человеку комфортно работать в той среде, где он находится, он не будет искать другое место работы.

Имеют значение не только элементы организации рабочего места, условия для профессионального роста, но и адаптация в коллективе. Если молодой врач будет понимать, что рядом с ним всегда есть коллеги, которые его поддержат, помогут разобраться со

сложностями, возникающими у него в общении с пациентами или в организации деятельности, это предотвратит появление желания перейти в другую организацию. Поэтому и система наставничества, и система адаптации в каждой конкретной организации — важнейший процесс, над которым нужно работать.

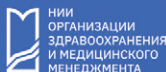
Большинство из участников пяти потоков проекта «Школа профессионального роста» не только остались в медицине, но и по-прежнему работают в тех организациях, где они адаптировались. Более того, на примере нашей организации — Консультативно-диагностической поликлиники № 121 — можно сказать, что некоторые из стажеров уже исполняют обязанности заведующих отделениями, потому что прошли серьезнейшее погружение в профессию. 



**НАУЧНАЯ  
ЛАБОРАТОРИЯ**  
МОСКОВСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА



Департамент  
здравоохранения  
города Москвы



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА



ДИРЕКЦИЯ  
по координации деятельности  
медицинских организаций ДЗМ

## Каждый врач может реализовать свой научный потенциал:

- совмещать практическую работу с научной деятельностью;
- проводить исследования;
- публиковать статьи;
- выступать на конференциях;
- стать признанным экспертом в своей области.

Проект инициирован Департаментом здравоохранения города Москвы и направлен на развитие исследовательских компетенций специалистов первичного звена здравоохранения с целью увеличения числа научных публикаций и профильных конференций.



Подробнее о возможностях участия – на сайте проекта

# Для наставника работа с молодежью — большой плюс

Дмитрий Драгунов

*Опыт проведения собеседований поступающих в Школу профессионального роста показывает, что студенты имеют представление о том, как лечить пациентов, и лечебных компетенций опасаются в меньшей степени. Но им требуется помощь в освоении специфики работы в поликлиниках.*




**Дмитрий Олегович Драгунов**

заведующий организационно-методическим отделом по терапии Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

В медицинских вузах ведется хорошая подготовка. Однако большую часть практических занятий студенты проходят в стационарах, а контакт с поликлиническим звеном у них ограничен. И опасения будущих врачей связаны именно с технической стороной вопроса: они не могут правильно заполнить документацию, не знают, к кому обратиться и куда направить пациента и т. д. Эти вопросы решаются в проекте «Школа профессионального роста», он помогает студентам и ординаторам адаптироваться к работе в амбулаторном звене.

Не менее важный вопрос: кто является наставником начинающих врачей? Это высококвалифицированные, уважаемые в коллективе специалисты, которые всегда могут ответить молодому врачу на вопросы, возникающие в ходе рутинной работы.

И для наставника работа с молодежью — большой плюс. Консультируя молодого специалиста, наставник сам профессионально растет. Но наставников тоже нужно подготавливать к работе со студентами и ординаторами — и не столько по врачебным компетенциям, сколько по преподавательским, ведь врача, которого назначили наставником, никто не учил быть педагогом. А правильно преподать материал молодому специалисту — тоже своего рода наука. Как правило, своими знаниями и опытом делятся заведующие отделениями, однако любой врач поликлиники может стать наставником. 

**НАСТАВНИКОВ НУЖНО ПОДГОТАВЛИВАТЬ К РАБОТЕ СО СТУДЕНТАМИ И ОРДИНАТОРАМИ — И НЕ СТОЛЬКО ПО ВРАЧЕБНЫМ КОМПЕТЕНЦИЯМ, СКОЛЬКО ПО ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИМ**



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА

# Еженедельная газета о столичном здравоохранении



МЫ ИНФОРМИРУЕМ О ВАЖНЫХ СОБЫТИЯХ МОСКОВСКОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЗДАЕМ МОДУ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»

12+



# Молодой врач. Ожидание и реальность

*Ирина Козлова*

*Выпускники медицинских вузов приступают к практической работе с желанием помогать людям, быть услышанными в коллективе, с надеждой на уважительное отношение пациентов.*



**Ирина Викторовна  
Козлова**

главный врач Городской  
поликлиники № 134 Департамента  
здравоохранения города Москвы

Фото: ГП № 134

На вопрос: «Почему вы стали врачом?» — молодые люди чаще всего отвечают так: «Потому что это благородно», «Хочу лечить людей и приносить пользу обществу», «Я выросла в этой среде, в моей семье все врачи», «С детства я видела, что врач — это уважаемая и востребованная профессия, поэтому к моменту выбора специальности вопросов не оставалось». Однако по ряду профессиональных, социальных, экономических и психологических причин ожидания молодого специалиста часто расходятся с реальностью. Причем это явление характерно для всего мира вне зависимости от модели здравоохранения и доходов. Столкнувшись с действительностью выпускник может потерять мотивацию к дальнейшему развитию или уйти из профессии.

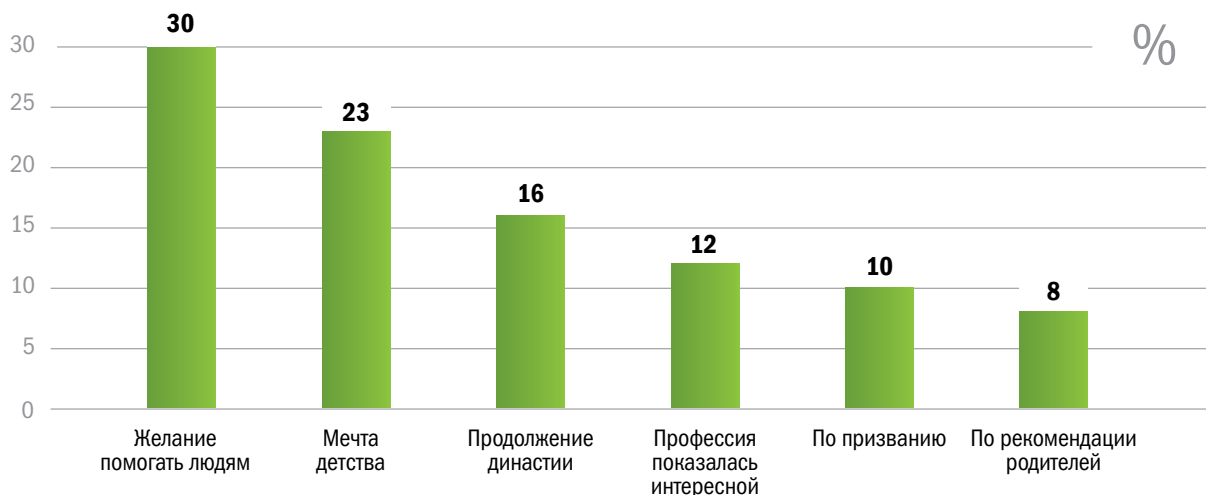
Современная поликлиника нуждается в молодых врачах, мотивированных на профессиональный и социальный рост. Целесообразно формировать связь вуз — поликлиника еще на этапе обучения студента. В этом случае мягко формируется интеграция будущего врача: знакомство с организационной структурой и выполняемыми функциями, понимание и принятие корпоративной культуры.

Следующий этап — работа с молодым специалистом в медицинской организации. Существует несколько известных практик: создание Совета молодых специалистов, психологическое консультирование, разборные трудных случаев в лечении пациентов. К наиболее эффективным можно отнести практику наставничества и обучение по отдельным видам деятельности.

**СОВРЕМЕННАЯ ПОЛИКЛИНИКА НУЖДАЕТСЯ В МОЛОДЫХ ВРАЧАХ,  
МОТИВИРОВАННЫХ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ РОСТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО  
ФОРМИРОВАТЬ СВЯЗЬ ВУЗ — ПОЛИКЛИНИКА ЕЩЕ НА ЭТАПЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТА**



# ПОЧЕМУ ВЫ РЕШИЛИ СТАТЬ ВРАЧОМ?




Проблеме адаптации молодого специалиста, сглаживания социально-психологического и профессионального конфликта в начале трудовой деятельности уделяется большое внимание на уровне города. Это связано с тем, что уже с первых дней работы молодой врач оказывается полностью погруженным во множество рабочих процессов поликлиники, связанных со спецификой московской системы здравоохранения.

Для того чтобы молодой врач быстро адаптировался, вник во все нюансы оформления документации, взаимодействия с пациентами и коллегами по работе, стал уверенным в себе и не потерял интерес к работе, сформирован институт наставничества. Как известно, не каждый профессионал может обучать других. Одним из основных вопросов организации процесса наставничества в поликлинике является выбор специалиста для выполнения функций наставника. Наставничеством должны заниматься люди, которым это нравится и которые способны это делать. И их подопечные, как правило, остаются благодарными всю жизнь.

Другое направление — это подготовка будущего врача еще во время обучения в вузе. «Школа профессионального роста» — уникальный московский проект, знакомящий молодого специалиста с условиями работы

в современной московской поликлинике. На этапе обучения на шестом курсе вуза или втором году ординатуры студент (ординатор) может поступить в Школу профессионального роста. Программа школы включает 20 % времени на теорию, остальное — практические занятия (25 %) и стажировка (55 %). Будущий врач получает стипендию и гарантированное трудоустройство.

Вопросы погружения в профессию, подготовки молодых специалистов, наставничества очень важны. Мы предлагаем внести следующие предложения для обсуждения профессиональным сообществом: предусмотреть возможность проведения лекций практиков — организаторов здравоохранения, возродить наставничество, организовать школу наставников и продумать систему их поощрения. Целесообразно рассмотреть вопрос формирования программы адаптации и ассимиляции молодых специалистов на рабочем месте. И конечно, нужно проводить опросы наших молодых специалистов для выявления проблематики.

Кадры решают все. Давайте сделаем так, чтобы лучшие кадры и лучшие молодые специалисты оставались в наших учреждениях и начало своей профессиональной деятельности воспринимали с благодарностью и позитивом. 

▲ Опрос среди молодых врачей ГП № 134 на тему выбора профессии

В Москве уделяется большое внимание проблеме адаптации молодого специалиста, сглаживания социально-психологического и профессионального конфликта в начале трудовой деятельности.

# Виртуальный прием

Мариам Пахуридзе

*Московское здравоохранение находится на пути трансформации системы оказания медицинской помощи. Одной из главных задач на этом этапе представляется создание условий, при которых врачи поликлиники смогут проводить телемедицинские консультации наравне с очным приемом пациента. На сегодняшний день Москва является одним из передовых регионов, работающих по направлению телемедицинского консультирования «врач — пациент».*



**Мариам Давидовна Пахуридзе**

начальник Телемедицинского центра Департамента здравоохранения города Москвы

Фото: Телемедицинский центр ДЗМ

## Телемедицинские технологии в амбулаторной системе

Столица более 10 лет занимается цифровизацией системы здравоохранения. В основе этого процесса — единая цифровая платформа, которую развивают комплекс социального развития Москвы и Департамент информационных технологий. Она обеспечивает персонализированное ведение каждого пациента на всех этапах — постановка диагноза, лечение, последующее наблюдение. Благодаря платформе все данные о состоянии здоровья горожан аккумулируются в едином цифровом контуре и доступны в режиме онлайн как врачам, так и самим пациентам.

В 2020 году, когда мы столкнулись с пандемией COVID-19, нагрузка на врачей первичного звена, скорой помощи и стационаров была колоссальной. В этот момент было принято решение о создании централизованной модели оказания телемедицинских услуг и был открыт Телемедицинский центр Департамента здравоохранения Москвы, Центра медицинской профилактики. Задачей центра являлось оказание дистанционной консультативной медицинской помощи жителям Москвы с подтвержденной коронавирусной инфекцией, состояние которых

**ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ПОКАЗАЛ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ТРЕБУЕТСЯ БОЛЬШОЙ И СВОЕВРЕМЕННОЙ ОХВАТ НАСЕЛЕНИЯ**



## СТОЛИЦА БОЛЕЕ 10 ЛЕТ ЗАНИМАЕТСЯ ЦИФРОВИЗАЦИЕЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СЕГОДНЯ ВО ВСЕХ ПОЛИКЛИНИКАХ МОСКВЫ РАБОТАЕТ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЙ СЕРВИС



Фото: shutterstock

не требовало стационарного лечения. Около 300 врачей начали свою работу в структуре центра, ежедневно проводилось до шести тысяч консультаций, центр работал в круглосуточном режиме. С 2021 года к работе центра подключились врачи — акушеры-гинекологи и стали вести консультации беременных женщин с COVID-19.

Буквально в течение первой недели работы мы столкнулись с трудностями взаимодействия «врач — пациент» в дистанционном формате. Врачи с многолетним опытом работы в амбулаторном звене испытывали робость и неловкость во время телемедицинской консультации. В связи с этим мы начали

разрабатывать алгоритмы обучения врачей навыкам работы при проведении видеоконсультации, разработали критерии оценки внешнего вида врача, речевые модули, проводили тренинги, разборы сложных и конфликтных ситуаций, а также ежедневно контролировали качество работы врачей.

Опыт работы централизованного Телемедицинского центра показал эффективность в случаях, когда требуется большой и своевременный охват населения. Сегодня во всех поликлиниках Москвы работает телемедицинский сервис. Телемедицинские консультации доступны горожанам с ОРВИ и подтвержденным COVID-19, которые могут лечиться на дому.

▲ Телемедицинские технологии в поликлиниках с каждым годом становятся актуальнее

В прошлом году телемедицинский сервис был внедрен в работу всех центров амбулаторной онкологической помощи.

Весной 2021 года, при запуске работы павильонов здоровья в парках Москвы врачи Телемедицинского центра взяли на себя новую функцию — врачей отделения медицинской профилактики. В случае выявления отклонений в лабораторных или инструментальных исследованиях у посетителя павильона врач Телемедицинского центра проводил анализ и интерпретацию полученных данных, при необходимости назначал дополнительные исследования, проводил второй этап диспансеризации.

Недавно в работу всех центров амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП)

внедрили телемедицинский сервис, с помощью которого лечащие врачи — онкологи и гематологи могут дистанционно продлить ранее выписанные пациенту электронные рецепты на ряд лекарственных препаратов. Также с помощью телемедицинских консультаций специалисты информируют пациентов о решениях онкоконсилиумов. Параллельно с основной деятельностью центра проводился анализ поводов обращений пациентов в поликлинику. Эта работа велась с целью выявления возможности внедрения телемедицинских технологий в поликлиническое звено.

## Преимущества виртуального приема

Проведя большую аналитическую работу, мы смогли выявить преимущества телемедицинской консультации:

- отсутствие необходимости прихода в поликлинику,
- экономия времени врача и пациента,
- комфорт и удобство,

- сохранение качества медицинской помощи в полном объеме.

На данный момент мы стремимся к трансформации телемедицинских консультаций из централизованной в децентрализованную модель, также мы пытаемся внедрить

Телемедицинский центр ДЗМ открылся в марте 2020 года

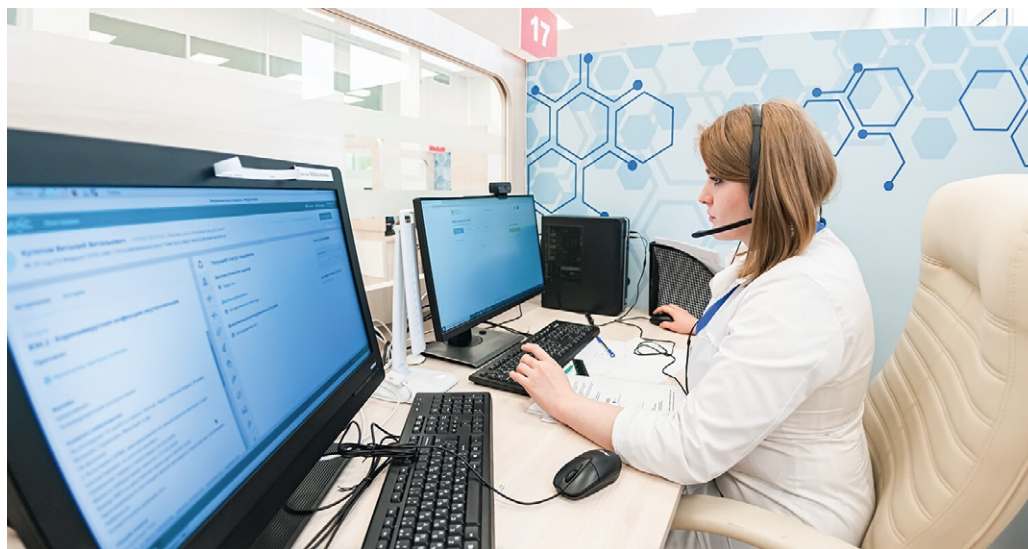


Фото: mos.ru

**ВИРТУАЛЬНЫЙ ПРИЕМ КОМФОРТЕН И УДОБЕН, А ГЛАВНОЕ — ЭКОНОМИТ ВРЕМЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, ПРИ ЭТОМ КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СОХРАНЯЕТСЯ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ**



Фото: Телемедицинский центр ДЗМ

Телемедицинские консультации не уступают по качеству традиционным

телемедицинские технологии в структуру записи врача поликлиники и сделать возможной для пациента самостоятельную запись на телемедицинскую консультацию.

Несмотря на то что телемедицина частично интегрирована в поликлиническое звено и становится уже привычной, у врачей все равно возникают сложности в адаптации при проведении виртуального приема, и необходимо дополнительно обучать их навыкам компетенций проведения онлайн-приемов. Мы пришли к выводу, что виртуальный прием является комфортным и удобным,


а главное — экономит время врача и пациента, при этом качество оказания медицинской помощи сохраняется в полном объеме. Мы рекомендуем сформировать алгоритмы общения, компетенций и навыков для проведения телемедицинских консультаций, учитывая методологию, которая разработана на базе Телемедицинского центра. Также мы предлагаем полностью внедрить комбинированный онлайн- и офлайн-прием в структуру записей врача поликлинического звена, учитывая подходы и современное формирование расписания.

Необходимо дополнительно обучать врачей навыкам проведения онлайн-приемов, поскольку у них могут возникнуть сложности в адаптации при проведении виртуального приема.

## Основные выводы

- Врачам пока еще сложно адаптироваться к проведению телемедицинской консультации.
- Виртуальный прием имеет значительные преимущества, такие как экономия времени, удобство и комфорт для врача и пациента.
- Телемедицинская консультация не уступает по качеству традиционному приему пациента.

## Решения

- Рекомендуем сформировать алгоритмы обучения для проведения виртуального приема, учитывая созданную Телемедицинским центром методологию.
- Предлагаем внедрить комбинированный онлайн- и офлайн-прием в структуру ежедневной работы врача. 

# Цифровая поликлиника

Андрей Федорук

*Современная поликлиника — это уникальная цифровая система, которая позволяет сделать медицинскую помощь более оперативной и доступной каждому москвичу. Цифровая система поликлиник — это телемедицина, система поддержки принятия врачебных решений, искусственный интеллект и электронные сервисы.*



**Андрей Васильевич  
Федорук**

главный врач Городской  
поликлиники № 220 Департамента  
здравоохранения города  
Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Цифровая трансформация

Сегодня никто не представляет жизнь без электронных устройств. Все мы пользуемся гаджетами, проверяем показатели своего здоровья в мобильном телефоне.

Цифровизация поликлиник длится уже больше 10 лет. Но до сих пор все помнят бумажные карты на полках медицинских кабинетов, бумажные рецепты и листки нетрудоспособности, бумажный паспорт участка, которые были не так давно. Наши пациенты в то время приходили в поликлинику в 7:00, чтобы занять очередь и записаться в бумажные журналы на консультацию к врачам-специалистам. Время не стоит на месте, и в последние годы ситуация в корне изменилась. В здравоохранении Москвы создаются электронные сервисы, ориентированные на потребности пациентов и врачей.

Сегодня в Москве внедрены и работают цифровые инструменты, которые понятны врачам и пациентам. Единая медицинская информационно-аналитическая система (ЕМИАС) создана в интересах москвичей, но основной ее пользователь — врач. Электронная медицинская карта (ЭМК), приложение для записи на прием и прочие сервисы — это лишь верхушка айсберга, а его подводная часть — все, что Правительство Москвы сделало для того, чтобы поликлиника стала по-настоящему цифровой. Разработано множество цифровых решений, о которых пациенты даже не догадываются. Пересмотрены бизнес-процессы, внедрен аналитический инструментарий для руководителей. Единый цифровой контур включает не только медицинскую

**ЦИФРОВОЙ ОПЫТ МОСКВЫ УНИКАЛЕН. ЕМИАС — ОГРОМНАЯ  
ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ ЭКОСИСТЕМА, ОДИН ИЗ КРУПНЕЙШИХ ПРОВАЙДЕРОВ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МИРЕ**

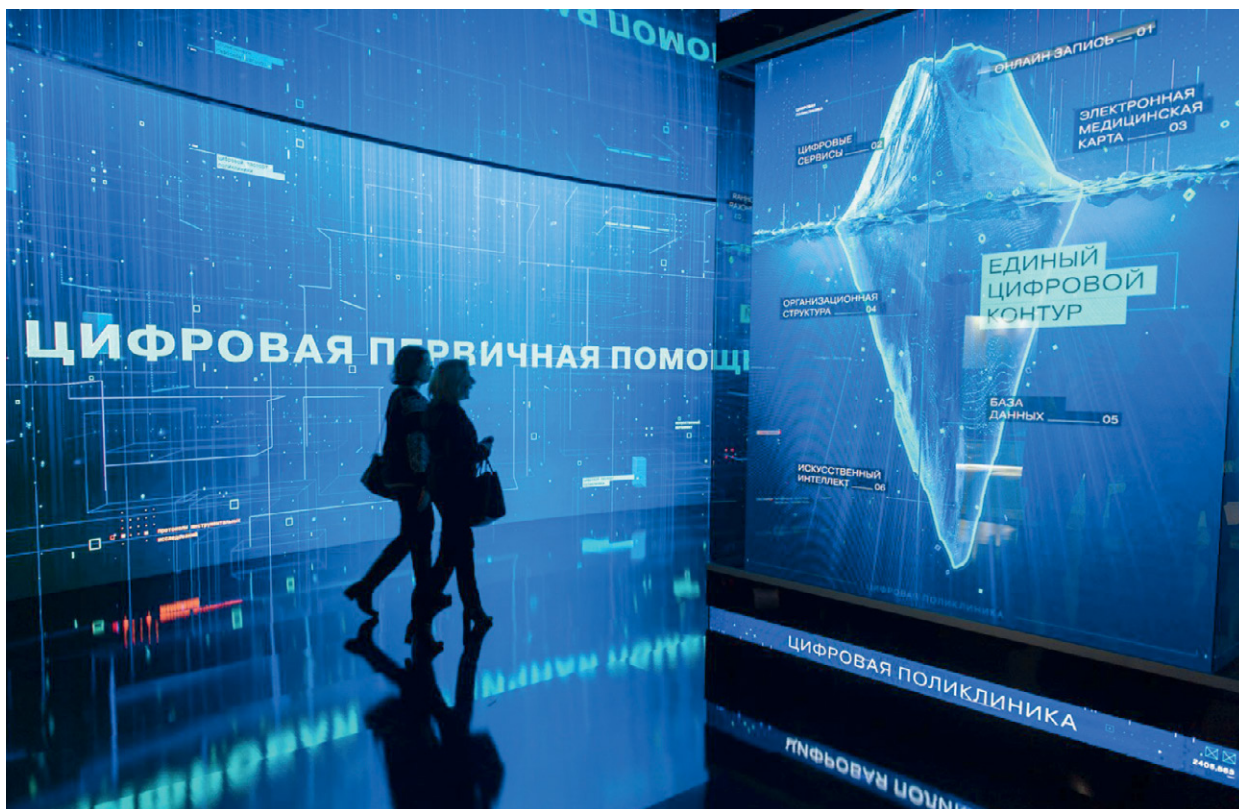


Фото: mos.ru

## ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ СПОСОБСТВУЕТ ПЕРЕХОДУ К ПЕРСониФИЦИРОВАННОЙ МОДЕЛИ С ПРОАКТИВНЫМ ПОДХОДОМ, ГДЕ ПАЦИЕНТУ ОТВОДИТСЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РОЛЬ

информацию о пациенте, но и полную информацию об организационных, финансовых, аналитических и учетных процессах организации. Системы и подсистемы (кадровый учет, расчет заработной платы, портал поставщиков и другие) взаимодействуют между собой. Прделана огромная работа, создана

единая цифровая платформа здравоохранения Москвы — основа цифровой поликлиники, то, без чего работа в едином цифровом контуре невозможна. Цифровая поликлиника перевернула привычное представление о том, каким образом и где могут предоставляться услуги здравоохранения.

▲ Цифровая поликлиника перевернула привычное представление о том, каким образом могут предоставляться услуги здравоохранения

### Цифровые ресурсы в здравоохранении

В столице создана унифицированная платформа для проведения консультаций «врач-врач», разработано мобильное приложение для проведения телемедицинских консультаций «врач-пациент», которым пользуются

более 295 тыс. москвичей, разработан набор цифровых инструментов, которые поддерживают принятие врачом клинических решений на каждом этапе диагностики и лечения. С применением инструментов системы

## ЦИФРОВИЗАЦИЯ МЕДИЦИНЫ – ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ. ПРИ ЭТОМ ВАЖНО ПОНИМАТЬ, КАК НЕ ПЕРЕЙТИ ГРАНЬ, КОГДА ВРАЧ ПЕРЕСТАНЕТ ДУМАТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО

Москве было бы сложнее справиться с пандемией коронавирусной инфекции, если бы в городе не имелось такой обширной базы данных и единой цифровой платформы.

поддержки принятия врачебных решений (СППВР) поставлено более 10 млн предварительных диагнозов. Разработаны и активно применяются алгоритмы искусственного интеллекта в лучевой диагностике, они помогают специалистам в ежедневной работе, значительно снижая количество неверных решений, страхуя врачей. Активно используется электронный сервис — чат-бот для передачи жалоб на свое самочувствие перед приемом врача (москвичи воспользовались сервисом более 1 млн раз), электронная запись на прием, автоматизированный кол-центр.

Электронная медицинская карта содержит данные о состоянии здоровья человека, информация структурирована и представлена в формате, доступном как врачу, так и самому пациенту в любой момент. В системе содержится более 143 млн электронных рецептов, более 329 млн протоколов осмотра врачей, более 319 млн результатов лабораторных исследований, более 3 млн результатов обследований в рамках диспансеризации, более 9 млн медицинских карт, к которым москвичи оформили доступ, более 15 млн карт вызовов скорой помощи, 14,5 млн электронных листков нетрудоспособности, более 51 млн протоколов инструментальных исследований.

Цифровые системы работают на благо наших пациентов и для удобства наших врачей



Цифровизация затронула и внутреннюю работу поликлиник, незаметную для пациента, без которой невозможно оказание профессиональной медицинской помощи. Это система персонифицированного учета услуг ОМС, облачная бухгалтерия, контроль жизненного цикла эксплуатации медицинского оборудования, цифровой паспорт участка, цифровой паспорт поликлиники.

ЕМИАС — единое цифровое пространство Москвы. К ней подключены 45 взрослых поликлиник, 40 детских поликлиник, более 15 тыс. врачей, более 15 тыс. человек среднего медицинского персонала, более 12 млн пациентов. Обширная база данных, расположенная на единой цифровой платформе, помогла Москве оперативно справиться с пандемией, а регистр больных ковидом позволил иметь необходимые данные о пациентах в режиме реального времени.

Цифровизация, внедряемая в системе столичного здравоохранения, способствует повышению качества и доступности оказания медицинской помощи в первичном звене, непрерывности и преемственности оказываемых услуг, эффективности использования оборудования, лекарственных средств и других ресурсов системы здравоохранения.



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: mos.ru



Фото: mos.ru



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Цифровизация и клиническое мышление

Цифровизация медицины стала неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. Создаются и внедряются цифровые решения, ориентированные на потребности пациента и эффективность работы врачей. Сервисы продолжают совершенствоваться, но для того, чтобы поликлиника стала по-настоящему цифровой, необходим квалифицированный персонал, понимающий работу системы, обученный цифровой грамотности. Цифровой опыт Москвы уникален. ЕМИАС — огромная централизованная экосистема, один из крупнейших провайдеров медицинской помощи в мире.


Цифровые инструменты помогают, ускоряют работу, страхуют врача, повышают качество врачебных решений в целом. Благодаря прозрачности цифровых процессов мы видим все недостатки оказания медицинской помощи, имеем возможность анализировать и управлять процессами. Цифровая трансформация в поликлинике способствует переходу к персонифицированной модели с проактивным подходом, где пациенту отводится центральная роль.

Цифровые инновации по-разному воспринимаются медицинскими работниками. Назрела необходимость обучения врачей цифровым технологиям. Вместе с тем клиническое мышление врача никто не отменяет.

Телемедицина, система поддержки принятия врачебных решений, искусственный интеллект при анализе лучевых исследований, электронные сервисы и big data — объективная

реальность сегодняшнего дня. Но при этом важно понимать, как не перейти грань, когда врач перестанет думать самостоятельно и будет полностью полагаться на искусственный интеллект. Цифровая поликлиника — это не просто цифровая среда с набором взаимосвязанных цифровых инструментов. Цифровая поликлиника — это прежде всего качественное мышление врача во благо наших пациентов и нашего города.

### Выводы и предложения:

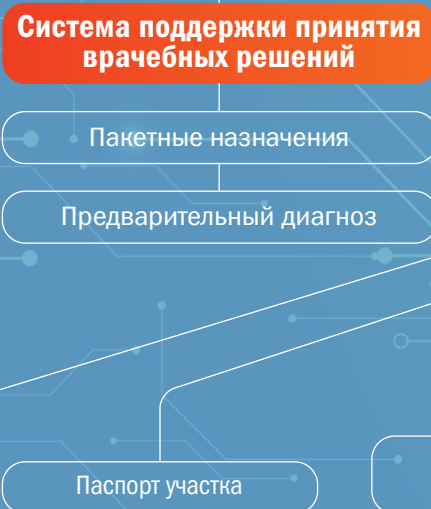
- Считаем важным продолжить активно использовать цифровые инструменты в работе медицинского персонала.
- Для наибольшей эффективности внедрения цифровых технологий необходимо обеспечить высокий уровень вовлеченности всех участников отрасли.
- Предлагаем рассмотреть вопрос о включении в программы обучения курса по цифровым технологиям и их возможностям в здравоохранении.
- Считаем нужным при приеме на работу молодых сотрудников проводить обучение по цифровым технологиям, а также проводить периодическую аттестацию врачей на знание ЕМИАС.
- Предлагаем обсудить в профессиональном сообществе вопрос о возможности разработки критериев оценки качества принятых врачами решений, в том числе при помощи цифровых сервисов и систем поддержки принятия врачебных решений. 



Цифровизация стала неотъемлемой частью повседневной жизни

Цифровые инструменты помогают врачу, но не заменяют его. Цифровая поликлиника — это прежде всего качественное мышление врача.

## ЕДИНЫЙ ЦИФРОВОЙ КОНТУР



Подготовлено ГП № 220



## ЭЛЕКТРОННАЯ ЗАПИСЬ НА ПРИЕМ

ЕМИАС.ИНФО

Госуслуги

Портал mos.ru

Инфомат

Сотрудник ЦТО

Прочие сервисы  
(более 50 сервисов)

## Электронная медицинская карта

Протоколы осмотров  
врачей

Электронный рецепт

Результаты лабораторных  
и инструментальных  
исследований

Врачебная комиссия

Электронные направления

Электронный сертификат  
профилактических  
прививок

Справки и документы  
в электронном виде

Единый лабораторный  
сервис

Регистр больных  
COVID-19

Единый радиологический  
информационный сервис

## Система консолидированного управленческого учета

### Подсистемы

Кадровый учет

Расчет заработной платы

Бюджетный учет

Складской учет

Портал поставщиков

Единая информационная  
система в сфере закупок (ЕИС)

Единая автоматизированная  
информационная система  
торгов (ЕАИСТ)

Автоматизированная система  
управления городскими финансами  
(ПИБ АСУ ГФ)

Данные на ноябрь 2022 года

# Новая функционально-целевая модель отделения медицинской профилактики

Татьяна Елагина

*Анализ результатов расширенных профилактических осмотров взрослого населения в Москве с использованием возможностей ЕМИАС показал, что молодые работоспособные люди в возрасте 25–45 лет редко посещают медицинские организации с профилактической целью либо, начав диспансеризацию, не проходят назначенные исследования в полном объеме. Повысить вовлеченность пациента в сохранение здоровья — задача, над которой работают сотрудники отделений медицинской профилактики и вся первичная медико-санитарная помощь.*



**Татьяна Николаевна Елагина**

главный врач Центра медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы

Фото: НИИОЗММ ДЗМ

## Приблизить диспансеризацию к пациенту

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний направлена на раннее выявление заболеваний и работу по борьбе с имеющимися у пациента факторами риска, для чего проводится диспансеризация или ежегодные профилактические осмотры. Москва имеет развитую систему профилактической службы — в каждой городской поликлинике организовано как минимум одно отделение медицинской профилактики, в остальных зданиях медицинской организации функционируют кабинеты медицинской профилактики.

Тем не менее при наблюдении, с какой же целью приходит в поликлинику взрослое молодое население, чаще всего мы видим, что, однажды прикрепившись к поликлинике, молодые трудоспособные люди посещают ее только для оформления листка временной нетрудоспособности (например, при заболевании острыми вирусными респираторными инфекциями). Многие просто не знают, что поликлинику можно посетить с целью оценки состояния своего здоровья и получения рекомендаций по коррекции



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

имеющихся факторов риска, которые, если с ними не работать в молодом возрасте, неизбежно приведут к серьезным заболеваниям. Как правило, такая беспечность оборачивается спустя 15–20 лет постановкой диагноза одного из наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертония и т. д.).

В Москве, с целью приближения возможности пройти диспансеризацию для молодого трудоспособного населения, с 2019 года в летний период организуется работа павильонов «Здоровая Москва», которые располагаются в парках и скверах города, работают без выходных, с самого раннего утра и до позднего вечера. Работа павильонов поддерживается широким информационно-агитационным сопровождением. Например, в 2022 году была организована возможность участия

в спортивных мастер-классах, регулярно проводились лекции и обсуждения, посвященные здоровому образу жизни, также можно было поучаствовать в «Марафоне здоровья», помогающем выработать полезные привычки и навыки ведения здорового образа жизни под руководством опытных столичных врачей.

Несмотря на колоссальные усилия по обеспечению работы павильонов, только чуть больше четверти посетителей были в возрасте моложе 40 лет. К сожалению, даже среди пришедших молодых пациентов значительная часть отказывалась, не являлась на дополнительные (в т. ч. назначенные для уточнения возможных нарушений в состоянии здоровья) инструментальные и лабораторные исследования, так как для этого необходимо было найти время для посещения поликлиники по месту прикрепления.

▲ В летнее время москвичи могут пройти диспансеризацию в павильонах «Здоровая Москва»

## МОСКВА ИМЕЕТ РАЗВИТУЮ СИСТЕМУ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ – В КАЖДОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОРГАНИЗОВАНЫ ОТДЕЛЕНИЕ И КАБИНЕТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

## ПРОФИЛАКТИКА, УЛУЧШЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ – ПРОЦЕСС БЕСПРЕРЫВНЫЙ. В СТОЛИЦЕ ЭТОТ ПРОЦЕСС БАЗИРУЕТСЯ НА КРЕПКОЙ СЕТИ ОРГАНИЗАЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Возможность прохождения как первого, так и второго (по показаниям) этапа диспансеризации одним днем и в удобное для работающего человека время увеличит заинтересованность людей в профилактических мероприятиях.

Профилактику заболеваний и коррекцию факторов риска необходимо начинать в молодом возрасте

В результате можно сделать предварительный вывод, что для привлечения молодого трудоспособного населения и мотивирования его к полному прохождению профилактического осмотра (диспансеризации) необходимы иные

организационные подходы, направленные в первую очередь на обеспечение удобства прохождения осмотров и увеличение мотивации к ведению здорового образа жизни и коррекции имеющихся факторов риска.

### Система целеполагания профилактической службы

Профилактика, улучшение здоровья населения — процесс непрерывный. В столице этот процесс базируется на крепкой сети организаций медицинской профилактики, которую составляют Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы, центры здоровья при городских поликлиниках и отделения (кабинеты) медицинской профилактики. В каждом административном округе есть главный внештатный специалист по медицинской профилактике.

Перед нами стоит задача организовать работу с жителями города таким образом, чтобы привлечь их к регулярному и полному прохождению профилактических осмотров, особенно молодое население — от 25 до 45 лет.

На примере существующих успешных практик выстраивания клиентских путей (за основу была принята работа эндоскопических

центров) мы определили условия, которые помогут привлечь интересующую нас группу населения и создать условия для полного прохождения диспансеризации. Во-первых, это прохождение как первого, так и второго (по показаниям) этапа диспансеризации одним днем и в удобное для работающего человека время — в вечерние часы или выходные дни. Во-вторых, возможность получения и интерпретации результатов обследования без посещения медицинской организации — посредством телемедицинских консультаций. Кроме того, для пациента большую роль играет динамическое, персональное сопровождение врачом-терапевтом при выполнении индивидуального плана по коррекции имеющихся факторов риска.

Таким образом, для привлечения пациента к сохранению его собственного здоровья



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

До 40 лет диспансеризацию проходят раз в три года, профилактические осмотры — ежегодно


## ДЛЯ ПАЦИЕНТА БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ ДИНАМИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПО КОРРЕКЦИИ ИМЕЮЩИХСЯ ФАКТОРОВ РИСКА

потребуется изменения в работе не только отделений медицинской профилактики, но и других подразделений поликлиники: терапевтических, консультативно-диагностических, отделений функциональной диагностики.

### Целеполагание

- Целесообразно разработать методологию прохождения не только первого, но и второго этапа диспансеризации, который предполагает возможность пройти назначенные дополнительные исследования одним днем и в удобное для работающего человека время.
- Стоит предусмотреть непрерывное обучение сотрудников отделений (кабинетов) медицинской профилактики эффективным методикам общения с пациентами в очном и дистанционном формате, которые позволят мотивировать молодое население к регулярному и полному прохождению

диспансеризации, а также повысить их приверженность к ведению здорового образа жизни. Обучение должно быть направлено в том числе на выработку мотивации к ведению здорового образа жизни у самих сотрудников отделения, чтобы они могли стать примером для своих пациентов.

- Можно усилить роль семейной профилактики путем разработки и внедрения методик семейного консультирования, создания условий для одновременного прохождения всеми членами семьи профилактических осмотров.
- Целесообразно учитывать показатели результативности проведения профилактических осмотров при оценке эффективности деятельности терапевтических отделений и отделений медицинской профилактики, в том числе с формированием публичного рейтинга медицинских организаций. 

Задача отделений медицинской профилактики и других подразделений поликлиники — организовать работу с пациентами так, чтобы привлечь их к регулярному и полному прохождению профилактических осмотров.

# Стандарт диспансерного наблюдения

Ольга Колесникова

*Диспансерное наблюдение — одно из главных приоритетных направлений, с которым нам, врачам амбулаторной службы Москвы, приходится работать постоянно. Чтобы стандартизировать процесс диспансерного наблюдения, была проделана большая предварительная работа.*



**Ольга Павловна  
Колесникова**

заместитель главного врача  
по медицинской части Городской  
поликлиники № 218 Департамента  
здравоохранения города  
Москвы

Фото: ГП № 218

## Стандартизированный процесс получения информации

Думаю, врачи поликлиник хорошо помнят бумажные карты и «волшебный ящик» с закладочками по заболеваниям. Паспорт участка тоже был бумажный, и у врача возникало много вопросов: сколько пациентов с бронхиальной астмой у него на участке, кто попал в больницу, когда пациента выписали, все ли обследования он прошел и т. д. Ответы на эти вопросы удавалось найти далеко не всегда. Как и непросто было сходу понять, нужно ли направлять пациента на обследование, подходит ли возраст, какие именно исследования ему нужны. Мы собирали информацию, считали, пересчитывали, проводили аналитику, и это было достаточно сложно. Трудности подвигли большую команду специалистов упорядочить такую важную тему, как диспансерное наблюдение, и стандартизировать процессы.

В настоящее время диспансерное наблюдение начинается с того, что врач получает всю информацию о пациенте. Процесс получения сведений стандартизирован, на рабочий стол врача поступает вся информация о пациенте: после посещения врача-специалиста, вызова скорой помощи, выписки из стационара, прохождения диспансеризации или профилактического осмотра. Паспорт участка теперь интерактивный, и информация в нем обновляется ежедневно. Есть специальная страница, содержащая список пациентов, которые находятся в стационаре. Дополнительная информация

**СТАНДАРТ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ИСКЛЮЧАЕТ ДУБЛИРУЮЩИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПАЦИЕНТУ НЕ НУЖНО СДАВАТЬ ОДИН И ТОТ ЖЕ АНАЛИЗ КРОВИ ПРИ КАЖДОМ ИЗ ИМЕЮЩИХСЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ**



Фото: НИИОЗММ ДЗМ

дублируется на вкладку «Реестр диспансерного наблюдения». Когда врач ставит человека на диспансерное наблюдение, у него есть возможность планировать осмотры, выписывать направления без визита пациента. Программа, в которой работает врач, характерна тем, что процессы в ней стандартизированы в зависимости от диагноза и на основе утвержденных клинических рекомендаций и приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Прописана программа динамического диспансерного наблюдения коморбидных пациентов, имеющих два и более хронических заболеваний. Все нюансы ведения таких пациентов учтены и стандартизированы. Программа подсказывает перечень исследований, которые врач должен назначить при конкретном диагнозе, и автоматически формируется план обследования и диспансерного наблюдения — нажатием одной клавиши. При этом дублирующие исследования сокращаются. Пациенту нет необходимости сдавать один и тот же анализ крови при каждом из имеющихся заболеваний.

У врача есть возможность проактивного динамического наблюдения. Например, если

пациенты вызывали скорую помощь три и более раз, то они попадают в определенный реестр к врачу, он их видит в отдельной вкладке и может оперативно реагировать. Также пациенты, которые имеют значительные изменения в анализах, попадают в эту вкладку, и врач может быстро найти пациентов, которых нужно вызвать в поликлинику для коррекции лечения. Врач имеет возможность самостоятельно создать программу диспансерного наблюдения на следующий период.

Встает вопрос о том, как врач может контролировать прохождение диспансерного обследования пациентом. Вкладка «Реестр диспансерного наблюдения» содержит информацию о пациентах, находящихся в стадии прохождения обследования, и пациентах, которые по каким-то причинам не сдали определенные анализы. При этом врач имеет возможность перейти в электронную амбулаторную карту пациента. У врача есть возможность проанализировать показатели здоровья человека и результаты имеющихся анализов и при необходимости принять решение о замене лекарственной терапии, вызове пациента на прием и т. д.

▲ В Москве разработана программа динамического диспансерного наблюдения коморбидных пациентов

Диспансерное наблюдение начинается с того, что врач получает всю информацию о здоровье человека. Процесс получения сведений стандартизирован.

## Диспансерное наблюдение по новым стандартам

В программе диспансерного наблюдения реализован и четко соблюдается посыл: один врач — один пациент. Другой врач не может изменить назначенную терапию.

Для сравнения вспомним, как врач проводил диспансерное наблюдение до внедрения электронного сервиса. Пациенту на приеме выдавались направления, которые были действительны в течение месяца. Если по какой-то причине он не успел пройти исследования, то приходил второй раз, чтобы продлить направления. При этом врач интерпретировал ту часть анализов, которая уже была сделана, но, так как картина была неполной, назначал следующий прием. В итоге заключение выписывалось только на четвертом приеме. Между приемами пациенту также было необходимо выписывать лекарственные препараты. В Москве эта услуга организована через фельдшера, благодаря чему не затрачивается время врача, но пациент от дополнительного визита в поликлинику не освобождается.

### В настоящее время программа диспансерного наблюдения работает так:

- Обозначается месяц диспансерного приема.
- В первый день этого месяца пациенту открываются направления на все необходимые исследования, о чем он оповещается

с помощью SMS или сообщения в электронной медицинской карте. Также пациенту звонят помощники врача, которые разъясняют порядок прохождения диспансеризации. Личного присутствия пациента не требуется.

- Направления действительны в течение двух месяцев.
- Помощник врача:
  - записывает на исследования/прием терапевта, а также поясняет возможности самостоятельной записи или ее изменения.
  - напоминает пациенту о предстоящей записи и об исследованиях, которые необходимо пройти перед консультацией с врачом.
  - помогает с подключением и использованием электронной медицинской карты.
  - объясняет важность ведения дневника здоровья и правила его заполнения.

В программе диспансерного наблюдения реализован и четко соблюдается посыл: один врач — один пациент. То есть динамическое наблюдение ведет один специалист, и другой врач не может изменить назначенную

▶ Врач может контролировать прохождение диспансерного обследования пациентом

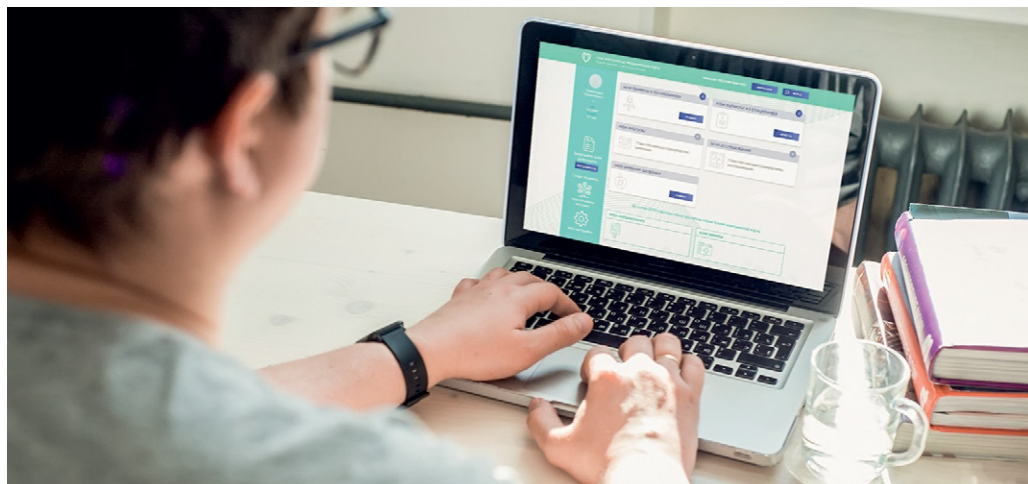


Фото: mos.ru

**ИНТЕРФЕЙС ПРОГРАММЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ОЧЕНЬ ПОНЯТЕН.** ДАЖЕ ЕСЛИ ВРАЧ ПЕРЕХОДИТ ИЗ ОДНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В ДРУГУЮ, ОН НЕ СТАЛКИВАЕТСЯ СО СЛОЖНОСТЯМИ НА НОВОМ РАБОЧЕМ МЕСТЕ



## Стандартизация диспансерного наблюдения

### РЕЗУЛЬТАТЫ



Количество визитов пациента к врачу-терапевту уменьшится до одного



Экономятся очень дорогие ресурсы: время врача и ресурсы поликлиники (в части проведения излишних исследований, анализов и т. п.)



Понятный интерфейс помогает врачу в работе, а пациенту — в выполнении медицинских назначений

### ПРЕИМУЩЕСТВА



Понятный, легко выполнимый алгоритм для пациента



Комплаентность пациента



Снижение частоты посещений врача, госпитализаций, осложнений заболеваний



Снижение смертности



Увеличение продолжительности жизни

терапии. Тем самым с помощью цифровой программы можно достичь доверия между врачом и пациентом.

Недавно в Москве был внедрен сервис «длинных рецептов». Это также стало большим подспорьем как для врача, так и для пациента, потому что благодаря сервису уменьшается количество визитов в поликлинику, а рецепт может иметь срок действия до 12 месяцев. Однако если в период наблюдения состояние пациента меняется, у него есть возможность прийти к врачу, чтобы скорректировать

терапию. Тогда вступает в силу новый рецепт. Благодаря тому, что информация о новых пациентах своевременно попадает на рабочий стол врача, он может поставить всех «новичков» на диспансерный учет в кратчайшие сроки. Интерфейс программы диспансерного наблюдения очень понятен. Даже если врач переходит из одной поликлиники в другую, он не сталкивается со сложностями на новом рабочем месте — все стандарты стереотипны, и это очень правильно.

## Результаты и преимущества

Большая работа, которую проводят и врачи, и разработчики электронных сервисов, в конечном итоге направлена на то, чтобы пациент доверял своему лечащему врачу и мог спокойно выполнять его назначения.

### Результаты стандартизации диспансерного наблюдения:

- Количество визитов пациента к врачу-терапевту постепенно уменьшится до одного.
- Экономятся очень дорогие ресурсы: время



Фото: mos.ru

▲ Новые стандарты диспансерного наблюдения позволяют врачу планировать осмотры, выписывать направления без визита пациента

Благодаря стандартизации диспансерного наблюдения стало возможным получение объективной статистики, что позволяет провести правильную аналитическую работу.

врача и ресурсы поликлиники (в части проведения излишних исследований, анализов и т. п.).

- Понятный интерфейс помогает врачу в работе, а пациенту — в выполнении медицинских назначений.


Была проведена большая работа для приведения в соответствие диагнозов, которые подлежат диспансерному наблюдению и внесению их в ЕМИАС. Теперь врач на приеме имеет возможность ставить диагноз и подтверждать его, пользуясь автоматическими подсказками. К каждому диагнозу, согласно клиническим рекомендациям, приложен определенный перечень, и врач не упускает важные моменты. Электронная система облегчает труд врача, а пациенту помогает быстрее и с большим желанием выполнять назначения специалиста. На это наша работа и нацелена.

**Преимущества стандартизации диспансерного наблюдения:**

- Понятный, легко выполнимый алгоритм для пациента.
- Комплаентность пациента.

- Снижение частоты посещений врача, госпитализаций, осложнений заболеваний.
- Снижение смертности.
- Увеличение продолжительности жизни.

Еще одно важное преимущество стандартизации диспансерного наблюдения — возможность получения объективной статистики, что, в свою очередь, выводит на правильную аналитику. Руководитель, который получает сводные отчеты, может предлагать решения для улучшения процессов. Интерфейс анализа аналитической программы руководителя очень похож на интерфейс работы врача.

Хотелось бы заметить: переходя от стандарта к статистике, мы постепенно переходим к качеству. Программа позволяет анализировать пул пациентов по выбранному критерию, к примеру по уровню гликированного гемоглобина. Можно найти тех пациентов, у которых этот показатель длительно, в течение шести месяцев и более, является повышенным и не меняется. Это будет сигналом к тому, чтобы проанализировать, как работает доктор, правильное ли лечение он назначает. Вопрос контроля качества приобретает особую важность. 

# Журнал «Московская Медицина»

для профессионалов столичного  
здравоохранения



**100**  
ПОЛОС

интервью, обзоры,  
лучшие клинические прак-  
тики, материалы о новей-  
ших методиках и ре-  
зультатах работы

**6**

ВЫПУСКОВ В ГОД

**60**

ТЫС. ЭКЗ.

СОВОКУПНЫЙ ТИРАЖ

**> 130**

ТЫС. ЧЕЛ.

СОВОКУПНЫЙ ОХВАТ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
АУДИТОРИИ

**100 %**

СПЕЦИАЛИСТОВ СИСТЕМЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МОСКВЫ

**12+**

**Объединяем профессиональное медицинское сообщество Москвы:**

- от ежедневных собственных конгрессно-выставочных мероприятий на крупнейшей в городе цифровой платформе
- до информационного сопровождения городских профессиональных форумов



nioz.ru



ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ



НИИ  
ОРГАНИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И МЕДИЦИНСКОГО  
МЕНЕДЖМЕНТА