Новая модель оказания первичной медико-санитарной помощи

Первичная медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, является центральным звеном всей системы здравоохранения, основным, наиболее доступным, экономически и социально приемлемым видом массовой медицинской помощи, обеспечивающим результативность всей системы здравоохранения.

Оптимизация деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, требует разработки новых организационно-функциональных моделей

ФЗ - N 323 от 21.11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 33. Первичная медико-санитарная помощь

1. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 настоящего Федерального закона.

……..

ФЗ - N 323 от 21.11. 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статья 33. Первичная медико-санитарная помощь

4. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

……

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н
"Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"

П. 16. В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- **фельдшерский;**
- **терапевтический (в том числе цеховой);**
- **врача общей практики (семейного врача);**
- **комплексный** *(участок с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами*);
- **акушерский;**
- **приписной.**

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н
"Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"

П. 18. Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- **на фельдшерском участке** - *1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;*
- **на терапевтическом участке** - *1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения);*
- **на участке врача общей практики** - *1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;*
- **на комплексном участке** - *2000 и более человек взрослого и детского населения.*

Достоинства и недостатки действующей модели оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в поликлиниках

Достоинства	Недостатки
Унифицированные подходы к формированию сети и структуры	Отставание развития нормативной базы деятельности МО и специалистов, оказывающих медицинскую помощь, от изменений, происходящих в социальной политике и экономике.
Унифицированная ресурсная база	Несоответствие сформировавшейся внутренней структуры и содержания работы поликлиник современным подходам и требованиям, вследствие чего действующая модель поликлиники становится недостаточно конкурентоспособной на рынке медицинских услуг
Возможность комплексного оказания медицинских услуг, включая диагностику, профилактику, лечение, реабилитацию по различным профилям на одной базе	Отсутствие действенных механизмов финансово-экономического управления деятельностью учреждений, подразделений и специалистов
Возможность проведения коллегиальных обсуждений и принятия решений по тактике ведения и лечения пациентов	Отставание развития системы информационного обеспечения деятельности МО и специалистов по организационным и клиническим проблемам медицинского обеспечения
Обеспечение условий для проведения системных лечебно-профилактических мероприятий: комплексного оснащения медицинским оборудованием и аппаратурой; внедрения современных медицинских технологий и алгоритмов медицинской помощи; формирования профессиональных команд специалистов, работающих по различным, в том числе смежным направлениям	Недостаточная координация и преемственность в деятельности МО различного уровня и специалистов, приводящая к появлению множественных дефектов лечебно-диагностической помощи, несвоевременному направлению пациентов в специализированные консультативные, стационарные, высокотехнологичные медицинские и оздоровительные учреждения

Данные федерального статистического наблюдения указывают на

- Уменьшение абсолютного числа врачей участковой службы,
- Снижение их доли в общем числе врачей первичного звена здравоохранения
- Рост доли специализированной помощи в ущерб первичной
- При этом уменьшение числа физических лиц врачей участковой службы приводит к росту фактической нагрузки на врача, что не позволяет обеспечить требуемое качество оказываемой медицинской помощи.
- Увеличение обеспеченности населения штатами врачей, в том числе амбулаторного звена, сопровождается снижением обеспеченности населения врачами участковой службы: врачами-терапевтами участковыми и ВОП.
- В результате фактические показатели численности обслуживаемого контингента на одном врачебном участке значительно превышают установленные нормативы, в ряде случаев в 2-4 раза.

Всего 12%

из всех врачей оказывают первичную медико-санитарную помощь населению России в первичном звене здравоохранения

Основные проблемы организации ПМСП:

- нерациональное распределение нагрузки между медицинским персоналом;
- перегруженность персонала оформлением медицинской документации;
- недостаточное использование информационных ресурсов;
- несоответствие некоторых нормативных документов современным требованиям;
- дефицит кадров;
- недостаточное финансирование;
- неудовлетворенность населения оказанием амбулаторной медицинской помощи

Анализ профилактической, диагностической, лечебной и реабилитационной работы, изучение удовлетворенности доступностью и качеством оказания медицинской помощи

показывает наличие существенных дефектов
и свидетельствует о необходимости
системных мер,

по изменению содержательной части деятельности медицинской организации,
оказывающей помощь в амбулаторных условиях,
и проведению ее структурных преобразований

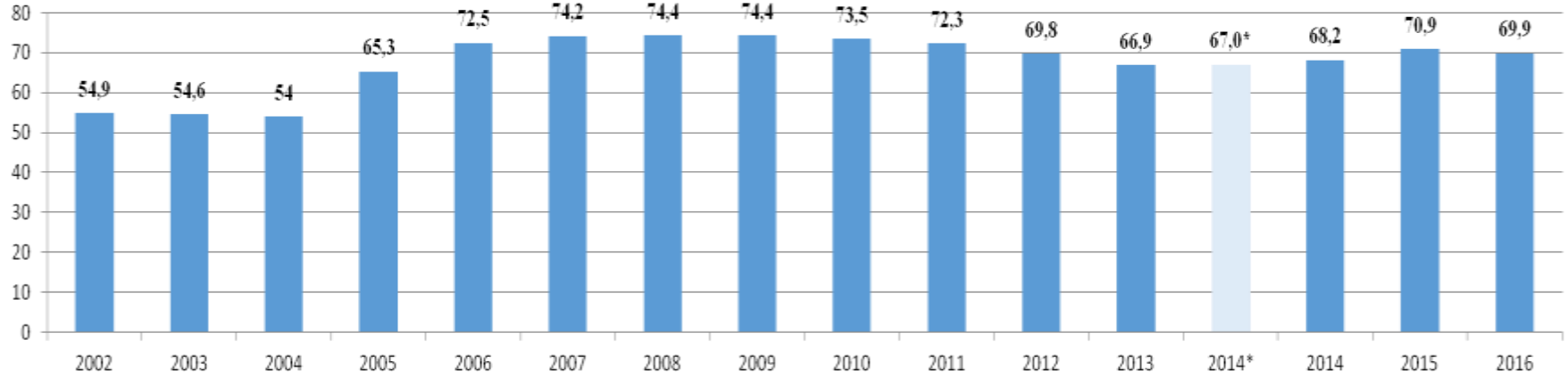
Основные принципы новой организационной модели деятельности МО, оказывающих помощь в амбулаторных условиях

- поэтапное повышение роли врача общей практики (ВОП) на основе оптимизации его функциональных обязанностей и численности прикрепленного населения;
- повышение роли среднего медицинского персонала и внедрение самостоятельного сестринского приема;
- оптимизация численности и состава врачей-специалистов, ведущих прием пациентов в амбулаторных условиях;
- внедрение преемственности и комплексности при организации медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- активное внедрение ресурсосберегающих и замещающих стационар технологий;
- оптимизация системы управления МО, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Организационной единицей, на базе которой должны быть реализованы эти принципы, является поликлиника – медицинская организация, оказывающая помощь в амбулаторных условиях,
основные задачи которой сформулированы в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Динамика численности участковых врачей и медицинских сестер в Российской Федерации

Динамика численности врачей, участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики в Российской Федерации, тыс. человек



Динамика численности участковых медицинских сестер и ОВП в Российской Федерации, тыс. человек

* - без Крымского федерального

13

Динамика численности и обеспеченности врачами, оказывающими первичную медико-санитарную помощь

	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.	2016 г.
Число терапевтов участковых (абс.числа)	38 965	37 833	35 336	35 460	34 906
Обеспеченность населения терапевтами участковыми (на 10 тыс. населения)	2,7	2,6	2,5	3,0	3,0
Число педиатров участковых (абс.числа)	27 488	26 722	25 279	25 748	25 768
Обеспеченность населения педиатрами участковыми (на 10 тыс. населения в возрасте 0-17 лет)	10,5	10,2	9,4	9,1	8,9
Число врачей общей практики (семейных врачей) (абс.числа)	8 725	9 706	9 922	9 838	9314
Обеспеченность населения врачами общей практики (семейными врачами) (на 10 тыс.населения)	0,6	0,7	0,7	0,67	0,64

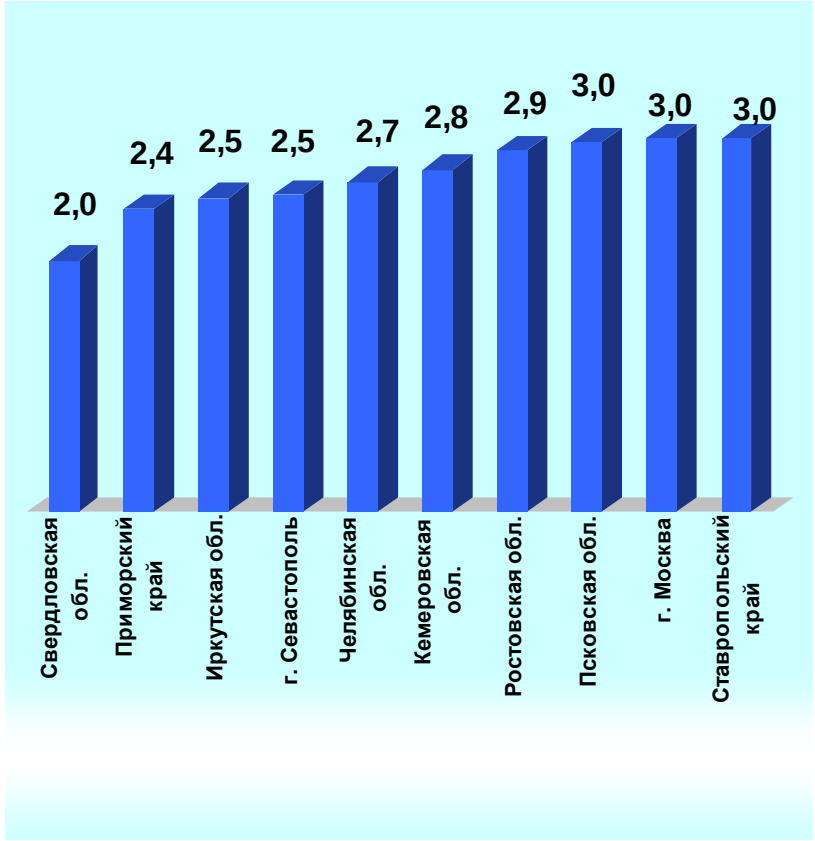
Обеспеченность врачами первичного звена в мире (на 10 тыс. населения)

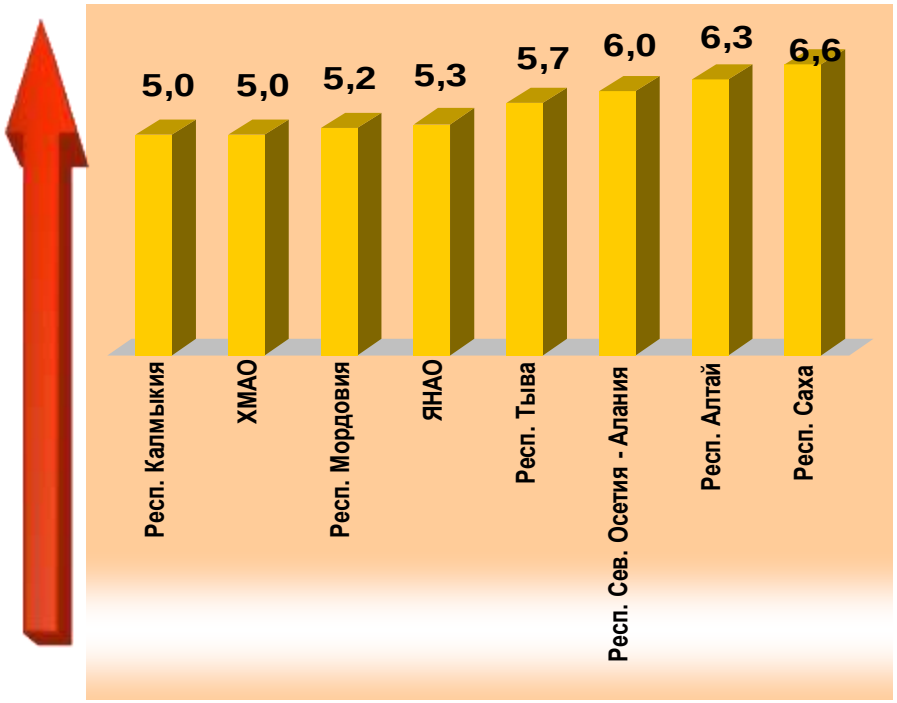
Издание ВОЗ «Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ 2014»

Обеспеченность врачами участковыми терапевтами – 3,0 на 10 тыс. нас.; врачами ВОП - 0,64 (2016 г.)

Самая низкая обеспеченность УТ+ВОП - 3,0 и менее врачей на 10 тыс. нас.

Самая высокая обеспеченность УТ+ВОП 5,0 и более врачей на 10 тыс. нас.

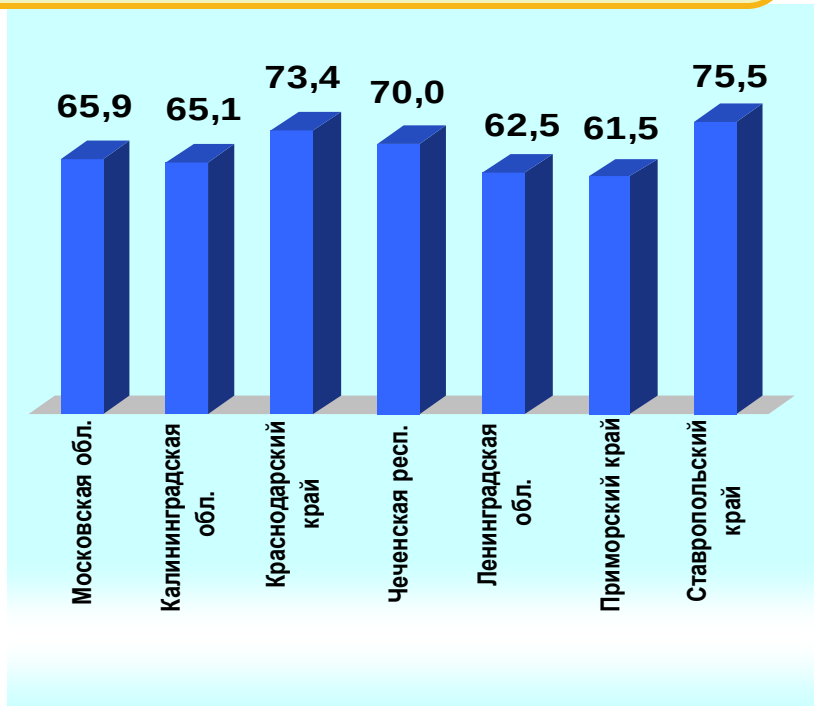




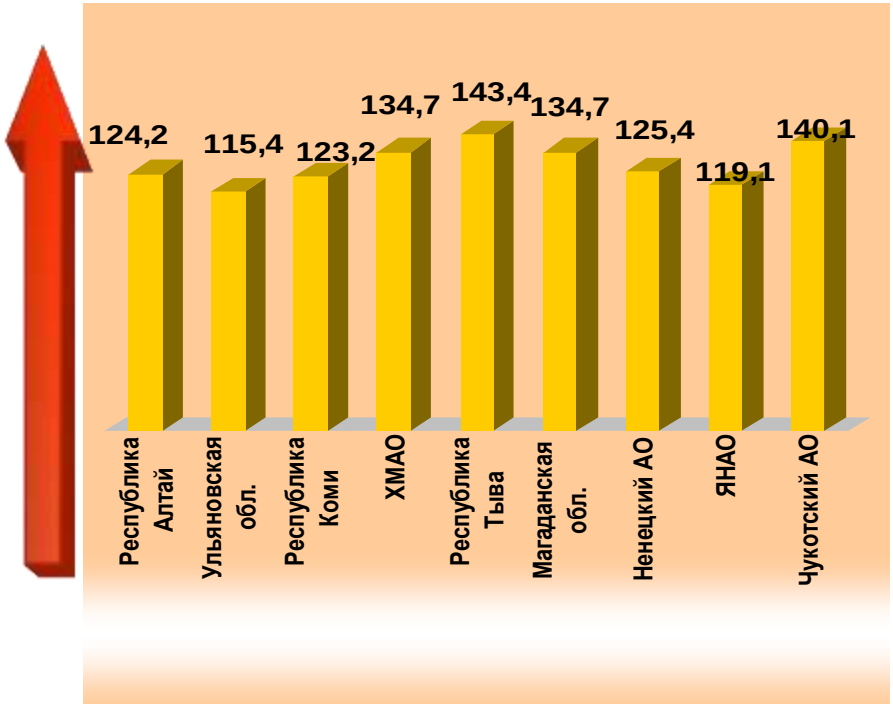
Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет 3,3 раза

Обеспеченность медицинскими сестрами – 88,0 на 10 тыс.нас. (2016г.)

Самая низкая обеспеченность (менее 76 человек среднего медицинского персонала на 10 тысяч населения):



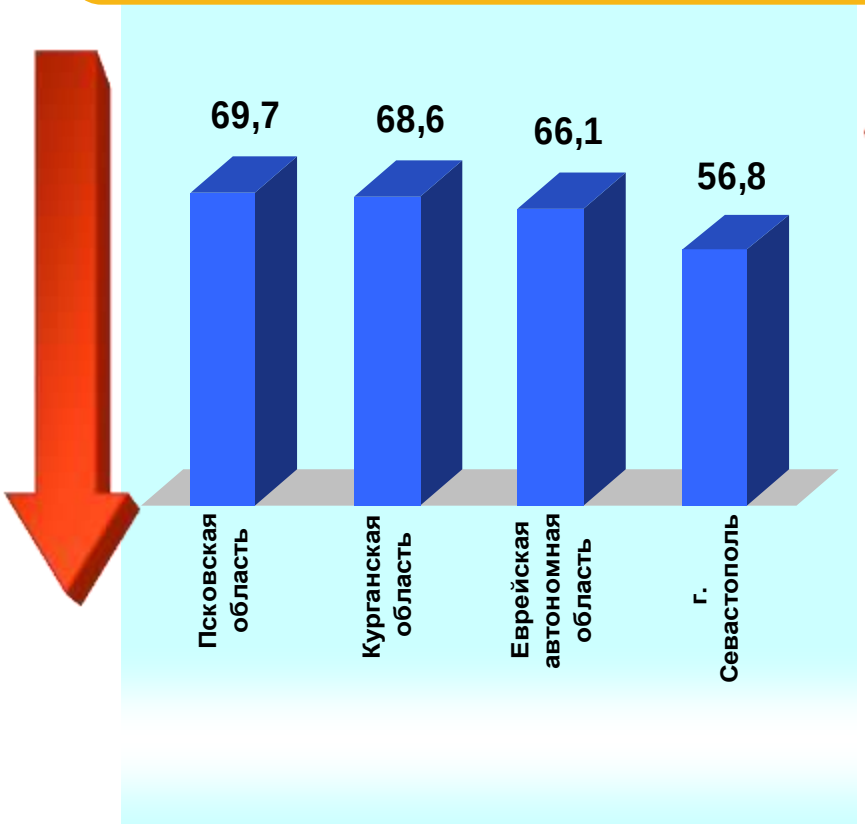
Самая высокая обеспеченность (более 115 человек среднего медицинского персонала на 10 тысяч населения):



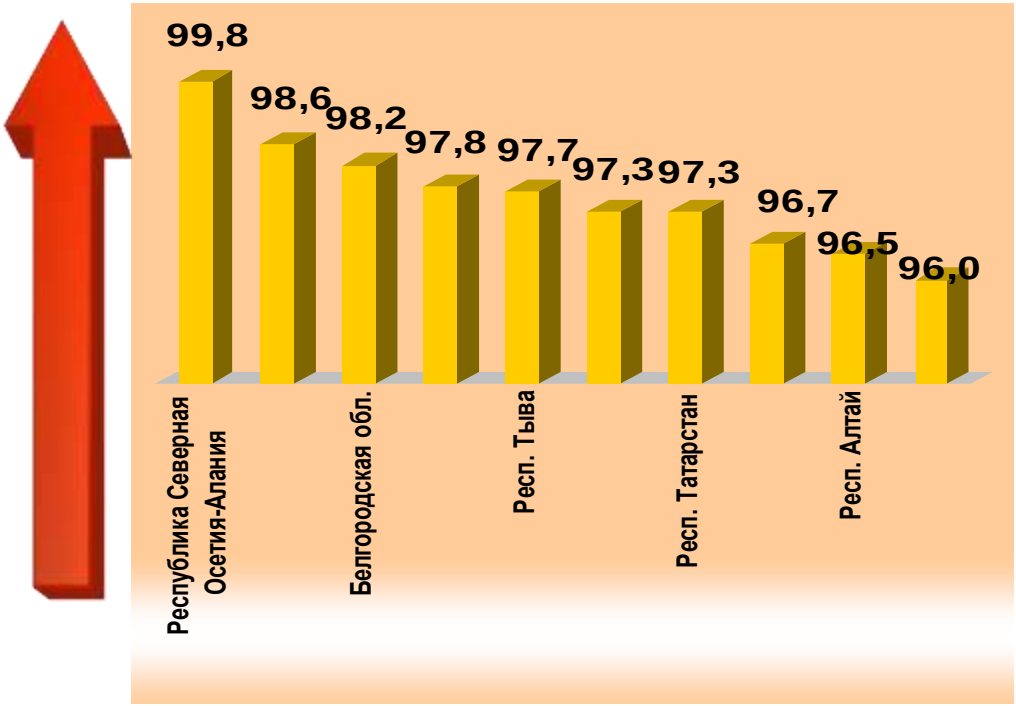
Разница между наиболее высокой и наиболее низкой обеспеченностью составляет 2,6 раза

Укомплектованность врачами участковыми терапевтами МО, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, 2016г.

Укомплектованность врачами (занятыми должностями) менее 70%

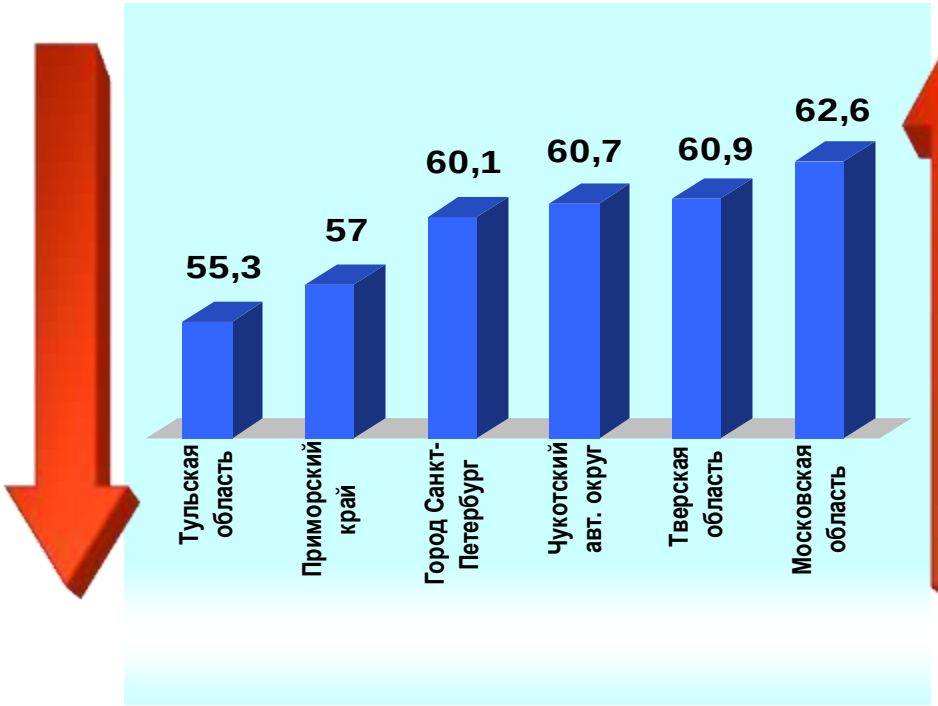


Укомплектованность врачами (занятыми должностями) более 96%

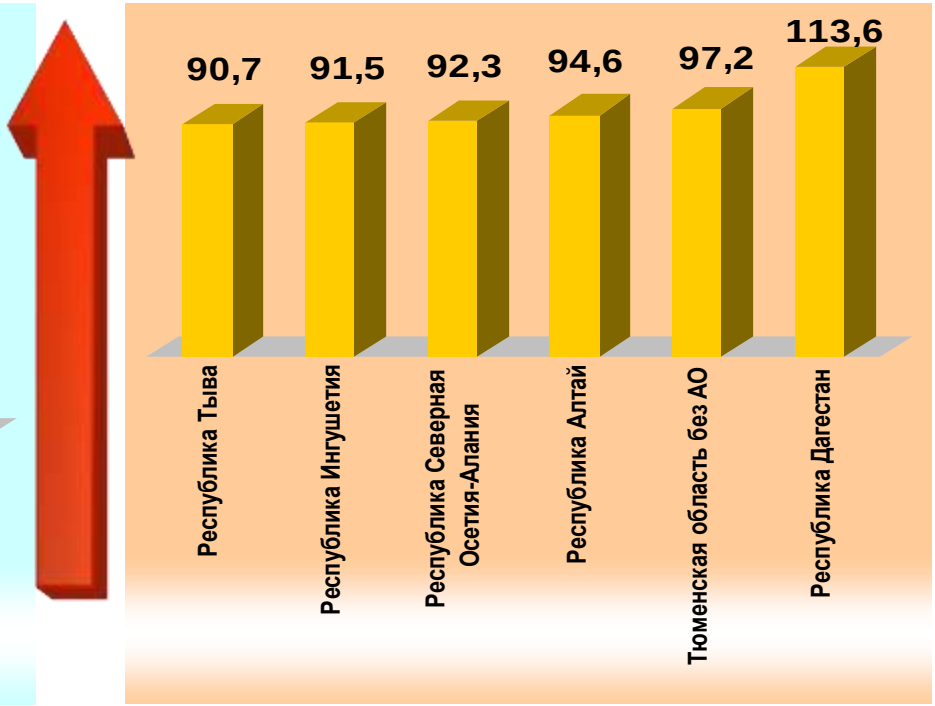


Укомплектованность СМП медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, 2014г.

Укомплектованность СМП (физическими лицами) менее 63%



Укомплектованность СМП (физическими лицами) более 90%



Коэффициент совместительства и укомплектованность физическими лицами врачебных должностей в медицинских организациях, оказывающими помощь в амбулаторных условиях

	2006 г.	2008 г.	2010 г.	2012 г.	2014 г.	2016 г.
Укомплектованность терапевтами участковыми (%)	-	93,9	92,9	89,9	87,7	86,1
Коэффициент совместительства терапевтов участковых	-	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Укомплектованность педиатрами участковыми (%)	-	96,5	96,1	95,0	94,1	93,3
Коэффициент совместительства педиатров участковых	-	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1

Динамика некоторых кадровых показателей
(врачи-специалисты, участвующие в оказании помощи в амбулаторных условиях)

	Численность (абс. числа)				Укомплектованность, %				Коэффициент совместительства			
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Хирурги	6 533	6 900	7 041	6 993	90,9	89,4	89,7	88,1	1,4	1,4	1,3	1,3
Офтальмологи	8 401	9 457	9 510	9 585	89,0	88,3	87,6	87,1	1,3	1,2	1,2	1,2
Оториноларингологи	5 780	6 392	6 408	6 494	85,9	85,1	84,6	84,1	1,4	1,4	1,3	1,3
Неврологи	10 218	11 486	11 581	11 633	91,0	90,0	89,5	88,7	1,3	1,2	1,2	1,2
Кардиологи	3 185	3 618	3 740	3 777	83,9	84,0	83,3	83,1	1,4	1,3	1,2	1,3

Основные принципы новой организационной модели деятельности МО, оказывающих помощь в амбулаторных условиях

- поэтапное повышение роли врача общей практики (ВОП) на основе оптимизации его функциональных обязанностей и численности прикрепленного населения;
- повышение роли среднего медицинского персонала и внедрение самостоятельного сестринского приема;
- оптимизация численности и состава врачей-специалистов, ведущих прием пациентов в амбулаторных условиях;
- внедрение преемственности и комплексности при организации медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- активное внедрение ресурсосберегающих и замещающих стационар технологий;
- оптимизация системы управления МО, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Организационной единицей, на базе которой должны быть реализованы эти принципы, является поликлиника – медицинская организация, оказывающая помощь в амбулаторных условиях,
основные задачи которой сформулированы в Приказе Минздравсоцразвития РФ от 15 мая 2012 г. N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Резервы для повышения эффективности деятельности медицинских организаций

Изменение структуры рабочего времени медицинского персонала

Оптимизация документооборота

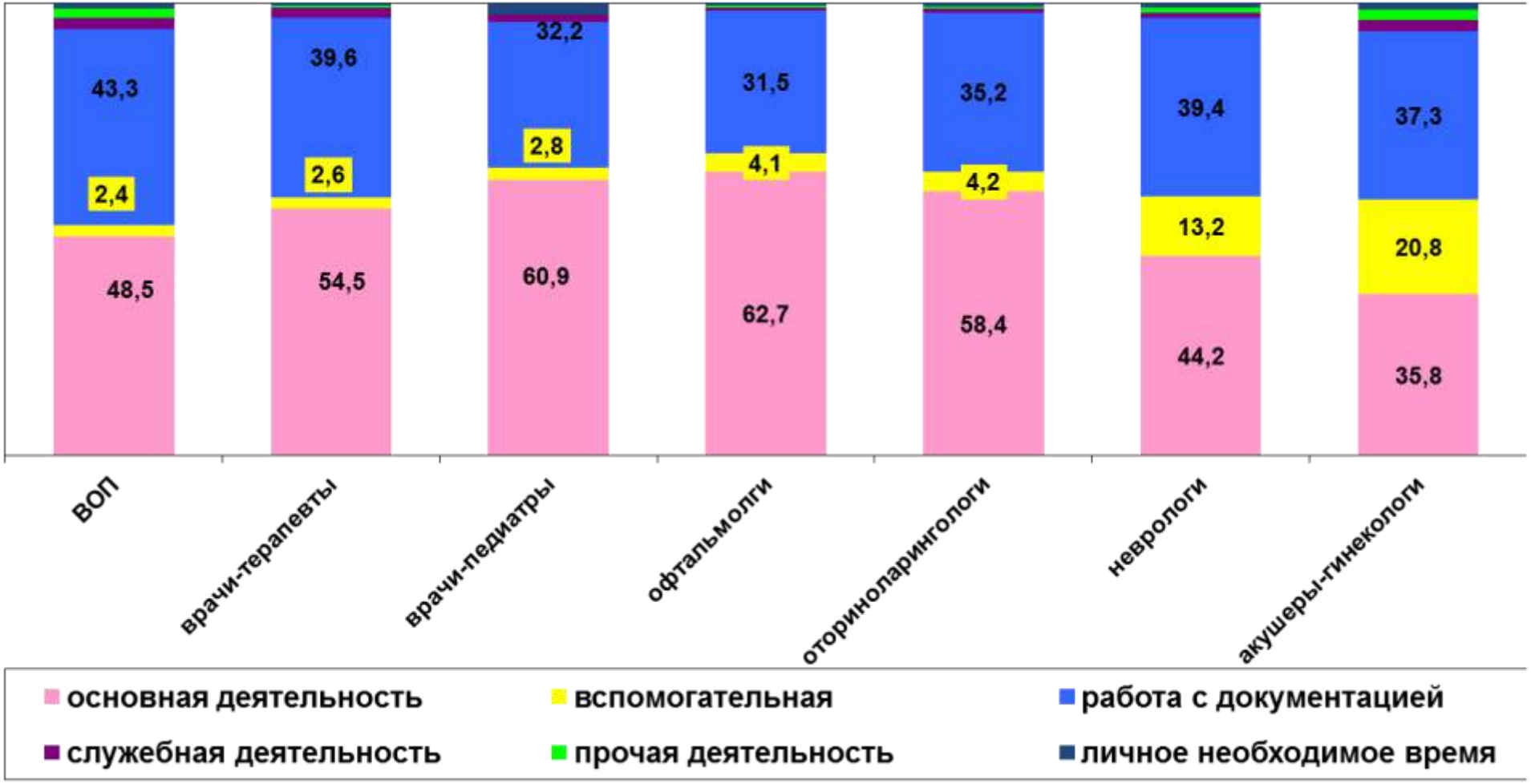
Внедрение новых организационных технологий

УВЕЛИЧЕНИЕ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ОСНОВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

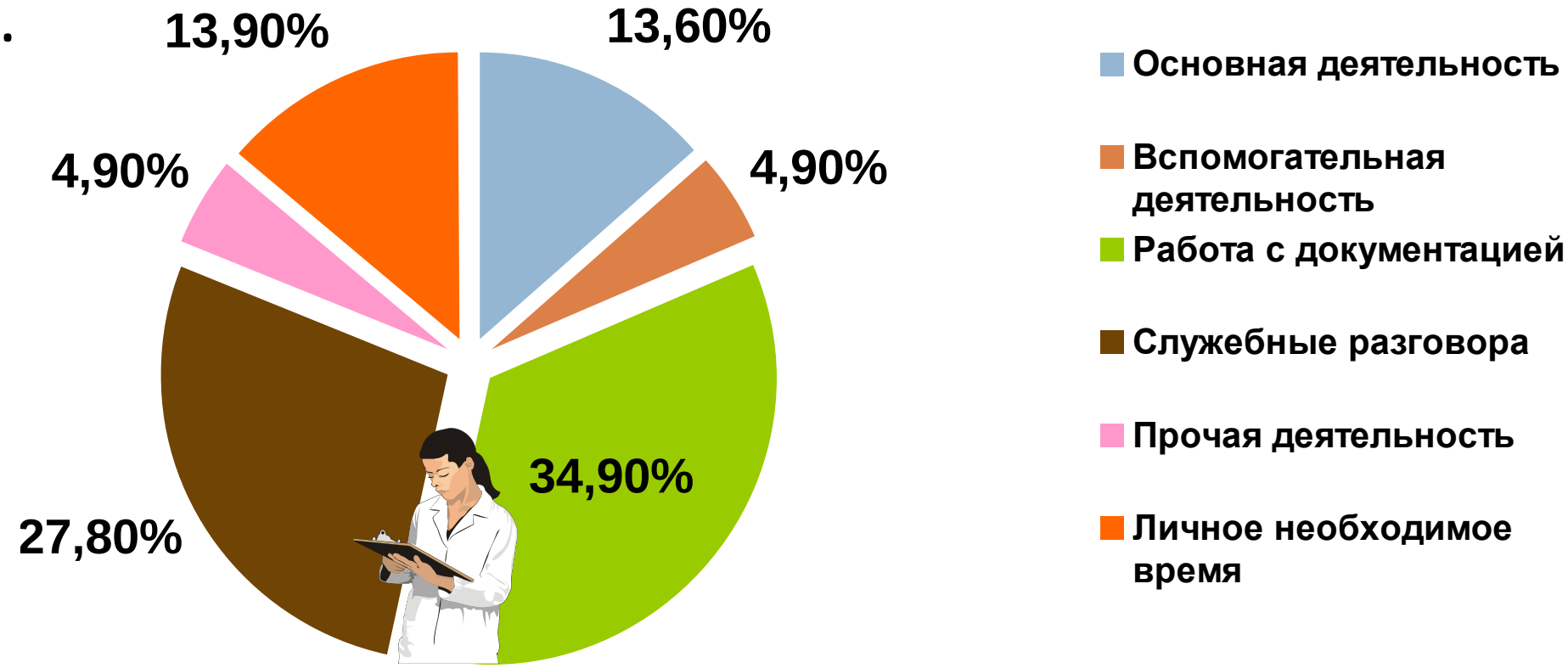
ВНЕДРЕНИЕ КОМЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНКОЙ ПОМОЩИ С ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ МЕЖДУ ВРАЧАМИ И СМП

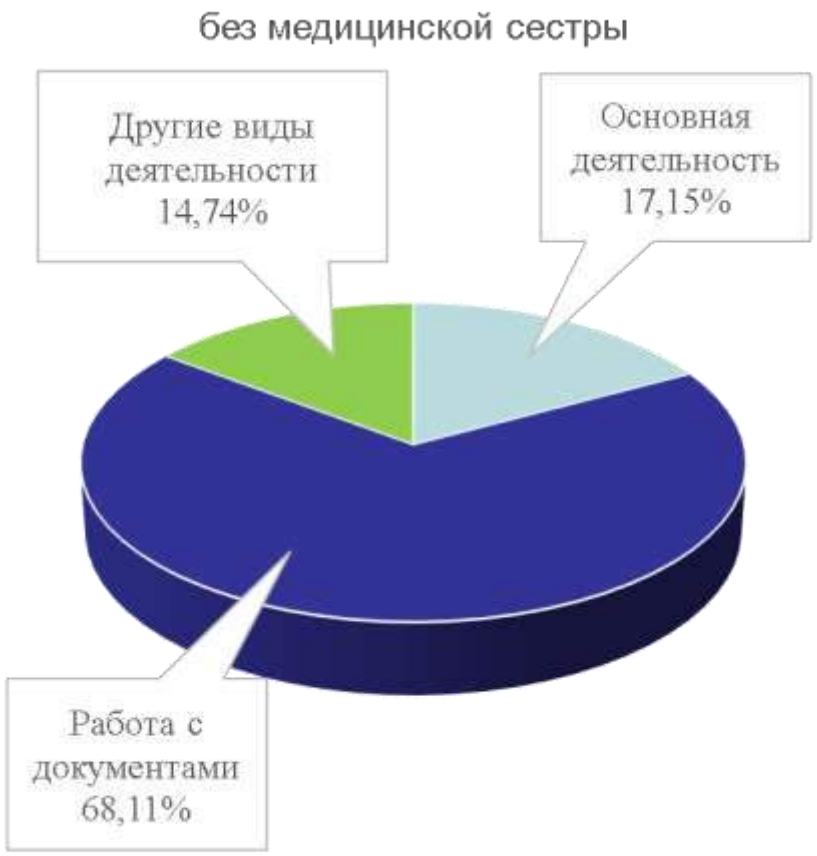
Распределение рабочего времени врачей по видам деятельности (данным хронометражных исследований, 2013-2014гг.)



Медицинская сестра участковая



ДОЛЯ ЗАТРАТ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ПО ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СМЕНУ ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ УЧАСТКОВЫМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ В ПОЛИКЛИНИКЕ, РАБОТАЮЩИМИ С МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ И БЕЗ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (В %)



Сокращение временных затрат врачей на работу с документацией при внедрении компьютерных технологий

- у врача общей практики на **33,4%;**
- у врача – педиатра участкового на **45,7%;**
- у врача – акушера-гинеколога на **87,6%;**
- у врача - невролога на **38,6%,**
- у врача - оториноларинголога на **52,1%;**
- у врача – офтальмолога на **63,0%.**

Для того чтобы пациент мог вовремя получить медицинскую помощь, необходимо по-новому **распределить обязанности** между врачом и медсестрой, наделить специалистов сестринского дела большими полномочиями

Во-первых,

медсестра может выполнять некоторые функции, которые раньше "провисали" — то есть заполнить пробелы в оказании помощи.

Во-вторых,

может выполнять некоторую другую работу (в том числе вести консультации), высвобождая тем самым врачу время для более сложных манипуляций.

Повышение роли среднего медицинского персонала

- **1. ВНЕДРЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО ПРИЕМА**

Результат - высвобождение времени врача для оказания помощи, требующей врачебного клинического мышления

1-й вариант

- **Медицинская сестра самостоятельного приема** – ведет прием в рабочую смену врача. Она осуществляет доврачебный прием, применяет методы инструментальной диагностики в пределах своей компетенции,
- обеспечивает диспетчеризацию и маршрутизацию пациентов.

2-й вариант

- **Медицинская сестра самостоятельного приема** – ведет прием в смену, противоположную приему врача, в кабинете врача. Тем самым обеспечивается непрерывный (12-часовой) прием пациентов.
- Функциональные обязанности данной медицинской сестры практически соответствуют обязанностям фельдшера.
- При необходимости у медицинской сестры самостоятельного приема должна иметься возможность консультирования как у врача неотложной помощи (дежурного врача), так и у заведующего отделением.

Передача функций немедицинскому персоналу

В настоящее время

Медицинская сестра врача амбулаторного приема

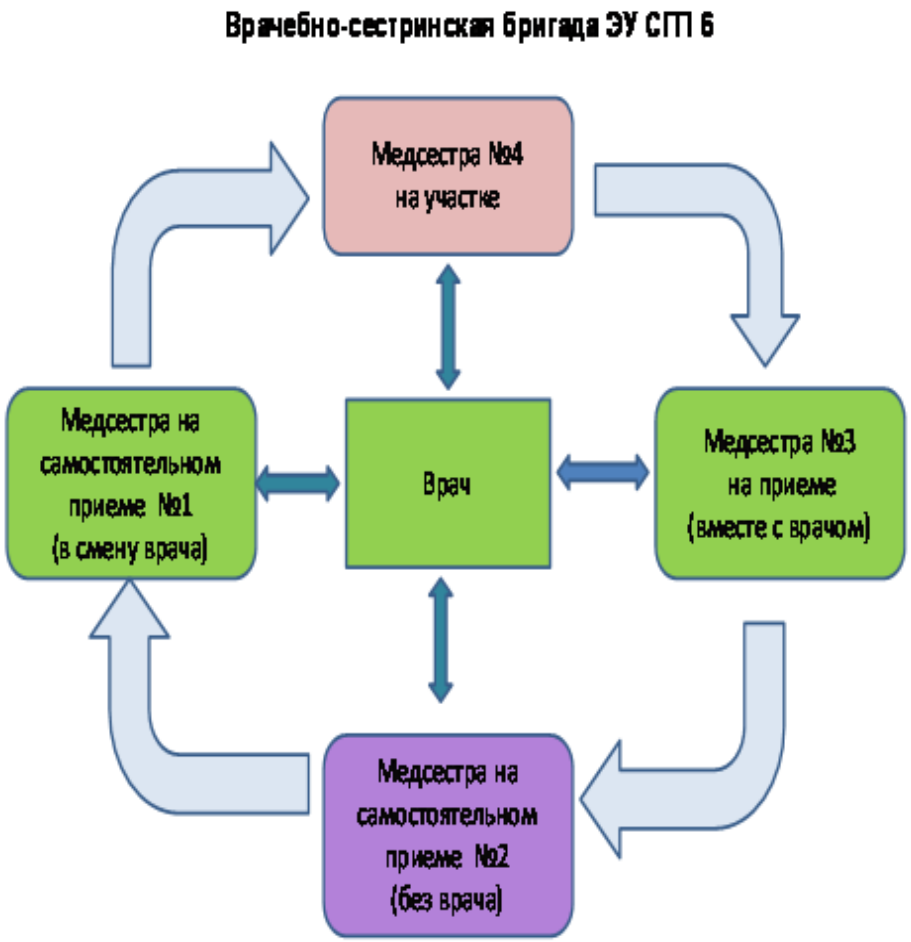
функции

- Ведение документации
- Сопровождение пациента при необходимости консультации у других специалистов на период «случая лечения»
- Оказание медицинских услуг

предложение

- секретарь врача
- регистратор

Модель 2. Общая врачебная практика (прикрепленное население 2500 чел.) – ГП №6 г. Самара



самостоятельный прием: медсестра №1

Работает в смену врача в отдельном (соседнем) кабинете:

доврачебные осмотры, в том числе профилактические с записью в амбулаторной карте в пределах своей компетенции;

сестринские услуги пациентам: диагностические, лабораторно-инструментальные мероприятия (измерение АД, определение глюкозы крови, определение внутриглазного давления, проведение ЭКГ, измерение температуры тела, антропометрических данных пациентов);

доврачебная помощь при неотложных состояниях и несчастных случаях; производит отбор больных, нуждающихся в неотложной консультации врача, направляет пациентов на плановый прием при отсутствии неотложных показаний.

самостоятельный прием: медсестра №2

профилактическая работа: организация проведения диспансеризации и профилактических осмотров прикрепленного населения; планирование, организация и контроль проведения профилактических флюорографических обследований, вакцинации в рамках национального календаря прививок; обучение пациентов с хроническими заболеваниями самоконтролю своего состояния; проведение профилактического консультирования населения

Модель . Медицинская сестра врача-офтальмолога

К медицинской сестре офтальмолога в 2013 году выполнено 4 884 посещений, что практически равно функции врачебной должности офтальмолога

4 часа - *работа с врачом во время приема первичных пациентов*

2 часа – самостоятельный прием Оформление направлений на дообследования (внутри ЛПУ и вне его).

Проведение доврачебного осмотра (определение остроты зрения, внутриглазного давления), в том числе и в рамках скрининговых программ.

Динамическое наблюдение за больными с глаукомой и катарактой (со стабильным течением).

Выписка рецептурных бланков при стабильном течении заболевания и объеме лекарственной терапии.

Выполнение назначений и динамическое наблюдение за больными в рамках дневного офтальмологического стационара поликлиники.

Организация сестринских постов

Сестринский пост — это рабочее место участковой медицинской сестры в поликлинике, который расположен в отдельном кабинете, в непосредственной близости от кабинетов врачей. Медицинские сестры обслуживают пациентов как до, так и после приема врачей.

Перед приемом врача: подготовка медицинских карт пациентов,

различной медицинской документациипо мере необходимости,

анкет для пациентов.

Кроме того, больному на сестринском посту измеряют температуру, давление, пульс, в отдельных случаях направляют на флюорографию.

После приема врача: оформление направлений на анализы, диагностические исследования, на госпитализацию, санаторно-курортных карт и т.д.

При такой организации работы медсестра обычно может обслуживать прием не одного, а двух и даже трех врачей.

организация централизованной патронажной службы

Из числа специалистов сестринского поста сформированы патронажные группы

Каждый день по заданию старшей медицинской сестры отделения медицинские сестры посещают на дому пациентов: маломобильных лиц, страдающих хроническими заболеваниями; лиц, выписанных накануне из стационара; также пациентов, получающих лечение с пребыванием на листке нетрудоспособности.

Принципы построения новых моделей деятельности медицинской сестры

Передача функций немедицинскому персоналу

Изменение содержание деятельности существующих должностей

Введение новых должностей

Пересмотр объемов нагрузки на 1 медицинскую сестру

Изменение «единицы планирования»

Концепция «Бережливое производство» была впервые придумана и применена в конце 20-го века основателем производственной системы автомобильного гиганта Тойота. Именно он собрал воедино все передовые методы увеличения эффективности производства.

- Бережливое производство (lean production) — это одна из концепций управления предприятием, направленная на минимизацию всех возможных издержек.
- Концепция предусматривает участие не только руководства, но и всех остальных сотрудников.
- Основная идея бережливого производства: Организация должна ставить перед собой задачу — совершенствоваться день ото дня.
- В бережливое производство входит множество инструментов управления, которые сами по себе просты, но применение их требует некоторых усилий. Одним из самых важных и эффективных является система 5С.

Проблемы, которые не решаются методами бережливого производства:

- Дисбаланс в обеспечении населения врачам, дефицит врачей, оказывающих помощь в амбулаторных условиях;
- Недостаточное финансирование медицинских организаций;
- Уровень заработной платы медицинского персонала;
- Взаимоотношения с системой оказания платных медицинских услуг;
- Обучение медперсонала IT-навыкам;
- Психологические особенности поведения посетителей МО.

Результаты, которые могут быть достигнуты при реализации проектов «Бережливое производство»

- Сокращение времени ожидания пациентом получения услуг МО;
- Повышение удовлетворенности пациентов качеством и сроками получения услуг МО;
- Обеспечение равномерного сбалансированного распределения функциональных обязанностей между врачами и средним медперсоналом, а также распределения функций персонала внутри отдельных структурных подразделений (например, регистратуры, клинической лаборатории и др.);
- Оптимизация информационных потоков,
- Формирование рациональных потоков пациентов в зависимости от цели посещения медицинской организации.
- Стандартизация лечебно-диагностических процессов на базе «лучших практик» и снижение их вариабельности;
- Эффективное использование площади МО;
- Прозрачность организации лечебно-диагностических процессов для пациентов и для руководителей МО;
- Устранение всех видов потерь в процессах (ожидание, лишние отчетные и учетные документы, лишние хождения, брак и т.д.)

Система 5С практически без капитальных затрат позволяет за счет радикального изменения сознания работников, их отношения к своему делу:

- наводить порядок на производстве (повышать производительность, сокращать потери, снижать уровень брака и травматизма);
-создавать необходимые стартовые условия для реализации сложных и дорогостоящих производственных и организационных инноваций;
-обеспечивать их высокую эффективность.

5С — это система наведения порядка, чистоты, укрепления дисциплины, повышения производительности и создания безопасных условий труда с участием всего персонала

Система «5С» включает в себя пять принципов организации рабочего места, которые обеспечивают хороший визуальный контроль над рабочим процессом *(каждое из названий данных принципов в японском языке начинается с буквы «С»):*

- **Сортировка *(сейри)*** - отделить необходимые предметы (например, инструменты, документы) от ненужных, чтобы в последствии избавиться от последних.
- **Рациональное расположение *(сейтон)*** - упорядочение оставшихся предметов, то есть необходимо поместить каждую вещь на свое место.
- **Уборка *(сейсо)*** - сохранять рабочее место в чистоте.
- **Стандартизация *(сейкецу)*** - быть предельно аккуратным за счет выполнения первых трёх «С».
- **Совершенствование *(сицуке)*** - соблюдать дисциплину, обеспечивающую выполнение первых четырех «С», чтобы в результате все данные пункты вошли в привычку.

Проект «Бережливая поликлиника»

- Проект «Бережливая поликлиника» был запущен в ноябре 2016 года в Ярославской и Калининградской областях, а также в Севастополе. Для его реализации были созданы рабочие группы, которые определяли проблемные места медицинского учреждения и вместе с персоналом разрабатывали пути решения.

КАК РАБОТАЕТ ПРОЕКТ "БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА"

(ПРОБЛЕМЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО АНАЛОГИИ С ПРОИЗВОДСТВОМ)

7 видов потерь	Примеры
ПЕРЕПРОИЗВОДСТВО	ненужные или слишком большие отчеты; дублирование информации в разных документах; дублирование поручений
ЛИШНИЕ ДВИЖЕНИЯ	неудобное расположение оргтехники и мебели; поиск необходимого файла на компьютере, рабочем столе; отсутствие кратких памяток и инструкций.
НЕНУЖНАЯ ТРАНСПОРТИРОВКА	передача документов вручную; потеря времени в пути на совещание вместо решения вопроса дистанционно
ИЗЛИШНИЕ ЗАПАСЫ	залежи канцтоваров, бумаги; накопление нерассмотренных вопросов, задач, документов
ИЗБЫТОЧНАЯ ОБРАБОТКА	наполнение презентаций и отчетов ненужной информацией
ОЖИДАНИЕ	огромные очереди даже при системе электронной записи; ожидание согласований, принятия решений; медленная работа IT-систем
ПЕРЕДЕЛКА / БРАК	ошибки при подготовке материалов; разные замечания при повторных согласованиях; запрос информации, требующей уточнений и изменения формулировок

РЕШЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА

Источник: доклад Минздрава РФ о создании при ведомстве Проектного офиса по применению методов бережливого производства в сфере медицинских услуг

ПРОЦЕСС	ЦЕЛЬ	Мероприятия для достижения результата
Запись на прием к врачу	Уменьшить среднее время от обращения пациента в регистратуру до окончания приема в 3 раза (со 127 до 43 мин.)	создание обучающих буклетов, упрощение интерфейсов электронных систем записи (интернет, терминал) организация работы с амбулаторными картами, Исключение повторного обращения в регистратуру
Получение льготных лекарств	Уменьшить время от оформления рецепта до выдачи препарата (время для пациента – с 87 до 5 мин.)	после осмотра больного врач сам запускает процедуру оформления рецепта, она осуществляется без участия соц. работников или родственников больных; после завершения требуется лишь их обращение в отдельный кабинет для немедленного получения готового рецепта
Прием у терапевта	Увеличить пропускную способность терапевта с 22 до 30 пациентов в смену	исключить ненужные перемещения пациентов; сбалансировать загрузку врача и медсестры; отказ от заполнения бумажных носителей и обработки излишней информации; увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом

РЕШЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА *Источник: доклад Минздрава РФ о создании при ведомстве Проектного офиса по применению методов бережливого производства в сфере медицинских услуг*

ПРОЦЕСС	ЦЕЛЬ	Мероприятия для достижения результата
Анализ крови	Сократить время от входа пациента в поликлинику до его выхода (с 40 до 20 минут) Увеличить пропускную способность кабинета забора крови (от 85 до 96 пациентов в смену)	Исключить лишние перемещения персонала и пациентов ; Сбалансировать работу персонала; стандартизировать работу медсестер
Диспансе-ризация	Сократить время, затраченное на прохождение всех медосмотров, консультаций со специалистами и получение заключения (с 40 дней 140 мин до 3 дней 56 мин)	появление возможности записаться на определенное время; унификация бланков направлений; разделение потоков больных пациентов и пришедших на диспансеризацию; внедрение "экспресс-системы" сдачи анализов; оптимизация движения анализов.

Критерии для выбора варианта развития первичной медико-санитарной помощи в рамках проекта «Бережливая поликлиника»

Критерий	Уровень	Средний по РФ
Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс.человек)		
терапевтами участковыми	*Выше, чем в среднем по России*	3,02
ВОП		0,65
педиатрами участковыми		9,14
Укомплектованность шт.должностей врачей физ.лицами, %		
терапевтами участковыми	*Выше, чем в среднем по России*	73,8
ВОП		73,8
педиатрами участковыми		83,1
Коэффициент совместительства врачей		
терапевтами участковыми	*Ниже или соответствуют средним по России*	1,18
ВОП		1,18
педиатрами участковыми		1,13

Критерии для выбора варианта развития первичной медико-санитарной помощи в рамках проекта «Бережливая поликлиника»

Критерий	Уровень	Средний по РФ
Обеспеченность населения медицинскими сестрами (на 10 тыс.человек)		
терапевтов участковых	*Выше, чем в среднем по России*	3,55
ВОП		0,95
педиатров участковых		10,35
Укомплектованность шт.должностей медицинских сестер физ.лицами, %		
терапевтов участковых	*Выше, чем в среднем по России*	78,3
ВОП		80,5
педиатров участковых		86,6
Коэффициент совместительства медицинских сестер		
терапевтов участковых	*Ниже или соответствуют средним по России*	1,11
ВОП		1,14
педиатров участковых		1,10

ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Внедрение новых моделей организации ПСМП

- Перераспределение обязанностей между врачом и медицинской сестрой
- Использование немедицинского персонала (медицинского регистратора, секретаря врача)
- Внедрение в состав участковой бригады фельдшера для оказания помощи на дому, неотложной помощи, диспансеризации и т.д.
- Организация комплексных участков

Внедрение новых организационных технологий ПСМП

- Расширение функциональных обязанностей МС
- Информатизация рабочих мест
- Оптимизация взаимодействия с врачами-специалистами

Снижение дефицита и подготовка кадров

- Снижение дефицита кадров, укомплектование «участковых бригад» персоналом (врач, фельдшер, медицинские сёстры, секретарь врача, медицинский регистратор)
- Обучение персонала работе в новых моделях и новых организационных технологиях

47

Оценка вариантов развития первичной медико-санитарной помощи в рамках проекта «Бережливая поликлиника»

	1 вариант	2 вариант	3 вариант
	ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ (НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ)		
врачи	> среднероссийской	< или = среднероссийской	существенно < среднероссийской
МС	= среднероссийской	более чем на 30% < среднероссийской	< или = среднероссийской
УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ШТ. ДОЛЖНОСТЕЙ ФИЗ. ЛИЦАМИ, %			
врачи	> среднероссийской	< или = среднероссийской	более чем на 30% < среднероссийской
МС	существенно ниже среднероссийской	< или = среднероссийской	< среднероссийской
	КОЭФФИЦИЕНТ СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА		
врачи	< или = среднероссийскому	> или = среднероссийскому	более чем на 30% > среднероссийского
МС	> среднероссийской	> или= среднероссийскому	более чем на 30% > или = среднероссийскому

ВАРИАНТЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

МЕРОПРИЯТИЯ И ЭТАПЫ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ	1 вариант	2 вариант	3 вариант
1 этап	Внедрение новых организационных технологий ПМСП	Внедрение новых моделей организации ПМСП	Снижение дефицита и подготовка кадров
2 этап	Внедрение новых моделей организации ПМСП	Снижение дефицита и подготовка кадров	Внедрение новых моделей организации ПМСП
3 этап	Подготовка кадров	Внедрение новых организационных технологий ПМСП	Внедрение новых организационных технологий ПМСП

- Одна из основных задач проекта - создание доброжелательной атмосферы в учреждении.
- Создание в учреждениях первичного уровня, которые работают в амбулаторных условиях, особой атмосферу дружелюбия, комфортности для населения и желания приходить туда и заниматься собственным здоровьем, в том числе, когда нет очевидных проблем - с профилактических позиций.
- Наша задача до конца 2020 года не менее 200 поликлиник включить в этот проект во всех федеральных округах нашей страны.

В.И.Скворцова