

Статья поступила в редакцию 28.01.2023 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2023-1-89-94

EDN: UNCLKN

Информация для цитирования:

Голошубина В.В., Тасова З.Б., Трухан Д.И. БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ «ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА, ОСНОВАННЫХ НА ПРИНЦИПАХ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» // Медицина в Кузбассе. 2023. №1. С. 89-94.

Голошубина В.В., Тасова З.Б., Трухан Д.И.

Омский государственный медицинский университет,
г. Омск, Россия



БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА: РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ «ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА, ОСНОВАННЫХ НА ПРИНЦИПАХ ЦЕННОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Описаны цели и основные принципы концепции ценностно-ориентированного здравоохранения. Проанализирован опыт участия медицинских организаций Омской области в реализации пилотного проекта «Формирование моделей организации первичного звена, основанных на принципах ценностно-ориентированного здравоохранения». В ходе реализации проекта исследованы и усовершенствованы 9 процессов, определены ключевые показатели эффективности. Сделан вывод, что переход к ценностно-ориентированному здравоохранению позволит повысить качество оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: ценностно-ориентированное здравоохранение; бережливая поликлиника; оплата труда медицинских работников; качество медицинской помощи; медицинская услуга; пилотный проект; пациент; проблема

Goloshubina V.V., Tasova Z.B., Trukhan D.I.

Omsk State Medical University, Omsk, Russia

LEAN POLYCLINIC: REGIONAL EXPERIENCE OF PARTICIPATION OF MEDICAL ORGANIZATIONS IN THE PILOT PROJECT "FORMATION OF MODELS OF PRIMARY CARE ORGANIZATION BASED ON THE PRINCIPLES OF VALUE-BASED HEALTHCARE"

The goals and basic principles of the concept of value-based healthcare are described. The experience of participation of medical organizations of the Omsk Region in the implementation of the pilot project "Formation of models of primary care organization based on the principles of value-based healthcare" is analyzed. During the implementation of the project, 9 processes are researched and improved, key performance indicators are identified. It is concluded that the transition to value-based healthcare will improve the quality of medical care.

Key words: value-based healthcare; lean polyclinic; remuneration of medical workers; quality of medical care; medical service; pilot project; patient; problem

Основные цели ценностно-ориентированного подхода заключаются в обеспечении непрерывности медицинской помощи, повышении качества обслуживания пациентов, стандартизации результатов и стоимости медицинских услуг. Идея ценностно-ориентированного подхода в здравоохранении впервые озвучена профессором Гарвардского университета Porter M.E. в 2006 г. [1] после 10 лет исследований, посвященных анализу отрасли здравоохранения с позиций конкуренции [2, 3]. В качестве единой цели здравоохранения они определили создание пользы для пациента и ориентацию на его ценности. Основываясь на своем всестороннем исследовании, авторы предположили, что для создания ценности медицинской услуги для пациентов необходимо организовывать медицинскую помощь с учетом состояния пациента, точно измерять значимые для пациента результаты, а также анализировать стоимость

их достижения. Оплата медицинской помощи должна отражать затраты на нее, а не объем услуг [4].

В рамках нового, более детализированного видения концепции ценностно-ориентированного здравоохранения возрастает значение маркетологов, экспертов по качеству и ИТ-специалистов, чья роль сводится к интеграции всех сотрудников и оптимизации сбора важной для пациентов и здравоохранения информации [5].

Цель программы — изменение подходов к организации первичной медико-санитарной помощи, базирующихся на принципах ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) в условиях дефицита медицинского персонала.

Программа будет способствовать достижению национальной цели 2030 г.: ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) 78 лет (посредством выработки механизмов снижения смертности).

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ АНАЛИЗА

Мотивация перехода на новые организационные подходы — новая система оплаты труда медицинских работников. Изменения направлены на 3 группы выплат: должностной оклад, выплаты стимулирующего характера, выплаты компенсационного характера.

Новая система оплаты труда медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения должна улучшать результаты работы системы здравоохранения.

Новая модель ценностно-ориентированной медицинской организации включает формирование критериев оценки эффективности медицинских и немедицинских работников, устранение затрат, не несущих реальную ценность, формирование требований к автоматизации и цифровой трансформации, распределение трудовых функций.

Применение ценностно-ориентированных подходов и бережливых технологий позволит частично перераспределить функционал между медицинскими и немедицинскими работниками, приоритизировать профилактическое направление деятельности участкового врача-терапевта, сделать критерий ожидаемой продолжительности жизни «сквозным» и актуальным для всех, сформировать понятные и прозрачные критерии оплаты труда медицинских работников.

Цели ценностно-ориентированного здравоохранения:

- Улучшение качества обслуживания пациентов
- Улучшение здоровья населения
- Снижение затрат на здравоохранение
- Улучшение клинического опыта

Основные этапы внедрения ЦОЗ включают выявление и понимание сегмента пациентов, потребности которых схожи, создание междисциплинарной команды специалистов по уходу, измерение значимых результатов лечения каждого пациента и затрат, переход к пакетным платежам, расширение географического охвата, создание платформы информационных технологий.

С помощью новой ценностно-ориентированной модели первичного звена разработаны и внедряют-

ся критерии эффективности деятельности медицинских работников, трудовые функции и нормы труда медицинских работников первичного звена, характеристика бизнес-процессов в медицинских организациях первичного звена с учетом типизации, требования к инфраструктуре первичного звена, включая требования к цифровой трансформации.

Ожидаемая польза для пациента — увеличение доступности медицинской помощи, удобная логистика получения медицинской помощи, а также административных услуг, повышение удовлетворенности медицинской помощью, для системы — разгрузка врачей и медицинских сестер за счет передачи отдельных функций немедицинскому персоналу, высвобождение времени врача для непосредственного общения с пациентом, для персонала — выстраивание процессов с применением ценностно-ориентированных подходов, несущих пользу здоровью пациента, рост охвата прикрепленного населения профилактическими мероприятиями и диспансеризацией, определение понятных и прозрачных критериев оплаты труда медицинских работников [6, 7].

В соответствии с постановлением Правительства РФ Омская область приняла участие в реализации пилотного проекта «Формирование моделей организации первичного звена, основанных на принципах ценностно-ориентированного здравоохранения».

В состав участников вошли представители регионального управления здравоохранения Омской области, эксперты из организаций-исполнителей, региональные эксперты — сотрудники Омского государственного медицинского университета. Функционал привлеченных экспертов — отбор пилотных процессов, обучение персонала, сопровождение улучшений, оптимизация процессов.

Были организованы рабочие группы в Больнице скорой медицинской помощи (БСМП) № 2 (г. Омск) и Исилькульской Центральной районной больнице (ЦРБ) (табл. 1). Члены рабочей группы прошли повышение квалификации на базе Учебно-методического центра бережливых технологий в здравоохранении Омского государственного медицинского университета. Базис реализации программы — опыт внедрения бережливых технологий.

Таблица 1
Критерии включения в проект для медицинских организаций
Table 1
Criteria for inclusion in the project for medical organizations

№ п/п	Признак	Критерий включения
1	Вид медицинской помощи	Первичная медико-санитарная помощь
2	Условия оказания медицинской помощи	Амбулаторные
3	Численность прикрепленного населения	30-50 тысяч человек
4	Обслуживаемое население	Городское, сельское
5	Возрастной состав	Взрослые
6	Источник финансирования	ОМС
7	Ведомственная классификация	Подведомственные Минздраву России
8	Объем фактического использования медицинской информационной системы (МИС)	Используется значительно (большая часть форм медицинских документов формируется в МИС)

При реализации проекта в разработку были включены следующие процессы:

- включение пациента в группу диспансерного наблюдения врача-терапевта участкового;
- контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала соответствующей группы специалистов;
- определение групп риска осложнений у лиц, находящихся на диспансерном наблюдении у врача-терапевта участкового;
- назначение бесплатных лекарственных средств для пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие;
- формирование немедицинским персоналом предварительной записи на врачебный прием;
- курация пациентов, перенесших сердечно-сосудистое событие;
- контроль соблюдения периодичности приемов с целью диспансерного наблюдения в части функционала соответствующей группы специалистов;
- определение цели всех входящих обращений пациентов;
- отработка обращений без привлечения врачебного персонала и записи в расписании;
- предварительное информирование пациента о записи.

Процессы были распределены между членами рабочих групп, назначены ответственные лица.

В работе над процессами использовались следующие инструменты бережливого производства: картирование, «5 почему», диаграмм связей, пирамида проблем, библиотека решений.

Для каждого процесса были составлены карты текущего, идеального и целевого состояний (рис.), на которых визуализированы все этапы процесса, проведен хронометраж каждой операции, выявлены и отмечены проблемы.

Работа с проблемами проводилась с использованием инструментов бережливого производства «5 почему», где к каждой проблеме последовательно задавался этот вопрос до того момента, пока причина ее возникновения не становилась очевидной.

С помощью диаграмм связей были выявлены взаимосвязи между проблемами в одном процессе, что позволило, решив одну ключевую проблему, избавиться от вытекающих из нее проблем.

Используя пирамиду, все проблемы были размещены графически по уровням их решения. Большая часть проблем была устранена силами медицинских организаций. Одна проблема решается на региональном уровне (создание единой медицинской информационной системы — МИС). Проблем федерального уровня не было выявлено.

Типовые проблемы в медицинских организациях — сложности в работе МИС, выполнение большого объема непрофильной работы у врачей и среднего медицинского персонала.

К каждому процессу были созданы карточки, где отображены цели и плановый эффект с расчетом ключевых показателей эффективности (КПИ)

(табл. 2), проблемы и их риски, ключевые события процесса с датами реализации.

Основная проблема при несоблюдении показателя «Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения» — несоблюдение сроков явки пациента и, как следствие, снижение ожидаемой продолжительности жизни пациентов. Ключевое значение показателя достигнуто в обеих медицинских организациях (70 % от исходного уровня).

Необоснованность вызовов бригад скорой медицинской помощи является проблемой ввиду низкой экономической эффективности работы, увеличении нагрузки на персонал и подмены работы поликлинической службы. КПИ «Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся на диспансерном наблюдении, от общего количества лиц, находящихся на диспансерном наблюдении» — достижение показателя в 33 % от исходного значения достигнуто в БСМП № 2. В Исылькульской ЦРБ также произошло снижение показателя, однако, целевые значения достигнуты не были.

Планируемое целевое значение показателя «Удельный вес пациентов, которым назначили лекарственное обеспечение из числа имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших сердечно-сосудистое событие», должен составлять 100 %, что было зарегистрировано в Исылькульской ЦРБ. Однако в городской больнице такой уровень претерпел даже снижение. Это было связано с тем, что при выписке из стационара пациенты получали некоторый запас необходимых лекарственных средств и в текущем месяце не все из числа выписанных пациентов нуждались в лекарственном обеспечении.

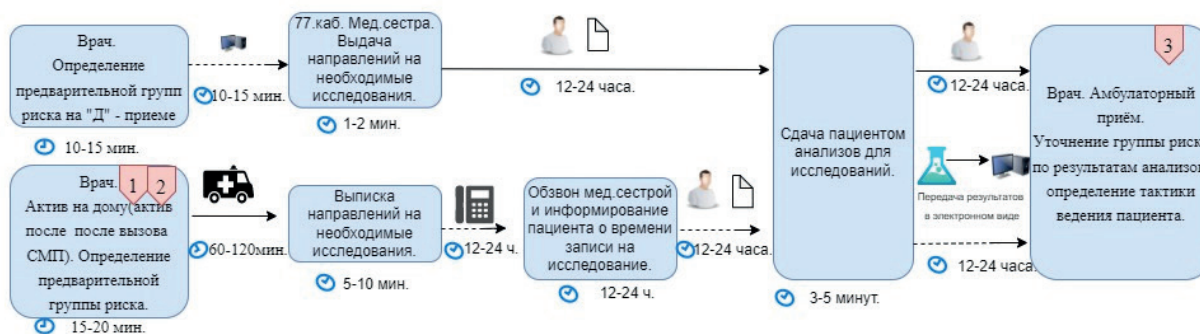
Значение показателя «Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц», согласно принципам ценностно-ориентированного здравоохранения, должно было в динамике снизиться на 33 % от исходного уровня. Однако в городской больнице, несмотря на снижение показателя, целевой уровень достигнут не был, а в сельской районной больнице этот показатель даже несколько возрос. Данные изменения можно объяснить особенностями работы в системе РТ МИС, когда врач-терапевт самостоятельно видит свое расписание и может, согласно будущей дате визита пациента, выбрать день и время для дополнительных диагностических обследований.

В динамике значение показателя «Доля пациентов, получивших лекарственные средства от числа пациентов, имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших сердечно-сосудистое событие» должно было возрасти на 33 % от исходного значения, в обеих медицинских организациях этот показатель составил 100 % от исходного. Следовательно, все пациенты, нуждающиеся в бесплатных лекарственных препаратах, их получили.

Рисунок
Карта текущего состояния процесса «Определение групп риска осложнений у лиц, находящихся на диспансерном наблюдении у врача-терапевта участкового»
Figure
Map of the current state of the process "Identification of risk groups for complications in persons under dispensary observation by a district general practitioner"

Определение групп риска осложнений у лиц,
находящихся на диспансерном наблюдении у врача-терапевта участкового.

I. Карта текущего состояния



Проблемы:

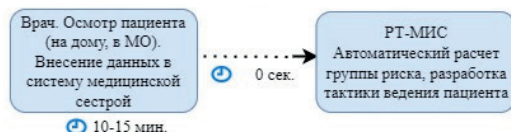
- 1) Отсутствие пациента дома, (нет информации о визите врача);
- 2) Необоснованные вызовы СП;
- 3) Низкая приверженность пациента к лечению;

Общее время протекания процесса (ВПП):

min - 731 мин. (12.1 час.)

max - 1470 минут (24,5 час.)

II. Карта идеального состояния

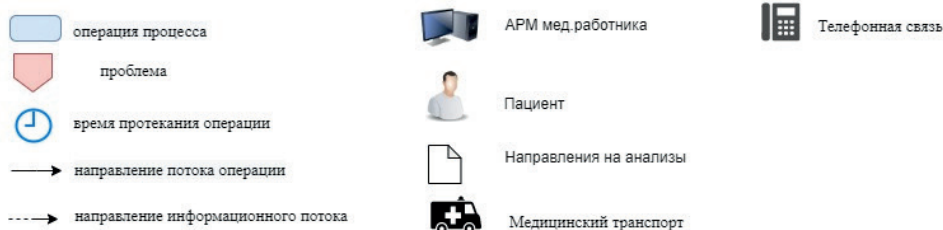


Общее время протекания процесса (ВПП):

min - 10 мин.

max - 15 мин.

Условные обозначения



Целевое значение КРІ «Доля пациентов, прошедших диспансеризацию (прошедших 1 этап) после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году» достигнуто лишь в городской больнице. В сельской местности, несмотря на прирост показателя, целевой уровень достигнут не был, что свидетельствует о низкой медицинской активности населения.

Значение показателя «Доля обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача-терапевта участкового» получено в БСМП № 2, в Исыкульской ЦРБ врач по-прежнему занят нецелевой работой.

Среди проблем КРП «Средний период ожидания от момента обращения за помощью (кол-центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения

Таблица 2
Результаты KPI Больницы скорой медицинской помощи № 2 и Исикульской Центральной районной больницы
за январь–июль 2022 г.

Table 2
KPI results of Emergency Hospital N 2 and Isilkul Central District Hospital for January–July 2022

№ п/п	Параметр	Медицинская организация			
		БСМП № 2		Исилькульская ЦРБ	
		Декабрь	Июнь	Декабрь	Июнь
Врачи					
1	Доля пациентов, в отношении которых соблюдена периодичность приемов с целью диспансерного наблюдения, %	66,5	87,6	44,7	68,0
2	Доля лиц, вызвавших скорую медицинскую помощь по причине заболеваний, по которым они находятся на диспансерном наблюдении, от общего количества лиц, находящихся на диспансерном наблюдении, %	1,98	1,2	10,1	9,6
3	Удельный вес пациентов, которым назначили лекарственное обеспечение из числа имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших сердечно-сосудистое событие, %	20	16,8	100	100
4	Удельный вес пациентов, записанных врачом-терапевтом участковым к себе за отчетный месяц, %	52,7	44,0	14,3	14,6
Средний медицинский персонал					
5	Доля пациентов, получивших лекарственные средства от числа пациентов, имеющих право на получение бесплатных лекарственных средств и перенесших сердечно-сосудистое событие, %	100	100	100	100
6	Доля пациентов, прошедших диспансеризацию (прошедших 1 этап) после первого приема по диспансерному наблюдению в текущем году, %	0	44,3	64,1	68,2
Немедицинский персонал					
7	Доля обращений, отработанных без привлечения врачебного персонала и записи в расписании врача-терапевта участкового, %	39,8	100	91,3	86,2
8	Средний период ожидания от момента обращения за помощью (колл центр, регистратура, ЕПГУ) до непосредственного получения медицинской услуги за отчетный месяц, дней	3	1	3	1
9	Удельный вес пришедших на амбулаторный прием лиц, из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участковому пациентов. %	81,7	100	99,4	99,4

медицинской услуги за отчетный месяц» установленны отсутствие у населения навыков записи к врачу через интернет, долгое ожидание ответа оператора по телефону в часы пик. Однако, несмотря на возникающие проблемы, персоналу обеих медицинских учреждений удалось достичь ключевого значения показателя.

Индикаторное значение «Удельного веса пришедших на амбулаторный прием лиц из числа записанных на прием за отчетный месяц к врачу-терапевту участковому пациентов» было зарегистрировано в условиях городской больницы, а в сельской больнице он не изменился. Отсутствие положительной динамики показателя специалисты Исикульской ЦРБ связывают с низкой приверженностью лечения пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе реализации проекта исследованы и усовершенствованы 9 процессов, определены ключевые показатели эффективности, картированы 9 процессов (текущее, идеальное, целевое состояние), создан реестр проблем по каждому процессу, пирамида проблем, диаграф связей, библиотека решений, составлен «План мероприятий».

После работы с проблемами сократилось время протекания процессов от 4 часов до 30 минут, что повысило качество медицинской помощи. Около 80 % проблем решены на уровне медицинской организации.

Не все проблемы решались одномоментно. Часть проблем решена во время работы над процессами, решение некоторых проблем имеют долгосрочный характер (обучение в школах пациентов, создание единой МИС).

Переход к ценностно-ориентированному здравоохранению потребует существенной реорганизации и перестройки функционирующей системы. Данная модель позволит повысить качество оказания медицинской помощи и способствовать достижению национальной цели 2030 года: ожидаемая продолжительность жизни 78 лет (посредством выработки механизмов снижения смертности).

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Porter ME. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Novartis Executive Forum, Harvard Business School, Boston, MA, May 9, 2006.
2. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harv Bus Rev.* 2004; 82(6): 64-76, 136.
3. Enthoven AC, Crosson FJ, Shortell SM. 'Redefining health care': medical homes or archipelagos to navigate? *Health Aff (Millwood)*. 2007; 26(5): 1366-1372. DOI: 10.1377/hlthaff.26.5.1366
4. Porter M.E. What is Value in Health Care? *N Engl J Med.* 2010; 363(26): 2477-2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024
5. Zuenkova YuA. Value-based healthcare: analysis of European Institute of innovation and technology health guidelines. *Medical Technologies. Assessment and Choice.* 2021; (1): 28-35. Russian (Зуенкова Ю.А. Ценностно-ориентированный подход: анализ руководства Европейского института инноваций и технологий // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2021. № 1. С. 28-35.) DOI: 10.17116/medtech20214301128
6. Smyshlyaev AV, Melnikov YuYu, Sadovskaya MA. Some results of the implementation of the priority project "Creating a new model of a medical organization that provides primary health care": problems and prospects. *Chief Medical Officer.* 2020; 5: 35-43. Russian (Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Садовская М.А. Некоторые итоги реализации приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»: Проблемы и перспективы // Главврач. 2020. № 5. С. 35-43.) DOI: 10.33920/med-03-2005-04
7. Smyshlyaev AV. Peculiarities of the Implementation of the Program and Goal-Oriented Management Method in the Primary Medical Care Rendering System in the Russian Federation at the Modern Stage. *Gosudarstvennaya vlast' i mestnoye samoupravleniye.* 2022; 2: 32-36. Russian (Смышляев А.В. Особенности реализации программно-целевого метода управления в системе оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации на современном этапе // Государственная власть и местное самоуправление. 2022. № 2. С. 32-36.) DOI: 10.18572/1813-1247-2022-2-32-36

Сведения об авторе:

ГОЛОШУБИНА Виктория Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.

E-mail: vikulka03@mail.ru

ТАСОВА Зульфия Байтуяковна, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.

ТРУХАН Дмитрий Иванович, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры поликлинической терапии и внутренних болезней, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск, Россия.

E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru ORCID 0000-0002-1597-1876

Information about author:

GOLOSHUBINA Victoria Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent of the department of polyclinic therapy and internal medicine, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

E-mail: vikulka03@mail.ru

TASOVA Zulfiya Baituyakovna, candidate of medical sciences, docent of the department of public health and healthcare, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

TRUKHAN Dmitry Ivanovich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of polyclinic therapy and internal diseases, Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru ORCID 0000-0002-1597-1876

Корреспонденцию адресовать: ГОЛОШУБИНА Виктория Владимировна, 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12, ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (381) 295-72-77 E-mail: vikulka03@mail.ru